

Interprofessionelle Zusammenarbeit im Care Management: Sozialarbeit und Pflege rund um den Gesundheitsstandort Privathaushalt

Wie kann eine ambulante Versorgung in komplexen Kunden-Situationen interprofessionell optimal gestaltet werden? Wie werden dabei Ressourcen effizient genutzt? Der Artikel geht diesen Fragen anhand eines konkreten Praxisbeispiels aus der Schweiz, Kanton Zürich, nach. Die Zusammenarbeit einer häuslichen Hilfe- und Pflegeorganisation (Spitex Knonaueramt) mit dem regionalen Case Management „CareNet+“ – ein Koordinationszentrum für Gesundheit und Soziales – wird dabei näher beleuchtet.

Die demographische Entwicklung und der wachsende Wunsch der Bevölkerung, den Lebensabend zu Hause zu verbringen, stellen das Gesundheits- und Sozialwesen vor grosse Herausforderungen. Gleichzeitig ermöglichen die Fortschritte in der Medizintechnologie ein längeres Leben mit chronischen Krankheiten, die zwar nicht geheilt, aber besser kontrolliert werden können (BAG, 2012). Die ambulante Pflege spielt dabei eine zentrale Rolle (Busnel, Marjollet & Perrier-Gros-Claude, 2018) und ist gleichzeitig vor diverse Herausforderungen gestellt. Je grösser die Komplexität einer Kundensituation ist, desto wichtiger ist das optimale Zusammenspiel einer koordinierten interprofessionellen Versorgung (BAG, 2019; Busnel, Marjollet & Perrier-Gros-Claude, 2018). Dabei ist der Kunde/die Kundin ins Zentrum zu stellen und die Behandlungsleistungen sind auf die Betroffenen abzustimmen (SAMW, 2014).

Die sorgfältige Gestaltung von Versorgungsübergängen, z.B. vom Spital nach Hause oder in ein Pflegeheim (Transition) stellt einen wichtigen Aspekt für eine wirksame Behandlung dar. Es wird von einem erfolgreichen Transitionsprozess gesprochen, wenn akute Wiedereintritte und Notfalleintritte in ein Spital reduziert werden können (Jacob & Blechman Poletick, 2008). Zudem werten es Klienten/Klientinnen als positiv, wenn sie Kontinuität empfinden und eine persönliche Behandler-Klienten-Beziehung vorhanden ist (Freeman, Shepperd, Robinson & Ehrich, 2000). Kontinuität hat einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen (Adair et al., 2005).

Gleichzeitig ist die Betreuung des gesamten familialen Systems in komplexen Lebenssituationen unabdingbar (Perrig-Chiello, 2012). Das Thema der betreuenden und pflegenden Angehörigen wird in der Schweiz in verschiedenen Forschungsprojekten seit rund 15 Jahren untersucht. Angehörige und ihre Bedürfnisse dürfen in komplexen Situationen nicht übersehen werden, da sie ein „integraler Bestandteil der pflegerischen Praxis“ (Wright & Leahy, 2014) sind. Die Spitex ist durch ihre Pflege im

häuslichen Bereich ein wichtiger Akteur im Zugang zum familialen System. Dabei ist im Schweizer Kontext ein Paradigmenwechsel anzustreben: Unterstützungsangebote für das familiale System sollen nicht als Holschuld, sondern im Sinne der integrierten Versorgung als Bringschuld des professionellen Gesundheitssystems angeboten und ins familiale System integriert werden. Bei einem konstanten Austausch zwischen familialem System und professionellen Akteuren wird die Schwelle des familialen Systems, Unterstützung anzunehmen, herabgesetzt (Kaspar et al., 2019).

Mit der Zunahme von Mehrfacherkrankungen (Multimorbiditäten), steigender Lebenserwartung und einhergehender erhöhter Komplexität der Kundensituationen steigen unter anderem auch die Anforderungen an die Kompetenzen des Gesundheitspersonals.

Zum Beispiel gibt es im Bereich Palliative Care einen klaren konzeptuellen Wandel, bei dem sich der Fokus vermehrt auf chronisch krank sein verschiebt. Mit verschiedenen Krankheiten wie COPD, Herzinsuffizienz, Demenz und Gebrechlichkeit verlagert sich der Versorgungsbedarf von einem klaren terminalen Verlauf hin zu einem variablen Krankheitsverlauf mit wechselnden medizinischen, sozialen, finanziellen und persönlichen Bedürfnissen (BAG, GDK, palliative ch, 2015). Grundsätzlich sollen die Kompetenzen auf eine integrierte Versorgung und auf mündige, weitgehend gesundheitskompetente, selbstbewusste Klienten ausgerichtet werden (Hahn, Richter, Beck & Thilo, 2013). Laut Hahn et al. (2013) sind darum unter anderem soziale Unterstützung der Dienstleistungsempfänger, sozio-ökonomische Unterschiede, differenzierte Bedürfnisse, Gesundheitsverhalten der Dienstleistungsempfänger und Wirtschaftlichkeit massgebend für die Kompetenzen des Gesundheitspersonals.

