



Versorgungskontinuität nach der akutstationären Behandlung

# Pflegerisches Case Management

Qualifizierte Pflegefachpersonen im Akutspital spielen bei der Entwicklung und Implementierung von Case Management eine entscheidende Rolle. Im Hinblick auf einen nahtlosen Übergang nach der akutstationären Behandlung leisten sie als Case Managerinnen einen wichtigen Beitrag zur Gewährleistung der Versorgungsqualität und -kontinuität.

**Text:** Susanne D'Astolfo, Anja Ulrich, Irena Anna Frei

Der Einsatz von Case Management (CM) ist bei komplexen Patientensituationen geeignet und fokussiert auf Versorgungskontinuität über die Institutionsgrenzen hinaus. Ziel des CM ist ein für Patienten und Angehörige individuell abgestimmtes Dienstleistungspaket, wobei Effizienz und hohe Qualität massgeblich sind. Der Ansatz ist interdisziplinär, patientenzentriert, prozessoptimierend und auf eine koordinierte Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen gerichtet. (Ewers 2005; Netzwerk Case Management Schweiz, 2006; Werthemann, 2006). Die Entwicklung und Implementation von CM Modellen müssen auf die Ziele, die Bedürfnisse und den Finanzrahmen des jeweiligen klinischen Settings abgestimmt werden (Cohen & Cesta, 2005; Ewers, 2005; Werthemann, 2006; Pape, 2008).

## CM-Rollen und Qualifikationen

Case Managerinnen<sup>1</sup> sind Bindeglied zwischen Patient, Angehörigen und den am Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringern. Beschriebene Funktionen können mit unterschiedlicher Gewichtung entweder ausschliesslich oder in kombinierter Form ausgeübt werden. In der *Gatekeeper-Funktion* werden selektierende und steuernde Aufgaben wahrgenommen, wie die Steuerung des Zugangs zu Dienstleistungen. In der *Broker-Funktion* wird eine unabhängige allparteiliche Rolle in der Vermittlung zwischen Patient/Angehörige und Versorgungsleistungen eingenommen. In

der *Advocacy-Funktion* steht die Wahrung der Interessen des Patienten im Vordergrund und in der *Support-* oder *Coaching-Funktion* werden Ressourcen des Patienten und seines Umfeldes aktiviert, genutzt und gefördert (Ewers, 2005; Netzwerk Case Management Schweiz, 2006; Werthemann, 2006; Küpper & Haimann, 2011).

Die Literatur zeigt, dass sich qualifizierte Pflegefachpersonen mit langjähriger Berufserfahrung und Führungseigenschaften sehr gut für CM-Aufgaben im Akutspital eignen (Lüthi, 2004; Werthemann, 2006; Pape, 2008; Reintges & Mumme, 2010). Auch Pflegende mit einer akademischen Ausbildung auf Masterniveau, wie Advanced Practice Nurses, werden als Case Managerinnen eingesetzt (Cathorn, 2005; Mahn-Di Nicola & Zazworsky, 2005; Lindpaintner, Gasser & Beer, 2009).

## CM im Akutspital

Ausschlaggebend für die Begleitung durch eine Case Managerin im Akutspital sind komplexe Patientensituationen, wie z. B. das Management von multimorbiden, kritisch oder chronisch kranken Patienten. Beispiele von Patientengruppen sind: Patienten mit koronarer Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Stroke, Epilepsie, Rheuma, Krebs, Psychiatrische Erkrankungen, Diabetes, Asthma, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, Altersfrakturen, Demenz, chronisch kranke Kinder oder geriatrische Patienten (Kim & Soeken 2005; Netzwerk Case Management Schweiz, 2006; Chiu & Newcommer, 2007; Pretto et al. 2009; Müller, 2010).

Je nach Ausrichtung der CM-Programme wird auf folgende sechs Kerninhalte fokussiert:

1. Umfassende Assessments zur Einschätzung des physischen, psychologischen und sozialen Status des Patienten und seines Familiensystems;
2. Patienten- und Angehörigenedukation;
3. Planung/Koordination der multidisziplinären Zusammenarbeit mit den Dienstleistern;
4. Austrittsplanung innerhalb 48 Stunden nach Eintritt;
5. Koordination von Dienstleistungen zur Sicherstellung der nahtlosen nachstationären Versorgung;
6. Monitoring der vereinbarten Dienstleistungen, um deren Eignung fortlaufend zu prüfen (Kim & Soeken, 2005).

