

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR

Dr. Matthias Wächter

Senior Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Co-Leiter Forschungsprogramm Öffentliches Gesundheitsmanagement
T direkt +41 41 228 99 32
matthias.waechter@hslu.ch

Oliver Kessler

Leiter Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management
Co-Leiter Forschungsprogramm Öffentliches Gesundheitsmanagement
T direkt +41 41 228 99 67
oliver.kessler@hslu.ch

«Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt –

Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt»



Öffentlicher Schlussbericht

Dr. Matthias Wächter

Oliver Kessler

Luzern, 09. September 2014

Inhalt

Management Summary	5
1. Ausgangslage und methodisches Vorgehen	9
1.1. Ausgangslage der Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Stadt	9
1.2. Die Erarbeitung eines gemeinsamen Leitbilds «Schnittstellenmanagement»	10
1.3. Projektorganisation und methodisches Vorgehen.....	12
1.4. Aufbau des Schlussberichts.....	12
2. Bestandaufnahme der Patientenströme und zentralen Schnittstellen in der stationären Versorgungslandschaft des Kantons Basel-Stadt	14
2.1. Strukturierte «Landkarten» der Versorgungslandschaft und Patientenströme	14
2.2. Eine qualitative Beschreibung der Schnittstellen zwischen Spital, Zuweisern und Nachsorgern	20
2.2.1. Schnittstellen zwischen Spital und ambulanter Versorgung.....	20
2.2.2. Schnittstellen zwischen Spital und anderen Spitälern / Rehakliniken.....	25
2.2.3. Schnittstellen zwischen Spital und Pflegeheimen im Kanton Basel	26
2.2.4. Schnittstellen zwischen Spital und sozialmedizinischen Institutionen.....	30
3. Optimierte Schnittstellen – eine mehrdimensionale Herausforderung auf der Fall-, Organisations- und Systemebene.....	31
3.1. Die individuelle Fall- und Behandlungsebene.....	31
3.2. Integriertes Schnittstellenmanagement: die Organisationsebene und Systemebene.....	37
3.3. Herausforderungen und Optimierungsbedarf: von Schnittstellen zu Nahtstellen.....	41
4. Das Leitbild «Schnittstellenmanagement»	47
4.1. Regulierung oder Wettbewerb?	47
4.2. Ziele des Leitbilds, Entwicklungsprozess und Reduktion.....	49
4.3. Die Leitsätze des Leitbildes	52
4.4. Massnahmen zur Umsetzung der Leitsätzen	56
5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	59
6. Bibliografie	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Anzahl Spitalaustritte und Wohnorte der Patientinnen und Patienten der Spitäler des Kantons Basel-Stadt, 2011	15
Abbildung 2: Zuweisungen von Patientinnen und Patienten nach Aufenthaltsort vor Eintritt und Art der Einweisung (Wohnortkanton Basel-Stadt).....	18
Abbildung 3: Die Schnittstelle Pflegeheim – Spital – Pflegeheim	27
Abbildung 4: Die Interaktion zwischen Spital und Zuweisern, Nachsorgern, Patientinnen, Patienten und Angehörige auf der individuellen Fallebene	33
Abbildung 5: Organisationsebene «Integriertes Schnittstellenmanagement»	38
Abbildung 6: Systemebene «Integriertes Schnittstellenmanagement»	40
Abbildung 7: «Integriertes Schnittstellenmanagement» als mehrdimensionale Herausforderung ...	41
Abbildung 8: Zentrale Dimensionen und Handlungsfelder eines «guten» Schnittstellenmanagements - Feingliederung	50
Abbildung 9: Zentrale Dimensionen und Handlungsfelder eines «guten» Schnittstellenmanagements - Hauptzweige	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Behandlung und Aufenthaltsort nach Austritt für alle Wohnorte (Jahr 2011).....	17
Tabelle 2: Leitsätze Schnittstellenmanagement Kanton Basel-Stadt.....	53

Management Summary

Die Bedeutung eines «guten» Schnittstellenmanagements für die stationäre Gesundheitsversorgung Kanton Basel-Stadt

Der Kanton Basel-Stadt verfügt über eine stark ausdifferenzierte stationäre Gesundheitsversorgung, zu der die 14 Spitäler und Kliniken im Kanton, die Einbettung in die Versorgungsregion Nordwestschweiz und die volle Freizügigkeit mit dem Kanton Basel-Landschaft sowie die besondere Lage des Kantons im Dreiländereck beitragen. Es besteht eine hohe Wahlfreiheit für Patientinnen, Patienten und Zuweisende Stellen aus dem Kanton Basel-Stadt. Zugleich nehmen die basel-städtischen Spitäler und Kliniken mit einem Anteil von 46 Prozent an ausserkantonalen Fällen (2011) einen Versorgungsauftrag weit über die Kantonsgrenzen hinaus wahr. Dementsprechend spielt die Ausgestaltung der Schnittstellen eine wichtige Rolle, um die Vorteile dieses ausdifferenzierten Angebots zum Tragen zu bringen.

Gleichzeitig ist der Kanton Basel-Stadt mit seiner Altersstruktur, der Anzahl Einpersonenhaushalte, dem Anteil der Migrationsbevölkerung und als städtisches Zentrum mit spezifischen Gesundheitsthemen in der sozio-demografischen Entwicklung bereits an einem Punkt angelangt, den andere Kantone erst in einigen Jahren erreichen werden. Die Gesundheitsversorgung muss sich wandeln, um dem steigenden Bedarf an einer kontinuierlichen, koordinierten Behandlung und Begleitung von chronisch-kranken und/oder multimorbiden Menschen gerecht zu werden. Reformen sind notwendig, die eine wirksame Koordination von Leistungen sowohl zwischen verschiedenen Leistungsbereichen als auch über einen längeren Zeitraum hinweg unterstützen. Auch hier kommt einem «guten» Schnittstellenmanagement eine zentrale Bedeutung zu.

Bestandsaufnahme der Schnittstellen und Zusammenarbeitsformen sowie Grundlagen und Empfehlungen für Optimierungen

Der Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt hat eine langjährige Zusammenarbeit mit den Spitälern im Bereich der Qualitätssicherung und -messung aufgebaut. Ziel des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt (QuBA) ist es, die Qualität der stationären Versorgung in den Spitälern und Kliniken für die Politik und die Bevölkerung transparent zu machen und zur Qualitätsentwicklung der stationären Versorgung einen Beitrag zu leisten.

Aufgrund der zentralen Bedeutung wurde das Schnittstellenmanagement zwischen Versorgungsbereichen und Leistungserbringern als Schwerpunktthema des Qualitätsmonitorings 2012 und 2013 gewählt. Den Ausgangspunkt des Projektes bildete folgende Definition:¹

«Gutes» Schnittstellenmanagement bedeutet, Versorgungskontinuität über Organisationsgrenzen hinaus zu gewährleisten, Versorgungsbrüche zu vermeiden und Eintritte, Behandlungen, Entlassungen, Nachsorge und Weiterbehandlung individuell und bedarfsgerecht vorzubereiten und zu planen.

In einer ersten Projektphase von April 2012 bis Mai 2013 wurde eine Bestandsaufnahme der Schnittstellen und Zusammenarbeitsformen, der zentralen Herausforderungen und des Optimierungspotenzials erarbeitet. Die Interviews mit diversen Akteuren der basel-städtischen Gesundheitsversorgung, eine Dokumentenanalyse und eine Literaturrecherche zeigten, dass die angestrebten Verbesserungen nur durch ein koordiniertes, abgestimmtes Vorgehen der Spitäler und Kliniken sowie des Bereichs Gesundheitsversorgung Kanton Basel-Stadt erreicht werden können. Neben Strukturanpassungen und Prozessoptimierungen auf der individuellen Fall- und Behandlungsebene (1. Ebene) müssen Veränderungen auch auf der strategischen und institutionellen Ebene der Orga-

¹ In Anlehnung an Indra, P. in: Wiedenhöfer, D. et al. (Hrsg.) (2010), S.9.

nisationen (2. Ebene) und auf der Systemebene (3. Ebene) erfolgen. Gleichzeitig ist eine höhere Transparenz über die Ziele, den Nutzen und die Massnahmen eines «guten» Schnittstellenmanagements gegenüber der Öffentlichkeit und der Politik anzustreben.

Diese Erkenntnis führte zur Entscheidung des Bereichs Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Kanton Basel-Stadt, gemeinsam mit den Spitälern und Kliniken des Kantons und weiteren Akteuren ein verbindliches Leitbild «Schnittstellenmanagement», entsprechende Umsetzungsmassnahmen und eine Broschüre zu Händen der Öffentlichkeit zu erarbeiten.

Herausforderungen und Optimierungsbedarf: von Schnittstellen zu Nahtstellen

Die Bestandesaufnahme zeigt einen unterschiedlichen Stand des Schnittstellenmanagements in den verschiedenen Spitälern und Leistungsbereichen. In den vergangenen Jahren wurden von den Spitälern und Kliniken bereits eine Reihe an Optimierungsprojekten und -prozessen initiiert und durchgeführt. Diese reichten von einer schriftlichen Dokumentation und Überarbeitung der Ein- und Austrittsprozesse über Case Management Ansätze, Assessmentinstrumente, Checklisten und überarbeitete Überleitungsformulare bis hin zu einem Arztportal als Zugriffsmöglichkeit auf klinische Informationen für externe Partner. Auf der Organisationsebene kam es zu verschiedenen vertraglich abgesicherten Bereinigungen von Schnittstellen und vertraglich geregelten Formen der Zusammenarbeit. Auf der Systemebene wurden vor allem im Bereich Alter und Palliative Care wichtige Impulse für eine Verbesserung der Koordination von Leistungsbereichen und Leistungen gesetzt. Darunter fallen beispielsweise das Qualitätskonzept «qualivista» für Alters- und Pflegeheime, die Zusammenführung und Stärkung der Geriatrie, die Einführung von Konsiliarinnen in den Bereichen Akutgeriatrie, Psychogeriatric und Palliativmedizin, die Triage und Beratung durch Pflegeberaterinnen und -berater im Spital, die Aufnahme des Palliativzentrums Hildegard auf die Spitalliste, ein Leistungsauftrag für einen mobilen Palliative-Care-Dienst (MPCD) oder ein erweiterter Leistungsauftrag an die Spitex Basel-Stadt für die Bereiche Beratung, Spitexpress und Spitex-Transit. Auf der rechtlichen und technischen Ebene wurden Voraussetzungen für die Umsetzung und Weiterentwicklung des kantonalen E-Health-Programms geschaffen. Weitere Beispiele von Optimierungsprojekten und finden sich in den Kapiteln 2 und 3.

Bei der Bestandesaufnahme der vielfältigen Schnittstellen wurde deutlich, dass die Spitäler von ihrer Grösse, ihren Leistungsbereichen sowie auch von ihren Patientinnen- und Patientengruppen zu unterschiedlich sind, um einen gemeinsamen Standard für die Eintritts- und Austrittsprozesse zu definieren. Die Arbeit am Leitbild zeigte jedoch deutlich, dass sich bereits aus der Verpflichtung der Spitäler zu einer schriftlichen Dokumentation ihrer Eintritts- und Austrittsprozesse und Ansprechstrukturen ein wesentliches Verbesserungspotenzial ergibt. In den Übergängen zwischen den Versorgungsbereichen übernehmen die Patientinnen, Patienten und Angehörigen selbst eine wichtige Rolle. Sie können diese jedoch nur dann sinnvoll wahrnehmen, wenn sie die Eckpunkte eines «guten» Schnittstellenmanagements und mögliche Risiken und Brüche kennen. Je besser die Spitäler und Kliniken über ihre Ziele und Leistungsangebot informieren, desto besser können die Patientinnen und Patienten deren Einhaltung einfordern und ihre eigene Compliance daran ausrichten. Das heisst beispielsweise, dass die Spitäler und Kliniken ihre Ziele in Bezug auf die Rechtzeitigkeit und Vollständigkeit der Austrittsberichte, ihren Umgang mit notwendigen Medikationsumstellungen, ihre Anforderungen an die bei Eintritt verfügbaren Informationen oder die aus ihrer Sicht erforderliche ganzheitliche Umsetzung der Massnahmen der Austrittsplanung offenlegen. Gleiches gilt auch für die Transparenz und Orientierung der Spitäler gegenüber den Zuweisern und Nachsorgern.

Die Bestandesaufnahme und die gemeinsame Arbeit am Leitbild zeigte Herausforderungen und Optimierungspotenzial in einer Reihe von Handlungsfeldern, die in den Kapitel 3.3 und 4 ausführlich beschrieben werden. Diese umfassen unter anderem ein Ausschöpfen des Potenzials der elektronischen Bereitstellung und Übermittlung von Daten, eine Erhöhung der Medikationssicherheit

über Schnittstellen hinweg, eine Stärkung von versorgungsbereichsübergreifenden Case Management Ansätzen oder von Austauschformen wie gemeinsame Qualitätszirkel, eine Optimierung der Kostengutsprachen, eine Reduktion der Kapazitätsengpässe bei der Spitex und in sozialmedizinischen Institutionen, eine Bearbeitung von Brüchen und Lücken in den heutigen Vergütungssystemen, eine bessere Vernetzung der ambulanten Beratungs- und Unterstützungsangebote oder die Stärkung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten durch entsprechende Informationen, einen frühzeitigen Einbezug und gegebenenfalls auch Beratung und Anleitung.

Leitbild, Umsetzungsmassnahmen und Broschüre

Ausgehend von einem ersten Entwurf mit neun zentralen Handlungsschwerpunkten, die immer im Kontext von konkreten Umsetzungsmassnahmen und Instrumenten diskutiert, weiter aufgeschlüsselt und ausdifferenziert wurden (siehe Kapitel 4.2), konnten letztlich sechs Leitsätze abgeleitet werden. Diese stellte das Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt in einer Broschüre der Öffentlichkeit vor. Alle Spitäler und Kliniken des Kantons Basel-Stadt und der Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt verpflichteten sich, diese Zielsetzungen zu verfolgen. Die Leitsätze des Leitbilds sind jedoch nicht mit einem rechtlichen Anspruch auf einzelne Leistungen verbunden.

Leitsatz 1: Leistungen sind koordiniert – zum Wohl der Patientinnen und Patienten

Wir setzen uns gemeinsam mit unseren Partnerinnen und Partnern für Kontinuität und Qualität in der Gesundheitsversorgung ein.

Leitsatz 2: Behandlungsprozesse werden über Versorgungsbereiche hinweg abgestimmt und weitergeführt

Ein- und Austritte, die Nachsorge und weitere Behandlungen bereiten wir individuell und dem Bedarf der Patientinnen und Patienten entsprechend vor und stimmen sie zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten ab.

Leitsatz 3: Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen wird gestärkt

Wir informieren unsere Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen umfassend und beziehen sie möglichst frühzeitig in den gesamten Behandlungsprozess mit ein.

Leitsatz 4: Wichtige medizinische Informationen über die Patientinnen und Patienten sind dank neuer Lösungen rechtzeitig am richtigen Ort

Wir gewährleisten die rechtzeitige und interdisziplinäre Bereitstellung und Übermittlung der für die Behandlung, Therapie und Pflege erforderlichen Informationen – von der Zuweisung bis zur Nachsorge, dies unter hohen Anforderungen an den Datenschutz.

Leitsatz 5: Ein der gesundheitlichen Situation entsprechendes häusliches Umfeld wird angestrebt

Wir unterstützen unsere Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen, damit nach dem Austritt aus dem Spital oder der Klinik ein tragfähiges Lebensumfeld vorhanden ist.

Leitsatz 6: Gleichbleibende Behandlungsqualität dank aufeinander abgestimmter Finanzierungsbausteine

Trotz unterschiedlicher Finanzierungsquellen für ambulante und stationäre Behandlungen streben wir eine optimale Behandlungskontinuität an.

Parallel zur Erarbeitung des Leitbilds wurde ein Massnahmenkatalog erstellt, der die Umsetzung des Leitbilds unterstützen. In den Leistungsvereinbarungen mit dem Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt für die Periode 2015-2017 verpflichten sich die basel-städtischen Spitäler und Kliniken zur Prozessdokumentation ihres Ein- und Austrittsmanagements und der entsprechenden Ansprechstrukturen. Zusätzlich wählen sie aus dem Massnahmenkatalog mit den fünf zentralen Handlungsfeldern eine weitere Massnahme zur Umsetzung der Leitsätze.

Zusätzliche Massnahmen werden im Rahmen anderer Gefässe fortgeführt, initiiert und umgesetzt. So beispielsweise im Kontext des kantonalen E-Health-Programms, des Schwerpunktthemas «Medikationssicherheit» des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt 2014/2015 oder zusätzlicher Projekte bis 2017. Gleichzeitig dient das Leitbild «Schnittstellenmanagement» als Rahmen zur Lancierung und Kommunikation eigener Projekte und Optimierungsmassnahmen der Spitäler und Kliniken.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Das Leitbild stellt das Endergebnis eines kooperativen Prozesses dar. Trotz Konkurrenz und Wettbewerb unter den Leistungserbringern wurden gemeinsam die Grundlagen für «gutes» Schnittstellenmanagement weiterentwickelt und bestehende Hindernisse und Barrieren abgebaut. Qualitätsunterschiede im Schnittstellenmanagement tragen unter anderem auch zu einer Positionierung der Leistungserbringer im Wettbewerb bei. Damit sie aber nachvollziehbar werden, muss zunächst Transparenz und Orientierung über «gutes» Schnittstellenmanagement geschaffen werden.

Das übergeordnete Ziel aus der Sicht des Versorgungssystems sowie der Patientinnen- und Patienten sollte sein, dass die Patientin bzw. der Patient zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt und betreut sowie bedarfsgerecht zum weiteren Leistungserbringer weitergeleitet wird. Angesichts der demografischen sowie der ökonomischen Entwicklung und einer aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts zu erwartenden weiteren Angebotsausdehnung ist mit einer Fortsetzung der Kostenentwicklung der vergangenen Jahre zu rechnen. Dies stellt das Versorgungssystem vor die Herausforderung, Effizienzgewinne auszuschöpfen, die im Kontext des Schnittstellenmanagements unter anderem in folgenden Bereichen liegen:

- rechtzeitige Zuweisung zum richtigen Leistungserbringer;
- Vermeidung von Versorgungsbrüchen, Medikationsfehlern, unnötigen Rehospitalisierungen und Doppeluntersuchungen;
- zielführende, rechtzeitige Informationsübermittlung;
- Reduktion unnötiger administrativer Aufwände und Rückfragen.

Bei der Bestandesaufnahme wichtiger Schnittstellen und in den Schlussfolgerungen und Empfehlungen wird an vielen Beispielen deutlich, dass die Spitäler und Kliniken auf der Ebene ihrer Strukturen, Prozesse und insgesamt ihrer Leistungen einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Schnittstellen und damit zur Versorgungskontinuität leisten. Sie zeigen aber auch, dass eine neue «Kultur» des Datenaustausch im Bereich E-Health, die Behebung von Kapazitätsengpässen, eine stärkere Sensibilisierung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen für wichtige Instrumente und Unterstützungsmöglichkeiten an den Übergängen oder die Bedeutung der Medikationssicherheit idealerweise gemeinsam mit allen Leistungserbringern angestrebt werden sollten.

Die Erarbeitung des Leitbilds «Schnittstellenmanagement» ist Ausdruck des Willens der Spitäler und Kliniken und des Bereichs Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Kanton Basel-Stadt zu Kooperation und Zusammenarbeit. Ziel ist, gemeinsam durch eine Verbesserung der Schnittstellen Synergie- und Effizienzpotenziale auszuschöpfen und zugleich die Qualität der Versorgung zu steigern.

1. Ausgangslage und methodisches Vorgehen

1.1. Ausgangslage der Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Stadt

Vielfältige Herausforderungen

Der Kanton Basel-Stadt verfügt über eine differenzierte, hoch spezialisierte und zugleich breite stationäre Versorgungslandschaft. Dazu tragen zum einen die vierzehn Spitäler und Kliniken bei, die ihren Standort im Kanton haben. Zu ihnen gehören die drei Universitätsspitäler und -kliniken (Universitätsspital Basel, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel-Stadt und Universitäts-Kinderspital beider Basel), die im Bereich der spezialisierten Medizin einen Versorgungsauftrag weit über die Grenzen des Kantons hinaus wahrnehmen, aber auch einen wichtigen Teil der Grundversorgung abdecken. Dieses Angebot wird ergänzt durch die Privatspitäler Bethesda, Reha Chrischona, St. Claraspital, Merian-Iselin Klinik, Psychiatrische Klinik Sonnenhalde, Rehab Basel und die Schmerzklinik Basel. Als eine Besonderheit der basel-städtischen Gesundheitsversorgungslandschaft dürfen die beiden Spitäler Felix Platter-Spital und Adullam Spital gelten, die spezialisierte Leistungen in den Bereichen Akut-Geriatrie, Geriatrie-Rehabilitation und Geriatrie-Langzeitbehandlung anbieten. Als weitere spezialisierte Anbieter stehen das Palliativzentrum Hildegard und das Geburtshaus Basel auf der Spitalliste.

Zur differenzierten stationären Versorgungslandschaft, die der basel-städtischen Wohnbevölkerung zur Verfügung steht, tragen zum anderen die besondere Lage des Kantons im Dreiländereck Schweiz, Deutschland und Frankreich sowie die von den Kantonen Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Aargau und Solothurn koordinierte Spitalplanung für die Versorgungsregion Nordwestschweiz bei. Seit dem 01.01.2014 herrscht für die Wohnbevölkerung im Kanton Basel-Stadt volle Freizügigkeit mit dem Kanton Basel-Landschaft.

Der OECD/WHO-Länderbericht aus dem Jahr 2011 stellt dem Schweizerischen Gesundheitswesen ein insgesamt sehr gutes Zeugnis aus. Die hochstehende Versorgungsqualität spiegelt sich unter anderem in einer hohen Patientenzufriedenheit, der jedoch im internationalen Vergleich hohe Kosten gegenüberstehen.

Im OECD/WHO-Bericht wird ebenfalls die Qualität der stationären Versorgung im Spital in der Schweiz hervorgehoben. Die Autorinnen und Autoren sehen allerdings die Gefahr, dass diese Qualität aufgrund der hohen Kostenintensität mittelfristig zu einer Schwäche wird, wenn es nicht gelingt, diese Exzellenz in den steigenden Bedarf an einer kontinuierlichen, koordinierten Behandlung und Begleitung von chronisch-kranken und/oder multimorbiden Menschen einzubinden. Reformen werden angemahnt, die die wirksame Koordination von Leistungen sowohl zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und Anbietern als auch über einen längeren Zeitraum hinweg unterstützen.²

Der Kanton Basel-Stadt ist in der sozio-demographischen Entwicklung bereits an einem Punkt angelangt, den andere Kantone erst in einigen Jahren erreichen werden. So ist der Anteil der über 65-jährigen, aber auch der über 80-jährigen Personen an der Wohnbevölkerung höher als im schweizerischen Durchschnitt. Hoch ist auch der Anteil Einpersonenhaushalte. Als städtisches Zentrum ist Basel von gewissen Gesundheitsthemen (beispielsweise psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen) und von sozialen Problemen (z.B. Arbeitslosigkeit oder der beruflichen Integration nach einer Erkrankung oder einem Unfall), die zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung hinzukommen oder mit ihr einhergehen, stärker betroffen.

² OECD/WHO (2011). S. 11-12, 19-21.

Zusammengefasst verfügt der Kanton Basel-Stadt einerseits über eine hochgradig ausdifferenzierte stationäre Spitalversorgung mit einer hohen Wahlmöglichkeit für zuweisende Institutionen sowie für Patientinnen und Patienten. Da andererseits eine gesundheitliche Ausgangslage vorliegt, die in vielem bereits von den im OECD-Bericht skizzierten Herausforderungen geprägt ist, ist es für die Basler Spitäler zentral, ihre Schnittstellen zu den Zuweisern und Nachsorgern zu überprüfen und zu optimieren. So können sie ihre Stärken auch mit Blick auf versorgungsbereichsübergreifende, zeitlich ausgedehnte Behandlungsketten ausspielen und weiterentwickeln.

Qualitätssicherung und -messung an den basel-städtischen Spitälern

Der Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt hat eine langjährige Zusammenarbeit mit den Spitälern im Bereich der Qualitätssicherung und -messung aufgebaut. Im Rahmen des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt (QuBA) soll die Qualität der stationären Versorgung in den Spitälern und Kliniken für die Politik und die Bevölkerung transparent gemacht werden. Zentrale Instrumente der Qualitätssicherung sind neben der Fachgruppe Qualität und einem Tag der Qualität die kantonalen Schwerpunktthemen und ihre Publikation in dem jährlich erscheinenden kantonalen Gesundheitsversorgungsbericht und in den individuellen Qualitätsberichten der Spitäler und Kliniken.

Das Qualitätsmonitoring basiert zum einen auf Indikatoren des ANQ (Association nationale pour le développement de qualité) und auf den Qualitätsindikatoren des BAG (Bundesamt für Gesundheit), zum anderen auf kantonalen, ergänzenden Schwerpunktthemen. In den Jahren 2009 und 2011 standen das «Critical Incident Reporting System» und 2010 das «Beschwerde- und Rückmeldemanagement» im Zentrum der kantonalen Erhebungen.

Aufgrund der hohen Bedeutung einer über die Versorgungsbereiche hinweg koordinierten und abgestimmten Leistungserbringung wählten der Bereich Gesundheitsversorgung und die Gremien des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt (QuBA) das Thema «Schnittstellenmanagement» als Schwerpunktthema 2012 und 2013. Mit diesem Fokus sollten zugleich die Folgen der Verkürzung der Aufenthaltsdauer mit der Einführung von Fallpauschalen im Jahr 2012 überprüft und die getroffenen und geplanten Massnahmen zur Optimierung des Schnittstellenmanagements dargestellt werden. In der Versorgungsplanung 2012 bis 2020 wird zudem von einer weiteren Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den Spitälern des Kantons Basel-Stadt ausgegangen, die die Anforderungen an das Schnittstellenmanagement und die koordinierte Leistungserbringung zusätzlich erhöhen wird.

In den Jahren 2014/2015 wird mit dem Schwerpunkt «Medikationssicherheit» ein nationales Thema des BAG (progress!) aufgegriffen, das die Stiftung patientensicherheit schweiz umsetzt. Damit wird ein weiterer wichtiger Bereich des Schnittstellenmanagements vertieft.

1.2. Die Erarbeitung eines gemeinsamen Leitbilds «Schnittstellenmanagement»

«Schnittstellenmanagement» bezieht sich in diesem Projekt auf die Gestaltung der Übergänge zwischen verschiedenen Spitälern und Kliniken, zwischen der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung des Kantons Basel-Stadt sowie zu unterschiedlichen Wohnsituationen der Patientinnen und Patienten.

Ein «gutes» Schnittstellenmanagement beginnt in Krankenhäusern fallbezogen auf der Ebene des individuellen Ein- und Austritts und beruht auf den Strukturen und Prozessen, die im Bereich des Zuweisungs- und Entlassungsmanagements von den Spitälern sowie von ihren zuweisenden und nachsorgenden Partnern aufgebaut wurden. Anders als die Struktur des Critical Incident Reporting Systems oder das Beschwerdemanagementsystem einer Klinik respektive eines Spitals ist die Ergebnisqualität des Schnittstellenmanagements einerseits in starkem Masse von der strukturellen Kooperation der an der Behandlung beteiligten weiteren Leistungserbringer und andererseits von den Rahmenbedingungen auf der Systemebene abhängig.

Alle Qualitätserhebungen im Rahmen des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt zielen im Endeffekt auf eine Optimierung der Versorgungsstrukturen. Deshalb müssen im Falle des Schwerpunktthemas Schnittstellenmanagement neben der Fall- und der Organisationsebene auch die Systemebene in die Erhebung und in die Ableitung von Massnahmen zur Optimierung einbezogen werden.