Gesundheitsversorgung findet in einem sozialen Umfeld statt. Dessen Faktoren und Ausstattung beeinflussen die Gesundheit. Dabei empfiehlt Bibbins-Domingo (2019), Fachwissen der Sozialarbeit in die Gesundheitsversorgung

zu integrieren. Dies bedeutet auch, die finanzielle Abgeltung in die Gesundheitsfinanzierung einzubetten. Zum heutigen Zeitpunkt ist dies in der ambulanten Pflege nicht der Fall. Dies hemmt die selbstverständliche und notwendige Zusammenarbeit in komplexen chronischen Kundensituationen. Anhand des vorliegenden Praxisbeispiels zeigen die zwei Erstautorinnen das Zusammenspiel des Bereichs der Pflege und der sozialen Arbeit entlang des Case Management-Regelkreises auf.

Hintergrund

Im vorliegenden Praxisbeispiel geht es um einen ländlichen Bezirk im Kanton Zürich, bestehend aus 14 politischen Gemeinden, mit rund 55.000 Einwohner/-innen. Die häusliche Hilfe und Pflege wird in der Schweiz von sogenannten Spitex-Organisationen angeboten. Diese können privat organisiert sein oder eine Leistungsvereinbarung mit den Gemeinden haben. Im Bezirk Knonaueramt bietet die Spitex Knonaueramt ihre ambulanten Leistungen an. Die Organisation ist das Produkt eines Fusionsprozesses im Jahr 2013 und bietet die häusliche Hilfe und Pflege somit für eine grössere Region aus einer Hand an. Sie war bis Ende 2019 im Auftrag aller Gemeinden für die häusliche Versorgung im Bezirk zuständig.

Die allgemeinen Spitexleistungen sind gesetzlich durch die Krankenversicherungs-Leistungsverordnung (KLV Art.7) geregelt. Eine koordinative Pflichtleistung bei komplexen und instabilen Pflegesituationen wurde 2012 gesetzlich verankert (Bischofberger & Rex, 2013). Koordinationsleistungen im Sinne des KLV Art 7. sind umschrieben als Leistungen der „Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen“.

Weiterhin wurden folgende Rahmendefinitionen mit den Leistungserbringern vertraglich geregelt (Spitex Schweiz, 2019a):

- Identifikation und Beurteilung von komplexen und instabilen Situationen,
- Identifizieren und festlegen der Koordinationsrolle mit definierter Zielsetzung,
- Gezielte Koordination mit mehreren Beteiligten ausserhalb der eigenen Organisation zur Optimierung von Pflege und Behandlung,
- Dokumentation der daraus resultierenden festgelegten Massnahmen,
- Versorgungsplanung und Umsetzung der Massnahmen zur Verhinderung von Komplikationen,
- Koordinations-Monitoring.

Der aktuelle Vertrag zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern (Spitex Schweiz, 2019b) erschwert die Leistungserbringung mit dem Eintritt in eine Institution

(z.B. Spital oder Heim). Auf der Ebene des Versorgungssystems ist die Finanzierung koordinierender Leistungen, welche auch Massnahmen zur Verhinderung von Komplikationen enthalten, institutionsübergreifend noch nicht nachhaltig gesichert und die Abgeltung von Leistungen somit noch nicht effizient organisiert (Laubereau & Knecht, 2017). Dies kann dazu führen, dass eine notwendige Schnittstellen-Koordination und Sicherstellung von Kontinuität in Lebenssituationen mit z.T. multimorbiden Krankheitsverläufen mit sozialen Fragestellungen von Seiten der Spitex ungenügend abgedeckt wird.

Gesundheitsversorgung findet in einem sozialen Umfeld statt.

Nebst der regionalen pflegerischen Versorgung erbringen verschiedene Anbieter soziale Dienstleistungen im Bezirk. Aktiv engagiert ist auch Pro Senectute Kanton Zürich als private, gemeinnützige Stiftung, die grösste kantonale Fach- und Dienstleistungsorganisation im Bereich Alter in der Schweiz. Pro Senectute Kanton Zürich lancierte 2016 das Pilotprojekt CareNet+- ein Koordinationszentrum für Gesundheit und Soziales. Das Projekt fördert die Qualität, Effektivität und Effizienz der Altersversorgung. Als neutraler Akteur koordiniert CareNet+ die fallbezogene Zusammenarbeit unter den beteiligten Leistungserbringern im Gesundheits- und Sozialbereich durch zeitnahe Intervention vor Ort und unter Einbezug der Kostenträger. Im Rahmen der Zwischenevaluationen konnte gezeigt werden, dass CareNet+ die Versorgungsqualität erhöht. Das Angebot entlastet Angehörige und unterstützt die Arbeit der involvierten Leistungserbringer durch Rundtischgespräche. Informationslücken werden geschlossen und Finanzierungsfragen können geklärt werden (CareNet+, 2019).