Trotz unterschiedlicher Zielvorgaben der Institutionen, Qualifikationen der Case Managerinnen oder Ausrichtung auf verschiedene Patientengruppen, folgt der Ablauf des Einzelfall-Managements

## Autorinnen

**Susanne D'Astolfo**, Pflegeexpertin MNS; Projektleitung Case Management und Liaisondienst Medizin, Universitätsspital Basel

**Anja Ulrich**, Pflegeexpertin MNS; Bereichsfachverantwortliche Medizin, Universitätsspital Basel

**Dr. Irena Anna Frei**, PhD, RN; Leitung Abteilung Praxisentwicklung Pflege, Universitätsspital Basel

<sup>1</sup> Die weibliche Form gilt für Personen beider Geschlechter.

# ment

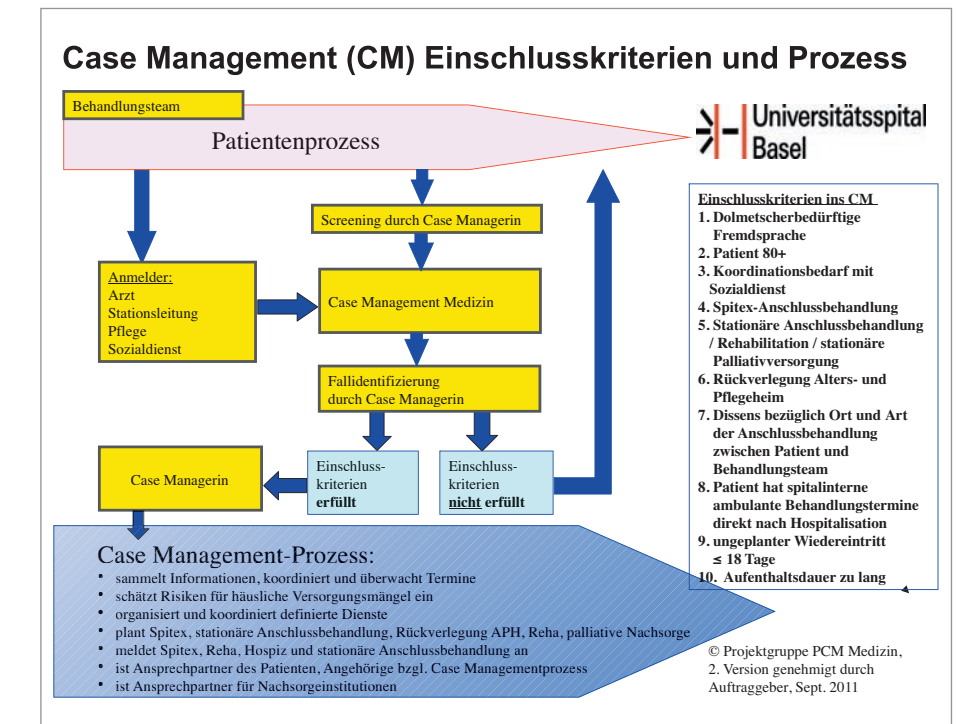
im CM nach den folgenden festgelegten Prozessschritten:

- **Clearing intake/Screening:** Selektion der Patienten, die eine Begleitung durch CM erhalten.
- **Assessment:** Systematische Erfassung des psychischen, kognitiven, affektiven, funktionellen und sozialen Status des Patienten. Wichtig sind eine klare Aufgabenstellung und eine realistische Einschätzung der Ressourcen des Patienten und seines Umfeldes.
- **Zielvereinbarung:** Mit dem Patienten, den Angehörigen und dem Behandlungsteam werden die Ziele und der Zeitraum zu deren Erreichung vereinbart.
- **Massnahmenplanung:** Mit dem Patienten und den Angehörigen werden die notwendigen Dienstleistungen geplant und mit den in der Behandlung involvierten Akteuren abgestimmt.
- **Umsetzung der Massnahmen und Monitoring:** Bedarfsgerechte Erbringung der vereinbarten Dienstleistungen. Die vereinbarten Ziele werden fortlaufend überwacht und überprüft.
- **Evaluation:** Abschliessende Bewertung des CM-Prozesses und Überprüfung der Zielerreichung. (Ewers, 2005; Netzwerk Case Management Schweiz, 2006; Küpper & Haimann, 2011).