Zugleich fehlen auf der Ebene der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen und derjenigen der Zuweiser und Nachsorger oft aussagekräftige Indikatoren für die Qualität, die ein «gutes» Schnittstellenmanagement auszeichnet. Es stellen sich diverse Fragen, die von den Akteuren der Basler Gesundheitsversorgung geklärt werden müssen: Innert wieviel Tagen sollte z.B. ein Austrittsbericht oder zumindest eine Kurzfassung bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt sein, um das Kriterium der rechtzeitigen Informationsübermittlung zu erfüllen? Welche Anforderungen können und sollen darüber hinaus an die Vollständigkeit und Verständlichkeit von Berichten gestellt werden? Welche Umstellungen der Medikation sind notwendig und mit welcher Begründung weiterzuführen? In welchem Masse darf eine Patientin oder ein Patient auf Unterstützung zur Stabilisierung einer komplexen oder neuen gesundheitlichen und sozialen Situation zählen und wie verläuft dort die Arbeitsteilung zwischen Spital und Nachsorgern? Welche Informationen, Beratungen und gegebenenfalls auch Anleitungen oder Schulungen sind notwendig, um die Kompetenzen der Patientinnen und Patienten im Umgang mit einer Krankheit und einer evtl. neuen Versorgungssituation zu stärken? Wer ist dafür zuständig? Welchen Beitrag können beispielweise neue Informationstechnologien zu einer besseren Koordination der Übergänge leisten, wenn der Patient seine bzw. die Patientin ihre Zustimmung zu einer institutionenübergreifenden elektronischen Dokumentation und Bereitstellung von behandlungsrelevanten Daten gibt?

Auch auf der Ebene der leistungserbringenden Organisationen und politischen Entscheidungsträger fehlen häufig versorgungsbereichsübergreifende Qualitätsindikatoren, die eine Evaluation der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit von Investitionen in das Schnittstellenmanagement erlauben.

Die Gestaltung der Schnittstellen zwischen den Spitälern und Kliniken sowie ihren Zuweisern und Nachsorgern soll aus diesen Gründen parallel auf folgenden drei Ebenen weiterentwickelt werden: der individuellen Fallebene, der Organisations- und der Systemebene. Verbunden mit dem Anspruch einer erhöhten Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit und in der Politik über den Nutzen, die Ziele und Massnahmen eines «guten» Schnittstellenmanagements, führte dies zur Entscheidung des Bereichs Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt, gemeinsam mit den Spitälern und Kliniken des Kantons ein verbindliches Leitbild «Schnittstellenmanagement», entsprechende Umsetzungsmassnahmen und eine Broschüre zu Handen der Öffentlichkeit zu erarbeiten.

Das Leitbild soll in Bezug auf «gutes» Schnittstellenmanagement

- eine möglichst differenzierte Orientierung über die wichtigsten Ziele und Handlungsfelder des Schnittstellenmanagements bieten,
- Transparenz und Verbindlichkeit für Patienten und Patientinnen, Spitäler, Zuweiser und Nachsorger schaffen,
- die Koordination der Leistungserbringer leiten,
- die Grundlage für die Ableitung eines konkreten Massnahmenkatalogs sein,
- als Referenz für die spätere Evaluation dienen sowie
- eine qualitätsorientierte Positionierung des Kantons und der Versorgungsregion Basel-Stadt ermöglichen.

Parallel zur gemeinschaftlichen Erarbeitung und Verabschiedung des Leitbilds wurden die Leistungsverträge des Gesundheitsdepartements Kanton Basel-Stadt mit den Spitälern und Kliniken für die Leistungsperiode 2015 bis 2017 um das Schnittstellenmanagement erweitert. Einerseits wurde die Verpflichtung aufgenommen, dass die Spitäler ihre Prozesse des Ein- und Austrittsmanagements und die entsprechenden Ansprechstrukturen schriftlich dokumentieren. Andererseits setzen

Luzern, 09. September 2014

Seite 12/66

die Spitäler mindestens eine weitere Verbesserungsmassnahme um, die sie aus einem Massnahmenkatalog auswählen, der im Verlauf dieses Projekts erarbeitet wurde..

1.3. Projektorganisation und methodisches Vorgehen

Die Bestandesaufnahme zum Schnittstellenmanagement im Kanton Basel-Stadt, das Leitbild, der Massnahmenkatalog und die Broschüre wurden im Zeitraum April 2012 bis Mai 2014 erarbeitet.

Das Projekt wurde unter der Leitung des Bereichs Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt in Zusammenarbeit mit Vertretern und Vertreterinnen der Spitäler und Kliniken realisiert. Beratend wurden zeitweise die Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler und die Medizinische Gesellschaft Basel-Stadt hinzugezogen. Die Hochschule Luzern – Wirtschaft begleitete den Prozess und erarbeitete mit folgendem Methodenmix die fachlichen Grundlagen, Arbeitsdokumente und Berichte:

- Dokumentenanalyse und Literaturrecherche
- Datenanalyse und statistische Auswertungen
- Schriftliche Kurzerhebung bei den Spitälern und Kliniken
- Qualitative Interviews mit Spitälern, Zuweisern und Nachsorgern
- Workshops und Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern in den Gremien des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt und den kantonalen Auftraggebern

In einer ersten Phase des Projektes wurde zwischen April 2012 und Mai 2013 eine Bestandesaufnahme der Ist-Situation im versorgungsbereichsübergreifenden Schnittstellenmanagement, der laufenden und geplanten Projekte sowie der Herausforderungen aus Sicht der Leistungserbringer sowie der Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt vorgenommen. Der Schlussbericht stützt sich im Wesentlichen auf den Stand der Erhebung Ende Mai 2013. An einzelnen Stellen flossen aktuellere Erkenntnisse ein, die sich aus der Arbeit am Leitbild ergaben.

Es wurden leitfadengestützte Interviews mit Vertretungen der folgenden Akteure geführt: Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Kanton BS (1 Bereich, 1 Person), Spitäler und Kliniken (12 Institutionen, 28 Personen), Pflegeheime (2 Institutionen, 3 Personen), Hausärzte/Ärztetzwerke (2 Praxen, 2 Personen), Spitex (2 Institutionen, 3 Personen), Patientenstelle Basel (2 Personen).

In einer zweiten Phase, die mit diesem Schlussbericht im September 2014 endet, wurden das Leitbild Schnittstellenmanagement, der Massnahmenkatalog sowie die Broschüre «Gesundheitsversorgung – umfassend und vernetzt» erarbeitet.

1.4. Aufbau des Schlussberichts

Der Schlussbericht ist in fünf Kapitel gegliedert. Die Ausgangslage und das methodische Vorgehen werden im ersten Kapitel dargestellt. Eine quantitative und qualitative Bestandesaufnahme der Patientenströme und der zentralen Schnittstellen in der Versorgungslandschaft des Kantons Basel-Stadt erfolgt im zweiten Kapitel.

In Kapitel 3 wird skizziert, in welcher Hinsicht die angestrebte Optimierung der Schnittstellen als ein mehrdimensionaler Prozess zu gestalten ist. Veränderungen und Anpassungen sollten systematisch auf allen drei Ebenen – der individuellen Fallebene, der Organisation- und Systemebene – durchgeführt werden, um optimierte Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten zu erzielen und Qualitäts- und Effizienzgewinne zu realisieren. Die aus den Interviews und der Dokumentenanalyse gewonnenen Erkenntnisse zu den Herausforderungen und dem Optimierungsbedarf des Schnittstellenmanagements im Kanton Basel-Stadt werden in diesem Rahmen dargestellt.

Kapitel 4 zeichnet den Weg zum Leitbild Schnittstellenmanagement und zur Broschüre «Gesundheitsversorgung – umfassend und vernetzt» nach. Die einzelnen Leitsätze werden vorgestellt und

Luzern, 09. September 2014

Seite 13/66

erläutert, ebenso ein Katalog von Massnahmen, der wichtige Grundlagen zur Umsetzung des Leitbilds umreisst.

Das Leitbild und die Leitsätze selbst stellen bereits eine Zusammenfassung zentraler Elemente «guten» Schnittstellenmanagements und der wichtigsten Ergebnisse des Projektes «Kantonale Befragung Schnittstellenmanagement 2012/13 – Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt» dar. Es sind Zwischenergebnisse aus der Sicht eines Prozesses, der mit der Veröffentlichung der Leitsätze und der Aufnahme des Leitbilds in die Leistungsvereinbarungen zwischen Kanton und Spitäler in eine nächste Phase eingetreten ist. In Kapitel 5 werden dennoch ergänzend einige Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus Sicht der Hochschule Luzern – Wirtschaft zusammengefasst.

2. Bestandesaufnahme der Patientenströme und zentralen Schnittstellen in der stationären Versorgungslandschaft des Kantons Basel-Stadt

2.1. Strukturierte «Landkarten» der Versorgungslandschaft und Patientenströme

Auswertungen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Aus der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS (2011)) und den Jahresberichten der basel-städtischen Spitäler und Kliniken lässt sich ein erstes quantitatives und qualitatives Bild der Patientenströme und Zusammenarbeitsformen gewinnen, das aufzeigt, welche «Kapazitäten» und Anforderungen die Schnittstellen bewältigen müssen. Zu diesem Verständnis trägt auch eine Aufschlüsselung der Übergänge nach Variablen wie Altersgruppen oder Art der Eintritte (Notfall, angemeldet, Selbstanmeldung, Überweisung via Arzt etc.) bei. Zugleich werfen die Auswertungen der Patientenströme ein erstes Licht auf die funktionale Gliederung und Arbeitsteilung zwischen den Basler Spitalern sowie zu den zuweisenden und nachsorgenden Akteuren wie Ärzte, Spitex, Pflegeheime oder sozialmedizinischen Einrichtungen.

Die Auswertungen der Patientenströme beschränkten sich in der laufenden Erhebung auf eine Analyse der medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Sie liesse sich jedoch mit begrenztem Aufwand in zwei Richtungen verfeinern. Im Rahmen der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen liegen ebenfalls anonymisierte Individualdaten zu einzelnen Pflegefällen und -aufenthalten in Alters- und Pflegeheimen oder anderen sozialmedizinischen Institutionen vor. In diesen Datensätzen werden die Aufenthaltsorte vor dem Eintritt wie auch gegebenenfalls nach dem Austritt sowie die Aufenthaltsdauer erfasst. Daraus liesse sich ein verfeinertes Bild über das Angebot an Übergangsplätzen oder Entlastungsbetten in Pflegeheimen, die Rolle der Heime in der Palliativversorgung oder die verschiedenen Zuweisungskanäle inklusive der Pflegebedürftigkeitsstufe bei Eintritt gewinnen. Eine zweite wichtige Quelle, die heute praktisch nicht ausgeschöpft wird, stellt die detaillierte Erfassung der Leistungen und Klientensituationen im Rahmen der Spitexversorgung dar. Aktuell werden diese Daten in der Spitexstatistik des BFS nur stark aggregiert erfasst und ausgewertet. So ist es beispielsweise auf der Ebene der publizierten Daten nicht möglich (ausser bei der Leistungsart Akut- und Übergangspflege) zwischen Leistungen der Spitex in der zeitlich befristeten ambulanten Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt in einer ansonsten stabilen Situation, in der Langzeitpflege von betagten oder chronisch kranken Menschen oder bei Einsätzen zur Stabilisierung von komplexen Situationen oder Krisensituationen zu unterscheiden. Die Datenbankstrukturen der meisten Spitexorganisationen lassen jedoch dank des standardisierten Rai-HC Assessments und einer detaillierten Leistungserfassung anonymisierte, fallbezogene und strukturierte Auswertungen der Klientensituationen und Zuweisungsprozesse zu, die die Rolle und den Einbezug der Spitex an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung viel deutlicher abbilden könnten.

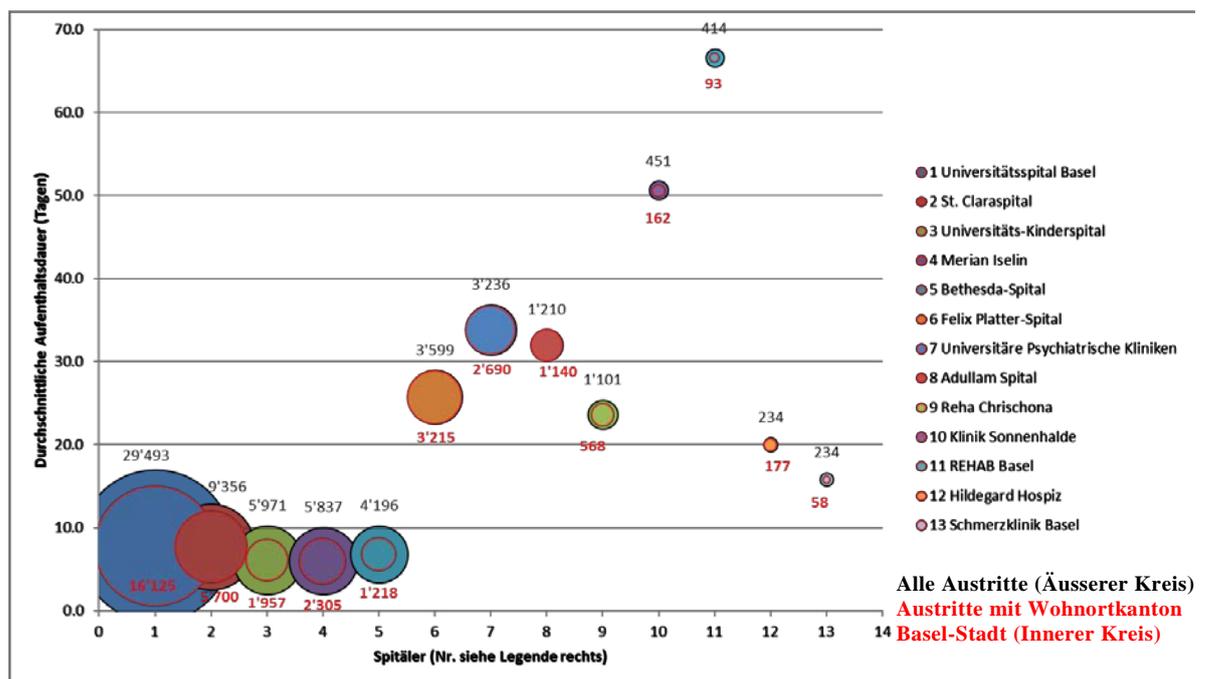
Inner- und ausserkantonale Patientenströme und Unterschiede in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer

Die Spitäler und Kliniken im Kanton Basel-Stadt stellen eine medizinische Zentrumsversorgung in der Nordwestschweiz sicher. Deshalb übersteigt das Gesamtangebot an medizinischen Leistungen den Eigenbedarf der basel-städtischen Wohnbevölkerung deutlich. Im Jahr 2011 wohnten von gesamthaft 65'343 Fällen (ohne Neugeborene) 35'418 Patientinnen und Patienten (ca. 54 Prozent) im Kanton Basel-Stadt. Damit wurde fast die Hälfte der stationären Dienstleistungen in den Basler Spitalern (29'925 Fälle oder ca. 46 Prozent) für ausserkantonale und ausländische Patientinnen und Patienten geleistet.³ Abbildung 1 zeigt jedoch, dass dieser Anteil je nach Spital sehr stark

³ Diese und alle im weiteren Verlauf des Berichtes zitierten Zahlenangaben aus der medizinischen Statistik des Kanton Basel-Stadt und des Bundesamts für Statistik beruhen auf einer anonymisierten Auswertung der medizinischen Statistik 2011 durch

schwankt. Die Fläche der Kreise bildet den relativen Anteil der Fälle eines einzelnen Spitals an der Gesamtzahl der Fälle ab. Die schwarze Zahl und der äussere Kreis bezeichnen die Anzahl aller Austritte eines Spitals, die rote Zahl und der innere Kreis die Anzahl Austritte mit Wohnort Kanton BS. Dies führt zu unterschiedlichen Anforderungen an das Schnittstellenmanagement der Spitäler. Während einzelne Spitäler vor allem kantonale Schnittstellen pflegen und weiterentwickeln können, müssen sich die Mehrheit der basel-städtischen Spitäler und Kliniken auf eine Vielzahl unterschiedlicher Zuweiser, Nachsorger und unterschiedliche regionale Gegebenheiten einstellen.

Abbildung 1: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Anzahl Spitalaustritte und Wohnorte der Patientinnen und Patienten der Spitäler des Kantons Basel-Stadt, 2011



Quelle: Eigene Darstellung. Aufenthaltsdauer (ohne gesunde Neugeborene) gemäss Gesundheitsstatistik beider Basel, Statistisches Amt des Kantons Basel-Landschaft (2011) und Spitalaustritte nach Wohnortkanton (ohne Neugeborene) gemäss Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS (2011).

In Abbildung 1 wird als weitere Dimension die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Spital gemäss der Gesundheitsstatistik beider Basel wiedergegeben. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Spitalern, die zu heterogenen zeitlichen Anforderungen an die rechtzeitige Entlassungsplanung unter Einbezug der Patientinnen, Patienten und Angehörigen sowie der Zuweiser und Nachsorger führt.

Der hohe Anteil von ausserkantonalen Zuweisungen von Patientinnen und Patienten erfordert von den Spitalern und Kliniken des Kantons Basel-Stadt ein strukturiertes und gut dokumentiertes Schnittstellenmanagement, welches auch für die ausserkantonalen Zuweiser und Nachsorger anschlussfähig ist. Aufgrund der Freizügigkeit mit dem Kanton Basel-Landschaft, der Kooperation der Nordwestschweizer Kantone in der Spitalplanung und der Zusammenarbeit der Spitäler und Kliniken in der Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler bietet sich eine kantonsübergreifende Zusammenarbeit in der Weiterentwicklung der Schnittstellen an.

Der Kanton Basel-Stadt ist aber nicht nur Exporteur von Leistungen. Im Jahr 2011 wurden von 40'564 durch die Kantonsbevölkerung (ohne Neugeborene) in Anspruch genommenen stationären Spitalbehandlungen 92 Prozent oder 37'148 in einem Basler Spital durchgeführt, 3'416 in einem ausserkantonalen Spital. Ein hoher Anteil der ausserkantonalen Behandlungen entfällt einerseits auf die kardiologische, pulmologische und allgemeine internistische Rehabilitation bei Menschen im berufstätigen Alter, die auf einen Wiedereintritt ins Berufsleben vorbereitet werden sollen, sowie andererseits auf die neurologische Rehabilitation nach Hirnschlag und bei Fragestellungen der beruflichen Integration.⁴

Austritte mit Behandlungsbedarf

Die Auswertung der medizinischen Statistik Kanton Basel-Stadt für das Jahr 2011 ergibt, dass von den gesamthaft 65'343 Austritten (alle Wohnorte) 32.5 Prozent aller Fälle als «geheilt, kein Behandlungsbedarf» oder «Andere, unbekannt» entlassen wurden oder im Spital «verstorben» sind. Zwei Drittel aller Fälle (67.5 Prozent), d.h. 44'079 Personen werden hingegen mit einem Behandlungs- oder Pflegebedarf im Anschluss an den Spitalaufenthalt aus dem Spital entlassen.⁵ In diesen Fällen müssen die Diagnosen, Empfehlungen und Verordnungen rechtzeitig, vollständig und verständlich bei den nachsorgenden Stellen eintreffen. Jede Nachfrage und jeder unklare Auftrag erhöht den Aufwand für beide Seiten der Schnittstelle, Spital wie Nachsorger.

Die hohe Anzahl von Austritten mit einem anschliessenden Behandlungs- oder Pflegebedarf zeigt bereits unabhängig von der Komplexität der einzelnen Fälle und Übertritte das Potenzial auf, welches in einer effizienten Ausgestaltung der Schnittstellen liegt. Wichtige Elemente sind unter anderem die richtige Erfassung der aktuellen Adressen der Zuweisenden, Patienten und nachsorgenden Stellen, die Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen der nachsorgenden Institution im Austrittsbericht sowie ein rascher Versand zeitgleich oder kurz nach dem Austritt.⁶

Aufschlüsselung der Austritte nach Altersgruppen, Behandlung und Aufenthaltsort nach Austritt

Die Austritte lassen sich weiter nach Altersgruppen, Behandlung und Aufenthaltsort nach Austritt aufschlüsseln (siehe Tabelle 1). Letztere Variable erlaubt eine erste Einschätzung der Bedeutung der verschiedenen Schnittstellen der Spitäler (anderes Spital, Rehaklinik, Pflegeheim/sozialmedizinische Institution, – nach Hause) für das Schnittstellenmanagement. Aus Datenschutzgründen wird diese Analyse im Schlussbericht nicht bis auf die Ebene des einzelnen Spitals hinunter aufgeschlüsselt dargestellt.

⁴ Spitalplanung 2012. Gemeinsamer Versorgungsbericht der Kantone Aargau, Basel-Landschaft Basel-Stadt und Solothurn (2010)

⁵ Ein ähnliches Verhältnis ergibt sich, wenn man die Statistik auf die Anzahl Austritte mit Wohnort Kanton Basel-Stadt einschränkt. Von gesamthaft 35'418 Austritten werden 26.3 Prozent aller Fälle als «geheilt, kein Behandlungsbedarf» oder «andere, unbekannt» entlassen oder sind im Spital verstorben. Knapp drei Viertel aller Fälle (73.7 Prozent), d.h. 26'101 Personen weisen einen Behandlungs- oder Pflegebedarf im Anschluss an die Entlassung aus dem Spital auf.

⁶ Diese Aspekte unterstreichen die Wichtigkeit und Bedeutung einer elektronischen Unterstützung der Schnittstellen, z.B. ein elektronischer, verschlüsselter Versand oder standardisierte Formulare.

Tabelle 1: Behandlung und Aufenthaltsort nach Austritt für alle Wohnorte (Jahr 2011)

Behandlung und Aufenthaltsort nach Austritt (Jahr 2011)	Altersgruppe					Total
	<65	65-79	80-84	85-89	90+	
A. Geheilt, kein Behandlungsbedarf						
Zu Hause	13'546	3'032	638	395	189	17'800
Alle anderen Kategorien	30	9	3	6	10	58
<i>Total A.</i>	<i>13'576</i>	<i>3'041</i>	<i>641</i>	<i>401</i>	<i>199</i>	<i>17'858</i>
B. Mit ambulanter oder stationärer Behandlung, Rehabilitation oder Pflege (Zusammenfassung der vier Kategorien: 1. Ambulante Behandlung, 2. Ambulante Pflege, 3. Stationäre Behandlung oder Pflege, 4. Rehabilitation)						
Zu Hause	18'158	8'998	2'464	1'460	553	31'633
Anderes Krankenhaus	1'358	1'877	995	864	516	5'610
Psychiatrische Klinik	585	120	50	22	12	789
Rehabilitationsklinik	816	1'387	482	254	84	3'023
Altersheim, andere sozialmedizinische Institution	205	94	93	98	117	607
Krankenheim, Pflegeheim	150	325	338	390	324	1'527
Anderer und unbekannt	268	239	154	131	98	890
<i>Total B.</i>	<i>21'540</i>	<i>13'040</i>	<i>4'576</i>	<i>3'219</i>	<i>1'704</i>	<i>44'079</i>
C. Andere und unbekannt						
<i>Total C.</i>	<i>1'273</i>	<i>549</i>	<i>120</i>	<i>63</i>	<i>9</i>	<i>2'014</i>
D. Todesfall						
<i>Total D</i>	<i>279</i>	<i>506</i>	<i>234</i>	<i>219</i>	<i>154</i>	<i>1'392</i>
Total (A. + B. + C. + D.)	36'668	17'136	5'571	3'902	2'066	65'343

Quelle: Auswertung der Medizinischen Statistik 2011 (BFS) durch das Versorgungsmonitoring des Bereichs Gesundheitsversorgung GD Basel-Stadt. Ohne Neugeborene.

Tabelle 1 zeigt, dass 31'633 der 44'079 Austritte mit Behandlungsbedarf nach Hause und in die ambulante Versorgung erfolgen, 9'422 in andere Krankenhäuser, Psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken und 2'134 in Kranken- und Pflegeheime sowie Altersheime und sozialmedizinische Institutionen. Dies bedeutet, dass die Mehrzahl der Entlassungen (72 Prozent) in die ambulante Versorgung über eine Vielzahl von ambulanten Leistungserbringern und damit auch Ansprech- und Koordinationspartnern erfolgen muss. Andererseits werden mehr als 11'500 Überweisungen (26 Prozent) an andere Einrichtungen wie Spitäler, Rehabilitationskliniken, Alters-, Kranken- oder Pflegeheime sowie sozialmedizinische Institutionen vorgenommen, d.h. von einer Institution an eine andere Institution mit einer deutlich niedrigeren Zahl von personell und strukturell unterschiedlichen Schnittstellen.

Aufschlüsselung nach Altersgruppen

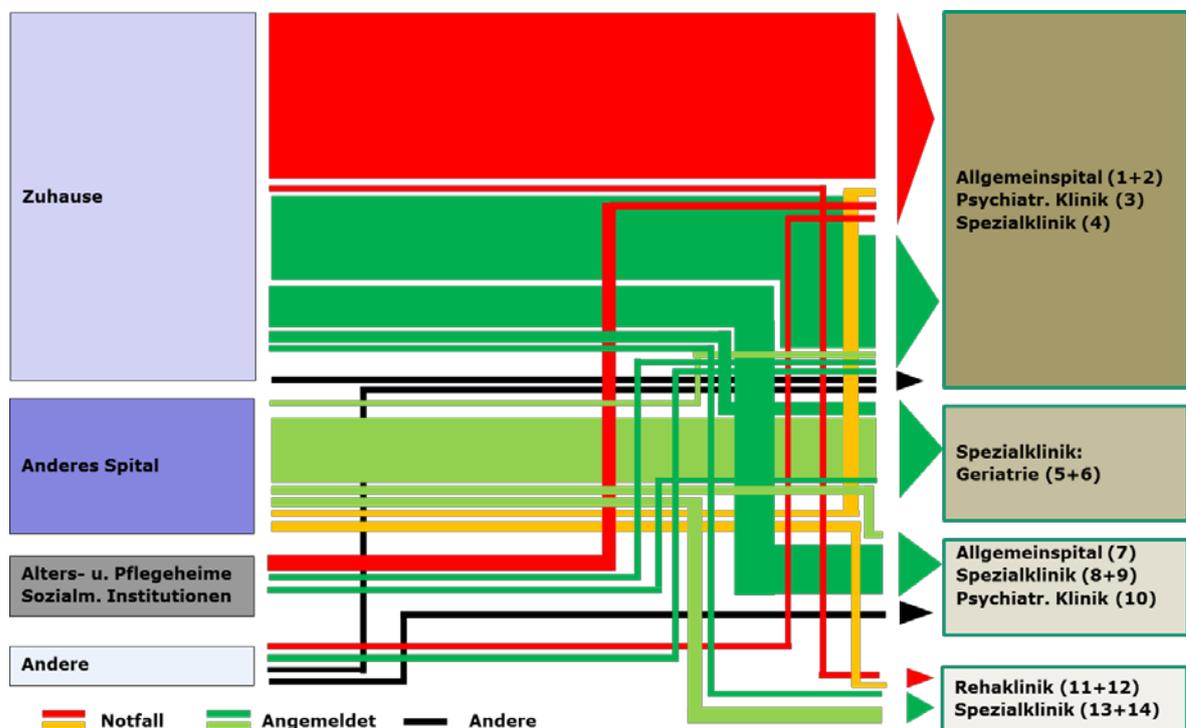
Die Aufschlüsselung nach Altersgruppen in Tabelle 1 zeigt, dass 37 Prozent (13'546 Personen) der unter 65-jährigen ohne Behandlungsbedarf entlassen werden, gegenüber 18 Prozent (3'032 Personen) der zwischen 65- und 79-jährigen und nur 11 Prozent (1'241 Personen) der über 80-jährigen. Bei Austritten mit anschliessendem Behandlungsbedarf werden 84 Prozent (11'158 Personen) der unter 65-jährigen zu Hause versorgt, gegenüber 69 Prozent (8'998 Personen) der zwischen 65- und 79-jährigen und 47 Prozent (4'477 Personen) der über 80-jährigen. Ein Drittel der über 80-jährigen (3'279 Personen) treten vor der Entlassung nach Hause oder in ein Heim in ein anderes Krankenhaus, eine psychiatrische Klinik oder eine Rehabilitationsklinik ein, gegenüber 12 Prozent (2'759 Personen) der unter 65-jährigen. Diese Zahlen spiegeln die Aussage aus dem WHO/OECD-Bericht (2011), dass mit einer Zunahme von chronischen Krankheiten oder Multimorbiditäten, deren Ein-

tretenswahrscheinlichkeiten mit dem Alter steigt, die Übergänge zwischen Versorgungsbereichen an Bedeutung gewinnen.