Evidenz interprofessioneller Zusammenarbeit übertragen auf das Praxisbeispiel

Donelan et al. (2019) haben verschiedene Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Zusammenhang mit „Complex Chronic Care Management“ untersucht. Sie zeigen auf, dass die Koordinationsaufgabe des Pflege- und des ärztlichen Personals abnahm, wenn in einem Betrieb neben ärztlichem Personal und Pflegepersonal gleichzeitig auch Sozialarbeiter/innen und Pflegefachpersonen mit erweiterter Kompetenz (Registered Nurses) arbeiteten. Die Sozialarbeitenden nahmen sich mehrheitlich und differenzierter den sozialen und finanziellen Aspekten der Kundensituationen an. Die Pflegefachpersonen übernahmen vor allem bei der Koordination von Übergängen die Hauptaufgabe. Beide sind führend in der Betreuung von komplexen Kundensituationen und brauchten gegenseitig-überlappendes Wissen, um den notwendigen Unterstützungsbedarf der Kunden zu erkennen.

Verglichen mit der Studie ist die Zusammenarbeit zwischen CareNet+ und der Spitex Knonaueramt ähnlich organisiert. Die fallführende Koordinatorin von CareNet+ ist Sozialarbeiterin FH (Tertiärstufe). Sie verfügt über den notwendigen breiten Erfahrungshintergrund in der Sozial- und Projektarbeit, um in Komplexsituationen strukturierend, flexibel und konstruktiv intervenieren zu können.

Im Bereich der Spitex haben die Mitarbeitenden im Bereich Pflege verschiedene Ausbildungshintergründe. Je komplexer die Gesamtsituation ist, nimmt die Anforderung an die Kompetenzen, sprich Ausbildungshintergründe zu. Im Bereich der sogenannten Fallführung (Bezugspflege) innerhalb der Spitex sind Pflegenden mit einem HF- oder FH-Abschluss tätig (Tertiärstufe). Im Rahmen der Qualitätssicherung im Bereich der KLV-Leistungen und zur Sicherstellung der Leistungspflicht im Sinne der Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit (WZW) – (Spitex Schweiz, 2019b) – und des Pflegeprozesses hat die Spitex Knonaueramt eine Pflegefachperson mit erweiterter Kompetenz im Bereich Care Management angestellt (Master of Advanced Studies in Care Management). Die Care Managerin übernimmt Aufgaben auf den Ebenen System, Organisation und Einzelfall. Die Care Managerin erledigt in komplexen und instabilen Situationen einerseits selber abklärende, beratende und koordinierende Leistungen. Andererseits befähigt sie die fallführenden Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe dazu. Durch die Sicherstellung der Schnittstelle zu dem regionalen Case Management-Angebot mit CareNet+ werden Doppelspurigkeiten vermieden und den Betroffenen die optimale Fallkoordinatorin zur Seite gestellt. Dabei wird der inhaltliche Austausch zu medizinischen bzw. sozialen Fragen der jeweiligen Fallkoordinatorinnen regelmässig gepflegt. Die Rolle der Care Managerin ist mit dem Profil einer Registered Nurse zu vergleichen. Am folgenden Fallbeispiel wird die Zusammenarbeit der Spitex Knonaueramt und CareNet+ beschrieben.

Fallbeispiel von Herrn M.

Der 78-jährige M. wurde aufgrund eines Stolper-Sturzes zum zweiten Mal notfallmässig ins Spital eingewiesen. Der Gesundheitszustand war gezeichnet von Multimorbidität, einem Schmerzsyndrom, Adipositas und Alkoholkonsum. Zuhause lebte er allein in einer 3,5-Zimmer-Eigentums-Wohnung. Er hatte keine Beziehung zu Angehörigen, ein soziales Netz fehlte. Herr M. verfügte über ein gewisses Vermögen, aber es gab starke Hinweise darauf, dass er die Erledigung der Administration vernachlässigte.

Im Spital lehnte Herr M. viele Leistungen der Pflege ab. Ausgehend von dieser erlebten Nicht-Adhärenz erwartete der Spital-Sozialdienst Schwierigkeiten bei der Planung der häuslichen Pflegeversorgung. Daher wurde CareNet+ involviert, um den Übertritt in das häusliche Versorgungsetting koordinierend zu unterstützen.

