

Das Case Management unterstützt die Prozesse bei der Austrittsplanung komplexer Patientensituationen

Jeder Patient und jede Patientin im Spital hat in der Regel den Wunsch, so bald als möglich wieder nach Hause zurück zu kehren. Damit dies in komplexen Situationen reibungslos und ohne Versorgungslücken ablaufen kann, kümmert sich das Case Management.

Barbara Cina, MSN, Care Managerin, Beatrice Bähler, HöFa II, Leiterin Case Management

Seit Anfang Oktober 2010 läuft die offizielle Pilotphase mit dem Einsatz der zwei Care Managerinnen (Beatrice Bähler und Barbara Cina) zur Unterstützung und Koordination der Austrittsplanung auf den beiden chirurgischen Stationen auf dem 7. Stock.

Case Management ist eine Arbeitsmethode, welche zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen insbesondere in Sozialinstitutionen und -versicherungen seit längerer Zeit angewendet wird. Diese Methode wird zunehmend auch in Rehabilitationskliniken und Akutspitalern angewendet. Dies geschieht insbesondere aus der Notwendigkeit, interne Arbeitsprozesse zu optimieren und den Informationsfluss über die Spitalgrenzen hinaus an die nachversorgenden Dienste sicher zu stellen.

Gemäss Definition fördert die Care Managerin einen kooperativen Prozess, um gemeinsame Ziele vom Behandlungsteam zusammen mit den PatientInnen und deren Angehörigen zu definieren. Die Care Managerin beobachtet den Verlauf des Aufenthaltes und interveniert, falls Ziele nicht wie beabsichtigt erreicht werden können. Zudem koordiniert und organisiert die Care Managerin – wo notwendig – spitalintern als auch extern notwendige Versorgungsangebote, damit Betreuungslücken nach Aus- oder Übertritten vermieden werden können. Dabei soll die Autonomie der Patientinnen und Patienten gewahrt und gleichzeitig ihre Ressourcen und die des Unterstützungssystems optimal genutzt werden.

Am Beispiel von Frau F. lässt sich verdeutlichen, worin der Beitrag der Care Managerin konkret besteht. Die 74-jährige, nur italienisch sprechende Patientin ist zur weiteren Abklärung eines Tumors im Bauchraum und zur Schmerz-einstellung hospitalisiert. Die involvierte Mitarbeiterin des

Schmerzdienstes realisiert, dass die Patientin isoliert lebt und die Kommunikation nicht nur aufgrund der sprachlichen Hürden, sondern auch durch eine eingeschränkte Auffassungsgabe erschwert ist. Sie informierte daher die Care Managerin.

Das Case Management betreut Patientinnen und Patienten, welche definierte Einschlusskriterien erfüllen. Insbesondere trifft dies auf ältere Patienten zu, meist mit Mehrfacherkrankungen und einem Bedarf an Unterstützung im häuslichen Umfeld bzw. mit einem fehlenden sozialen Netz. Frau F. erfüllt diese Kriterien, da sie alleine lebt und einen erhöhten Unterstützungsbedarf für die Entlassung aufweist.

Die Festlegung dieser Kriterien ist notwendig, um erkennen zu können, wer die Unterstützung durch das Case Management erhalten soll, bzw. gleichzeitig verdeutlichen, dass nicht alle Patienten die Unterstützung durch die Care Managerin benötigen.

Im Falle von Frau F. richtete die Care Managerin ihre Arbeit in erster Linie darauf, wie Frau F. unterstützt werden konnte, um zu Hause die stark ausgebaute Schmerzmedikation weiterführen zu können. Im Gespräch mit der Patientin – welches im Beisein einer Mitarbeiterin des Dolmetschdienstes stattfand – realisierte die Care Managerin, dass die Patientin eine Unterstützung durch die Spitex strikt ablehnte, gleichzeitig aber auch ihr eigenes Verständnis bezüglich der Einnahme der Schmerzmittel hatte. Die Patientin verstand nicht auf Anhieb, dass sie dank dem neuen Dosierungsschema deutlich weniger Schmerzen hat, und durch vorbeugende Massnahmen Nebenwirkungen, welche durch die Schmerzmedikamente auftreten, vermieden werden können.