Weitere Differenzierung der Patientenströme

Die medizinische Statistik (BFS (2011)) erlaubt eine weiterführende Differenzierung der Patientenströme nach verschiedenen Variablen, die ein gutes Abbild der strukturell und funktional unterschiedlichen Aufgaben der Basler Spitäler und ihrer Zusammenarbeitsformen bietet. Ein Beispiel zeigt Abbildung 2 in Bezug auf die Eintrittsprozesse mit der Aufschlüsselung nach Eintrittsart und Aufenthaltsort vor Eintritt, bei der die Spitäler in Gruppen zusammengefasst werden.

Abbildung 2: Zuweisungen von Patientinnen und Patienten nach Aufenthaltsort vor Eintritt und Art der Einweisung (Wohnortkanton Basel-Stadt)



Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis einer Auswertung der Medizinischen Statistik 2011 (BFS) durch das Versorgungsmonitoring des Bereichs Gesundheitsversorgung GD Basel-Stadt. Ohne Neugeborene.

Abbildung 2 zeigt einen hohen Anteil an Notfalleinweisungen, die im Kanton Basel-Stadt (mit Ausnahme der Rehab Basel in der Versorgung von Querschnittgelähmten und Hirnverletzten und dem Palliativzentrum Hildegard in der Palliativversorgung) von den vier Spitalern Universitätsspital Basel (USB), Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKKB) und St. Claraspital bewältigt werden. In dieser Gruppe (USB, UPK, UKKB, St. Claraspital) stehen Notfälle und angemeldete Fälle bei Eintritt in einem Verhältnis von ca. 4 zu 3. Der überwiegende Anteil der Eintritte erfolgt von zu Hause (über 90 Prozent), mit einem ebenfalls erheblichen Anteil an Patientinnen und Patienten aus Alters-/Pflegeheimen und sozialmedizinischen Institutionen. Aufgrund des hohen Anteils an Notfalleinweisungen und Einweisungen von zu Hause stellen sich für diese Spitäler deutlich andere Anforderungen an den Informationsfluss bei den Zuweisungen.

In der zweiten Gruppe der geriatrischen Spezialkliniken (Adullam Spital und Felix Platter-Spital) finden sich praktisch nur angemeldete Fälle und ein hoher Anteil von Eintritten aus anderen Klini-

ken (über 75 Prozent). Beide Spitäler übernehmen auch einen Teil der Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Alters-/Pflegeheimen und sozialmedizinischen Institutionen. Die Patientenströme aus anderen Spitälern in die geriatrischen Spezialkliniken zeigen deutlich die Arbeitsteilung in der Versorgung älterer Menschen auf, die sich in der Versorgungslandschaft Basel-Stadt etabliert hat. Zum Teil erfolgt eine Verlegung von den Spitälern der ersten Gruppe in diese Spezialkliniken bereits nach Abschluss der diagnostischen Massnahmen bei Eintritt, bevor die Patientinnen und Patienten auf die eigenen Bettenstationen verlegt werden. Geriatrische Patientinnen und Patienten leiden häufig an verschiedenen Krankheiten gleichzeitig, und die gesundheitlichen Beeinträchtigungen betreffen somatische, psychische, soziale und funktionelle Dimensionen. Mit diesem Vorgehen können die diagnostischen Möglichkeiten und Notfallkapazitäten der Akutspitäler mit einer umfassenden, interdisziplinären Abklärung aller dieser Dimensionen in einem geriatrischen Assessment der Spezialkliniken und dem Ziel der Förderung und des Erhalts der Selbstständigkeit verbunden werden.

In der dritten Gruppe der Spitäler und Kliniken (Merian Iselin Klinik, Bethesda Spital, Schmerzklinik Basel und Psychiatrische Klinik Sonnenhalde) finden sich praktisch ausschliesslich angemeldete Eintritte. Mit über 90 Prozent erfolgen die meisten Eintritte von zu Hause aus, nur in 5 Prozent der Fälle erfolgt eine Einweisung aus einem anderen Spital.

In der vierten Gruppe (Rehab Basel, Reha Crischona, Palliativzentrum Hildegard und Geburtshaus Basel) dominieren mit 85 Prozent die angemeldeten Übertritte aus anderen Institutionen. Eine Besonderheit in dieser Gruppe stellt die Rehab Basel dar, bei welcher aufgrund ihres Leistungsauftrags in der Neurorehabilitation (Querschnittgelähmte und Hirnverletzte) mit dem Verständnis der Erstrehabilitation nach einem Unfall/Trauma das Eintrittsmuster «hoher Anteil von angemeldeten Eintritten aus einer anderen stationären Einrichtung» zu erwarten gewesen wäre. Die Rehab Basel hat jedoch knapp über 50 Prozent Eintritte von zu Hause, darunter auch eine erhebliche Anzahl Notfälle. Dies zeigt ihre grosse Bedeutung in der kontinuierlicher Versorgung von querschnittsgelähmten und hirnverletzten Patienten und ihre enge Verzahnung mit der ambulanten Versorgung. Den anderen Teil der Notfallüberweisungen, die mehrheitlich aus dem Spital erfolgen, trägt das Palliativzentrum Hildegard im Rahmen der Palliativversorgung des Kantons. Das Palliativzentrum ist Kooperationspartner des Universitätsspitals Basel und des St. Claraspitals und steht seit Dezember 2013 als Konsiliardienst in Zusammenarbeit mit der Spitex Basel-Stadt auch anderen Spitälern sowie den Institutionen der Langzeitpflege und den Hausärztinnen und -ärzten zur Verfügung.

Zwischenfazit

Bereits die Aufschlüsselung der Patientenströme anhand der medizinischen Statistik der Krankenhäuser zeigt in Bezug auf die Altersgruppen, die Art der Zuweisungen, die Aufenthaltsdauer, den Behandlungsbedarf nach Austritt oder den Aufenthaltsort nach Austritt die grossen Unterschiede, die die einzelnen Spitäler in ihrem Eintritts- und Austrittsmanagement bewältigen müssen. Die Spitäler haben auf der operativen Ebene den spezifischen Erfordernissen angepasste Lösungen entwickelt, die nur in einem sehr abstrakten einheitlichen Standard erfasst werden könnten. Während in einzelnen Spezialkliniken wie in der Geriatrie, der Palliativversorgung oder der Psychiatrie das Eintritts- und Austrittsmanagement respektive das Entlassungsmanagement praktisch eine Kernaufgabe der Institution ist, sind andere Spitäler mit einem hohen Anteil von Notfalleinweisungen und sehr durchmischten Patientinnen- und Patientengruppen viel heterogeneren Anforderungen an ihre Prozesse ausgesetzt. Dies ist bei einem Vergleich der Zuweiserbefragungen und Erhebungen der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit mit dem Schnittstellenmanagement zu berücksichtigen. Im folgenden Kapitel – und mit dem ganzen Projekt – wird aufgezeigt, dass es dennoch eine hohe Anzahl gemeinsamer Merkmale «guten» Schnittstellenmanagements und gemeinsamer Herausforderungen gibt.

Die Patientenströme in Abbildung 2 zeigen darüber hinaus auf, wie stark die strategische Ebene und Kooperationen zwischen Spitälern und weiteren Institutionen die Schnittstellen im Gesundheitswesen prägen. Die Spitalversorgung der basel-städtischen Bevölkerung ist bereits durch eine Vielzahl von oft vertraglich abgesicherten strategischen Entscheiden zur Kooperation und Arbeitsteilung geprägt. Diese funktionale Gliederung hat einen wichtigen Einfluss auf die Patientenströme und damit auch auf die Schnittstellen. Bestimmte Probleme bei Übergängen und an den Schnittstellen zwischen den Institutionen können bereits auf dieser Ebene bearbeitet werden.

Innerhalb dieses Schlussberichts wird noch ein weiteres Bild der Patientenströme auf der Basis der medizinischen Statistik der Krankenhäuser gezeigt. Die Auswertungen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser für diese Studie zeigt aber das Potenzial auf, das in dieser Statistik für eine wiederkehrende, standardisierte und differenzierte Analyse der Patientenströme liegt. In Verbindung mit einer ebenfalls auf Schnittstellenfragen bezogenen Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED (Eintritt von, Einstufung BESA bei Eintritt, Aufenthaltsdauer vor Austritt, Austritt nach) und einer auf anonymisierten Falldaten beruhenden Spitex-Statistik lässt sich auf dieser Ebene ein Monitoring-Instrument gewinnen, um zu überprüfen, inwieweit man sich dem Ziel annähert, dass die Patientinnen und Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort und unter Vermeidung von unnötigen Rehospitalisationen behandelt werden.

2.2. Eine qualitative Beschreibung der Schnittstellen zwischen Spital, Zuweisern und Nachsorgern

Ergänzend zur quantitativen Analyse der Patientenströme wurde eine qualitative Bestandesaufnahme der heutigen Schnittstellen basierend auf qualitativen Interviews, einer schriftlichen Kurzerhebung bei den Spitälern mit Standortkanton Basel-Stadt und einer Dokumentenanalyse (darunter auch die Jahresberichte und Qualitätsberichte der Spitäler) vorgenommen.

2.2.1. Schnittstellen zwischen Spital und ambulanter Versorgung

Mit 31'633 Austritten (rund 75 Prozent) stellt der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung den grössten Anteil aller Fälle mit einem Behandlungsbedarf nach Austritt dar (siehe Tabelle 1). Aus der medizinischen Statistik (BFS (2011)) kann nicht entnommen werden, in wie vielen Fällen nur ein Arzt resp. eine Ärztin (Hausarzt, Spezialärztin oder Ambulatorium) oder nur eine Therapeutin resp. ein Therapeut oder nur die Spitex beigezogen wird und wie oft es neben einer medizinisch-therapeutischen Weiterbehandlung auch einer pflegerischen oder hauswirtschaftlichen Nachsorge bedarf. Die hohe Anzahl zeigt jedoch unabhängig von der Komplexität einzelner Fälle die Notwendigkeit einer rechtzeitigen, vollständigen und bedarfsgerechten Information, die für beide Seiten effizient ausgetauscht werden kann und nicht zu unnötigen Rückfragen führt.

Kontinuität in der medizinisch-therapeutischen Behandlungskette

In den Interviews (Auswahl der Gesprächspartnerinnen und -partner siehe Kapitel 1.2.) wurde hervorgehoben, dass im Kanton Basel-Stadt und generell in der Schweiz eine «Kultur der Übergabe» der Patientinnen und Patienten in den nächsten Versorgungsbereich gelebt wird, bei der den Austritts-/Überweisungsberichten ein hoher Stellenwert zukommt. Selten wird die zuweisende Ärztin resp. der zuweisende Arzt in die Behandlung im Spital einbezogen und die Behandlung durch die Spitalärztin oder den Spitalarzt endet meistens an der Tür des Spitals. Ist der Patient erst einmal im Spital, findet wenig Austausch zwischen Zuweisern und Spital statt. Nur in wenigen Fällen werden Konsiliargespräche geführt. Für den Hausarzt resp. die Hausärztin ist es in den grösseren Kliniken schwierig, während der Behandlung an die richtige Stelle zu gelangen, wenn nicht auf persönliche Kontakte zurückgriffen werden kann.

In dieser «Kultur der Übergabe» hängt vieles davon ab, dass die Austrittsberichte rechtzeitig übermittelt werden und vollständige sowie bedarfsgerechte und verständliche Informationen enthalten. Aufgrund der begrenzten Zahl der Interviews lassen sich keine repräsentativen Aussagen zur Qualität der Austrittsberichte in der Basler Gesundheitsversorgung machen. Es gab Hinweise, dass im Durchschnitt die Qualität der Austrittsberichte recht gut ist und die meisten Berichte innert weniger Tage beim Arzt sind oder dem Patienten resp. der Patientin zumindest ein Kurzbericht beim Austritt mitgegeben wird. Die Streuung in Bezug auf Rechtzeitigkeit und Qualität scheint aber recht hoch zu sein. Einzelne Spitäler haben konkrete Zielwerte für den Versand in ihrer internen Dokumentation des Entlassungsmanagements formuliert, kommunizieren diese aber oft nicht nach aussen. In einem Interview wurde dem Wettbewerb zwischen den Spitälern ein positiver Einfluss auf die Qualität der Austrittsberichte und eine Anhebung des Standards zugeschrieben. Positiv hervorgehoben wurden die Austrittsberichte der geriatrischen Kliniken, die meistens eine detaillierte Nachsorgeplanung inklusive erstem Hausarzttermin, nachfolgender Betreuung und Versorgung enthalten.

Zusätzlich zu dieser Grundprägung der Schnittstellen auf der medizinisch-therapeutischen Ebene durch eine «Kultur der Übergabe» gibt es einige fachspezifische Unterschiede. So wird im Kinder- und Jugendbereich darauf hingewiesen, dass es eine enge Vernetzung zwischen Ärztinnen und Ärzten des Kinderspitals und den niedergelassenen Pädiaterinnen und Pädiatern gibt, die sich zumeist auch persönlich kennen. In der Geriatrie und der Psychiatrie wird vereinzelt das Instrument eines runden Tisches genutzt, zu dem auch die ambulanten Ärzte und die Spitex beigezogen werden. Solche Instrumente sind in den ambulanten Vergütungssystemen (Tarmed, Spitex) aber nur unvollständig abgebildet. Im Bereich der Palliativversorgung ist der rechtzeitige Einbezug des Palliativzentrums Hildegard bereits während des Aufenthalts in einem anderen Spital oder auch in der ambulanten Versorgung zur Vermeidung eines Spitalaufenthalts ein zentrales Ziel, welches aber noch nicht durchgängig erreicht werde.

Eine weitere Ausnahme von der «harten» Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bildet der Einbezug der Spitalambulatorien. Die wachsende Bedeutung der Rolle der Ambulatorien als Schnittstelle in das und aus dem Spital klang in den Interviews an, konnte in diesem Projekt aber nicht detaillierter untersucht werden.

Für Kliniken mit einem Belegarztsystem sind die Schnittstellen zur ambulanten Nachsorge und dabei vor allem zu den Hausärztinnen und -ärzten über die Belegärztinnen und -ärzte noch schwieriger zu beeinflussen und zu harmonisieren. Dies gilt unter anderem für die Standards in der Informationsübermittlung, die Vereinbarung und Einhaltung von Nachsorgeterminen oder auch die Medikationssicherheit. Die Belegärztinnen und -ärzte agieren in Bezug auf ihr Schnittstellenmanagement oft autonom und lassen sich nur schwer in ein Konzept des Spitals einbinden. Eine Klinik setzt aus diesem Grund Austritts-Checklisten ein, welche sie bereits beim Eintritt an die Patientinnen und Patienten abgibt. Diese können so wichtige Fragen an den Belegarzt selbst stellen und sind in Bezug auf die Bedeutung von dokumentierten und von ihnen nachvollziehbaren Medikationsumstellungen, der Vereinbarung von Terminen zur Nachkontrolle und -sorge und der Informationsübermittlung an die Nachsorgenden sensibilisiert. Die Austritts-Checklisten werden sowohl von den Patientinnen und Patienten wie auch von den Pflegenden unterschrieben.

Die Zuweisung in die Spitäler wird je nach Spital von den Zuweisenden Akteuren sehr unterschiedlich erlebt. Bei einigen Spitälern ist eine rasche Einweisung möglich und die Ansprechpersonen sind klar definiert. Bei anderen scheint die Zuweisung nicht immer planbar und die Ansprechpersonen sind unklar oder wechseln häufig. Die Patientinnen und Patienten werden nicht zuletzt aus diesem Grund oft als Notfall in das Spital eingewiesen. Den Spitälern selbst ist die Bedeutung des Zuweisermanagements sehr bewusst. Der Wettbewerb scheint auch in diesem Bereich zunehmend stärker zu spielen. In den Interviews wiesen Spitäler verschiedentlich darauf hin, dass sie diesem

Thema vermehrt Beachtung schenken und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet haben. Dass kleinere und spezialisierte Institutionen in dieser Frage einen gewissen Vorteil haben, liegt nahe. In vielen Spitälern werden regelmässig Zufriedenheitsbefragungen bei Zuweisern durchgeführt.

Ein wichtiges Instrument zur Vermeidung von unvollständigen Anamnesen oder unnötigen Doppeluntersuchungen stellt die rechtzeitige Bereitstellung oder Übermittlung von Laborresultaten oder radiologischen Befunden dar. Das Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt hat hier in einem ersten Schritt im Rahmen eines E-Health Modellversuchs den Leistungserbringern ein Netzwerk zu Verfügung gestellt, welches die elektronische Übermittlung dieser Resultate und Befunde ohne Systembruch und in standardisierter Form ermöglicht.

Die medikamentöse Versorgung der Patientinnen und Patienten in den basel-städtischen Spitälern erfolgt heute im Wesentlichen durch Originalpräparate, doch die hausärztliche Verordnung sieht oft die Verschreibung von Generika oder Wirkstoffen vor. Dies führt dazu, dass bei Ein- und Austritt in ein Spital die Präparate oft umgestellt werden. Ein Teil der Umstellungen wird beim Austritt weitergeführt, ohne dass diese von den Patientinnen und Patienten bewusst nachvollzogen oder die Notwendigkeit der Umstellung im Austrittsbericht ausführlich beschrieben wird. Dies erschwert die Compliance auf Seiten der Patientinnen und Patienten.

Kontinuität in der pflegerischen Nachsorge durch die Spitex

Aus der medizinischen Statistik (BFS (2011)) und der Spitex-Statistik ist nicht ersichtlich, wie viele der rund 7'000 Klientinnen und Klienten der Spitex (Pflege und Hauswirtschaft) nach einem Spitalaufenthalt nur für eine begrenzte Zeit weiterversorgt werden und wie hoch der Anteil der Langzeitpflegepatienten und -patientinnen ist. Den drei grossen Spitexorganisationen Spitex Basel-Stadt, Spitex Riehen/Bettingen und Curavis mit Leistungsauftrag und 250'000 Stunden KLV-Pflege standen im Jahr 2011 rund 70 private Spitexanbieter (ca. 30 Organisationen und 40 selbständige Pflegefachpersonen) mit 90'000 Stunden KLV-Pflege gegenüber. Trotz dieses Anteils von rund 25 Prozent an allen Stunden KLV-Pflege laufen Spitalaustritte gemäss Interviews aktuell nur in sehr begrenztem Masse über einige wenige private Spitexorganisationen.

Die massgeblichen Schnittstellen beim Spitalaustritt mit Spitex-Einbezug bilden damit die Spitex Basel-Stadt, Spitex Riehen/Bettingen und Curavis. Sie werden als weitgehend eingespielte Schnittstellen wahrgenommen. Die im Leistungsauftrag verankerten Punkte Erreichbarkeit und Verpflichtung zur Übernahme von Einsätzen, darunter auch Kurzeinsätzen, tragen dazu bei. Die spezialisierten Angebote der Spitex Basel-Stadt wurden kontinuierlich ausgebaut und umfassen heute die Versorgung in den Bereichen der Kinder- und Säuglingspflege, der Wundversorgung und der Onkologiepflege. Für eine rasche und nahtlose pflegerische Versorgung bei Spitalaustritten wurde ein eigenes Team «Spitex-Transit» aufgebaut, welches die Arbeit der verschiedenen Spitexzentren entlasten soll. Zusätzlich wurde mit dem Spezialdienst Spitexpress ein Pikettdienst für pflegerische Notfälle in der Nacht und am Wochenende für alle Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Stadt und ausgewählten angrenzenden Gemeinden aufgebaut. Dieser bietet zusätzliche Sicherheit nach einem Spitalaufenthalt und soll darüber hinaus in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Notfalldienst auch Notfalleinweisungen ins Spital in der Nacht oder am Wochenende vermindern.

In den Interviews wurde Anerkennung und Wertschätzung gegenüber der Arbeit der Spitex Basel-Stadt, Spitex Riehen/Bettingen und Curavis geäussert. Gleichzeitig wurde aber auch auf Kapazitätsengpässe verwiesen, welche den Spitälern in einzelnen Fällen das Austrittsmanagement erschweren oder den Austritt verzögern und damit auch unnötige Kostenfolgen nach sich ziehen. Diese Kapazitätsengpässe führen auch für die Spitex-Basel zu einem deutlich höheren Planungsaufwand. Sie sind aus Sicht der Spitex mit erheblichen Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung verbunden. Zum Teil wurden in den Interviews auch fehlende spezifische fachliche Kompetenzen in einzelnen Spitexzentren, z.B. in der psychiatrischen oder palliativen Pflege,

Luzern, 09. September 2014

Seite 23/66

angesprochen. Gemäss Gesundheitsversorgungsbericht 2011 sollen die Kompetenzen im Bereich psychiatrische Spitex ausgebaut werden. Im Bereich der Palliative Care wurde im Dezember 2013 eine Anlaufstelle und ein mobiles Palliative-Care-Team zur Unterstützung der Hausärztinnen und -ärzte, Pflegeheime, Spitexorganisationen und pflegenden Angehörigen geschaffen. Umgekehrt unternimmt auch die Spitex Basel-Stadt gezielte Anstrengungen in den Spitälern, um vor Ort ihre spezialisierten Kenntnisse bekannter zu machen. Sie haben festgestellt, dass ihr Angebot und ihre spezifischen Kompetenzen den Ärzten teils nicht bekannt sind.

Die private Spitex wird von den Spitälern und ambulanten Ärzten ambivalent gesehen. Sie gilt einerseits als eine wichtige Ergänzung, zum Beispiel bei Kapazitätsengpässen der Spitex Basel-Stadt und Curavis, im Bereich psychiatrische Spitex oder wenn der Patient eine Alternative zur Spitex Basel-Stadt sucht (z.B. Kontinuität der pflegenden Person). Andererseits stehen den Spitälern und Ärzten rund 70 verschiedene private Spitexanbieter (Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen) mit zum Teil anscheinend deutlichen Qualitätsunterschieden und unterschiedlichen Leistungsangeboten zur Verfügung. Hier ist es für die Spitäler nicht einfach, die Übersicht zu behalten. Die Spitäler sammeln zum Teil gezielt ihre eigenen Erfahrungen und werten diese aus. Der Aufwand für die Vermittlung eines Spitexauftrags wird als deutlich höher eingeschätzt und Kurzeinsätze werden zum Teil nicht übernommen.

Die wesentlichen Instrumente zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen Spital und ambulanter Pflege sind zurzeit die zentrale Anmeldestelle der Spitex Basel-Stadt, die Anmeldeformulare und die eigentlichen Verlegungsberichte. Diese Instrumente funktionieren gemäss den interviewten Personen weitgehend gut. Gleichzeitig zeigen sich an ihnen die Probleme der realen Umsetzung eines anerkannten Standards des «frühzeitigen Einbezugs der nachsorgenden Pflege durch das Spital». Es gibt einen starken Trade-off zwischen einer frühzeitigen Anmeldung und ihrer Verbindlichkeit und der damit definitiven Planbarkeit der Einsätze. Eine kurzfristige Änderung des Austritts ist für die Spitex mit erheblichem Planungsaufwand und zum Teil nicht verrechenbaren Kosten verbunden. Es gibt ein Interesse der Spitex an einem frühzeitigen Erhalt des Verlegungsberichtes und der Rezepte, welche seitens des Spitals aber noch am Austrittstag überprüft und gegebenenfalls angepasst werden können. Bei einer frühzeitigen Übermittlung muss die Aktualisierung der definitiven Austrittsunterlagen vom Spital mit einem Zusatzaufwand sichergestellt werden. Die Spitex hat ein einheitliches Anmeldeformular geschaffen und würde sich eine Anmeldung mithilfe dieses Formulars via Internet wünschen. Die Spitäler hingegen binden die Überweisungsformulare zum Teil in ihre Informationssysteme ein, um Stammdaten automatisch abzufüllen und die Überweisungen zu dokumentieren. Ein solcher Medienbruch ist vermutlich nur über eine gemeinsame elektronische Schnittstelle zu überwinden.

Die Bedarfsabklärung für einen Patienten durch das Spital unterscheidet sich oftmals von der Bedarfsabklärung, welche durch die Spitex erfolgt. Der Patient kann zu einem «anderen Kunden» werden, wenn die Dienstleistungen des Spitals zu Hause wegfallen, da sich in diesem Kontext andere Bedürfnisse ergeben. In den meisten Fällen übernehmen die Sozialdienste der Spitäler die Anmeldung an die Spitex und übermitteln begrenzte Informationen, die die Planung der ersten Einsätze erlauben sollen. Diese begrenzten Informationen können die Spitex vor überraschende Herausforderungen stellen, die flexibel und vor Ort gemeistert werden müssen, oder können bei der Vorausplanung des Spitexeinsatzes zu Rückfragen führen, die wiederum auf beiden Seiten Mehraufwand generieren. Auch hier findet sich ein Trade-off zwischen Vollständigkeit und Frühzeitigkeit der Informationen und des Einbezugs sowie einer notwendigen Flexibilität. Das Instrument der Akut- und Übergangspflege würde der Spitex in den ersten Tagen nach dem Austritt aus dem Spital eine grössere Flexibilität geben, wird aber noch kaum genutzt.

Ein anderes reales Hindernis bei einem frühzeitigen Einbezug der Spitex in die Nachsorgeplanung oder mit Blick auf einen Erfahrungsaustausch am Patientenbett stellt die heutige Vergütungsord-

nung dar. Die Spitex darf erst mit dem Austrittstag ihre Leistungen gegenüber den Klienten und der Krankenkasse verrechnen. Vorher erbrachte Koordinations- und Planungsleistungen sowie den Austausch mit dem Spital kann die Spitex nicht in Rechnung stellen.

Der Austritt aus dem Spital in das private Umfeld verlagert auch die Koordination, welche vorher in den Spitälern in idealerweise multidisziplinären Teams unter Einbezug der Sozialdienste erbracht wurde, in die viel stärker fragmentierte ambulante Versorgung. Trotz sorgfältiger Planung müssen Massnahmen kontinuierlich überprüft und angepasst werden. Patienten sind zunehmend überfordert – es gibt auch immer mehr Einpersonenhaushalte – und brauchen deshalb zunehmend Unterstützung im Aufbau und Erhalt ihres sozialen Netzwerks. Diese Koordination ist in der ambulanten Versorgung nicht klar verankert. Sie wird zum Teil vom Hausarzt resp. der Hausärztin, zum Teil von der Spitex oder in seltenen Fällen auch von einem externen Sozialdienst übernommen. Hinzu kommt, dass diese Koordination in den ambulanten Vergütungssystemen ungenügend abgebildet ist. Zwar sieht die Änderung der Krankenpflegeleistungsverordnung seit dem 01.01.2012 die Möglichkeit der Verrechnung unter gewissen Umständen vor, aber es muss sich noch in der Praxis zeigen, wann und in welchem Umfang die Krankenkassen diese Positionen anerkennen. Die Spitex Basel-Stadt hat darüber hinaus den Leistungsauftrag, ihren Klientinnen und Klienten in Fragen der Pflege und Hilfe zu Hause beratend zur Seite zu stehen und nach Bedarf Partnerorganisationen zu vermitteln. Oft lastet die Koordination dennoch auf den Patientinnen und Patienten selbst und ihren Angehörigen.

Die Spitex ist nicht in der Rolle einer Zuweiserin, aber sie kann den Eintritt ins Spital mit den ihr verfügbaren Informationen unterstützen. Pflegeberichte können gemäss Aussage der Spitex Basel jederzeit vom Spital abgefragt werden. Diese Möglichkeit wird aber nur selten in Anspruch genommen. Zum Teil erfahren die Spitexorganisationen erst spät, dass ihre Klientinnen und Klienten im Spital sind. Umgekehrt sind aus Sicht der Spitäler die Pflegeberichte nicht routinemässig abzurufen oder die Hausärztinnen und -ärzte veranlassen bei der Einweisung zu selten die Mitgabe, so dass diese aufgrund des zusätzlichen Aufwands oft nicht einbezogen werden.

Sicherstellung eines tragfähigen finanziellen und sozialen Rahmens

Die Sozialdienste der Spitäler übernehmen beim Austritt von komplexen Fällen nach Hause die Aufgabe, einen tragfähigen finanziellen und sozialen Rahmen sicherzustellen, wenn entsprechende Probleme im Spital bei der Fallaufnahme erkannt werden. Es hängt von den Leistungsbereichen und den internen Prozessen der Spitäler ab, in wie weit der Einbezug des Sozialdienstes routinemässig Teil der Fallaufnahme und der Entlassungsvorbereitung ist und wie stark sie in den interprofessionellen Austausch eingebunden sind. Auch die Arbeit der Sozialdienste endet an der Organisationsgrenze. Die Spitalsozialdienste können zwar Massnahmen planen und einleiten. Aber es gehört zu komplexeren Fällen, dass sich diese Massnahmen nach dem Austritt unter den neuen Umständen bewähren und immer wieder überprüft und angepasst werden müssen. Nicht immer ist es für den Sozialdienst leicht, dafür eine externe Stelle zu finden. Häufig übernehmen auch hier Angehörige diese Rolle, oft in guter Qualität.