In einer Fallbesprechung beschlossen die Care Managerin der Spitex und die Fallführende von CareNet+, zur Unterstützung der fallführenden Pflegefachfrau der Spitex gemeinsam einen Hausbesuch bei Herrn M. durchzuführen. Dieser sollte zur Vertrauensbildung beitragen und seine Kooperationsbereitschaft prüfen. Herr M. hatte die Notwendigkeit vom Handlungsbedarf im administrativen Bereich erkannt und erklärte sich mit dem vorgeschlagenen Case Management einverstanden.

Ziele im Rahmen des CM-Prozesses:

Herrn M. war sich bewusst, dass er aufgrund seines sich stetig verschlechternden Gesundheitszustandes den Zahlungsverkehr, die Administration und die Korrespondenz mit sämtlichen Leistungserbringern seit Monaten vernachlässigt hatte. Er war bereit, diesbezüglich Unterstützung anzunehmen und stimmte den Vorschlägen von CareNet+ zu.

Für die Spitex stand die Sicherstellung der notwendigen Pflegeversorgung im Vordergrund. M. lehnte die Pflegemitarbeitenden jedoch meist ab. Um die notwendige Adhärenz herzustellen, fokussierte sich die fallführende Pflegefachfrau auf den Vertrauensaufbau mit Herrn M.

Für die Fallführende von CareNet+ war es ausschlaggebend herauszufinden, ob allenfalls finanzielle Defizite die Ursache für seinen Widerstand gegenüber der Pflegeversorgung waren. Weiter beabsichtigte sie den Handlungsbedarf im administrativen Bereich anzugehen sowie allfällige Möglichkeiten für eine Verbesserung der sozialen Einbettung abzuklären.

Massnahmen & Monitoring

Im Verlauf der Betreuung stürzte Herr M. erneut. Er blieb am Boden liegen, bis die Spitex die Ambulanz rief. Aufgrund des gesundheitlichen Zustandes und der eingeschränkten Urteilsfähigkeit veranlasste der Notfallarzt die sofortige Hospitalisation per Anordnung zur fürsorglichen Unterbringung (FU).

M. wurde folgend in verschiedenen Spitälern behandelt. Die Fallführende von CareNet+ besuchte Herrn M. dort mehrmals und moderierte die Rundtischgespräche mit den Gesundheitsfachleuten aus dem stationären und ambulanten Bereich.

Im Hinblick auf den anstehenden Austritt nach Hause diente der regelmässige Informationsaustausch mit der Care Managerin der Spitex einer vorausschauenden Planung von Massnahmen zur Verhinderung von Komplikationen und der allgemeinen Sicherstellung der häuslichen Versorgung. Die anhaltende Nicht-Adhärenz im Zusammenhang mit der Medikation und medizinisch notwendigen Massnahmen führte nach einer Woche dennoch zu einer Verlegung in die stationäre Psychiatrie.

Der bereits vermutete Handlungsbedarf im Bereich der Administration wurde deutlich und verstärkte sich aufgrund der Spitalaufenthalte. Die fallführende CareNet+ initiierte die Unterstützung in dem Bereich bei der zuständigen Sozialberatung von Pro Senectute Kanton Zürich, nach Zustimmung durch Herrn M.

Das aufgebaute Vertrauensverhältnis zwischen der Fallführenden von CareNet+ und Herrn M. war für die weitere Versorgungsplanung hilfreich. Im Rahmen eines erneuten Rund-Tisch-Gesprächs übernahm sie eine vermittelnde Rolle, als es um eine nachhaltige Versorgungslösung ging. Der Übertritt in ein Pflegeheim wurde beschlossen.

Im Heim äusserte Herr M. im vertraulichen Gespräch mit der Fallführenden von CareNet+ wiederholt die Absicht, aus der Schweiz ausreisen zu wollen. Sie unterstützte ihn, die dafür notwendigen Voraussetzungen, die Verminderung vom Pflegebedarf sowie die Verbesserung der Mobilität aktiv zu trainieren. Weiter vermittelte sie ihm Informationen zur schweizerischen Gesetzgebung und deren Vollzugsorgane. Dieses Wissen stärkte seinen Lebenswillen und er begann, die Leistungen der Pflege zu schätzen und aktiv für seine Verbesserung der Mobilität zu nutzen.

Evaluation

Es gelang Herrn M., seine Mobilität zu steigern und seinen Bedarf an Unterstützung durch die Pflegenden abzubauen. M. bewies seine Handlungsfähigkeit, indem er aktiv den Verkauf seiner Eigentumswohnung an die Hand nahm und sich zur Bearbeitung der offenen Fragen an die Fallführende von CareNet+ wendete. Diese nahm Rücksprache mit der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), welche aufgrund der positiven Entwicklung von einer Verlängerung der fürsorgerischen Unterbringung absah. Hr. M. verliess die Schweiz selbständig und erfolgreich mit organisierter betreuter Anschlusslösung in Italien.