Um eine lückenlose Weiterversorgung zu Hause zu ermöglichen, kontaktierte die Care Managerin ebenfalls den Hausarzt; einerseits um Anliegen und Kenntnisse zur Patientensituation aus seiner Sichtweise bei der Austrittsplanung mit einzubeziehen, andererseits um mit ihm Möglichkeiten zur Unterstützung durch die Arztpraxis zu suchen (z.B. Richten eines Tablettendispensers durch die Praxisassistentin). Ziel der Massnahmen war, dass die Patientin zukünftig nicht mehr täglich die Hausarztpraxis aufsuchen musste.

Neben diesen Aspekten engagierte sich die Care Managerin für die Koordination, Organisation und den Informationstransfer aller involvierten Berufsgruppen: intern den Stations- und Oberarzt, die Pflegenden, den Schmerzdienst, die Onkologin und punktuell den Dolmetschdienst.

Die externen Partnerorganisationen waren neben dem bereits erwähnten Hausarzt und der letztlich doch nicht akzeptierten Spitex, die Apotheke, welche der Patientin die neu benötigten Medikamente bereitstellten. Es wurde ausgehandelt, dass die Apotheke für die Patientin die verordneten Medikamente in zwei Tagesdosen verblistert, um die Einnahme zu vereinfachen. Zusätzlich beanspruchte die Patientin den Rotkreuz-Fahrdienst für die Heimkehr nach Hause, welcher durch die Care Managerin organisiert wurde.

Bei der Umsetzung des angepeilten Austrittspunktes kam es, bedingt durch somatische Reaktionen der Patientin, zweimal zu kurzfristigen Verschiebungen des Austrittstermins, welche eine Kette von Umdisponierungen nötig machten. Dank der Intervention durch die für Frau F. mittlerweile vertraut gewordene Care Managerin konnte ein erneuter Verbleib im Spital über das Wochenende vermieden werden.

Dieses Patientenbeispiel zeigt auf, wie der Einsatz der Care Managerin punktuell das Behandlungsteam sowie weitere beteiligte Dienste entlastet. Daneben übernimmt

sie eine koordinierende Rolle, welche sowohl dem Patienten in einer gut organisierten Weiterversorgung zu Hause zugute kommt und gleichzeitig die Betreuung durch die ambulanten Leistungserbringer erleichtert. Dadurch, dass die Care Managerin so früh wie möglich, idealerweise bei oder unmittelbar nach Eintritt aktiv wird, kann die Aufenthaltsdauer auf die minimal bzw. medizinisch notwendige Länge reduziert werden.

Mit der Durchführung der Pilotphase geht es nun genau darum, Erfahrungen und Zahlen zu Aufwand und Nutzen zu sammeln, wie auch Abläufe zu überdenken und zu entwickeln, damit das Case Management für alle Beteiligten einen maximalen Benefit liefern kann. So soll auch die sinnvolle Zusammenarbeit und gegenseitige Ergänzung mit der Patientenberatung im Rahmen der Pilotphase geprüft werden. Aktuell ist die Handhabung so, dass die Organisation von stationären Pflegeplätzen oder Rehabilitation wie gewohnt über die Patientenberatung läuft, während das Case Management insbesondere Patientinnen und Patienten mit einer geplanten Rückkehr nach Hause betreuen.

Die Rolle einer Care Managerin bedingt neben Fachwissen gute Kommunikations- und Konfliktfähigkeit sowie ausgeprägtes, vernetztes Denken, um Menschen zu unterstützen und zu befähigen, mit gesundheitsbedingten Einschränkungen zu Hause zu leben.

Die beiden Care Managerinnen sind mit vollem Einsatz daran, diese Support- und Koordinationsfunktion im Dienste der PatientInnen und Angehörigen sowie aller internen und externen Beteiligten zu etablieren.

Da es sich bei den Begriffen Case oder Care Managerin nicht um geschützte Bezeichnungen handelt, wurde aus Gründen der Akzeptanz bei Patienten «Care Managerin» gewählt. Dies um nicht das Gefühl einer Abstempelung zum «Fall» (engl. «case») auszulösen.