An der Schnittstelle in den ambulanten Bereich sehen sich die Spitäler und Kliniken einem breiten Aufgabenfeld gegenüber. Diese Aufgaben reichen von der Unterstützung bei der Beantragung von Sozialversicherungsleistungen und bedarfsorientierten Sozialleistungen oder bei der Suche nach individuellen Finanzhilfen, über die Beantragung der Bewilligung von Hilfsmitteln oder von baulichen Anpassungen der Wohnung durch die Krankenkassen oder die AHV/IV, Abklärungen im Bereich des Kinder- und Erwachsenenschutzrechts bei den zuständigen Stellen bis hin zur rechtzeitigen Initiierung von Massnahmen der schulischen, beruflichen oder sozialen Integration nach Austritt. Eine grosse Zahl von Faktoren kann letztlich einen Spitalaustritt verzögern und die Rückkehr in ein tragfähiges häusliches Lebensumfeld erschweren.

Die Breite der Aufgaben ist mit einer Vielzahl von Ansprechpartnern und Anbietern von weiterführenden Leistungen verbunden. Diese reichen von den Kranken- und Unfallversicherungen über die Sozialversicherungsanstalten, Stellen der Gemeinden und Kantone (inner- und ausserkantonale) bis hin zu sozialen und privatwirtschaftlichen Institutionen. In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft wurde mit dem webbasierten Sozialkompass ein aktuelles Verzeichnis der sozialen Angebote beider Basel aufgebaut, welches von der Familien-, Paar- und Erziehungsberatung Basel redaktionell betreut und unter Einbezug der verzeichneten Institutionen gepflegt wird.⁷ Ergänzt wird dieses Angebot unter anderem durch den GGG Wegweiser Infodienst und Schreibdienst, welcher täglich, kostenlos und ohne Voranmeldung als Beratungs- und Vermittlungsstelle bei sozialen und finanziellen Problemen zur Verfügung steht.⁸ Die Bewohnerinnen und Bewohner der Gemeinden Riehen/Bettingen können das Beratungs- und Unterstützungsangebot des Vereins Gegenseitige Hilfe Riehen Bettingen in Anspruch nehmen. Über diese Angebote hinaus verfügen beide Kantone über eine Vielzahl weiterer themenspezifischer Anlauf- und Beratungsstellen. In bestimmten Themenbereichen sind die entsprechenden Ansprechpartner vernetzt und die Abklärungspfade vorgezeichnet, in anderen hingegen sind die Wege individuell und fallspezifisch zu suchen. Die Geschwindigkeit der Bearbeitung ist stark durch die freien Kapazitäten geprägt. Die Spitäler stehen hier aufgrund ihrer unterschiedlichen Patientinnen- und Patientengruppen vor sehr unterschiedlichen Aufgaben, Beanspruchungen und Herausforderungen.

Wenn sich finanzielle Probleme erst nach dem Austritt zeigen, z.B. bei auflaufenden hohen Spital- oder auch Spitexrechnungen, fehlt einem Teil der Patientinnen und Patienten eine Anlaufstelle, weil sich die Rechnungsabteilungen der Spitäler teilweise nicht zuständig fühlen, die finanzielle Beratung nicht zu den Kernaufgaben der Spitex gehört oder Schamgefühle auf Seiten der Patientinnen und Patienten eine Anfrage um Unterstützung oder Klärung verhindert. Nur einige wenige Fälle finden den Weg in die Patientenstelle Basel, die jedoch eine Dunkelziffer vermutet. Zum Teil erfahren Patienten auch zu spät, dass sie z.B. ein Anrecht auf die leichte Hilflösenentschädigung haben.

An der Schnittstelle zur Spitex und zum Austritt nach Hause zeigt sich eine Gruppe von «Risikopatienten», die besondere (Unterstützungs-)Massnahmen im Schnittstellenmanagement und einen deutlich höheren Aufwand erfordern. Es ist dies die Gruppe der Klienten, die in der Vergangenheit ihre Spitexrechnungen nicht bezahlt haben oder gegenüber Spitexmitarbeitenden ein untragbares Verhalten, z.B. im sozialen Bereich (Aggressivität, sexuelle Belästigung usw.) gezeigt haben. Die Spitex ist gemäss ihrem Leistungsauftrag nicht verpflichtet, diese Klientinnen und Klienten zu übernehmen. Die Austrittsplanung der Spitäler wird in diesen Fällen erheblich gestört.

Weitere «Risikopatienten» im Sinne des Schnittstellenmanagements sind Personen mit psychosozialen Schwierigkeiten – vor allem wenn keine Angehörigen da sind – oder mit einer Suchtproblematik. Bezüglich der letztgenannten Gruppe wurde von externer Seite auf neue gute Ansätze der UPK hingewiesen, die in diesem Bereich verstärkt auf die Hausärztinnen und -ärzte zugeht.

2.2.2. Schnittstellen zwischen Spital und anderen Spitälern / Rehakliniken

Der Übertritt aus einem Spital in andere Krankenhäuser, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken stellt mit 9'422 Fällen die zweitgrösste Gruppe unter den Schnittstellen mit weiterführendem Behandlungsbedarf (vgl. Tabelle 1). Diese Schnittstelle ist für viele Basler Spitäler von grosser Bedeutung. Besonders wichtige Schnittstellen und Partnerschaften werden von ihnen selbst durch Verträge oder Zusammenarbeitsvereinbarungen definiert und geregelt. Zum Teil kommt es auch zu Leistungsverschiebungen, einem Zusammenlegen oder Abtreten von bestimmten Leis-

⁷ Siehe www.sozialkompass.ch. Die Bewirtschaftung wird finanziert durch die Christoph Merian Stiftung (CMS), die Gesellschaft für das Gute und Gemeinnützige (GGG) Basel und den Kanton Basel-Landschaft.

⁸ Siehe www.ggg-wegweiser.ch/. Träger ist die Gesellschaft für das Gute und Gemeinnützige (GGG) Basel.

tungsbereichen, um eine Schnittstelle besser gestalten zu können. Ein wichtiges Beispiel für einen solchen Prozess bildet in Basel-Stadt sicher die geriatrische Aufgabenteilung und Versorgung zwischen den Spitälern wie auch die spezialisierte Palliativversorgung.

Zugleich stehen die Spitäler an dieser Schnittstelle aber mit der neuen Spitalfinanzierung unter einem stärkeren Kosten- und Konkurrenzdruck. Überweisungen und Übernahmen von Patientinnen und Patienten gestalten sich in bestimmten Fällen heute schwieriger, weil Spitäler zum Teil stärker auf ihre betrieblichen Eigeninteressen schauen und innerhalb der eigenen Organisation ihre Vergütung, Erträge und Kosten optimieren.

Ein zentraler Faktor für einen möglichst reibungslosen Austritt aus dem Spital sind die Kostengutsprachen für weitere Behandlungen in anderen Institutionen und für Massnahmen wie Therapien oder Umbauten. Die Anträge auf Kostengutsprachen werden vom Spital möglichst frühzeitig an die entsprechenden Krankenkassen eingereicht. Kurze Aufenthaltsdauern oder Fälle, bei denen erst kurz vor Austritt der Bedarf der Patientinnen und Patienten definitiv bestimmt werden kann, führen dazu, dass die Anträge auf Kostengutsprachen erst knapp vor Austritt gestellt werden. Die Krankenkassen haben eine Frist von maximal 5 Tagen, um die Kostengutsprachen zu beantworten. In verschiedenen Interviews wurde die Beobachtung geäussert, dass seit der Einführung der DRG (01.01.2012) diese 5 Tage vermehrt von Krankenkassen ausgeschöpft werden. Solche langen Fristen führen in den Spitälern dazu, dass Patientinnen und Patienten unnötig zusätzliche Tage im Spital verbringen. Betten, die anderweitig benötigt würden, können nicht neu belegt werden und es entstehen zusätzliche Kosten für das Spital (bei gleich bleibender Fallpauschale) und im Endeffekt auch für den Kanton und die Steuerzahler.

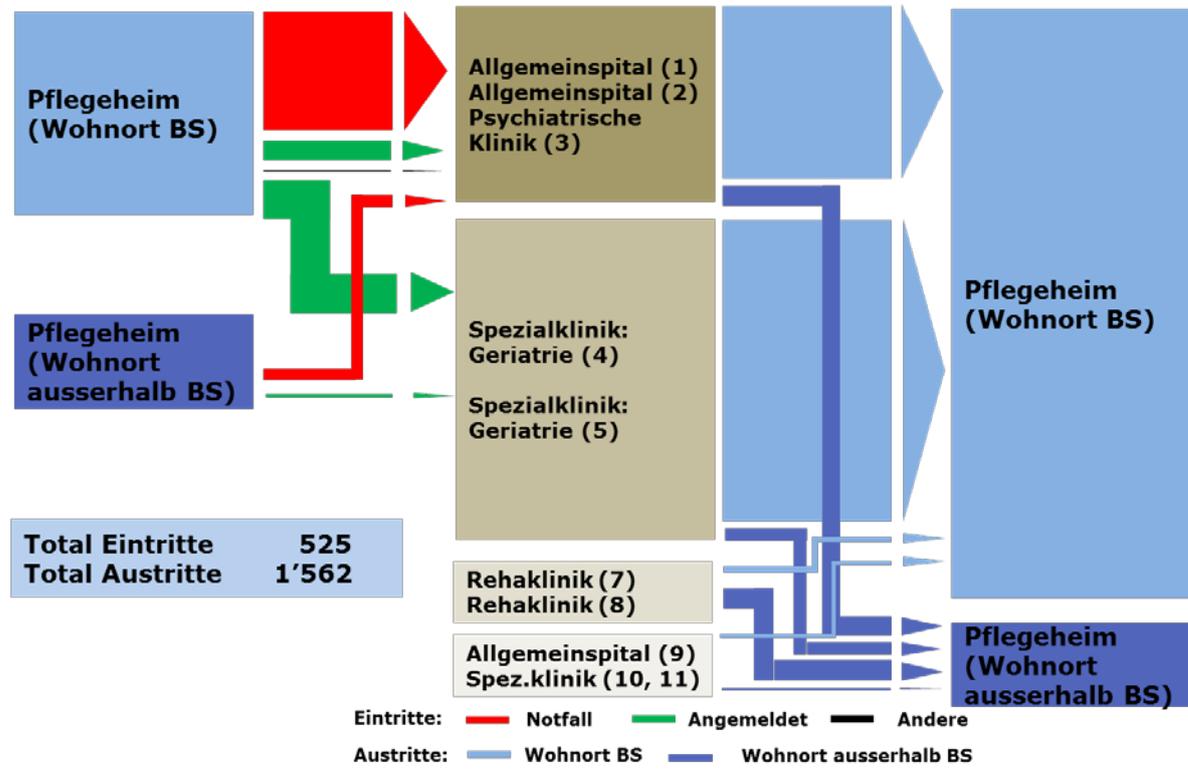
2.2.3. Schnittstellen zwischen Spital und Pflegeheimen im Kanton Basel

Die Schnittstelle zwischen Spital und Pflegeheim bewältigt mit 1'562 Übertritten im Jahr, davon 1'527 mit einem Behandlungs- oder Pflegebedarf, die drittgrösste Gruppe (siehe Tabelle 1). Ihr kommt aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, welche in vielen Standards zum Eintritts- und Austrittsmanagement als Merkmal für eine besondere Begleitung im Spital aufgenommen wurde, eine erhöhte Aufmerksamkeit zu. Gleichzeitig stellt ein Ersteintritt in ein Heim nach einem Spitalaufenthalt eine grosse Veränderung des Lebensumfelds und der bisherigen Lebenssituation dar und ist oft mit komplexen Entscheidungsprozessen verbunden.

Im Kanton Basel-Stadt sind die Pflegeheime in privaten Trägerschaften organisiert. Sie haben aber bis auf wenige Ausnahmen einen Leistungsvertrag mit dem Kanton und die Vergabe der Pflegeheimplätze wird über eine zentrale Triagestelle und Warteliste gesteuert. Die Pflegeheimplanung des Kantons Basel-Stadt steuert im Wesentlichen die Anzahl angebotener Plätze (2'837 Plätze im Jahr 2011).

Abbildung 3 zeigt die Patientenströme zwischen Pflegeheim und Spital für die beiden Patientengruppen mit dem Wohnortkanton Basel-Stadt und ausserkantonalem Wohnsitz.

Abbildung 3: Die Schnittstelle Pflegeheim – Spital – Pflegeheim



Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung basierend auf einer Auswertung der medizinischen Statistik 2011 (BFS (2011)) durch das Versorgungsmonitoring im Bereich Gesundheitsversorgung GD Basel-Stadt.

Jährlich treten 476 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit Wohnortkanton Basel-Stadt und 59 mit ausserkantonalem Wohnort in eines der Basler Spitäler ein. Verteilt auf die 39 Pflegeheime ergeben sich im Schnitt rund ein Eintritt pro Monat und Pflegeheim in ein Spital. Die Aufnahmen verteilen sich auf die fünf Spitäler Universitätsspital, Universitäre Psychiatrische Klinik, St. Claraspital, Felix Platter-Spital und Adullam Spital. Zwei Drittel der Einweisungen erfolgen als Notfall: Sie konzentrieren sich auf die erstgenannten drei Spitäler. Die Zahl der gesamthaft 109 geplanten Eintritte von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern, davon praktisch alle mit Wohnort Kanton Basel-Stadt, in eine Spezialklinik Akutgeriatrie (Felix Platter-Spital oder Adullam Spital) enthält nur die direkten Einweisungen aus dem Pflegeheim, nicht die Eintritte via ein anderes Spital.

Die Anzahl Austritte ist mit insgesamt 1'562 Personen, davon 1'383 Personen mit Wohnortkanton Basel-Stadt deutlich höher. Diese Zahl spiegelt die hohe Anzahl von Patienten, die von zu Hause über das Spital in ein Pflegeheim eintreten. Mit rund 700 Ersteintritten (rund ein Viertel aller Plätze) erfolgen in Basel-Stadt die meisten Eintritte ins Pflegeheim über ein Spital. Das Felix Platter-Spital und Adullam Spital nehmen häufig Patientinnen und Patienten aus dem Universitätsspital, St. Claraspital oder anderen Spitälern für eine vertiefte geriatrische Abklärung oder eine Rehabilitation auf. Zugleich bietet das Felix Platter-Spital Pflegebetten für Patientinnen und Patienten, die im Spital auf einen Platz im Pflegeheim warten müssen.

Für die Analyse dieser Schnittstelle ist die Unterscheidung der beiden folgenden Behandlungspfade sinnvoll:

- die Einweisung vom Pflegeheim zur Behandlung ins Spital und Rücküberweisung
- der Eintritt von zu Hause über das Spital in ein Pflegeheim

Für beide Behandlungs- und Betreuungspfade wurden im Kanton Basel-Stadt verschiedene Massnahmen getroffen, die einerseits unnötige Einweisungen in ein Spital vermeiden und die Versorgung im Pflegeheim stärken sollen. Andererseits sollen die Abklärungen, ob nach einem Spitalaufenthalt eine Rückkehr nach Hause noch einmal möglich wäre und bei Bedarf die Triage in eine geeignete Wohnumgebung unterstützt werden.

Die Behandlung im Spital und Rücküberweisung in das Pflegeheim

Auf der Ebene der Pflegeheime wurden die Versorgung mit der Einführung des Qualitätssicherungskonzepts «qualivista»⁹, dem Aufbau von konsiliarischen Diensten und dem Start des mobilen Palliative-Care-Dienstes gestärkt. Mit allen drei Angeboten werden die Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen neu geordnet und unterstützt.

Im Qualitätsmanagement-Instrument «qualivista» werden die Leistungsanforderungen und -bewertungen in Alters- und Pflegeheimen in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn festgehalten. Dabei sehen die Anforderungen an das ärztliche Versorgungsangebot vor, dass die Institution mit den behandelnden und konsiliarisch tätigen Ärztinnen und Ärzten eine Zusammenarbeitsregelung vereinbart hat, in welcher die Qualitätssicherung festgelegt ist. Die behandelnde Ärztin resp. der behandelnde Arzt oder eine Stellvertretung ist während 24 Stunden erreichbar. Die Institution kann auf psychiatrische, geriatrische und palliative Konsiliardienste zugreifen und nutzt diese nachweislich, um die Pflege, Betreuung und Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner zu optimieren. Umgekehrt hat der Kanton Basel-Stadt entsprechende Konsiliardienste aufgebaut bzw. ist daran, diese noch weiter auszubauen.

Diese Qualitätsanforderungen sollten mittelfristig einen nachweisbaren Einfluss auf die Patientenströme und damit auch auf die Schnittstellen zwischen Spitalversorgung und Pflege und Betreuung im Pflegeheim haben. Die grosse Bedeutung der Konsiliardienste und der ärztlichen Versorgung für diese Schnittstelle ergab sich auch in den Interviews mit den Pflegeheimen. Die Nähe zu einer Gemeinschaftspraxis oder einem Ambulatorium mit geriatrischen Kompetenzen und die Erreichbarkeit in Notfällen wurden von den interviewten Pflegeheimleitungen positiv hervorgehoben. Die positive Rolle der mobilen Ärzte zur Verhinderung von Notfalleinweisungen in ein Spital wurde ebenfalls erwähnt. Ohne am Hausarztssystem der Heime zu rütteln, könnte die Anbindung an ein Ärztenetzwerk oder integrierte Versorgungsformen mit geriatrischer Ausbildung einen positiven Einfluss auf die Gestaltung der Schnittstellen zu den Spitälern haben.

Die Pflegeheime begleiten ihre Bewohnerinnen und Bewohner bis zum Lebensende. Nur 33 Bewohnerinnen und Bewohner, welche 2011 aus einem Pflegeheim in ein Krankenhaus eingewiesen werden, starben dort. Laut Aussagen der Heime sind sie in der Lage, die Palliative Care Grundversorgung bei sich zu übernehmen. Direkte Einweisungen vom Pflegeheim in das Palliativzentrum Hildegard kommen praktisch nicht vor.

Fungieren die Pflegeheime als Zuweisende in die Spitäler, scheinen die meisten Pflegeheime in der Lage zu sein, den Pflegebericht bei Einweisung zeitgerecht mitzugeben. Zum Teil werden auch Medikamente für die Erstversorgung bei Eintritt mitgegeben.

⁹ Qualivista löste das Konzept „Grundangebot und Basisqualität“ ab. Qualivista (2012). Anforderung 2.1-C Palliative Care und Anforderung 3.1-B Ärztliche Anforderungen.

Die Schnittstelle bei der Rücküberweisung eines Pflegeheimbewohners resp. einer -bewohnerin wird massgeblich durch die Pflegeheime mitgestaltet. Sie gehen zumeist aktiv auf die Spitäler zu, um sich nach Behandlungsverlauf der eingewiesenen Heimbewohnenden und der Austrittsplanung zu erkundigen. Die Schnittstelle wird geprägt von einem doppelten Interesse der Pflegeheime: erstens wollen sie ihre Bewohnerinnen und Bewohner so früh wie möglich wieder in ihr gewohntes Lebensumfeld überführen, zweitens haben sie auch ein finanzielles Interesse an einer rechtzeitigen Rücküberweisung. Vom Tag der Einweisung in ein Spital steht den Pflegeheimen nur noch die Reservationstaxe zu. Die Pflögetaxe fällt weg, ohne dass auf der Personalseite entsprechende Einsparungen entstehen.

Die Pflegeheime suchen und halten – sofern möglich – aktiv den Kontakt zu den Spitälern. Dies wird ihnen durch wechselnde Ansprechpersonen und Schichtwechsel auf den Stationen erschwert. Die in der neuen Pflegefinanzierung definierte Akut- und Übergangspflege in Pflegeheimen kommt im Kanton Basel-Stadt bislang nicht zur Anwendung.

Als kritische Themen an der Schnittstelle Spital/Klinik – Pflegeheim wurden in den Interviews Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Problemen sowie Medikationsumstellungen/Medikationssicherheit und unübersichtliche Ansprechstrukturen bezeichnet. Auf diese Themen wird im Kapitel 3 näher eingegangen.

Der Eintritt in ein Pflegeheim von zu Hause über das Spital

Die heutige Schnittstelle des Eintritts in ein Pflegeheim von zu Hause über ein Spital wird in Bezug auf die Aufenthaltsdauer durch die zentral geführte Warteliste und das Freiwerden geeigneter Zimmer bestimmt. Auf der Warteliste standen im Mai 2012 im Schnitt rund 280 Wartende, davon rund 130 in einem Spitalbett.¹⁰ Die Kapazitätsengpässe sind ein von allen Seiten erkanntes Problem, welches einen nicht medizinisch, pflegerisch oder therapeutisch bedingten verlängerten Aufenthalt im Spital zur Folge haben kann. Der Kanton beabsichtigt mit der neuen Pflegeheimplanung ein Schliessen der Angebotslücke ab etwa 2015/2016. In der Zwischenzeit wurden in einzelnen Spitälern Pflegebetten geschaffen und die Kapazität der Passarelle im Felix Platter-Spital erweitert, um die Wartenden nach Ablauf der Akutbehandlung und Fallpauschale weiter im Spital versorgen zu können.

Im DRG-System sind gemäss Interviews in der geriatrischen Frührehabilitation zwei Fallpauschalen mit einer Aufenthaltsdauer von 14 Tagen und 21 Tagen vorgesehen. Letztere hat aktuell keine Bewertung. Eine Aufenthaltsdauer von 14 Tagen würde einem Patienten resp. einer Patientin bei einem Ersteintritt in ein Pflegeheim nur wenig Zeit für die fundamentale Umstellung lassen. Im Moment wird diese Frist durch die Warteliste und die damit verbundene Verlängerung der Aufenthaltsdauer noch übersteuert. Mit einem Abbau der Warteliste könnte sich die Schnittstelle beim Ersteintritt deutlich «dynamisieren» und die Patienten wie auch die Spitäler vor neue Herausforderungen stellen. Die aktuellen DRG-Fallpauschalen wurden in den Interviews als ungeeignet für die Geriatrie bezeichnet.

Das heutige System der zentral gesteuerten Abklärung der Notwendigkeit eines Pflegeheimeintritts durch Pflegeberaterinnen und -berater der Abteilung Langzeitpflege vor Ort in den Spitälern ist eine Besonderheit der Gesundheitsversorgung Basel-Stadt. Es wurde in den Interviews sowohl von den Spitälern wie auch den Pflegeheimen als grosse Entlastung empfunden. Durch diese zentrale Triage und die bestehenden Wartefristen und die zur Überbrückung geschaffenen Pflegebetten in den Spitälern verfügt Basel-Stadt im Bereich der Schnittstelle zwischen Spital und Pflegeheim über

¹⁰ Die Sozialmedizinische Statistik (SOMED 2010) wies darüber hinaus für das Jahr 2010 eine Belegung von 256 ausserkantonalen Plätzen durch Bewohner mit Wohnortkanton Basel-Stadt aus. Diese Zahl liegt im Verhältnis deutlich höher als der Schweizerische Durchschnitt.

Luzern, 09. September 2014

Seite 30/66

eine spezielle Ausgangslage, die den Zeit- und Vermittlungsdruck von den Spitälern und Pflegeheimen zumindest reduziert.

Bei Eintritt in ein Pflegeheim via Spital findet häufig ein Erstbesuch durch die Pflegedienstleitungen der Heime bereits im Spital statt. Zwar können die Pflegeheime diesen Erstbesuch analog zur Spitex nicht verrechnen, doch lässt ihnen das System der Tagespauschalen mit Blick auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Eintritt in das Pflegeheim und die positiven Folgen eines gelungenen Eintritts diesen Spielraum.

Die Schnittstelle zwischen Spital und Pflegeheim wird auch durch das Angebot neuer Wohnformen wie «Betreutes Wohnen» entlastet. Zwischen Pflegeheim und heutigen Alterssiedlungen besteht in diesem Bereich zurzeit noch eine grosse Angebotslücke. Der Kanton sowie private Anbieter und Stiftungen engagieren sich in diesem Themenfeld und planen eine Verstärkung ihrer Bemühungen.

2.2.4. Schnittstellen zwischen Spital und sozialmedizinischen Institutionen

Der Vergleich der Schnittstellen zwischen Spitälern und sozialmedizinischen Institutionen zu den Schnittstellen im Altersbereich zeigt deutlich die Entlastung, die mit der zentralen Triage durch die Pflegeberater und -beraterinnen vor Ort und die Überbrückungsmassnahmen der Kapazitätsengpässe geschaffen wurde. In verschiedenen Interviews wurde ein erheblicher Mangel an spezialisierten Plätzen für Langzeitpflegebedürftige im Nicht-AHV-Alter erwähnt. Da in diesem Bereich keine Übergangsbetten in den Spitälern zur Verfügung stehen, ist der Druck und Suchaufwand, eine adäquate Anschlusslösung zu finden, deutlich grösser. Das Angebot einer neu von der Abteilung Behindertenhilfe geführten Liste mit Plätzen wird ebenso geschätzt wie die Einrichtung Stiftung Mosaik in Baselland. Oft gehen die Sozialdienste der Spitäler aufgrund ihres Vermittlungsdrucks jedoch weiterhin direkt auf einzelne Wohnheime zu. Sie sehen in diesem Bereich ein deutliches Unterangebot, welches für die interviewten Personen ein erhebliches Problem darstellt.

Für die Triage im Bereich der Langzeitpflege im Nicht-AHV-Alter kommt erschwerend hinzu, dass Anschlusslösungen oft über die Kantonsgrenze hinaus geschaffen werden müssen, welches den Vernetzungsaufwand für die Spitäler ebenfalls deutlich erhöht.

3. Optimierte Schnittstellen – eine mehrdimensionale Herausforderung auf der Fall-, Organisations- und Systemebene

Gemeinsames Ziel der Spitäler und des Bereichs Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt ist eine Evaluation der bestehenden Schnittstellen und damit verbunden eine Optimierung der Strukturen, Prozesse und Rahmenbedingungen. Evaluation und Optimierung setzen eine Referenz für «gutes» Schnittstellenmanagement voraus. Als Ausgangspunkt wurde eine Definition gewählt, die sich an der Literatur im Kontext der Entwicklung des deutschen Expertenstandards «Entlassungsmanagement» orientiert:

«Gutes» Schnittstellenmanagement bedeutet, Versorgungskontinuität über Organisationsgrenzen hinaus zu gewährleisten, Versorgungsbrüche zu vermeiden und Eintritte, Behandlungen, Entlassungen, Nachsorge und Weiterbehandlung individuell und bedarfsgerecht vorzubereiten und zu planen (in Anlehnung an Indra, P. in: Wiedenhöfer, D. et al. (Hrsg.) (2010), S.9).

Diese Arbeitsdefinition wurde in den Interviews als sinnvolle Grundlage bestätigt. In den Gesprächen wurde jedoch eine Dimension nochmals betont, die implizit bereits in der Arbeitsdefinition enthalten ist. Diese Dimension bezeichnet die Information oder den Einbezug der zuweisenden Partner während der eigentlichen Behandlungsphase als Merkmal eines «guten» Schnittstellenmanagements. Dies ist insbesondere dann ein Qualitätsmerkmal, wenn die Chance gross ist, dass die zuweisende auch die nachsorgende Institution sein wird (z.B. bei Hausärztinnen und -ärzten oder Pflegeheimen, aber auch in anderen Fällen).

In der Definition enthalten ist nicht nur die Sicherstellung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Weiterversorgung und Kontinuität. Als weitere Dimension umfasst sie auch die Vorbereitung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen auf die Probleme, Risiken und Anforderungen nach der Entlassung aus dem Spital resp. der Rehabilitationseinrichtung (vgl. Wingenfeld (2011)). Darunter fällt auch eine Unterstützung zur Rückkehr in ein tragfähiges soziales oder berufliches Lebensumfeld.