Fazit

Mit CareNet+ hatte Herr M. eine konstante Anlaufstelle, welche ihm während der Wechsel zwischen den häuslichen und stationären Pflegeversorgungssituationen (Transitionsprozess) zur Verfügung stand. Ohne die begleitende Unterstützung durch die Koordinatorin von CareNet+ wären intensivere Abklärungen der KESB notwendig gewesen und infolge seiner sozialen Isolation die Errichtung einer Beistandschaft geprüft worden.

In diesem Fallbeispiel hatte die Fallführende von CareNet+ den Lead in der Kundensituation. Es gelang ihr, das Vertrauen von Herrn M. zu gewinnen. Dies hatte einen positiven Effekt auf seine Adhärenz und ermöglichte, die notwendige Kooperation zur Bearbeitung vom anstehenden Handlungsbedarf im administrativen und sozialversicherungsrechtlichen Bereich. Die Fallführende von CareNet+ verfügte mit ihrem beruflichen Hintergrund über die

notwenige Expertise in Sozialversicherungsthemen während die fallführende Pflegefachfrau und Care Managerin der Spitex sowie das Personal der verschiedenen Institutionen das für die Pflegeversorgung notwendige Wissen der medizinischen/pflegerischen Aspekte gewährleisten. Regelmässige Fallbesprechungen und Rundtischgespräche bei Bedarf dienten dem notwendigen Informationsfluss und der Steuerung des Prozesses.

Eine umgekehrte Rollenübernahme wäre auch denkbar, wenn in einer Kundensituation die medizinischen/pflegerischen Aspekte noch mehr im Vordergrund stehen würden, oder ein vertrauensvoller Zugang über diese Bereiche zu priorisieren wäre. Dann würde die Care Managerin der Spitex das Case Management übernehmen. Ihr fehlendes Wissen zu sozialen oder finanziellen Aspekten würde sie sich über die vorhandenen Ressourcen in der Kundensituation (z.B. Beistandschaft), Sozialberatung von Pro Senectute Kanton Zürich und in der direkten Zusammenarbeit mit CareNet+ einholen.

Nutzen für die verschiedenen Akteure

Der Nutzen für die hilfsbedürftigen Menschen im Bezirk liegt in folgenden Punkten:

- Leistungen, welche den gesetzlichen Spitex-Leistungskatalog übersteigen, aber für die Leistungserbringung nötig sind, können durch CareNet+ geleistet werden. Dabei handelt es sich oft um administrative, finanzielle oder sozialversicherungstechnische Fragen. Im Beispiel von Herrn M. wurden die Erledigung der Administration sowie die Wohnungsauflösung organisiert und ihm durch Vermittlung der benötigten rechtlichen Informationen den Austritt aus dem Pflegeheim und die Ausreise aus der Schweiz ermöglicht.
- Bei Übertritten in andere Institutionen kann die Kontinuität (Haggerty, Reid, Freeman & Starfield, 2003) auf allen Ebenen gewährleistet werden.
- Die Betroffenen erhalten die Koordinationsperson mit dem optimalen Hintergrund und Handlungskompetenzen für die Bewältigung ihrer individuellen Lebenssituation.

Der Nutzen für die Spitex

- Benötigtes Fachwissen der Sozialarbeit ist für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung vorhanden.
- Kunden können betriebsübergreifend weiterbegleitet werden.
- Bei blockierten Vertrauensverhältnissen bietet die Institution CareNet+ die nötige Neutralität, um notwendige Massnahmen installieren zu können.

Der Nutzen für die geldgebenden Gemeinden

- Die Kunden/Kundinnen, welche durch die Care Managerin der Spitex Knonaueramt oder durch die Koordinatorin von CareNet+ übernommen werden, sind