## Wirksamkeit von CM

Verschiedene Messgrössen werden zur Wirksamkeitsbeurteilung des CMs herangezogen. Ökonomische Parameter wie die Reduktion von Spitalaufenthaltsdauer, ungeplante Rehospitalisationen und Kostenersparnis werden als wichtige Ergebnisse genannt. Die Sicht der Patienten wird durch Messung von Lebensqualität, Patienten- und Angehörigenzufriedenheit, geringere Sterblichkeitsraten aber auch Therapietreue abgebildet (Chiu & Newcommer, 2007).

In einer systematischen Review wurden die Ergebnisse von 15 klinischen Studien zur Wirkung von pflegebasiertem CM im Spital bei betagten Patienten vorgestellt (Chiu & Newcommer, 2007). Acht Studien konnten reduzierte Wie-



Das Modell beschreibt, wer ins CM aufgenommen wird und wie der CM-Prozess abläuft.

derintritte und reduzierte Spitalaufenthaltszeiten nachweisen. Bei neun der 15 Studien wurden die Spitalaufenthaltsstage bei Wiedereintritten errechnet. In sieben Studien konnte eine statistisch signifikante Reduktion der Spitaltage bei Wiedereintritten ausgewiesen werden. In sechs Studien zeigte sich eine Kostenreduktion durch die CM-Intervention.

In einer Meta-Analyse zu spitalbasiertem CM wurden 12 Studien zu den Ergebnissen Aufenthaltsdauer und Wiedereintrittsrate gepoolt (Kim & Soeken 2005). Es konnte zwar keine statistisch signifikante Reduktion der Spitalaufenthaltsdauer über die Gesamtstudienlage festgestellt werden, jedoch war die Reduktion der Spitalaufenthaltsdauer bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz, die CM erhielten, signifikant. In dieser Patientengruppe konnte eine Reduktion der Wiedereintrittsrate um 6% nachgewiesen werden.

## Pflegerisches CM am USB

Am Universitätsspital Basel (USB) wurde im Jahr 2010 die Umsetzung von CM für die interdisziplinären medizinischen Abteilungen von der ärztlichen und pflegerischen Leitung des Bereichs Medizin in Auftrag gegeben. Unter der Leitung einer Pflegeexpertin mit einer Advanced Practice Qualifikation im Be-

reich CM wurde mit einer interprofessionellen Projektgruppe ein auf die spezifischen klinischen Bedürfnisse und institutionellen sowie regionalen Gegebenheiten angepasstes CM-Modell entwickelt und implementiert (siehe Grafik).

Das Modell bildet sowohl die CM-Einschlusskriterien als auch den Einschlussprozess ab und gewährt einen Überblick über die Aufgaben und Tätigkeiten im CM. Jeder neu eingetretene Patient wird vom CM auf Einschluss geprüft und auch die in der Behandlung involvierten Akteure können Patienten in das CM anmelden.

Das CM-Modell wurde bezüglich Machbarkeit evaluiert, CM-Prozesse wurden analysiert und die Patientenzufriedenheit mit und ohne CM verglichen. Das Modell überzeugte Auftraggeber und involvierte Berufsgruppen, denn die durch CM erwirkte Prozessbeschleunigung war monetär relevant. Bei Patienten, die CM erhielten, liegt die Präferenz, bei einem nächsten Spitalaufenthalt das USB wiederzuwählen, um 8% höher als bei Patienten ohne CM. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant. CM hat sich am USB bewährt und die Implementierung auf weiteren Abteilungen wurde bereits beschlossen. ■

Die Literaturliste kann bei der Erstautorin susanne.dastolfo@usb.ch bezogen werden.