Diese Definition «guten» Schnittstellenmanagements gilt nicht nur als Referenz auf der individuellen, fallbezogenen Ebene und zur Evaluation der Strukturen und Prozesse der Leistungserbringer. Sie umfasst auch die Perspektive der beteiligten Organisationen und Institutionen sowie des gesamten Versorgungssystems. In den folgenden beiden Unterkapiteln werden zunächst die individuelle Fall- und Behandlungsebene (Kapitel 3.1) und dann die Organisations- und Systemebene (Kapitel 3.2) genauer analysiert. In Kapitel 3.3 werden im Sinne eines Zwischenfazit die wichtigsten Herausforderungen für das Schnittstellenmanagement auf allen drei Ebenen im Kanton Basel-Stadt zusammengefasst.

3.1. Die individuelle Fall- und Behandlungsebene

Die Auswertung der Dokumentenanalyse, der Kurzerhebung und der Interviews zeigt, dass die Einführung der neuen Spitalfinanzierung und der DRG-Fallpauschalen per 1.1.2012 in allen Spitälern zu einer verstärkten Prozessorientierung geführt hat. Dies wiederum hat den Fokus auf das Ein- und Austrittsmanagement sowie das Zuweisermanagement erhöht. In allen Spitälern wurden und werden interne personelle oder auch externe Ressourcen für die Analyse, Überarbeitung und die schriftliche Dokumentation von Prozessen zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurde eine Vielzahl von Projekten gestartet oder Leistungen und Prozesse eingeführt, welche die Übergänge an den Schnittstellen erleichtern und verbessern sollen. Diese reichen von der Einbindung der Zuweiser in gewisse Bereiche der klinischen Informationssysteme, über Case-Management-Ansätze, Checklisten, angepasste Überweisungsformulare bis hin zu einer Erhöhung der Transparenz in den Ansprechstrukturen.

Struktur- und Prozessqualität des Eintritts- und Austrittsmanagements

Auf der operativen Ebene des Eintritts- und Austrittsmanagements werden in allen Spitälern spezifische Lösungen entwickelt, die als Antworten auf ihre unterschiedlichen fachlichen, kulturellen und organisationalen Ausgangslagen verstanden werden können. Diese nehmen meistens Bezug auf andere Standards und Lösungen (wie z.B. den deutschen Expertenstandard «Entlassungsmanagement»), sind im Endeffekt aber doch spitalspezifische Adaptionen und Weiterentwicklungen. Zum Teil fliesst indirekt ein Wissensstand über «Best-Practice-Lösungen» anderer Spitäler durch eine externe Prozessberatung und -begleitung ein, zum Teil kommt es zu einem Austausch mit ausserkantonalen oder ausländischen Spitälern mit einer vergleichbaren funktionalen Ausrichtung.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten lassen sich gut an den Eckpunkten des deutschen Pflege-Expertenstandards «Entlassungsmanagement» festmachen.¹¹ Der deutsche Standard sieht eine schriftliche Verfahrensregelung für das Austrittsmanagement vor. Mit dieser schriftlichen Dokumentation sollte die Organisation zugleich überprüfen und sicherstellen, dass auch die entsprechenden fachlichen, organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen gewährleistet sind.

Der Standard setzt die Kompetenzen bei den verantwortlichen Personen (Pflegefachkräfte oder multiprofessionelles Team) voraus, um folgende Prozesse des Entlassungsmanagements fach- und zeitgerecht durchzuführen:¹²

- frühzeitige, kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs (frühzeitige Identifikation von Patienten mit einem besonderen Unterstützungsbedarf)
- bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf Durchführung eines differenzierten Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen
- Entwicklung einer individuellen Entlassungsplanung (interprofessionell und unter Einbezug des Patienten und der Angehörigen) und Dokumentation dieser Planung
- Gewährleistung einer bedarfsgerechten Information, Beratung, Anleitung und Schulung für den Patienten und seine Angehörigen
- frühzeitige Abstimmung des voraussichtlichen Entlassungstermins sowie der erforderlichen Massnahmen mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen (gegebenenfalls inklusive Pflegeübergabe).
- Abschließende Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Entlassungsplanung kurz vor der Entlassung
- Evaluation bzw. Überprüfung der Versorgungsplanung nach Austritt

In diese Prozesse – je nach Spitalorganisation mehr oder weniger stark – eingebunden sind die Vorbereitung und Erstellung der Arztberichte und die darin enthaltenen Aufträge oder Vorschläge für die anschliessende medizinische Behandlung oder Therapie inklusive der medikamentösen Weiterbehandlung. Hier kommen nochmals zusätzliche Kriterien zu den oben angeführten hinzu, beispielsweise zur Rechtzeitigkeit des Versands, zu Umfang und Verständlichkeit des Arztberichtes oder zur Medikationssicherheit und Dokumentation und Überprüfung von Medikationsumstellungen.¹³

Abbildung 4 fasst die wichtigsten Elemente und Phasen eines «guten» Austrittsmanagements auf der individuellen Fallebene zusammen. Sie verdeutlicht zugleich die notwendige Offenheit in der

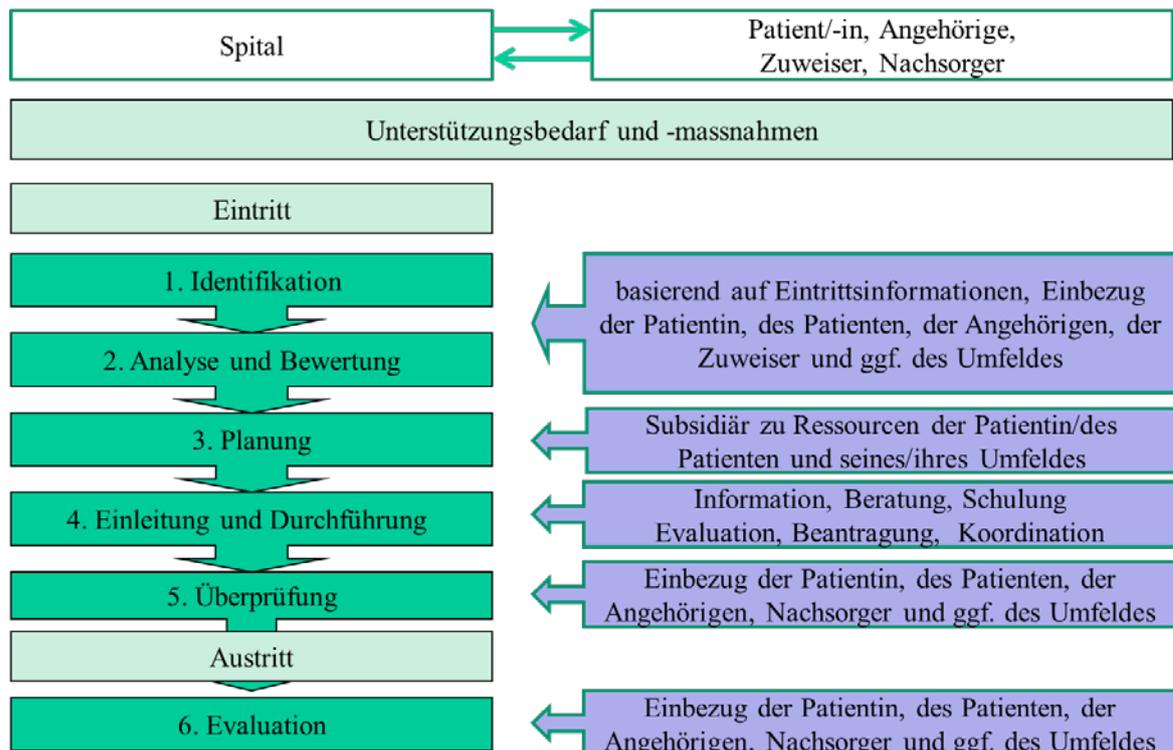
¹¹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. Erste, umfassende Aktualisierung der 2004 verabschiedeten Fassung.

¹² Da der Datenschutz in Deutschland im Bereich des Entlassungsmanagements bereits auf Gesetzesebene geregelt ist, kann der Standard auf das Einholen einer schriftlichen Einverständniserklärung zur Weiterleitung betreuungsrelevanter Informationen verzichten.

¹³ Vgl. beispielsweise Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2012). *Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren*.

Durchführung, da der rechtzeitige Einbezug der Patientinnen, Patienten und Angehörigen sowie eine Planung subsidiär zu den Ressourcen ihres sozialen Umfeldes zwingend erforderlich sind. Diese Offenheit gilt auch gegenüber den Zuweisern und Nachsorgern.

Abbildung 4: Die Interaktion zwischen Spital und Zuweisern, Nachsorgern, Patientinnen, Patienten und Angehörige auf der individuellen Fallebene



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an die Prozessschritte des deutschen Expertenstandards.

Der deutsche Expertenstandard schreibt letztlich nicht ein definitives Organisationsmodell des Entlassungsmanagements vor, aber er empfiehlt den Aufbau gesonderter, spezialisierter Stellen. Diese Stellen sollen entweder mit entsprechend geschulten Pflegefachkräften oder multiprofessionellen Teams besetzt werden.

Standards in anderen Ländern weisen eine dem deutschen Expertenstandard in vielen Punkten vergleichbare Struktur auf. Sie wurden zum Teil diagnoseunabhängig, zum Teil als diagnosespezifische Standards verfasst. Die folgende Auflistung gibt eine Auswahl wieder:

- Guidelines for Preadmission processes, Discharge Planning, Transitional Care (Queensland Government, Australien, 1998)
- Discharge Planning for older adult (Hartford Institute for Geriatric Nursing, USA, 2003)
- Discharge from hospital: pathway, process and practice (Department of Health, Health and Social Care Joint, UK, 2003)
- Admissions and Discharge Guidelines (The Health Boards Executive, Ireland, 2003)
- Standard Entlassungsmanagement für PatientInnen mit umfassendem, poststationärem Betreuungs- und Versorgungsbedarf (PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung, Österreich, 2006)
- Condition of participation: Discharge Planning (Center for Medicare & Medicaid Services, USA, 2007/2013)

- Transitions of Care Consensus Policy Statement (Snow et al., J Gen Intern Med 24(8), USA, 2009)
- Management of Patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning – A national clinical guideline (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), UK, 2004/2010)
- Discharge planning and the development of protocols between Adult area mental health services and general practitioners (Department of Human Services, Victoria's Mental Health, Australia, 2005)

Nimmt man die Eckpunkte der Prozessschritte des deutschen Expertenstandards als Referenz, zeigen sich in den Spitälern und Kliniken des Kantons Basel-Stadt deutliche Unterschiede in den einzelnen Anforderungen und damit auch in der Umsetzung ihres Eintritts- und Austrittsmanagements.

In den spezialisierten Kliniken der Akutgeriatrie, der Palliativversorgung, der Neurorehabilitation oder der Rehabilitation von Querschnittsgelähmten ist praktisch für alle Patientinnen und Patienten ein differenziertes Assessment des Unterstützungsbedarfs nach Austritt erforderlich. In grösseren Kliniken stellt sich hingegen die Aufgabe der kriteriengeleiteten, frühzeitigen Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Unterstützungsbedarf mittels geeigneter Instrumente. Dies gilt auch für Belegarztkliniken, bei denen die Anzahl solcher Fälle insgesamt gering, aber ihre rechtzeitige Identifikation gerade deshalb von grosser Bedeutung ist.

Die Spitäler und Kliniken im Kanton Basel-Stadt haben die Aufgabenteilung zwischen Ärztinnen, Ärzten, Pflegefachkräften und Sozialdiensten unterschiedlich organisiert. In einzelnen Kliniken wurden die Aufgaben im Rahmen eines Case-Managements auf der Ebene der Pflege zusammengeführt. In anderen Kliniken stehen die Sozialdienste stärker in der Verantwortung. Die Abstimmung der erforderlichen Massnahmen zwischen den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen und mit den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen erfolgt in komplexen Fällen in einzelnen Kliniken durch den direkten Einbezug aller Beteiligten vor Ort, beispielweise im Rahmen von runden Tischen, Pflegeübergaben oder Einbindung der nachbehandelnden Ärztin. In anderen Kliniken stützt sich die Übergabe im Wesentlichen auf eine schriftliche und telefonische Informationsübermittlung.

Die Gewährleistung des Einbezugs in den Entscheidungsprozess und einer bedarfsgerechten Information und Beratung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen gilt als Anforderung für alle Kliniken. Der Umfang der Anleitung, Schulung und damit der Stärkung der Gesundheitskompetenz (Selbstmanagement) dürfte jedoch stark von den krankheitsbezogenen Behandlungsplänen und den ihnen zugeordneten Fallpauschalen abhängen.

Die im deutschen Expertenstandard Pflege empfohlene Kontaktaufnahme mit den Patientinnen, Patienten und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung, um zu überprüfen, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte, wird in den Spitälern und Kliniken des Kantons Basel-Stadt bis auf die Ausnahme eines Belegarztsitals so nicht angewandt.

Angesichts der Unterschiede in der Ausrichtung der Kliniken zeigte sich, dass der Weg zu einer Optimierung der Schnittstellen im Kanton Basel-Stadt nicht über eine stärkere Vereinheitlichung und eine gemeinsame Standardisierung der Prozesse in den Spitälern führen kann, sondern über die Verpflichtung zu einer schriftlichen Dokumentation und einer kontinuierlichen Überprüfung und Anpassung der Prozesse durch die einzelnen Spitäler und Kliniken selbst. Die wichtigsten Prozessschritte anderer nationaler Standards können dabei hilfreiche Orientierungspunkte bieten.

Luzern, 09. September 2014

Seite 35/66

Elektronische Dokumentation sowie Bereitstellung und Übermittlung von Daten

Neben einer Klärung der Prozesse und Ansprechstrukturen kommt in einem Versorgungssystem, welches über weite Strecken durch eine «Kultur der Übergabe» geprägt ist, der Bereitstellung oder Übermittlung der notwendigen Informationen für eine bedarfsgerechte Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten bei Übertritten zwischen Versorgungsbereichen eine hohe Bedeutung zu.

Die rasche und vollständige Verfügbarkeit von Informationen leistet einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen, von nicht nachvollziehbaren Medikationsumstellungen oder Rückfragen, die für beide Seiten zu einem Mehraufwand führen. Sie dürfte auch die Compliance bei der Einhaltung von Terminen innerhalb der Nachsorge und bei der Weiterführung von Therapieempfehlungen erhöhen. In komplexen Fällen erleichtert ein gemeinsamer Zugriff der beteiligten Leistungserbringer auf gewisse Falldaten darüber hinaus die Koordination und Abstimmung wesentlich.

In vielen Spitälern wird an einer Integration und Weiterentwicklung der klinischen Informationssysteme und der elektronischen Patientendokumentation gearbeitet. Im diesem Rahmen erfolgt häufig auch eine Überarbeitung der Formulare an den Schnittstellen zu externen Versorgern. Angesichts der starken Vernetzung der Basler Spitäler und Aufgabenteilung in Gebieten wie der Akutgeriatrie oder Palliative Care und der aus Sicht der Zuweiser und Nachsorger hohen Angebotsdichte in der Versorgungsregion Nordwestschweiz ist eine rasche Verständigung unter den Leistungserbringern über die Schnittstellen zu den klinischen Informationssystemen und ein Minimal Data Set, auf dem die verschiedenen Anmelde-, Überweisungs- und Austrittsformulare aufbauen können, anzustreben.

Zum Teil werden von den Spitälern auch bereits definierte begrenzte Zugänge für externe Zuweiser und Nachsorger geschaffen. In einem Pilotprojekt hat das St. Claraspital beispielsweise ein Ärzteportal entwickelt, welches es Zuweisern ermöglicht, gebündelte Informationen zu Diagnosen, Bewegungs- und Verlegungsdaten des Patienten resp. der Patientin innerhalb der Klinik, Laborwerten, EKG und radiologischen Befunden online abzurufen. Die Patientin bzw. der Patient autorisiert seine Ärztin oder seinen Arzt beim Eintritt ins Spital. Das Ärzteportal erlaubt nicht nur eine raschere und vollständigere Verfügbarkeit von Daten. Es schafft auch eine höhere Transparenz über die Untersuchungen, Abläufe und Diagnosen im Spital, die für den Zuweiser zeitnah nachzuvollziehen sind. Seitens der Spitalärztinnen und -ärzte setzt diese Transparenz eine neue Vertrauenskultur im Umgang mit internen Anweisungen und den Zuweisern voraus.

Parallel dazu wurden auf der Ebene des Kantons Basel-Stadt Pilotprojekte im Bereich E-Health gestartet. Ein elektronisches Kommunikationsnetz in den Bereichen Radiologie und Labor wurde aufgebaut und die sichere Kommunikation via Email wird mit einem Partnerunternehmen aus der Privatwirtschaft angeboten.

Im Januar 2014 wurde im Kanton Basel-Stadt die rechtliche Datenschutzgrundlage für ein elektronisches Patientendossier geschaffen, welches in einer Cloud gespeichert ist und auf dessen Basis fallbezogen Daten zu Behandlungsprozessen bereitgestellt bzw. ausgetauscht werden können. Parallel dazu wird auch eine technische Lösung für die Bereitstellung und Übermittlung von Daten aufgebaut. Zielanwendungen dieses elektronischen Patientendossiers sind unter anderem Austritts- und Überweisungsberichte (provisorisch und definitiv), Übersicht der abgegebenen Medikamente oder eRezept, Befunde (Labordaten, Radiologie, Pathologie, Konsiliarberichte), Behandlungspläne Palliative Care oder Patientenverfügungen.

Versorgungsbereichsübergreifendes Case Management und neue Austauschformen

Die Prozessoptimierung des Eintritts- und Austrittsmanagements der Spitäler und ein Ausbau der Infrastruktur zur verbesserten Bereitstellung und Übermittlung von Informationen folgen im Wesentlichen der bereits zitierten «Kultur der Übergabe», in der die Begleitung einer Behandlung an der Organisationsgrenze endet. Case Management kommt dabei nur innerhalb der verschiedenen Organisationen zur Anwendung, aber es existiert kaum ein Case Management über Versorgungsgebiete hinweg.¹⁴ In der Mehrheit der Fälle funktioniert diese Arbeitsteilung zwischen Spital, Zuweisern und Nachsorgern. Andererseits finden sich in den Antworten der Interviews und in der Dokumentenanalyse Beispiele, dass in verschiedenen Fällen aus einer Patientenperspektive ein «gutes» Schnittstellenmanagement mit dieser Form der Arbeitsteilung allein nicht erreicht wird.

In verschiedenen Ländern, auch in der Schweiz, wurden Pilotprojekte oder Angebote der sogenannten «transitional care» entwickelt, bei denen Pflegende Patientinnen und Patienten über den Austritt aus dem Spital hinaus auch im ambulanten Bereich mit einem Case Management Ansatz begleiten und betreuen. In einigen Ländern, z.B. in Amerika, ist dieser Ansatz Teil gewisser Versicherungsmodelle und damit Teil der Regelversorgung.¹⁵ In Deutschland wurde die «sozialmedizinische Nachsorge», in deren Rahmen Finanzierungsverträge zwischen Anbietern von Case Management Ansätzen und Krankenkassen abgeschlossen werden können, zum 01.01.2004 ins Sozialgesetzbuch (SGB V § 43 Abs. 2) aufgenommen.¹⁶

In der Schweiz können Spitexorganisationen seit dem 01.01.2011 Leistungen der «Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen» mit den Krankenkassen abrechnen, wenn sie durch spezialisierte Pflegefachpersonen erbracht werden.¹⁷ Inwieweit Spitexorganisationen oder freischaffende Pflegefachleute diese Möglichkeit nutzen können, um auch in der ambulanten Nachsorge ein Case Management aufzubauen und durchzuführen, werden die Erfahrungen noch zeigen müssen. Wie eine Untersuchung von Bonsack et al. (2013) am Beispiel der Nachsorge nach einem stationären Aufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik aufzeigt, sind neben der Vergütung der Koordinationsleistungen weitere Faktoren für ein gelungenes Case Management an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung entscheidend: z.B. Instrumente, die die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten stärken, ein gemeinsam getragener Plan zur Krisenfrüherkennung und -bewältigung, Austauschformen zwischen Berufsgruppen und Versorgungsbereichen, eine Annäherung der Wertekulturen und gemeinsame Weiterbildungen.¹⁸

Eine Stärkung der Behandlungskontinuität zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bedeuten auch die Konsiliarinnen durch Spitalärztinnen und -ärzte in den Bereichen Geriatrie, Psychiatrie und Palliativmedizin, die den Pflegeheimen im Kanton Basel-Stadt und im Bereich Palliative Care auch den Hausärztinnen und -ärzten zur Verfügung stehen. In die gleiche Richtung wirken weitere Austauschformen wie gemeinsame Qualitätszirkel von Spitalärztinnen und -ärzten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder ein «Seitenwechsel» zwischen Versorgungsbereichen in der Ausbildung.

¹⁴ Eine Ausnahme bildet zumindest theoretisch das Case Management der Krankenkassen, wobei dieses bis heute einen anderen Fokus hat.

¹⁵ Siehe beispielsweise Naylor, M. D. et al. (2011).

¹⁶ Ein bekanntes Beispiel sind in Deutschland die rund 80 sozialmedizinischen Nachsorge-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit schweren Krankheiten und einem erhöhten Unterstützungsbedarf nach einem Spitalaufenthalt, welche im Bundesverband «Bunter Kreis» zusammengeschlossen sind (auch unter dem Namen Augsburger Modell bekannt geworden).

¹⁷ Krankenpflegeleistungsverordnung, Art. 7, Abs. 2, a3 und Art. 7, Abs. 2^{bis}, a.

¹⁸ Bonsack, Ch. et al. (2013). Le case management de transition: Assurer la continuité du rétablissement après une hospitalisation psychiatrique.

«Zyklisches» Schnittstellenmanagement

Eine weitere interessante Perspektive auf die Arbeitsteilung zwischen der Versorgung im Spital und der Grundversorgung bietet das Pilotprojekt «Kommunikation und Vernetzung in der Onkologie», welches in den Jahren 2005-2008 zwischen dem Universitätsspital Basel und dem Basler Ärztenetzwerk «HMO Gesundheitsplan» durchgeführt wurde (Lindpaintner et al. (2008)). Die ersten beiden Zielsetzungen dieses Projektes bringen zwei Herausforderungen sehr gut auf den Punkt (Lindpaintner et al., S. 38 (2008)): «1. Die Kontinuität in der Patient-Hausarzt-Beziehung während der Krebsbehandlung über den gesamten Behandlungszeitraum sollte gewährleistet werden.» und «2. Die Rollen des Grundversorgers und des onkologischen Spezialarztes sowie deren Arbeitsteilung sollten durch ein vom Projektteam entwickeltes Phasenmodell der Krebsbehandlung präzisiert werden.» Diese Formulierung zeigt deutlich auf, dass es in verschiedenen Behandlungsfällen um mehr als eine einzelne Episode «guten» Schnittstellenmanagements zwischen Versorgungsbereichen geht. Die Arbeits- und Rollenteilung und entsprechende Verantwortlichkeiten müssen über wiederkehrende Behandlungsperioden in einem ausgedehnten Behandlungszeitraum klar geregelt und auf Kontinuität ausgerichtet sein. Ähnliche Anforderungen stellen sich auch in der palliativen Versorgung und Begleitung von Menschen über einen längeren Zeitraum hinweg.

Ein weiteres Beispiel bietet ein innovatives elektronisches Assessment- und Dokumentationstool, welches unter Mitarbeit des REHAB Basel entwickelt wurde. Die Patientin resp. der Patient wird mit einem Netzdiagramm in Form eines Spinnennetzes, welches seine Möglichkeiten und Einschränkungen entlang verschiedener zentraler Funktionen aufzeigt, sowohl durch die wiederkehrenden Jahresassessments am REHAB als auch die ambulanten Phasen begleitet. Damit wird den Patientinnen und Patienten eine Mitverantwortung für ein Selbstmanagement gegeben und eine Brücke zwischen REHAB und der ambulanten Begleitung durch den Hausarzt resp. die Hausärztin, die Spitex und Angehörige geschaffen. Anders als mit einem klassischen Austrittsbericht wird zugleich wieder eine Brücke für den unter Umständen zyklisch wiederkehrenden Eintritt und das neue Assessment geschaffen.¹⁹

Die Neurorehabilitation von Querschnittsgelähmten und Hirnverletzten wie auch das Beispiel einer kontinuierlichen onkologischen oder palliativen Behandlung eröffnen einen interessanten Blick auf ein zyklisches Schnittstellenmanagement, welches über ein «episodenhaft» definiertes «gutes» Schnittstellenmanagement hinausweist. Im Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung soll das Rehabilitationspotenzial lebenslang soweit möglich sinnvoll genutzt und eine stabile Lebenssituation geschaffen werden oder eine gewisse Lebensqualität ermöglicht werden. «Gutes» Schnittstellenmanagement erfordert hier das wiederkehrende Einbetten der einzelnen stationären Versorgungsphasen in einen zeitlich ausgedehnten Behandlungsverlauf.

3.2. Integriertes Schnittstellenmanagement: die Organisationsebene und Systemebene

Die im vorangehenden Abschnitt dargestellte Optimierung des Schnittstellenmanagements auf der Ebene der Strukturen und Prozesse des individuellen Falls ist eine notwendige Voraussetzung für Versorgungskontinuität und -qualität. Aber sie ist aufgrund der versorgungsübergreifenden Anforderungen nicht hinreichend. Der Verankerung des Schnittstellenmanagements auf der strategischen Ebene und in der Führung der Organisationen kommt in den Bereichen Organisationskultur, Identifikation von neuen Schlüsselthemen und Weiterentwicklung der Prozesse eine wichtige Rolle zu. Verschiedene Schnittstellenprobleme lassen sich zudem bereits auf der Ebene der Zusammenarbeit zwischen Organisationen vermeiden oder zumindest reduzieren. Darüber hinaus stehen einer Optimierung auf der individuellen Fallebene häufig Fehlanreize oder fehlende Strukturen und Gesetzesgrundlagen auf der übergeordneten Systemebene entgegen.

¹⁹ Siehe Spreyermann et al. (2010) und Interview mit REHAB-Vertretung.

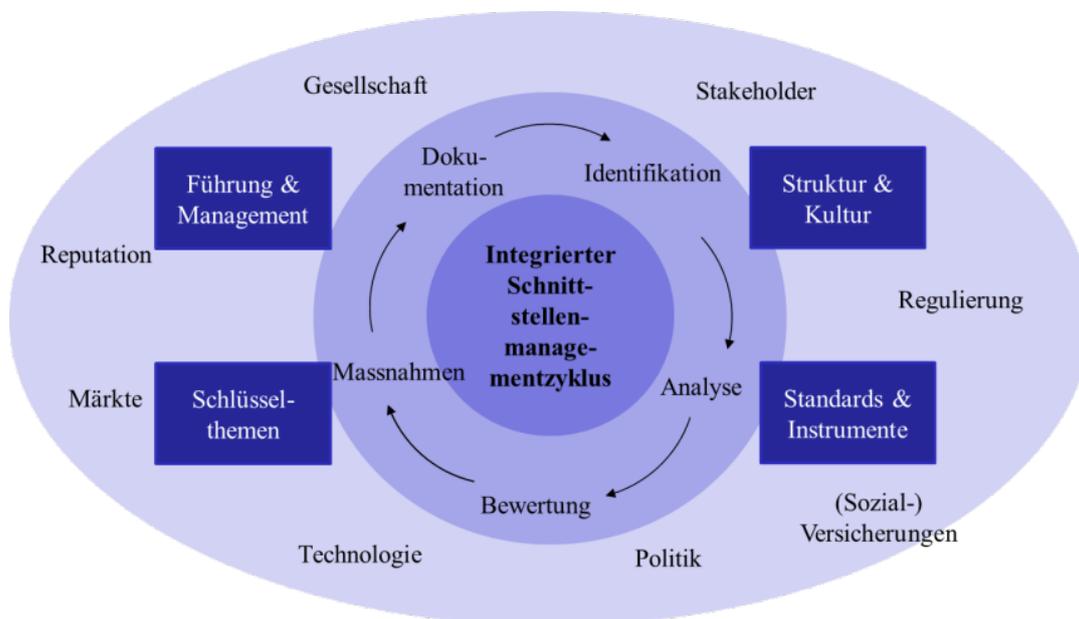
Aus diesem Grund geht dieses Unterkapitel der Bedeutung der Organisations- und Systemebene für ein «gutes» Schnittstellenmanagement nach, welches letztes nur über die Integration aller drei Ebenen (Fall-, Organisations- und Systemebene) erreicht werden kann.