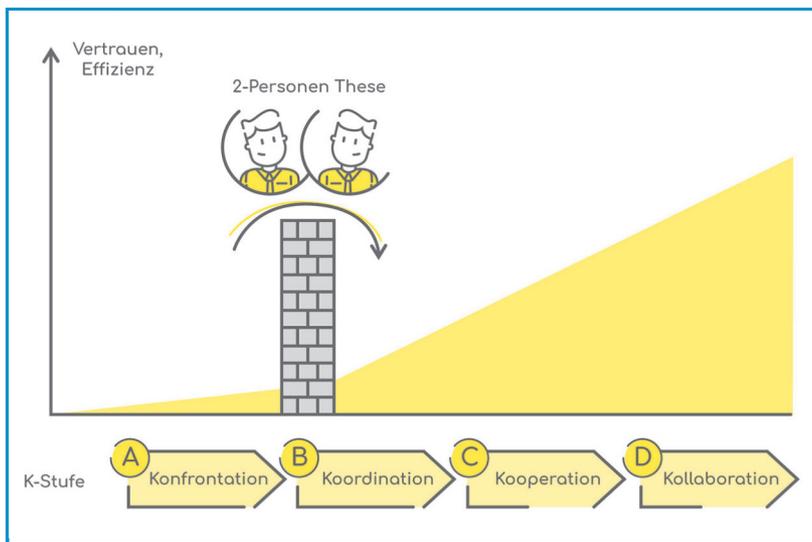


Abb. 1: Das 4-K-Modell

bereits so komplex und kostenintensiv [Busnel, Marjollet, & Perrier-Gros-Claude, 2018], dass per se keine Kostensenkung erreicht werden kann. Der Vorteil einer Care Managerin/Koordinatorin ist der, dass die geldgebenden Gemeinden eine kontinuierliche Ansprechperson haben, um ein differenziertes Bild der Kundensituation zu erhalten. Sie können ihre Sichtweise einbringen und haben neutrale Verhandlungspartner, wenn die Finanzierung gefährdet zu sein scheint.

- Gleichzeitig zeigen Donelan et al. (2019) und auch die praktische Zusammenarbeit zwischen CareNet+ und der Spitex Knonauseramt auf, dass eine koordinierende Rolle, egal von welcher Profession übernommen, institutionsübergreifend finanziert sein muss. Erst dann können die gewünschte Beziehungs-, Management- und Informationskontinuität [Haggerty, Reid, Freeman & Starfield, 2003], eine indirekte Kosteneffizienz [Busnel, Marjollet & Perrier-Gros-Claude, 2018] und eine integrierte Versorgung [Angerer, Liberatore & Schmidt, 2020] möglich werden.
- Die Evaluation der Pilotphase von CareNet+ durch INFRAS und CAREUM Forschung [Trageser, Gschwend, von Stokar, Hegedüs & Otto, 2018] kommt ebenfalls zur Aussage, dass koordinierte Versorgung Kosten spart. Einerseits führen effizientere Abläufe zu weniger Doppelspurigkeiten und andererseits können Heimaufenthalte und Notfalleinsätze oder (Re-)Hospitalisationen vermieden/verzögert werden.
- Solche Anlaufstellen sind am Puls der Leute und können der Politik Anerkennung durch die Bevölkerung verschaffen. Gleichzeitig erkennen die Anlaufstellen mögliche Angebotslücken [Müller, 2019].

Empfehlungen an die politische Ebene

In der Gesundheitsversorgung gilt es, die sozialen Aspekte immer mit einzubeziehen. Es gilt von Fall zu Fall zu

entscheiden, welche Fach- oder Handlungskompetenz der Fallkoordinatorinnen für welches Ziel nutzbringender ist. Je nach Kontext kann eine „neutrale“ Funktion von grossem Nutzen sein, wie die der Fallkoordinatorin von CareNet+.

Das „Plus“ von CareNet+, also vor allem die vertiefte Abklärung von sozialen Belangen, wird nicht von den Krankenversicherern bezahlt. Gemeinden haben einen direkten und indirekten Nutzen der CareNet+-Leistungen, eine (Mit-)Finanzierung durch die Gemeinden wäre angezeigt.

Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Fallkoordinatorinnen hat sich sehr gut etabliert. Dabei beschreiten die beiden Betriebe den idealtypischen Weg zur integrierten Versorgung [Müller, 2019]. Angerer et al. (2020) haben mit ihrem 4-K-Modell diesen Weg modellhaft aufgezeigt [Abb. 1].

Aus Sicht der Leistungserbringer Spitex und CareNet+ stehen die beiden Betriebe an der Schwelle zur Kollaboration. Der zum Teil negativ behaftete Begriff soll eine vertiefte oder erweiterte Form der Zusammenarbeit darstellen [Engl.: collaboration].

Das Vertrauen ist aufgebaut und die Zusammenarbeit findet in systematischer Form statt. Mit dem Stadium der Kooperation ist für Angerer et al. (2020) ein hohes Mass an interprofessioneller Handlungsfähigkeit erreicht. Die Kollaboration ist als visionäres Streben im Rahmen der integrierten Versorgung zu betrachten [Müller, 2019].

Die Pilotphase von CareNet+ wird Ende 2020 abgeschlossen. Wenn danach die Finanzierung durch die Gemeinden nicht gesichert wird, wird das Angebot in der aktuellen Form nicht weitergeführt werden können. Für die Bevölkerung des Bezirks und deren Gesundheitsversorgung wäre das ein grosser Verlust. Zudem käme dieser Entscheidung nicht der Strategie des Bundes zur integrierten Versorgung im Rahmen der „Gesundheit“ 2030 nach [BAG, 2019].