Organisationsebene

Auf der Organisationsebene wird die strategische Bedeutung des Schnittstellenmanagements von allen Interviewpartnern als hoch eingeschätzt. Es wird ein grosses intrinsisches Interesse der Spitäler und Kliniken an einem «guten» Schnittstellenmanagement sichtbar, nicht nur aus Gründen der Qualitätssicherung und betriebswirtschaftlichen Effizienz, sondern auch zur Positionierung der eigenen Institution im «Gesundheits- und Zuweisermarkt». Bei der konkreten strategischen Verankerung (Stellenwert in der Geschäftsleitung und in weiteren Gremien/Funktionen, in strategischen Zielen und Projekten, bei der Ressourcenallokation usw.) und beim Stand der operativen Umsetzung (Integration in Prozessabläufe, Personalentwicklung usw.) zeigt sich jedoch eine gewisse Bandbreite. Diese erklärt sich nicht allein aus dem Leistungsauftrag und der Spezialisierung der Klinik, auch wenn diese einen wichtigen Faktor darstellen. Sie ist auch mit Unterschieden in der Führung, Struktur und Kultur der Organisationen verbunden.

Abbildung 5 verdeutlicht am Beispiel eines «integrierten Schnittstellenmanagementzyklus» die Dynamik, die aufgrund der kontinuierlichen Veränderungen in den Anforderungen und dem Umfeld eine wiederkehrende Identifikation und Bearbeitung von Schlüsselthemen und entsprechende Massnahmen auf der Organisationsebene erfordert.

Abbildung 5: Organisationsebene «Integriertes Schnittstellenmanagement»



Quelle: Eigene Darstellung, in Analogie zu einem integrierten Risikomanagement, vgl. Schneiter et. al. 2011.

Unterschiede in der Verankerung des Schnittstellenmanagements auf der Organisationsebene führen zu einer Vielfalt in der Aufarbeitung und Dokumentation der Eintritts- und Austrittsprozesse, der Schulung der Mitarbeitenden, der Instrumente und zeitlichen Ressourcen, die zur Verfügung stehen. Sie spiegeln sich aber auch in der Kommunikation der Organisation nach aussen. Die Organisationskultur hat einen Einfluss auf den Einbezug der Patientinnen, Patienten und Angehörigen. Sie beeinflusst beispielsweise auch die organisationsinterne Sensibilität für migrationsspezifische Themen der Gesundheitsversorgung und Übergänge.

Der frühzeitige Einbezug von Palliativmedizin und -pflege, welcher ein wichtiges Element des Konzepts Palliative Care darstellt, ist ein weiteres Beispiel für die Bedeutung der Organisationsebene für das Schnittstellenmanagement. Er ist zum Teil eine Frage der Organisationskulturen. Palliative Care steht gleichzeitig aber auch dafür, wie durch die strategische Zusammenarbeit verschiedener Organisationen – in Basel-Stadt die drei Spitäler Universitätsspital Basel, St. Claraspital und das Palliativzentrum Hildegard – wichtige Schnittstellen geklärt und durch eine institutionalisierte Zusammenarbeit gestärkt werden können.

Die Versorgungslandschaft in Basel-Stadt zeigt eine Vielzahl von weiteren vertraglich abgesicherten Formen der Zusammenarbeit, die Übergänge erleichtern und bestimmte interorganisationale Herausforderungen des Schnittstellenmanagements durch eine verbindlichere Regelung vorwegnehmen sollen. Ein anderes Beispiel ist die bereits in Kapitel 2.1 angesprochene enge Zusammenarbeit im Bereich der Geriatrie zwischen dem Universitätsspital Basel, dem St. Claraspital und den beiden Spitälern Adullam und Felix Platter.

Eine weitere wichtige Ebene der Zusammenarbeit zwischen den Organisationen zeigt sich im Bereich des Qualitätsmonitorings und der Qualitätssicherung. Verbesserungen werden zum Teil nur dann umgesetzt und wirksam, wenn Transparenz und Vergleichbarkeit hergestellt werden kann und aussagekräftige Indikatoren für die Erhebung der Qualität bereitstehen. Dies gilt auch für das institutionen- und bereichsübergreifende Schnittstellenmanagement, in dem noch wesentliche Entwicklungsarbeiten zu leisten sind. Die Spitäler und Kliniken des Kantons Basel-Stadt und der Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt haben im Rahmen des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt (QuBA) bereits eine wertvolle mehrjährige Zusammenarbeit und gute Grundlagen der Berichterstattung etabliert, an denen die nächsten Schritte ansetzen können.

Systemebene

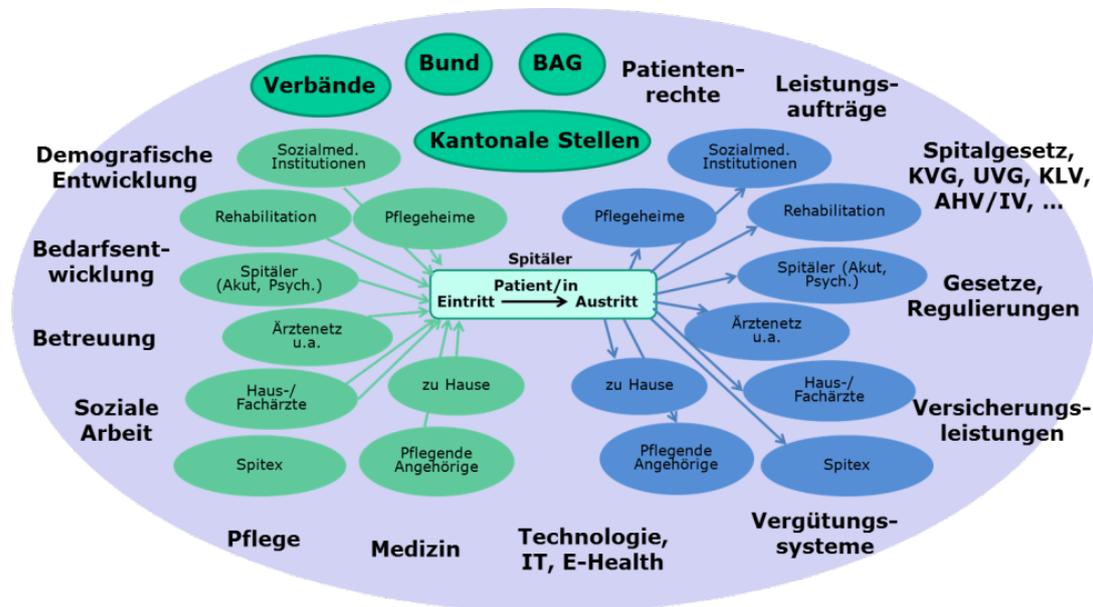
Die dritte Ebene, die einen wesentlichen Einfluss auf die Schnittstellen zwischen Organisationen hat, ist die Ebene des Versorgungssystems. Auf dieser Ebene werden gesetzliche Rahmenbedingungen gesetzt, Tarife verhandelt und verabschiedet, technische Voraussetzung geschaffen, Ausbildungs- und Weiterbildungsreglemente erlassen oder Leistungsaufträge formuliert, die einen wesentlichen Einfluss auf die Organisations- und Fallebene des Schnittstellenmanagements haben.

In der Strategie Gesundheit 2020 – Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates²⁰ wie auch in Konzepten und Positionspapieren der Kantone, Gemeinden oder Leistungserbringer wird der weiteren Entwicklung hin zu einer stärkeren Integration der Versorgungsstrukturen eine hohe Bedeutung zugeordnet. Oft fehlen auf der Systemebene aber noch konsistente Rahmenbedingungen oder kohärente Anreize für eine solche Integration oder es werden Einzelmassnahmen und Verbesserungen getroffen, die systemisch nicht durchdacht sind.²¹ Die neue Spital- wie auch Pflegefinanzierung enthalten durchaus Anreize für eine Optimierung der Schnittstellen. Sie enthalten aber auch Fehlanreize und binden zur Zeit grosse Ressourcen in der Umsetzung.

²⁰ BAG (2013). Gesundheit 2020 - Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates.

²¹ Ausnahmen bilden unter anderem Ansätze wie das Gesundheitsnetz 2025 der Stadt Zürich oder der 2014 gestartete Masterplan Integrierte Versorgung des Kantons Aargau.

Abbildung 6: Systemebene «Integriertes Schnittstellenmanagement»



Quelle: Eigene Darstellung.

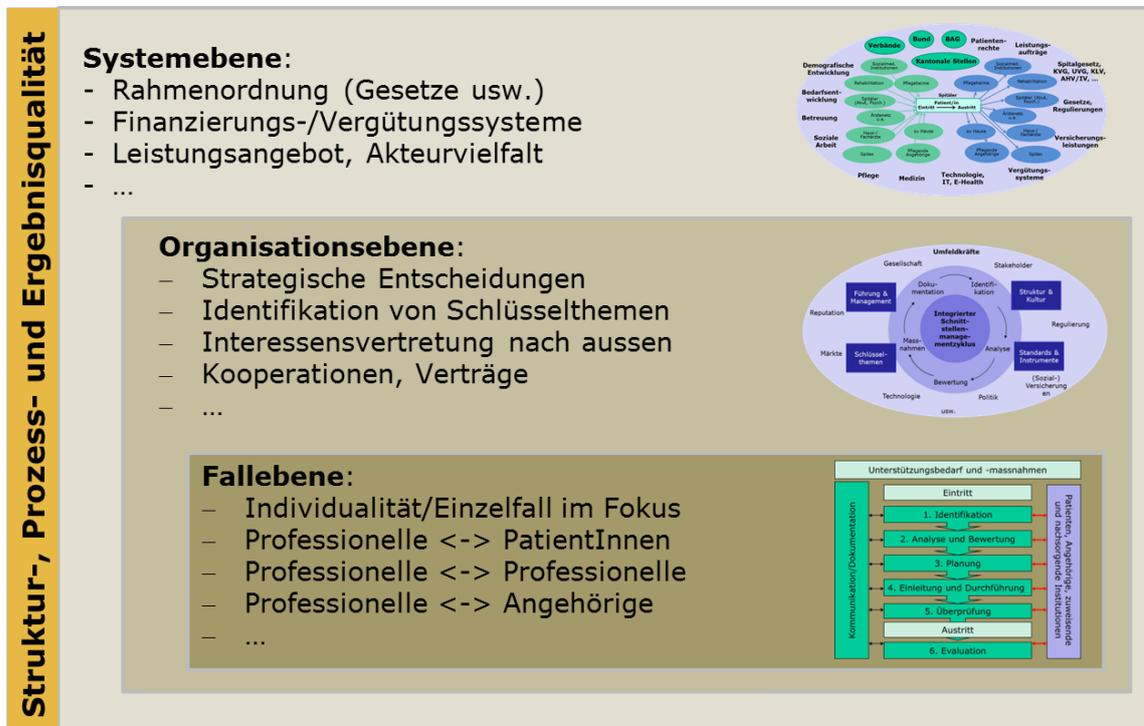
In den Interviews und in der Dokumentenanalyse fanden sich viele Beispiele für bestehende Fehlansätze oder fehlende Rahmenbedingungen, die die Sicherstellung der Versorgungskontinuität erschweren. Darunter fallen beispielsweise Fehlansätze in den Vergütungssystemen oder Schwierigkeiten und Verzögerungen in der Umsetzung einer koordinierten und von Leistungserbringern wie Patientinnen und Patienten gleichsam getragenen elektronischen Kommunikation und Bereitstellung wichtiger behandlungsrelevanter Daten. Kapazitätsengpässe können ebenfalls die Sicherstellung der Versorgungskontinuität erheblich erschweren und den Aufwand auf beiden Seiten der Schnittstelle stark anwachsen lassen.

Umgekehrt wurden in den vorangehenden Kapiteln verschiedene positive Rahmenbedingungen oder institutionelle und technische Voraussetzungen aufgezeigt, die in den vergangenen Jahren auf der Systemebene umgesetzt wurden. Dazu sind beispielsweise das Qualitätskonzept «qualivista» der Pflegeheime, die Stärkung konsiliarischer Angebote, die Pilotfinanzierung des mobilen Palliative Care-Dienstes und einer entsprechenden Anlauf- und Beratungsstelle, welche nicht aus der Regelfinanzierung allein getragen werden können, zu zählen.

«Integriertes Schnittstellenmanagement» als mehrdimensionale Herausforderung

Die Auswertung der Interviews und die Ergebnisse der Dokumentenanalyse führten letztlich zum Schluss, dass die umfassende Optimierung der Schnittstellen zwischen der stationären Versorgung in Spitälern und Rehakliniken und ihren Zuweisern und Nachsorgern nur über Massnahmen und Schritte auf allen drei Ebenen der Schnittstellenmanagements – der Fall-, der Organisations- und der Systemebene – führen kann. Sie ist weder über einen Top Down Ansatz im Sinne einer verstärkten Regulierung und Standardisierung (forciert durch die öffentliche Hand) noch allein durch punktuelle (häufig bilateral erzielte) operative Verbesserungen oder eine Harmonisierung von Standards zum Eintritts- und Austrittsmanagement auf der Interaktionsebene zwischen Institutionen zu erreichen.

Abbildung 7: «Integriertes Schnittstellenmanagement» als mehrdimensionale Herausforderung



Quelle: Eigene Darstellung.

Aus diesem Grund haben der Bereich Gesundheitsversorgung des Kantons Basel-Stadt und die Spitäler und Kliniken entschieden, ein Leitbild «Schnittstellenmanagement» zu erarbeiten und zu veröffentlichen. Die Leitsätze enthalten die wichtigsten Zielsetzungen, die in den nächsten Jahren schrittweise angestrebt werden sollen. Gleichzeitig bildet das Leitbild die Basis, Massnahmen parallel auf allen drei Ebenen zu lancieren, die zu konsistenteren Rahmenbedingungen und kohärenteren Anreizen für das Schnittstellenmanagement auf der individuellen, fallbezogenen Behandlungsebene führen sollen.

3.3. Herausforderungen und Optimierungsbedarf: von Schnittstellen zu Nahtstellen

Damit Schnittstellen zu Nahtstellen werden können, zeigen sich Herausforderungen und Optimierungsbedarf auf allen drei Ebenen des Schnittstellenmanagements zwischen Institutionen und Versorgungsbereichen. Sie werden in diesem Kapitel auf der Basis der Interviews und Dokumentenanalyse ohne explizite Priorisierung und Gewichtung zusammengefasst und vorgestellt.

Dokumentation und Optimierung der Eintritts- und Austrittsprozesse und Ansprechstrukturen

Die Bestandaufnahme des Schnittstellenmanagements im Kanton Basel-Stadt zeigte, dass die Dokumentation und Optimierung der Eintritts- und Austrittsprozesse und Ansprechstrukturen in den Spitälern und Kliniken unterschiedlich weit fortgeschritten sind. In allen Interviews waren aber die Bedeutung und der Nutzen einer Überarbeitung und Dokumentation der Prozesse unbestritten. Sie schaffen erst eine notwendige Grundlage von Transparenz und Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit mit Zuweisern und Nachsorgern und in der Interaktion mit den Patientinnen, Patienten und Angehörigen. Aufgrund hoher Fluktuationen unter den Mitarbeitenden, dem Wandel der Rahmenbedingungen sowie der eigenen Organisation und der externen Netzwerkpartner ist dieser Pro-

zess nie abgeschlossen, sondern verlangt laufende Anpassungen und eine kontinuierliche Sensibilisierung der Mitarbeitenden für standardisierte Prozesse, Formulare, Austrittsberichte.

Gutes Schnittstellenmanagement erfordert von allen Beteiligten neben den entsprechenden fachlichen Kompetenzen grundsätzlich Zeit zusätzlich zur direkten medizinischen Behandlung und Pflege der Patientinnen und Patienten. Dies gilt selbst dann, wenn wichtige Aufgaben in einer eigenen Stelle zum Beispiel im Rahmen eines Case Managements oder des Sozialdienstes zusammengeführt wurden. Die zeitlichen Ressourcen sind in allen Spitälern unter Druck, so dass die Optimierung der Prozesse des Schnittstellenmanagements letztlich in einer Balance zu den Zeitersparnissen durch den Wegfall von unnötigen Untersuchungen, Behandlungen und Rückfragen oder einer Reduktion anderer administrativer Aufwände stehen muss.

Stärkung der Eigenverantwortung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen

In den Interviews wurde wiederholt deutlich, welche wichtige Rolle den Patientinnen, Patienten und Angehörigen in der Bewältigung der Übergänge und bei der Fortführung der Behandlungserfolge in der unter Umständen neuen, anschliessenden Versorgungsumgebung zukommt. Um diese Rolle auszufüllen, müssen die Patientinnen, Patienten und Angehörigen aktiv und frühzeitig in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Eine Stärkung der Eigenverantwortung setzt eine entsprechende Beratung und Anleitung, in spezifischen Fällen auch Schulung voraus. Es müssen auch entsprechende Hilfsmittel und Informationen, zum Beispiel über Massnahmen und Ansprechstrukturen in möglichen Krisensituationen, abgegeben werden. Aufgrund unterschiedlicher Standards und Reifegrade in der Umsetzung bei den verschiedenen Spitälern sahen viele Interviewpartner hier noch ein erhebliches Verbesserungspotenzial.

Dieses endet nicht bei den Spitälern und Kliniken, sondern betrifft auch die Zuweiser und Nachsorger, denn viele Situationen stellen sich nach dem Austritt anders dar und oder Risiken werden erst dann sichtbar. Sie verlangen eine Überprüfung und Anpassung und damit auch einen entsprechenden erneuten Einbezug und eine weitere Beratung und Anleitung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen.

In Bezug auf das Eintritts- und Austrittsmanagement selbst können die Patientinnen, Patienten und Angehörigen eine Mitverantwortung nur wahrnehmen, wenn sie die Eckpunkte eines «guten» Schnittstellenmanagements und mögliche Risiken und Brüche kennen. Je besser die Spitäler und Kliniken über ihre Ziele und Good Practices informieren, d.h. beispielsweise über ihre Ziele in Bezug auf die Rechtzeitigkeit und Vollständigkeit der Austrittsberichte, ihren Umgang mit notwendigen Medikationsumstellungen, ihre Anforderungen an die bei Eintritt verfügbaren Informationen oder die aus ihrer Sicht erforderliche ganzheitliche Umsetzung der Massnahmen der Austrittsplanung, desto besser können die Patientinnen und Patienten deren Einhaltung einfordern und ihre eigene Compliance daran ausrichten.

Informationsübermittlung und E-Health

In praktisch allen Interviews wurde ein Durchbruch bei der Einführung einer elektronischen Patientendokumentation resp. der Schaffung elektronischer Schnittstellen zwischen bestehenden Systemen begrüsst oder sogar gefordert. Die kantonale E-Health-Strategie müsste rasch bekannter gemacht werden und die Akteure der Gesundheitsversorgung nicht nur auf der technischen sondern auch auf der inhaltlichen Ebene noch stärker eingebunden werden. Viele Spitäler arbeiten zum Teil bereits an individuellen Lösungen von Teilproblemen, die rechtzeitig integriert werden sollten, damit keine Insellösungen entstehen oder inkompatible Standards entwickelt werden.

Aus den Interviews, aber auch aus den Erfahrungen des St. Claraspitals mit der Einrichtung des Ärzteportals wurde deutlich, dass das Ausschöpfen des Potenzials von elektronischen Schnittstellen und Patienten- oder Falldokumentationen nicht allein eine Frage der entsprechenden Konzepte, des

Datenschutzes und der technischen Umsetzung ist, sondern auf verschiedenen Ebenen einen kulturellen Wandel voraussetzt.

Ein Ausschöpfen des E-Health-Potenzials setzt die Bereitschaft der Leistungserbringer voraus, seien es Spital-, Beleg-, Fach- und Hausärztinnen und -ärzte oder Pflegenden in Spitälern, Pflegeheimen und bei der Spitex, ausgewählten externen Fachleuten einen tieferen Einblick in ihre Dokumentation und durchgeführten oder angeordneten Leistungen als bei einer allein schriftlichen «redigierten» Übermittlung zu gewähren. Die Auswahl der bereitgestellten Informationen kann via Einstellungen der EDV präzise definiert werden. Aber es entsteht automatisch eine höhere Transparenz, da nicht jeder einzelne Eintrag oder jede Anweisung nachbearbeitet werden kann und die auf die Daten zugreifenden Versorgungspartner davon ausgehen müssen, dass eine freigegebene Klasse von Informationen, z.B. verordnete Medikamente, Diagnosen oder Laborbefunde, dann auch vollständig zur Verfügung gestellt wird, um Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen ausschalten zu können. Das Ausschöpfen des Potenzials setzt gleichzeitig aber auch die Zustimmung der Patientinnen und Patienten und damit deren Vertrauen in die Datensicherheit und den Datenschutz voraus. Eine bereichsübergreifende gemeinsame Kultur im Umgang mit personalisierten Gesundheitsinformationen unter den Leistungserbringern und unter Einschluss der Patientinnen und Patienten kann dabei nur schrittweise in der Umsetzung wichtiger Anwendungsbeispiele und Pilotprojekte entstehen.

Medikationssicherheit

Eine weitere zentrale Herausforderung sehen die Interviewpartnerinnen und -partner in der Medikationssicherheit an den Schnittstellen zwischen Versorgungsbereichen und Institutionen. Beim Eintritt ins Spital stellt sich die Anforderung einer vollständigen Erfassung der Medikamente, die die Patientinnen und Patienten ärztlich verordnet und/oder in Selbstmedikation eingenommen haben. Notfallanweisungen erhöhen das Risiko einer unvollständigen Anamnese.²² Oft stehen dem Spital nur unvollständige Informationen zur Verfügung, wenn seitens Spitex oder Pflegeheime keine Pflegeberichte zur Verfügung gestellt wurden oder abgerufen werden können oder der Arzt bzw. die Ärztin bei der Einweisung nur eine unvollständige Medikamentenübersicht mitgegeben hat.

Eine schnelle Verfügbarkeit von Pflegeberichten und eine möglichst vollständige Erfassung durch den Haus- oder Facharzt bzw. die Haus- oder Fachärztin stärkt die Patientensicherheit erheblich. Die parallele Behandlung durch verschiedene ambulante Ärztinnen oder Ärzte erhöht umgekehrt die Gefahr, dass nicht alle Medikamente bei Eintritt erfasst werden. Im Verbund mit den Risiken bei einer Notfallaufnahme weisen alle diese Faktoren auf die Vorteile einer elektronischen Dokumentation der Medikation und einer raschen Abrufbarkeit hin.

In den Interviews und Workshops wurde auf die Medikationsumstellung hingewiesen, die aufgrund der Verwendung von Originalpräparaten in den meisten basel-städtischen Spitälern vorgenommen wird und oft zu einer erneuten Umstellung beim Austritt führt. Andere Medikationsumstellungen sind hingegen durch einen geänderten Gesundheitszustand des Patienten begründet. Beide Formen müssen für den Nachsorger nachvollziehbar sein. Dies bedingt ein rechtzeitiges Eintreffen der Arztbriefe und eine adäquate Darstellung der Umstellungen. Bleibt dieser Wechsel gegenüber den Patientinnen und Patienten unbegründet, kann dies negative Auswirkungen auf die Compliance in der Medikamenteneinnahme haben und zu unnötiger Verunsicherung führen.

Bezeichnung des Medikaments, des Wirkstoffs oder des Handelsnamens, Dosierung, Fragen zum Absetzungszeitpunkt eines stationär eingeführten Medikaments oder zum Teil auch die schlechte Leserlichkeit von Rezepten sind eine häufige Quelle von Rückfragen. Ein Optimierungspotenzial

²² Eine aktuelle Studie (Müller et al. 2011) geht davon aus, dass mehr als 20 Prozent der Patientinnen und Patienten einer interdisziplinären Notaufnahme eine unerwünschte Arzneimittelwirkung erleiden oder von einem Medikationsfehler betroffen sind.

wurde in einem Teil der Interviews auch in der Einführung eines eRezeptes gesehen. In Verbindung mit elektronischen Entscheidungsunterstützungssystemen könnte ein zusätzlicher Check auf Medikationsunverträglichkeiten durchgeführt werden.

Die Schnittstelle Spital – ambulante Versorgung

Diese Schnittstelle stellt zahlenmässig die höchste Anzahl von Übertritten mit anschliessendem Behandlungsbedarf dar.

Rechtzeitigkeit des Versands und Vollständigkeit der Arztberichte, Therapeuten- und Pflegeberichte durch die basel-städtischen Spitäler und Kliniken konnten im Rahmen dieses Projektes nicht erhoben werden. Transparenz und Verbindlichkeit dieser zentralen Instrumente der Informationsübermittlung würden aber nochmals erhöht, wenn einzelne Spitäler ihre internen Zielvorgaben auch nach aussen kommunizieren und somit den Patientinnen, Patienten, Zuweisern und Nachsorgern eine Orientierungsgrösse geben würden.

Wiederholt wurde in den Interviews das Thema angesprochen, die zuweisenden Akteure bereits während des stationären Aufenthalts stärker in den Informationsfluss einzubinden, so dass die Verbindung zur Patientin und zum Patienten nicht abreisst. Der Zugang ambulanter Leistungserbringer zu den Spitalärztinnen und -ärzten ist heute vielfach noch stark von persönlichen Netzwerken und Kontakten geprägt. Die Bedeutung eines frühzeitigen Einbezugs der Weiterbehandelnden oder Nachsorger zeigt sich auch in spezifischen Handlungsfeldern wie beispielweise der Palliative Care. Begrüsst wurden versorgungsübergreifende Austauschformen wie gemeinsame Qualitätszirkel oder im Rahmen der Aus- und Weiterbildung.

Eine besondere Herausforderung der Schnittstelle Spital – ambulante Versorgung liegt darin, die Koordination, welche innerhalb des Spitals idealerweise in einem multidisziplinären Team erbracht wird, an die viel stärker fragmentierte ambulante Versorgung zu übergeben. Wiederholt wurde eine ungenügende Vergütung von Koordinationsleistungen, auch mit Blick auf die Angehörigen, in den Interviews erwähnt. In den beiden Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft ist heute ein reiches Angebot an Beratungs-, Informations- und Unterstützungsangeboten im ambulanten Bereich vorhanden. Angesichts der Breite der Themen, die die Rückkehr in ein tragfähiges häusliches Lebensumfeld beeinflussen, ist es für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen oft nicht leicht, die Übersicht zu wahren und verschiedene ambulante Angebote miteinander zu vernetzen. Angesichts verkürzter Aufenthaltsdauern ist es schwieriger geworden, bereits während des stationären Aufenthalts ohne eine Übergangslösung eine dauerhafte Lösung abzuklären und abzuschliessen.

Ein Case Management oder eine Fallsteuerung endet heute meistens an der Grenze eines Versorgungsbereichs. Hinzu kommt, dass sich bestimmte Themen und Risiken oft erst bei der Rückkehr in das bisherige Lebensumfeld zeigen. Für diese komplexeren Fälle wäre es interessant, ein versorgungsbereichsübergreifendes Case Management aufzubauen. Oft müssen Angehörige diese Rolle übernehmen. Ihnen fehlt es zum Teil aber ebenfalls an einer Übersicht über bestehende Angebote, mehr aber noch an der Durchsetzungsmöglichkeit einer wirklich koordinierten und abgestimmten Leistungserbringung.

Mit dem «sozialkompass» existiert heute bereits eine Datenbank mit Suchfunktion über die sozialen Angebote beider Basel. In den Interviews wurde aber der Wunsch nach einer Plattform geäussert, die zusätzlich die für die soziale Arbeit im Gesundheitswesen wichtigen Ansprechstellen im Gesundheitswesen und der öffentlichen Verwaltung umfasst und noch besser die Vernetzung und Schnittstellen zwischen den einzelnen Angeboten abbilden kann.

Insgesamt wird die Arbeit der Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag und verschiedener privater Spitexorganisationen, z.B. im Bereich der psychischen Pflege oder bei Kinder und Jugendlichen, geschätzt. Doch erschweren Kapazitätsengpässe bei der Spitex Basel und eine gewisse Unübersicht-

Luzern, 09. September 2014

Seite 45/66

lichkeit auf dem privaten Spitexmarkt verbunden mit Lücken in der Qualitätssicherung das Schnittstellenmanagement der Spitäler und führen zu teilweise erheblichem Zusatzaufwand und damit auch zu Zusatzkosten.

Eine bessere Bekanntmachung der Kompetenzen, Angebote und Möglichkeiten der Spitex in den Spitälern wurde ebenfalls als Bedarf genannt. Dazu gehört auch das Instrument der Akut- und Übergangspflege, welches der Spitex grössere Spielräume bei komplexen Austritten lässt, aber noch selten eingesetzt wird.

Besondere Beachtung im Schnittstellenmanagement zur Spitex benötigt auch die Gruppe der Klienten, die in der Vergangenheit ihre Spitexrechnungen nicht bezahlt haben oder gegenüber Spitexmitarbeitenden ein untragbares Verhalten, z.B. im sozialen Bereich (Aggressivität, sexuelle Belästigung usw.) gezeigt haben. Weitere «Risikopatienten» im Sinne des Schnittstellenmanagements sind Personen mit psychosozialen Schwierigkeiten, v.a. auch wenn keine Angehörigen da sind, oder mit einer Suchtproblematik. Beide Gruppen stehen unter anderem für die Herausforderung, dass die Spitäler bei der Einweisung praktisch keine Informationen zur sozialen Situation und zum sozialen Umfeld erhalten, sondern diese selbst in geeigneter Form, soweit dann überhaupt erkennbar, erheben müssen. Die Zeit für entsprechende Vorkehrungen und Massnahmen beim Austritt ist jedoch häufig knapp. Umgekehrt stellen sich bei Angaben zur sozialen Situation, die den ambulanten Versorgern (Hausärztinnen, Hausärzten oder Spitex) durchaus besser bekannt ist, heikle Fragen des Datenschutzes.

Die Schnittstelle Spital – anderes Spital oder Rehaklinik

Als zentrale Herausforderung wurde das rechtzeitige Eintreffen der Kostengutsprachen genannt. Das Ausschöpfen der 5-Tagesfrist durch die Krankenkassen stellt die Spitäler angesichts der Verkürzung der Aufenthaltsdauern vermehrt vor Probleme. Voranmeldungen vor oder bei Eintritt werden zumeist nicht akzeptiert, sondern die Operation oder zentrale Behandlung muss bereits durchgeführt sein. Ablehnungen und Wiedererwägungen führen zusätzlich zu einer Verzögerung des Austritts, zu Unsicherheiten für die Patientinnen und Patienten und der Unmöglichkeit, der Rehaklinik einen verbindlichen Austrittstermin mitteilen zu können. Umgekehrt haben beispielsweise Belegärztkliniken heute praktisch keine Möglichkeit, Einfluss auf vorsorglich vorgenommene Reha-Anmeldungen durch Belegärztinnen und -ärzte zu nehmen und mit ihnen vorzubesprechen, um die Anzahl Gesuche um Kostengutsprachen zu reduzieren.

Zu überprüfen wären Massnahmen, mit denen sich die heutige Frist für Kostengutsprachen von fünf auf vielleicht zwei bis drei Tage und parallel dazu die Anzahl Anträge reduzieren liessen.

Probleme an dieser Schnittstelle stellen auch Patientinnen und Patienten dar, bei denen weniger medizinische als soziale Gründe eine an den Spitalaufenthalt anschliessende stationäre Versorgung nahelegen. Darunter können ein fehlendes soziales Umfeld, ungeeignete bauliche Voraussetzungen in der eigenen Wohnung, knappe finanzielle Mittel oder fehlende Bereitschaft zur privaten Finanzierung von entsprechenden Hauswirtschafts- und Unterstützungsleistungen fallen. Die Abklärung einer tragfähigen Anschlusslösung kann die Aufenthaltsdauer im Spital unnötig verlängern. Eine Ablehnung des Gesuchs um eine Kostengutsprache einer stationären Rehabilitation, Wiederwägung und gegebenenfalls erneute Ablehnung verzögern diesen Prozess zusätzlich. Zum Teil fehlen aber auch Unterstützungsmöglichkeiten, die letztlich eine ambulante Rehabilitation ermöglichen würden.

Die Schnittstelle Spital – Pflegeheim

Kapazitätsengpässe und der damit verbundene Rückstau der Patientinnen und Patienten in den Spitälern wurden als wesentliche strukturelle Herausforderung an dieser Schnittstelle genannt. Diese Engpässe sollten gemäss Pflegeplanung des Kantons ab 2015 behoben sein. Zu einer weitere Ent-

lastung sollte der Ausbau des Angebots an «Betreutem Wohnen» führen, welcher zurzeit von verschiedenen Stiftungen im Kanton Basel-Stadt vorangetrieben wird. Ansonsten wurden wie in Kapitel 2.2.3 ausführlich beschrieben, bereits eine Vielzahl von Massnahmen ergriffen, um diese Schnittstelle in eine Nahtstelle weiterzuentwickeln.

In den Gesprächen zeigten sich eine Vielzahl von kleineren Abstimmungs- und Koordinationsproblemen, die sorgfältig zusammengetragen und dann auf der richtigen Ebene angegangen werden könnten. Dazu gehören u.a. Schnittstellenprobleme bei psychiatrisch komplexeren Fällen, wechselnde Ansprechpartner im Spital, fehlende Transparenz bei und Abstimmung von Austrittsentscheidungen, eine unterschiedliche Handhabung der Medikamentenmitgabe und ebenfalls Medienbrüche bei den Übertrittsformularen.

Die Schnittstelle Spital – sozialmedizinische Institutionen oder Betreutes Wohnen

Im Zentrum des Optimierungsbedarfs standen in den Interviews fehlende Angebote und Kapazitätsengpässe für Langzeitpflegebedürftige oder psychisch kranke Menschen, die noch nicht im AHV-Alter sind. Dies führte seitens der Spitäler zu einem hohen Triageaufwand und zum Teil zu unbefriedigenden Anschlusslösungen.

Die Behebung von Brüchen und Lücken in den Vergütungssystemen

Ein zentrales wiederkehrendes Thema in den Interviews waren Brüche oder Lücken in den Vergütungssystemen, die Fehlanreize schaffen oder sinnvolle Leistungen nicht finanzieren.

Darunter fallen beispielsweise die fehlende Verrechenbarkeit von Koordinationsleistungen von Nachsorgern während des Spitalaufenthalts, die aktuelle Tarifgestaltung in der Geriatrie und Palliative Care oder unterschiedliche Kostenträger der sozialen Arbeit im Spital und im ambulanten Bereich. Wiederholt wurde auch das Thema angesprochen, dass die heutigen Tarife Koordinationsleistungen, auch gegenüber Angehörigen, noch zu wenig berücksichtigen. Das heutige System der Einzelleistungsvergütungen richtet sich an einer einzelnen Behandlungsphase oder -episode aus und setzt damit einen klaren Anreiz, eine tendenziell enge betriebswirtschaftliche Perspektive höher als eine ganzheitliche Versorgung zu gewichten. Die Optimierung von Qualität und Kosten über die ganze Behandlungskette und einen ausgedehnteren Zeitraum sollte aber im Vordergrund stehen.

Bereits unter dem Punkt Schnittstelle zur stationären Rehabilitation angesprochen wurden die aus Sicht der Spitäler und Kliniken häufig problematischen Verläufe von Kostengutsprachen, die zu Verzögerungen, verlängerten Aufenthalten und suboptimalen Anschlusslösungen führen können. Rechtzeitige Kostengutsprachen spielen auch eine wichtige Rolle für ein frühzeitiges Einleiten von Umbau- und Umschulungsmassnahmen bei der Rückkehr in ein tragfähiges soziales und berufliches Lebensumfeld.

Migration und Gesundheit

Eine weitere Herausforderung für das Schnittstellenmanagement liegt angesichts des hohen Anteils von Migrantinnen und Migranten an der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt in den sprachlichen und transkulturellen Kompetenzen der Mitarbeitenden der Spitäler und Kliniken aber auch den Leistungserbringer der ambulanten Versorgung. In Basel-Stadt besteht zwar ein Angebot an Übersetzungs- und Dolmetscherdiensten, welches aber nicht konsequent eingebunden wird.

Migrantinnen und Migranten haben oft keinen Hausarzt, so dass sowohl die vorgängige Triage bei Spitaleintritten als auch die ambulante Nachsorge erschwert sind.

4. Das Leitbild «Schnittstellenmanagement»

4.1. Regulierung oder Wettbewerb?

In den vorangegangenen Kapiteln wird deutlich, dass das Schnittstellenmanagement für die Leistungserbringer auf der strategischen und operativen Ebene eine wichtige Bedeutung eingenommen hat. Zugleich zeigt sich aber, dass viele Bausteine im Gesamtpuzzle noch fehlen, um die angestrebte Versorgungskontinuität mit grosser Verbindlichkeit und in hoher Qualität «standardmässig» sicherzustellen und Schnittstellen in Nahtstellen weiterzuentwickeln. Massnahmen müssen parallel auf allen drei Ebenen – individuelle Fallebene, Organisationsebene und Systemebene – ergriffen werden. Sie liegen zum Teil nicht in der Hand eines einzelnen Leistungserbringers, sondern setzen Zusammenarbeit und koordiniertes Vorgehen voraus. Sie beruhen auf einer Veränderung in der Kultur der Leistungserbringung oder einer Anpassung der Vergütungs- und finanziellen Anreizsysteme. Investitionen, die heute anfallen, werden sich zum Teil erst mittelfristig und zum Teil ausserhalb der einzelnen Organisations- und Versorgungsbereichsgrenzen auswirken. Weil den Patientinnen und Patienten selbst eine wichtige Rolle in der Gestaltung der Übergänge zukommt, müssen auch sie für die Bedeutung wichtiger Elemente «guten» Schnittstellenmanagements sensibilisiert und in die verschiedenen Prozessschritte aktiv eingebunden werden.

Angesichts der mehrdimensionalen Herausforderung stellt sich die Frage, auf welche Weise Impulse für eine kontinuierliche und koordinierte Weiterentwicklung des Schnittstellenmanagements zwischen Institutionen und Versorgungsbereichen und auf Systemebene gesetzt werden können.

Zum Beispiel Deutschland: Gesetzliche Verankerung und Wettbewerb

In Deutschland wurden in den vergangenen Jahren rechtliche Voraussetzungen für eine Stärkung des Eintritts- und Austrittsmanagements geschaffen. Diese zielen vor allem auf eine Stärkung der Patientinnen- und Patientenrechte und wurden im Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert. Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Das Entlassungsmanagement wird wie die ärztliche Behandlung oder medikamentöse Versorgung als expliziter Teil der Krankenhausbehandlung aufgeführt.

- §11 Absatz 4 SGB V: Versicherte haben *Anspruch auf ein Versorgungsmanagement* insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. ... (*Hervorhebung durch HSLU, Eingefügt im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007*)
- §39 Absatz 1 Satz 4 bis 6 SGB V: (...) Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. *Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.* § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. (*Hervorhebung durch HSLU, Eingefügt im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes 2012*)

Dieser Anspruch der Patientinnen und Patienten auf ein Versorgungs- und Entlassungsmanagement umfasst in Deutschland ein verbindliches Verfahrensrecht, das den Patienten einen Rechtsanspruch einräumt. Bei Versäumnissen, die zu Schäden beim Anspruchsberechtigten führen, kann dieser theoretisch Haftungsansprüche gegen die Leistungserbringer geltend machen.²³

Die gesetzliche Verankerung verzichtet auf eine explizite Regelung der Ausgestaltung des Schnittstellenmanagements.²⁴ Sie überlässt dies unter anderem den bilateralen Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Trägervereinigungen der Krankenhäuser, in denen die Ausgestaltung von Art und Umfang der Krankenhausbehandlung entsprechend der gesetzlichen Vorgaben sichergestellt werden sollen.

Eine wesentliche Rolle in der Umsetzung und Wirksamkeit dieser gesetzlichen Vorgabe wird dem Wettbewerb um Qualität zugeschrieben. Das Gutachten 2012 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR (2012)) handelt in seinem Kern vom «Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung». Es sieht eine wettbewerbliche Rahmenordnung als das geeignete Instrument für eine Verbesserung des Schnittstellenmanagements vor. Der Wettbewerb soll in Deutschland in verschiedenen Dimensionen spielen:

- Differenzierungspotenziale der Leistungserbringer im Wettbewerb: höhere Versorgungsqualität, geringere Wiedereinweisungsraten, eine erhöhte Patienten- und Zuweiserzufriedenheit, versorgungsübergreifende Einsparungen
- Wettbewerb um selektive Verträge mit Krankenkassen²⁵
- Wettbewerb auf der Krankenkassenseite um Versicherte

Mit der gesetzlichen Verankerung eines Anspruchs der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement und der gleichzeitigen Förderung eines Wettbewerbs um Qualität wird in Deutschland ein interessanter Weg eingeschlagen. Dieser verzichtet auf eine Standardisierung und Regulierung einzelner Elemente, sondern überlässt die Weiterentwicklung den Akteuren der Gesundheitsversorgung: Leistungserbringer, Krankenkassen, Versicherte, Patientinnen und Patienten. Er gibt ihnen aber eine rechtliche Grundlage für Transparenz und Verbindlichkeit und weitere Instrumente innerhalb einer Rahmenordnung für den Wettbewerb um Qualität an die Hand.

Kanton Basel-Stadt: Leitbild, Leistungsvereinbarungen, Kooperation und Wettbewerb

In der Schweiz werden die Ausgestaltung von Aufnahme und Entlassung oder der nahtlose Übergang von der Krankenhausbehandlung in den ambulanten Bereich, in die Reha oder die Langzeitpflege bislang nicht explizit in Gesetzen oder Verordnungen geregelt. Dieser Weg wurde auch nicht im Kanton Basel-Stadt beschritten.

Stattdessen wurde, anschliessend an die Bestandesaufnahme, zwischen Januar 2013 und März 2014 ein gemeinsames Leitbild «Schnittstellenmanagement» durch den Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements sowie die Spitäler und Kliniken des Kantons Basel-Stadt erarbeitet. Das Leitbild dient als Koordinationsinstrument der Zusammenarbeit der Leistungserbringer untereinander und mit dem Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt. Die Leitsätze stärken durch eine erhöhte Transparenz und Orientierung die Position der Patientinnen, Patienten, Angehörigen, Zuweiser und Nachsorger. Das Leitbild verzichtet auf eine explizite «top-down» Standardisierung

²³ Sachverständigenrat (2012), S. 139.

²⁴ In den USA wurden im Rahmen der Zulassung zum Medicare & Medicaid Programm Anforderungen an die Spitäler im Bereich Entlassungsmanagement ebenfalls gesetzlich festgelegt. (CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, 42 CFR (Code of Federal Regulations) 482.43 - Condition of participation: Discharge planning). Hier spielt mit der Zulassung zur Leistungserbringung und Abrechnung ein anderer Mechanismus zur Förderung der Qualität der Schnittstellen.

²⁵ Das Instrument selektiver Verträge mit Krankenkassen würde in der Schweiz mit der Förderung von Managed Care Konzepten und integrierten Versorgungsformen stärker ins Spiel kommen.

der Strukturen und Prozesse. Es unterstützt hingegen die Leistungserbringer in der Abstimmung und Koordination ihrer Prozesse.

Parallel zur Arbeit an den Leitsätzen wurde eine Auslegeordnung der Massnahmen erstellt, die die Umsetzung des Leitbilds unterstützen. In die Leistungsvereinbarungen mit dem Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt für die Periode 2015-2017 verpflichten sich die basel-städtischen Spitäler und Kliniken zur Prozessdokumentation ihres Ein- und Austrittsmanagements und der entsprechenden Ansprechstrukturen. Zusätzlich wählen sie aus einem Massnahmenkatalog mit fünf zentralen Handlungsfeldern eine weitere Massnahme zur Umsetzung der Leitsätze.

Weitere Massnahmen werden im Rahmen anderer Gefässe, so beispielweise im Kontext des kantonalen E-Health-Programms, des Schwerpunktthemas «Medikationssicherheit» des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt 2014 oder zusätzlicher Projekte, die bis 2017 fortgeführt, lanciert, initiiert und umgesetzt werden. Gleichzeitig dient das Leitbild als Rahmen zur Lancierung und Kommunikation eigener Projekte und Optimierungsmassnahmen der Spitäler und Kliniken.

Im Rahmen des Qualitätsmonitorings (QuBA) bestehen mit den Qualitätsberichten der Spitäler, dem Gesundheitsversorgungsbericht des Bereichs Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt oder dem Tag der Qualität bereits wichtige Gefässe zur Kommunikation des Umsetzungsstands des Leitbilds und einzelner Projekte.

4.2. Ziele des Leitbilds, Entwicklungsprozess und Reduktion

Ziele des Leitbildes

Das Leitbild soll der Öffentlichkeit und Politik, aber auch den Akteuren der Gesundheitsversorgung und der sozialen Arbeit, eine möglichst differenzierte Orientierung bieten, was im Kanton Basel-Stadt unter einem «guten» Schnittstellenmanagement verstanden wird. Die Leitsätze sollen Transparenz und Verbindlichkeit für Patientinnen und Patienten, Angehörige, Spitäler, Zuweisende, Nachsorgende und weitere Akteure schaffen, welche Ziele im Kanton Basel-Stadt im Schnittstellenmanagement und in der Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung umgesetzt werden sollen. Sie sollen die Koordination der Leistungserbringer leiten, die sich im Spannungsfeld von Kooperation und Konkurrenz bewegen. Aus den Leitsätzen kann jedoch kein individueller Anspruch der Patientinnen und Patienten auf einzelne Leistungen abgeleitet werden.

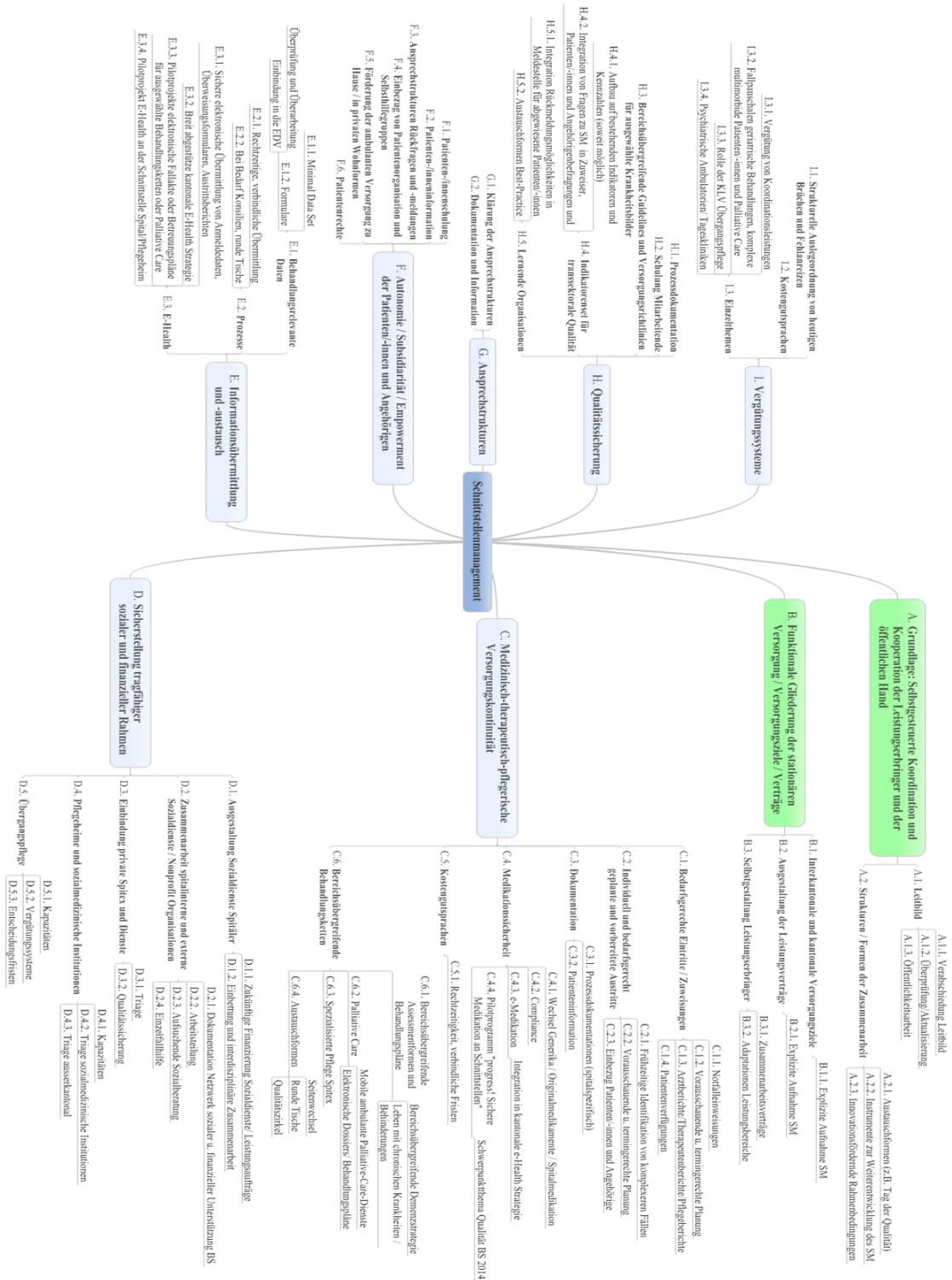
Die Umsetzung der Ziele erfordert ein Bündel von Massnahmen, deren Entwicklung und Kommunikation unter dem Dach des Leitbilds ein Verständnis für die Gesamtzusammenhänge schafft und eine Abstimmung ermöglicht. Das Leitbild dient auch als Referenz für die Evaluation der zukünftigen Entwicklung des Schnittstellenmanagements in Basel-Stadt.

Dieses Leitbild sollte letztlich von allen Akteuren der Gesundheitsversorgung getragen werden können und damit eine qualitätsorientierte Positionierung des Kantons und der Versorgungsregion Basel-Stadt im Schweizerischen Gesundheitswesen ermöglichen, nicht zuletzt in Bezug auf die eingangs beschriebenen Herausforderungen des sozio-demografischen Wandels.

Entwicklungsprozess und Reduktion

Im ersten Schritt der Erarbeitung des Leitbilds wurde anhand der Interviews und Dokumentenanalyse und unter Einbezug der Fachgruppe Qualität des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt eine breite Auslegeordnung der Handlungsfelder und Themen, die die Dimensionen eines «guten» Schnittstellenmanagement zwischen Institutionen und dem stationären und ambulanten Versorgungsbereich aufspannen, erstellt. Abbildung 8 gibt diese Auslegeordnung in ihrer Feingliederung wieder.

Abbildung 8: Zentrale Dimensionen und Handlungsfelder eines «guten» Schnittstellenmanagements - Feingliederung

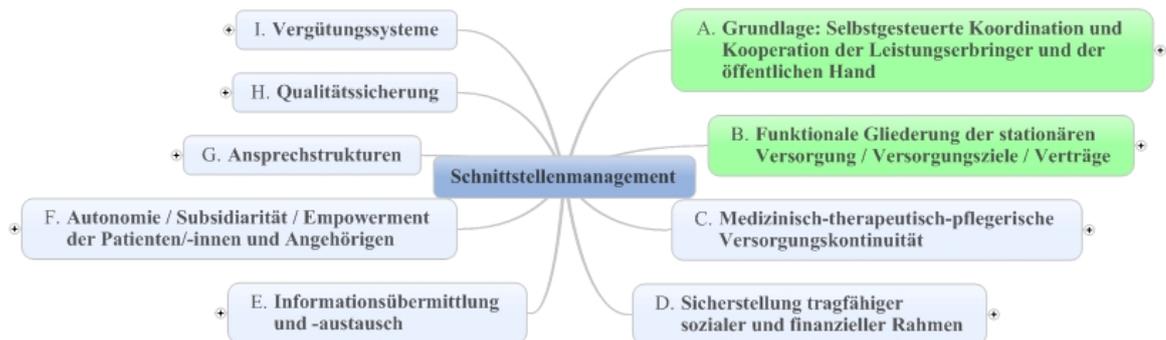


Quelle: Eigene Darstellung.

Die Auslegeordnung spiegelt die Vielfalt der Handlungsfelder und Themen, die ein «gutes» Schnittstellenmanagement zwischen Versorgungsbereichen und Institutionen prägen. Jeder Unterzweig des Mindmaps wurde immer im Hinblick auf konkrete Umsetzungsmassnahmen und Instrumente diskutiert.

Insgesamt wurden neun Themenschwerpunkte identifiziert, die sich zum Teil überlappen.

Abbildung 9: Zentrale Dimensionen und Handlungsfelder eines «guten» Schnittstellenmanagements - Hauptzweige



Quelle: Eigene Darstellung.

Die ersten beiden Schwerpunkte enthalten einerseits die Grundlage von Koordination und Kooperation der Leistungserbringer und der öffentlichen Hand, die dem Leitbild zugrunde liegen, andererseits zielen sie auf Regelungen und Optimierungen von Schnittstellen, die auf der Ebene von Verträgen und Leistungsvereinbarungen angegangen werden können.

Die nächsten beiden Themenschwerpunkte unterscheiden zwischen den Ebenen der medizinisch-therapeutischen Versorgungskontinuität und der Sicherstellung eines tragfähigen sozialen und finanziellen Rahmens. Sie bündeln wichtige Themen wie die Ausgestaltung der Strukturen und Prozesse des Eintritts- und Austrittsmanagements, der Medikationssicherheit, bereichsübergreifender Behandlungsketten, aber auch der sozialen und finanziellen Unterstützung und der Bedingungen für die Rückkehr in ein tragfähiges Lebensumfeld nach Hause.

Die Themenfelder «Informationsübermittlung und -austausch» sowie «Autonomie/Subsidiarität/Empowerment der Patienten/-innen und Angehörigen» sind beide eng mit den Prozessen der Versorgungskontinuität und der Sicherstellung eines tragfähigen Lebensumfelds verbunden. Sie werden aufgrund ihrer Bedeutung und einer nochmals eigenständigen Perspektive auf die Herausforderungen «guten» Schnittstellenmanagements aber als separate Felder ausgewiesen.

Die Informationsübermittlung ist der Themenschwerpunkt, welcher die Versorgungsbereiche miteinander verbindet. Rechtzeitigkeit, Vollständigkeit und Verbindlichkeit der Bereitstellung oder Übermittlung der behandlungsrelevanten Daten sind zentrale Dimensionen. Ein besonderes Augenmerk gilt zurzeit den Möglichkeiten der elektronischen Dokumentation, Bereitstellung und Übermittlung von Daten unter dem Dach der nationalen und kantonalen, zum Teil aber auch individuellen betrieblichen E-Health-Strategien. Die notwendige Entwicklung einer «neuen» Kultur des Datenaustausches unter den Leistungserbringern und unter Einbezug der Patientinnen und Patienten bei hohen Anforderungen an den Datenschutz rechtfertigt unter anderem die Gruppierung in einem eigenen Themenschwerpunkt.

Analoge Überlegungen führten zu der Zusammenfassung der Massnahmen zur Stärkung der Eigenverantwortung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen in einem eigenen Themenfeld. Ihnen

kommt in der Gestaltung der Übergänge häufig eine wesentliche Rolle zu. Ihr Einbezug in die Entscheidungen und Planungen der Ein- und Austritte ist zwar bereits ein wesentliches Merkmal der Struktur- und Prozessqualität des Schnittstellenmanagements. Aber die generelle Sensibilisierung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen für die Anforderungen eines «guten» Schnittstellenmanagements, eine verbesserte Beratung und Anleitung zur Stärkung ihrer Rolle sowie direkte Unterstützungsformen und Hilfsmittel zur Bewältigung der Übergänge gehen hier noch einen Schritt weiter.

Das Thema Ansprechstrukturen wird in der Auslegeordnung gesondert aufgeführt, um den Fokus von der Vernetzung und den Prozessen zwischen Versorgungsbereichen und Leistungserbringern auf die Knoten des Netzwerks auszuweiten.