Die Koordinationsleistungen im Bereich der KLV-Pflichtleistungen werden durch die Spitex unter klarer Beachtung der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit [CHSS, 2018] und entsprechenden Kompetenzgrenzen erbracht. Eine Erweiterung der pflegerischen Kompetenzen auf gesundheitspolitischer Ebene ist für eine integrierte Versorgung unumgänglich, aber aktuell noch keine Realität. Auf Bezirks- und Gemeindeebene stellt sich die Frage, ob der Spitex die geleistete Arbeit in der Funktion des Care Managements ausserhalb des KLV-Rahmens ergänzend finanziert würde.

Der finanzielle und strategische Rückhalt der Politik ist für ein langfristiges Fortbestehen einer integrierten Versorgungsplattform elementar [Müller, 2019]. Alternative Finanzierungsmodelle und kollektive Finanzierungs-

mechanismen müssen erarbeitet werden, um das finanzielle Risiko und mögliche Renditen zu verteilen (Bibbins-Domingo, 2019). Der Austausch zwischen den Organisationen und den Gemeinden muss regelmässig und fallbezogen stattfinden.

Die jetzige koordinierte und professionelle Zusammenarbeit ist wertvoll, nutzbringend und im Sinne der WZW-Kriterien gestaltet. Eine fallweise Finanzierung der Leistungen ausserhalb des KLV-Rahmens und die gemeinsame Wirkungsmessung der beiden Kooperationspartner (Spitex und Carenet+) sind für die Zukunft wünschenswert.

Literatur

Adair, C., McDougall, G., Mitto, C., Joyce, A., Wild, C., Gordon, A. & Beckie, A. (2005): Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. PSYCHIATRIC SERVICES, S. 1061–1069.

Angerer, A. & Liberatore, F. (2018): Management im Gesundheitswesen: Die Schweiz, Berlin: MWV, S. 213.

BAG (2012). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

BAG, GDK, palliative ch. (2015). Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, palliative ch. BAG. (2019). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (08. 08. 2019): Schweizerische Eidgenossenschaft. Von Bundesamt für Gesundheit - Koordinierte Versorgung: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>

Bibbins-Domingo, K. (25. 09. 2019): JAMA Network. Von Jama-Website: https://jamanetwork.com/searchresults?q=integrating%20social%20car%20into%20the%20delivery%20of%20health%20care&all-Sites=1&SearchSourceType=1&exPrm_qqq={payloadDisMaxQParser%20pf=Tags%20qf=Tags^0.0000001%20payloadFields=Tags%20bf=}%22integrating%20social

Bischofberger, I. & Rex, C. (2013). Case Management in der Spitex – klinische und koordinative Aufgaben aus einer Hand. Case Management(3), S. 127–131.

Busnel, C., Marjollet, L. & Perrier-Gros-Claude, O. (08. 02. 2018). Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un d'évaluation infirmière et résultat d'une étude d'acceptabilité. Revue francophone internationale de recherche infirmière(4), S. 116-123.

CareNet+ (17. 12. 2019): CareNet+. Von CareNet+-Website: <https://www.caretplus.ch/>

CHSS (2018): soziale-sicherheit-chss.ch. Von Soziale Sicherheit CHSS - Website: <https://soziale-sicherheit-chss.ch/artikel/beurteilung-der-leistungspflicht-mithilfe-der-wzw-kriterien>

Donelan, K., Chang, Y., Berrett-Abebe, J., Spetz, J., Auerbach, D. I., Norman, L. & Buerhaus, P. I. (2019): Care Management For Older Adults: The Roles Of Nurses, Social Workers, And Physicians. Health affairs, S. 941–949.

fmc (2019): Schweizer Formu für Integrierte Versorgung. Von fmc-Website: https://fmc.ch/_Resources/Persistent/dabf631f8290ad62febff8764b-988a129812a737/Denkstoff-No4_de.pdf

★★★★★

Da ist für jeden was dabei:
der medhochzwei Veranstaltungskalender –
jetzt Plätze sichern!

ALTERN
DEMENTZ

CASE
MANAGEMENT

DIGITAL HEALTH

PFLEGE

POLITIK
WIRTSCHAFT

PSYCHOTHERAPIE

MANAGEMENT

Ob **Tagungen** oder **Konferenzen**, **Lesungen** oder **Vorträge**, **Kongresse**, **Fortbildungen**, **Messen** oder **Seminare** – der medhochzwei Veranstaltungskalender lichtet den Veranstaltungsdschungel und bietet einen komfortablen Überblick über das Jahr.

Nutzen Sie den Willkommensrabatt von 20 % und präsentieren Sie Ihre Veranstaltung:

- ★ **250,- Basiseintrag:** Titel, Veranstalter, Datum, Ort und Link
- ★★ **350,- Premieeintrag:** zzgl. Logo und Veranstaltungstext (max. 400 Zeichen)
- ★★★ **450,- TOP-Veranstaltung:** Premieeintrag zzgl. 4-wöchiger Platzierung an oberster Position auf der Kalender-Startseite*

*Für denselben Zeitraum können nur 2 Veranstaltungen gleichzeitig platziert werden, schnell sein lohnt sich!
Alle Preise sind netto-Preise.

Anfragen an: info@medhochzwei-verlag.de

Freeman, G., Shepperd, S., Robinson, I. & Ehrlich, K. (2000): Continuity of Care: Report of a Scoping Exercise for the SDO Programme of NHS R&D. London: National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation.

GD (2012): Leitfaden zum neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht für Ärztinnen und Ärzte. Zürich: Gesundheitsdirektion. Abgerufen am 04. Februar 2020 von https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/gesundheitsberufe/aerztin_arzt/leitfadendesunderwachsenenschutzrecht/leitfaden_kindes_und_erwachsenenschutzrecht.pdf.spooler.download.1352905160537.pdf/leitfaden_kindes_und_erwachsenenschutzrec

Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G. & Starfield, B. (2003): Continuity of Care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*(327), S. 1219–1221.

Hahn, S., Richter, D., Beck, M. & Thilo, F. (2013): Panorama Gesundheitsberufe 2030. Bern: Berner Fachhochschule.

Jacob, L. & Blechman Poletick, E. (2008): Systemic Review: Predictors of Successful Transition to Community-Based Care for Adults With Chronic Care Needs. *Care Management Journals*(4), S. 154–165.

Kaspar, H., Arrer, E., Berger, F., Hechinger, M., Sellig, J., Stängle, S. & Fringer, A. (2019): Unterstützung für betreuende Angehörige in Einstiegs-, Krisen- und Notfallsituationen. Schlussbericht des Forschungsmandats G04 des Förderprogramms "Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020" Kurzbericht. Bern: Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG.

Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (16. 01. 2020): Pflege Kammer interaktiv. Von [pflegemagazin-rlp.de](https://www.pflegemagazin-rlp.de)-Website: <https://www.pflegemagazin-rlp.de/gestatten-registered-nurse>

Laubereau, B. & Knecht, D. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Luzerner Gesundheitsversorgung: Schlussfolgerungen und Empfehlungen. Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich: Was kann man von Good-Practice-Beispielen in der Luzerner Gesundheitsversorgung lernen? (S. 57). Luzern: FH Zentralschweiz.

Müller, S. (2019). Herausforderungen & Erfolgsfaktoren regionaler Anlaufstellen im Gesundheitswesen. School of Management and Law, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften: unveröffentlichte Masterarbeit.

Perrig-Chiello, P. (2012). Zukünftige Entwicklung der informellen und ambulanten Pflege. In P. Perrig-Chiello, & F. Höpflinger, *Pflege Angehörige älterer Menschen* (S. 273-304). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

puls-berufe.ch. (16. 01. 2020). [puls-berufe.ch](https://www.puls-berufe.ch). Von [puls-berufe.ch](https://www.puls-berufe.ch)-Website: <https://www.puls-berufe.ch/Pflegeberufe/Spitex>

SAMW. (2014): Charta Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Seemann, U. & Kissling, W. (2008). Volkskrankheit „Noncompliance“ – Ursachen, Folgen, Therapiemöglichkeiten. *Psychoneuro* (34), 405–409.

Spitex Schweiz (2019a): Ergänzungen zu den interRAI-Handbüchern. Bern: Spitex Schweiz.

Spitex Schweiz (27.11.2019b): Spitex Schweiz. Von Spitex Schweiz-Website: <https://www.spitex.ch/Nonprofit-Spitex/Vertraege/Administrativvertraege/Pg0kl/>

Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, T., Hegedüs, A. & Otto, U. (2018). Integriertes Altersversorgungsnetzwerk (CareNet+) Evaluationsbericht. Zürich: Pro Senectute Kanton Zürich.

Wright, L. M. & Leahy, M. (2014). Familienzentrierte Pflege. Bern: Hogrefe AG.

Sonja Santi

Pflegeschwester HF, MAS Care Management, Care Managerin, Spitex Knonaueramt, sonja.santi@spitexka.ch



Karin Schmidiger

Sozialarbeiterin HF, Bereichsleiterin Pro Senectute Kanton Zürich, Fallführende in Koordinationsstelle CareNet+, karin.schmidiger@carenetplus.ch



Christine Rex

Pflegeschwester HF, MScN, Leitung Pflege Spitex Knonaueramt & Studiengangleitung MAS in Care Management, Careum Hochschule Gesundheit, christine.rex@careum-hochschule.ch



(Foto: A. Kubli)