Das Themenfeld der Qualitätssicherung spielt sowohl auf der individuellen Ebene der Leistungserbringer als auch auf der Systemebene. Durch die schriftliche Dokumentation ihrer Prozesse, die Schulung der Mitarbeitenden, die Kommunikation wichtiger Ziele und Prozesselemente gegenüber ihren Patientinnen, Patienten, Zuweisern und Nachsorgern und eine Evaluation in Zuweiser- und Patientenbefragungen können die Spitäler einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten. Auf der Ebene des Versorgungssystems sind darüber hinaus aber versorgungsbereichsübergreifende Qualitätsindikatoren für «gutes» Schnittstellenmanagement zu entwickeln, die heute mit Ausnahme der «Rehospitalisierungsrate» noch weitgehend fehlen oder im Entwicklungsstadium sind.

Der letzte Themenschwerpunkt zielt vor allem auf die Systemebene. Die heutigen Vergütungssysteme orientieren sich oft an Einzelleistungen. Sie sind je nach Versorgungsbereich an unterschiedliche Kostenaufteilungen und -träger gebunden. Koordinationsleistungen werden nur zum Teil als eigenständige Positionen vergütet, zum Teil müssen sie aus den Tarifen für die medizinisch-pflegerischen Leistungen mit finanziert werden. Finanzierungslücken werden partiell durch Leistungsaufträge der öffentlichen Hand geschlossen. Die unterschiedlichen Finanzierungsbausteine sind häufig zu wenig aufeinander abgestimmt oder mit Fehlanreizen verbunden.

In dieser differenzierten Auslegeordnung ist jedes Ziel mit entsprechenden Massnahmen verknüpft. In vielen Bereichen bestehen bereits wichtige Grundlagen, in anderen sind Entwicklungsprozesse einzuleiten. Eine wesentliche Herausforderung liegt vor allem in einer Koordination und Abstimmung der verschiedenen Massnahmen. Gleichzeitig wird in dieser breiten Auslegeordnung die Bedeutung von Kooperation und arbeitsteiligem Vorgehen sichtbar. Nicht jeder Leistungserbringer oder -bereich muss alle Handlungsfelder gleichermassen entwickeln. Bestimmte Ansätze und Erfahrungen lassen sich mit gegenseitigem Nutzen übertragen. In einen Gesamtkontext gestellt, lassen sich einzelne Massnahmenpakete bündeln und abtrennen. Sie können arbeitsteilig bearbeitet werden, letztlich aber in eine Gesamtentwicklung einfließen, die dem übergeordneten Ziel dient, Versorgungskontinuität zu erreichen und gleichzeitig unnötige Einweisungen oder Wiedereintritte ins Spital, Mehrfachuntersuchungen sowie Therapieverzögerungen zu vermeiden.

Ein erster Entwurf des Leitbilds auf der Basis dieser Auslegeordnung und in einer stark massnahmenorientierten Form wurde am Tag der Qualität des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt am 31. Oktober 2013 präsentiert und diskutiert. Für die Endfassung des Leitbilds wurde eine Trennung zwischen den Zielen und einem entsprechenden Massnahmenkatalog vorgenommen und die Zahl der Leitsätze und die Komplexität der Auslegeordnung wurden nochmals deutlich reduziert.

4.3. Die Leitsätze des Leitbildes

Die Broschüre «Gesundheitsversorgung – umfassend und vernetzt» fasst die Ziele «guten» Schnittstellenmanagements, die der Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements und die Spitäler und Kliniken des Kantons Basel-Stadt in Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren der Gesundheitsversorgung erreichen wollen, in sechs Leitsätzen zusammen.

Tabelle 2: Leitsätze Schnittstellenmanagement Kanton Basel-Stadt

<p>Leitsatz 1: Leistungen sind koordiniert –zum Wohl der Patientinnen und Patienten <i>Wir setzen uns gemeinsam mit unseren Partnerinnen und Partnern für Kontinuität und Qualität in der Gesundheitsversorgung ein.</i></p> <p>Leitsatz 2: Behandlungsprozesse werden über Versorgungsbereiche hinweg abgestimmt und weitergeführt <i>Ein- und Austritte, die Nachsorge und weitere Behandlungen bereiten wir individuell und dem Bedarf der Patientinnen und Patienten entsprechend vor und stimmen sie zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten ab.</i></p> <p>Leitsatz 3: Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen wird gestärkt <i>Wir informieren unsere Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen umfassend und beziehen sie möglichst frühzeitig in den gesamten Behandlungsprozess mit ein.</i></p> <p>Leitsatz 4: Wichtige medizinische Informationen über die Patientinnen und Patienten sind dank neuer Lösungen rechtzeitig am richtigen Ort <i>Wir gewährleisten die rechtzeitige und interdisziplinäre Bereitstellung und Übermittlung der für die Behandlung, Therapie und Pflege erforderlichen Informationen – von der Zuweisung bis zur Nachsorge, dies unter hohen Anforderungen an den Datenschutz.</i></p> <p>Leitsatz 5: Ein der gesundheitlichen Situation entsprechendes häusliches Umfeld wird angestrebt <i>Wir unterstützen unsere Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen, damit nach dem Austritt aus dem Spital oder der Klinik ein tragfähiges Lebensumfeld vorhanden ist.</i></p> <p>Leitsatz 6: Gleichbleibende Behandlungsqualität dank aufeinander abgestimmter Finanzierungsbausteine <i>Trotz unterschiedlicher Finanzierungsquellen für ambulante und stationäre Behandlungen streben wir eine optimale Behandlungskontinuität an.</i></p>
--

Quelle: Broschüre «Gesundheitsversorgung – umfassend und vernetzt» des Gesundheitsdepartements Kanton Basel-Stadt

Die Leitsätze decken die wichtigsten Dimensionen und Handlungsfelder eines «guten» Schnittstellenmanagements für den Kanton Basel-Stadt ab. Sie geben die übergeordneten Ziele wieder und die gemeinsame Orientierung in der Weiterentwicklung der heutigen Strukturen und Prozesse. Jeder Leitsatz lässt sich in ein Bündel von Teilzielen ausdifferenzieren, er soll aber bereits für sich selbst sprechen. Bestimmte Handlungsfelder wie beispielsweise die Medikationssicherheit sind Querschnittsthemen, die verschiedene Leitsätze berühren. Im Folgenden werden die Leitsätze kurz erläutert.

Leitsatz 1: Leistungen sind koordiniert –zum Wohl der Patientinnen und Patienten

Wir setzen uns gemeinsam mit unseren Partnerinnen und Partnern für Kontinuität und Qualität in der Gesundheitsversorgung ein.

Der erste Leitsatz fasst das übergeordnete Ziel des Leitbilds und die Werthaltung der Spitäler, Kliniken und des Bereichs Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Kanton Basel-Stadt zusammen, sich gemeinsam und koordiniert für eine bereichsübergreifende Versorgungskontinuität einzusetzen. Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht im Vordergrund, bestehende

Hindernisse aufgrund von Organisationsgrenzen und Brüchen oder Lücken in den Vergütungssystemen sollen überwunden werden. Dies schliesst auch die strategische und vertragliche Ebene ein.

Wie bei allen anderen Leitsätzen kann zum Teil auf bestehende Grundlagen zurückgegriffen werden, zum Teil müssen diese weiterentwickelt und ergänzt werden. Im Bereich der Qualitätssicherung können beispielweise die Instrumente und Austauschformen des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt für die Weiterentwicklung und Evaluation der Schnittstellen beigezogen werden. Darüber hinaus ist aber die Entwicklung von versorgungsbereichsübergreifenden Qualitätsindikatoren anzustreben.

Leitsatz 2: Behandlungsprozesse werden über Versorgungsbereiche hinweg abgestimmt und weitergeführt

Ein- und Austritte, die Nachsorge und weitere Behandlungen bereiten wir individuell und dem Bedarf der Patientinnen und Patienten entsprechend vor und stimmen sie zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten ab.

Der zweite Leitsatz umschreibt eine zentrale Grundlage «guten» Schnittstellenmanagements: die individuelle, vorausschauende und bedarfsgerechte Planung und Vorbereitung der Übertritte und Weiterbehandlungen. Wichtige Teilziele wie eine frühzeitige Identifikation eines besonderen Unterstützungsbedarfs, ein differenziertes Assessment, eine bedarfsgerechte Beratung und Anleitung der Patientinnen und Patienten werden die Spitäler und Kliniken entsprechend ihrer Patientinnen- und Patientengruppen und ihrer Leistungsbereiche in der Dokumentation ihrer Eintritts- und Austrittsprozesse festlegen und ausdifferenzieren. Die Eintritts-, Behandlungs- und Austrittsprozesse werden unter den Beteiligten nicht nur im individuellen Behandlungsfall, sondern nach Möglichkeit bereits auf der Prozessebene untereinander abgestimmt.

Eine besondere Aufmerksamkeit gilt im Rahmen dieses Leitsatzes dem Querschnittsthema der sicheren Medikation.

Angesichts der Herausforderungen durch den sozio-demografischen Wandel verweist dieser Leitsatz auch auf ein Ziel, welches mittelfristig weiter an Bedeutung gewinnen wird. Im Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollen stabile Lebenssituationen für ein Leben mit chronischen Krankheiten und Behinderungen geschaffen werden. Das Rehabilitationspotenzial der Patientinnen und Patienten soll soweit möglich lebenslang ausgeschöpft werden. In der palliativen Begleitung am Lebensende soll ihnen in der Zusammenarbeit der Versorgungsbereiche eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität ermöglicht werden.

Leitsatz 3: Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen wird gestärkt

Wir informieren unsere Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen umfassend und beziehen sie möglichst frühzeitig in den gesamten Behandlungsprozess mit ein.

Der dritte Leitsatz hebt hervor, dass die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen wichtige Partnerinnen und Partner in der Gestaltung des gesamten Behandlungsprozesses inklusive der Übergänge sind. Sie werden aktiv und frühzeitig über anstehende Entscheide und die weiterführenden Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten nach dem Austritt orientiert und in die Entscheide einbezogen. Je nach Leistungsbereich und Behandlungssituation kann durch eine entsprechende Beratung und Anleitung ihre Rolle gestärkt werden.

Dem Thema Ansprechstrukturen wurde bei der Reduktion der Auslegeordnung des Leitbilds kein eigener Leitsatz zugeordnet. Klar definierte, niederschwellige Ansprechstrukturen, an die sich die Patientinnen und Patienten wenden können, gehören unter anderem zu diesem dritten Leitsatz, indem sie die Rolle der Patientinnen und Patienten und die Möglichkeiten zur Wahrnehmung der

Luzern, 09. September 2014

Seite 55/66

Eigenverantwortung stärken. Transparente Ansprechstrukturen berühren allgemein als Querschnittsthema aber auch den Leitsatz 2, weil sie die Abstimmung von Behandlungsprozessen erleichtern.

Leitsatz 4: Wichtige medizinische Informationen über die Patientinnen und Patienten sind dank neuer Lösungen rechtzeitig am richtigen Ort

Wir gewährleisten die rechtzeitige und interdisziplinäre Bereitstellung und Übermittlung der für die Behandlung, Therapie und Pflege erforderlichen Informationen – von der Zuweisung bis zur Nachsorge, dies unter hohen Anforderungen an den Datenschutz.

Der vierte Leitsatz beinhaltet mit der rechtzeitigen und interdisziplinären Bereitstellung und Übermittlung der erforderlichen Informationen eine weitere zentrale Grundlage für «gutes» Schnittstellenmanagement. Das übergeordnete Ziel ist mit dem rechtzeitigen Vorliegen der erforderlichen Informationen am richtigen Ort kurz und präzise zu umschreiben. Der Weg zu dieser Ergebnisqualität führt über eine grosse Menge von Teilzielen. Diese reichen von Zielgrössen für den Versand der Überweisungs- und Austrittsberichte (Rechtzeitigkeit) über bereichsspezifische Vorgaben zu Inhalt und Form der behandlungsrelevanten Daten bis hin zur Überprüfung bestehender Instrumente, Berichte und Formulare. Je nach Leistungsbereich und Patientinnen- oder Patientensituation ist auch der Einsatz von Austauschinstrumenten wie interprofessionelle und interdisziplinäre Besprechungen, Konsilien oder die Pflegeübergabe vor Ort in Betracht zu ziehen.

Der Leitsatz verweist auch auf das gemeinsame Ziel, das Potenzial neuer Lösungen zur Bereitstellung und Übermittlung von Informationen im Rahmen des nationalen und kantonalen E-Health Programms auszuloten und besser auszuschöpfen. Dieses hängt nicht allein an der Weiterentwicklung der technischen und rechtlichen Voraussetzungen, sondern ist auch mit einer «neuen» Kultur des Datenaustausches und der Transparenz unter den Leistungserbringern aus verschiedenen Versorgungsbereichen und Organisationen verbunden. In diese neue Kultur müssen auch die Patientinnen und Patienten eingebunden und ihr Einverständnis bei gleichzeitig hohen Anforderungen an den Datenschutz gewonnen werden.

Leitsatz 5: Ein der gesundheitlichen Situation entsprechendes häusliches Umfeld wird angestrebt

Wir unterstützen unsere Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen, damit nach dem Austritt aus dem Spital oder der Klinik ein tragfähiges Lebensumfeld vorhanden ist.

Der fünfte Leitsatz trägt dem Umstand Rechnung, dass Versorgungskontinuität nur erreicht werden kann und Wiedereintritte oder unnötige Einweisungen vermieden werden können, wenn bei der Rückkehr nach Hause und in die viel stärker fragmentierte ambulante Versorgung ein tragfähiges Lebensumfeld sichergestellt ist. Die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden subsidiär zu ihren Ressourcen und denjenigen ihres sonstigen sozialen Umfelds unterstützt.

Auch dieses übergeordnete Ziel ist auf dem Weg zur Umsetzung mit einer Reihe Teilziele verbunden, die zum Teil die Spitäler und Kliniken für sich selbst, zum Teil – beispielweise mit Blick auf Kapazitätsengpässe in den ambulanten Angeboten oder eine bessere Übersichtlichkeit und Vernetzung dieser Angebote – nur koordiniert und gemeinsam mit spitalexternen Partnerinnen und Partnern oder dem Kanton Basel-Stadt und seinen Gemeinden erreichen können.

Leitsatz 6: Gleichbleibende Behandlungsqualität dank aufeinander abgestimmter Finanzierungsbausteine

Trotz unterschiedlicher Finanzierungsquellen für ambulante und stationäre Behandlungen streben wir eine optimale Behandlungskontinuität an.

Die heutigen Vergütungssysteme orientieren sich oft an Einzelleistungen und sind je nach Versorgungsbereich an unterschiedliche Kostenaufteilungen und -träger gebunden. Dies führt in der Koordination von Leistungen und an den Schnittstellen zu Fehlanreizen und Finanzierungslücken in der Regelfinanzierung. Der sechste Leitsatz deklariert das Bestreben des Leistungserbringer und des Bereichs Gesundheitsversorgung des Kantons Basel-Stadt, solche Fehlanreize systematischer zu dokumentieren und anzugehen. Bestehende Spielräume sollen für eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen den Leistungserbringern und die Finanzierung gewisser Koordinations- und Beratungsleistungen (siehe z.B. den Pilot im Bereich Palliative Care) genutzt werden, bevor sie durch Anpassungen der Regelfinanzierung abgebildet werden können.

Diese kurzen Erläuterungen sollen und können die Leitsätze nicht in allen Facetten ausleuchten. Sie verdeutlichen aber den gemeinsamen Prozess, der hinter ihrer Erarbeitung steht, und die Orientierungs- und die Zugkraft, die von den übergeordneten Zielen der Leitsätze ausgehen.

4.4. Massnahmen zur Umsetzung der Leitsätzen

Eine Auslegeordnung der Massnahmen zur Umsetzung des Leitbilds wurde parallel zur Arbeit an den Leitsätzen erstellt. In die Leistungsvereinbarungen mit dem Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt für die Periode 2015-2017 verpflichten sich die basel-städtischen Spitäler und Kliniken zur Prozessdokumentation ihres Ein- und Austrittsmanagements und der entsprechenden Ansprechstrukturen. Zusätzlich wählen sie aus einem Massnahmenkatalog mit fünf zentralen Handlungsfeldern eine weitere Massnahme zur Umsetzung der Leitsätze.

Der Massnahmenkatalog Leitbild «Schnittstellenmanagement» im Rahmen der Leistungsvereinbarungen des Kantons Basel Stadt mit den Spitälern und Kliniken

Das Spital wählt eine Massnahme aus dem untenstehenden Katalog A.1. bis E.2. aus. Der Katalog hat fünf Themenschwerpunkte zur Auswahl definiert.

A) Informationsübermittlung / E-Health

Ziel: Die rechtzeitige und sichere elektronische Bereitstellung und Übermittlung von Anmeldedaten, Überweisungsformularen und Austrittsberichten ist gewährleistet.

- A.1. Zusammenarbeit in einem E-Health Pilot- oder Teilprojekt mit einem anderen Leistungserbringer in Basel-Stadt (z.B. Spital, Klinik, Pflegeheim, Spitex).
- A.2. Eigenes Projekt des Spitals: z.B. Anbindung von Beleg-, Haus- oder Fachärzten, digitale Unterstützung von Behandlungsprozessen entlang eines Behandlungsplans.

B) Medikationssicherheit bei Ein- und Austritt

Ziel: Das Schnittstellenmanagement der Spitäler und Kliniken ist bezüglich der Medikationssicherheit überprüft und optimiert.

- B.1. Einbezug der Medikationssicherheit (unter besonderer Beachtung der Schnittstellen bei Eintritt und Austritt) in das eigene Qualitätsmanagementsystem (z.B. der Sanacert-Standard Sichere Medikation ist ausgewählt).
- B.2. Eigenes Projekt des Spitals: z.B. Förderung von eMedication an der Schnittstelle.

C) Fallführung und versorgungsbereichsübergreifende Behandlungsprozesse

Ziel: Die Spitäler entwickeln am Beispiel ausgewählter Krankheitsbilder ihre Strukturen und Prozesse weiter, so dass Behandlungsprozesse über Versorgungsbereiche hinweg abgestimmt und weitergeführt werden.

- C.1. Entwicklung geeigneter Strukturen, Prozesse und Instrumente, welche versorgungsbereichsübergreifend ein Leben mit chronischen Krankheiten oder die Begleitung in der letzten Lebensphase unterstützen.

Luzern, 09. September 2014

Seite 57/66

- C.2. Eigenes Projekt des Spitals: z.B. im Bereich Case-Management oder strukturierte versorgungsbereichübergreifende Behandlungsprogramme für ausgewählte Krankheitsbilder.

D) Stärkung des Selbstmanagements und der Gesundheitskompetenz der Patienten

Ziel: Die Patienten und ihre Angehörigen werden während des Spitalaufenthaltes umfassend informiert und in den Behandlungsprozess einbezogen.

- D.1. Strukturiertes fachübergreifendes Beratungsangebot während des Aufenthaltes sowie Angebot an ambulanter Beratung für den nachstationären Bereich
- D.2. Eigenes Projekt des Spitals: z.B. Patientenbroschüre und Beratungs- oder Schulungsprogramm.

E) Ein der gesundheitlichen Situation angepasstes Lebensumfeld

Ziel: Die Patienten und Angehörigen werden hinreichend unterstützt, damit sie auf die Probleme und Anforderungen nach der Entlassung vorbereitet sind und ein tragfähiges Lebensumfeld vorhanden ist.

- E.1. Engagement des Spitals/der Klinik in einem Pilotprojekt zu einer besseren Vernetzung der spitalinternen Sozialdienste mit ambulanten Dienstleistungen.
- E.2. Eigenes Projekt des Spitals: z.B. Zugänglichkeit zu Dienstleistungen oder Zusammenarbeit mit externen Beratungs-, Betreuungs- und Unterstützungsdiensten.

Die Umsetzung der Massnahmen wird im Rahmen des Qualitätsmonitorings Basel-Stadt und den mit den Leistungsvereinbarungen verbundenen Qualitätsnachweisen evaluiert.

Weitere Massnahmen

Bei der Erarbeitung des Leitbildes wurden weitere Massnahmen identifiziert, die den fokussierten Massnahmenkatalog der Leistungsvereinbarungen sinnvoll ergänzen.

Qualitätssicherung und -entwicklung im Schnittstellenmanagement

- Erarbeitung und Etablierung transsektoraler Qualitätsindikatoren, die für das Monitoring, das Benchmarking und die Weiterentwicklung der Schnittstellen genutzt werden können

Gesundheitsberufe

- Engagement der Spitäler in versorgungsbereichsübergreifenden Ausbildungsgängen und Austausch-/Qualitätszirkeln.
- Massnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen und zur Stärkung der Kooperationskompetenz bei den verschiedenen Berufsgruppen

Gleichbleibende Behandlungsqualität dank aufeinander abgestimmter Finanzierungsbausteine

- Überprüfung und Optimierung der Prozesse für Kostengutsprachen (mit Beteiligung und/oder Konsultation der Leistungserbringer und weiteren Akteuren wie Versicherungen)
 - an der Schnittstelle stationäres Akutspital und Rehabilitation
 - bei der Bewilligung von Hilfsmitteln
- Fehlanreize und Brüche in den aktuellen Vergütungssystemen für medizinische, therapeutische, pflegerische oder soziale Leistungen werden identifiziert und bearbeitet, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Systeme zu fördern.

Luzern, 09. September 2014

Seite 58/66

Sicherstellung eines tragfähigen Lebensumfelds

- Behebung von Kapazitätsengpässe an der Schnittstelle zu sozialmedizinischen Institutionen für Menschen im Nicht-AHV-Alter
- Behebung von Kapazitätsengpässe an der Schnittstelle zur Spitex und Verbesserung der Einbindung der privaten Spitex (Übersicht über Leistungsspektrum, Qualitätssicherung)
- Erstellung eines Schnittstellen-/Netzwerkplan der wichtigsten Leistungsanbieter und Ansprechstellen im Gesundheits- und Sozialbereich Kanton Basel-Stadt.

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Dieses abschliessende Kapitel fasst die vielfältigen Erkenntnisse des Projekts «Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt – Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt» schlussfolgernd zusammen und führt die Empfehlungen verdichtet und weiterführend auf.

Patientenorientierung, Qualität und Transparenz im Spannungsfeld von Kooperation und Konkurrenz

Die Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt verfügt über eine qualitativ hochstehende und stark ausdifferenzierte Spitalversorgung. Um die Vorteile dieses ausdifferenzierten Angebots zum Tragen zu bringen sowie um Doppelspurigkeiten und Überkapazitäten zu vermeiden, sind erstens auf der Organisationsebene und Systemebene eine gezielte Schärfung des Profils und der Leistungsbereiche der Spitäler anzustreben. Zweitens sind die Übergänge zwischen den Leistungserbringern in einem arbeitsteiligen und spezialisierten System durch eine verbindliche und transparente Ausgestaltung der Kooperationen und Schnittstellen weiter zu entwickeln und abzusichern.

Das übergeordnete Ziel aus der Sicht des Versorgungssystems sowie aus der Patientinnen- und Patientenperspektive sollte sein, dass die Patientin bzw. der Patient zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt und betreut und bedarfsgerecht zum weiteren Leistungserbringer weitergeleitet wird. Die Spitäler und Kliniken des Kantons Basel-Stadt wie auch der gesamten Versorgungsregion sind sowohl Konkurrenten wie auch Kooperations- und Netzwerkpartner zugleich. Angesichts der demografischen sowie der ökonomischen Entwicklung und einer aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts zu erwartenden weiteren Angebotsausdehnung ist mit einer Fortsetzung der Kostenentwicklung der vergangenen Jahre zu rechnen. Dies stellt das Versorgungssystem vor die Herausforderung, Effizienzgewinne auszuschöpfen, die im Kontext des Schnittstellenmanagements unter anderem in folgenden Bereichen liegen:

- rechtzeitige Zuweisung zum richtigen Leistungserbringer, Reduktion der Anzahl stationärer Versorgungstage,
- Vermeidung von Versorgungsbrüchen, Medikationsfehlern, unnötigen Rehospitalisierungen und Doppel- oder Mehrfachuntersuchungen,
- zielführende, rechtzeitige Informationsübermittlung,
- Reduktion unnötiger administrativer Aufwände und Rückfragen.

Die Interviews mit den verschiedenen Akteuren der Gesundheitsversorgung Basel-Stadt haben einerseits deutlich aufgezeigt, dass «gutes» Schnittstellenmanagement auf der individuellen, fallbezogenen Ebene entsprechende Strategien, Strukturen, Prozesse und fachliche Kompetenzen bei den Leistungserbringern voraussetzt. Andererseits sind möglichst nahtlose Übergänge eng mit den zeitlichen Ressourcen der Mitarbeitenden aller Professionen und auf allen Ebenen verbunden, die ihnen für die Patientinnen und Patienten sowie bei Bedarf für die Angehörigen zur Verfügung stehen. Damit rücken die zeitlichen Belastungen durch administrative Aufwände und Leerläufe oder Mehraufwände durch suboptimale Schnittstellen in den Fokus. Hier gilt es, Fehlanreize und -entwicklungen sowohl auf der Ebene des Versorgungssystems wie auch der betriebswirtschaftlichen Ebene der einzelnen Organisationen zu vermeiden. Die Erarbeitung des Leitbilds «Schnittstellenmanagement» ist angesichts dieser Herausforderungen Ausdruck des Willens der Spitäler und Kliniken und des Bereichs Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Kanton Basel-Stadt zur Kooperation, um gemeinsam durch eine Verbesserung der Schnittstellen Synergie- und Effizienzpotenziale auszuschöpfen und zugleich die Qualität und Wirksamkeit der Versorgung zu steigern.

Einbezug anderer Versorgungsbereiche und der Versorgungsregion Nordwestschweiz

Das Leitbild «Schnittstellenmanagement» hat seinen Ausgangspunkt bei den Schnittstellen zu und von den Spitälern und Kliniken mit Standortkanton Basel-Stadt. Auch wenn durch den Einbezug der Abteilung Langzeitpflege des Bereichs Gesundheitsversorgung, eines Vertreters der medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt und eines Vertreters der Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler eine erweiterte Versorgungsperspektive in den Prozess der Erarbeitung eingeflossen ist, ist das Leitbild vorerst lediglich für die Spitäler und Kliniken des Kantons Basel-Stadt verbindlich. In einem nächsten Schritt sollte es darum gehen, weitere Leistungserbringer in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Leitbilds einzubeziehen. Dies bedeutet einerseits eine Ausweitung auf weitere basel-städtische Versorgungsbereiche, andererseits auch eine Öffnung über die Kantons Grenzen in die Versorgungsregion Nordwestschweiz hinaus.

Der Kanton Basel-Stadt als «Vorreiter» der sozio-demografischen Entwicklung

Der zu Beginn des Berichts zitierte OECD/WHO Bericht verweist auf den steigenden Bedarf an einer kontinuierlichen, koordinierten Behandlung und Begleitung von chronisch-kranken und/oder multimorbiden Menschen und fordert Reformen, die die wirksame Koordination von Leistungen sowohl zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und Anbietern als auch über einen längeren Zeitraum hinweg unterstützen.²⁶ Der Kanton Basel-Stadt ist mit seiner Alters- und Haushaltsstruktur in der sozio-demografischen Entwicklung ein «Vorreiter» gegenüber anderen Kantonen. In den vergangenen Jahren wurde eine Reihe von Massnahmen getroffen, die auf eine gute gesundheitliche Versorgung, Pflege und Betreuung der älteren Bevölkerung zielen. Diejenigen Projekte und Prozesse, die einen Bezug zum Schnittstellenmanagement zwischen Versorgungsbereichen haben, werden im Bericht aufgeführt.

Der Kanton Basel-Stadt und die Leistungserbringer haben mit diesen Massnahmen zusätzliche Ressourcen in bessere Schnittstellen investiert. Interessant wäre eine genauere Evaluation, inwieweit ein gewisses «Optimum» bereits erreicht wurde und ob neben den Qualitäts- auch Effizienzgewinne – beispielsweise durch eine Entlastung der Akutspitäler – erzielt werden konnten.

In den Interviews mit zuweisenden und nachsorgenden Akteuren wurden in diesem Themenbereich mit der Zielgruppe «ältere und hochbetagte Menschen» weitere Verbesserungsoptionen genannt, die bearbeitbar und umsetzbar erscheinen. Darunter fallen unter anderem Themen wie:

- Kapazitätsengpässe bei der Spitex,
- eine fehlende Übersicht über das Angebot privater Spitexorganisationen (inkl. Qualitätssicherung),
- Umgang mit psychosozialen Probleme von Patientinnen und Patienten,
- vermeidbare Notfalleinweisungen,
- institutionenübergreifende Medikationssicherheit und
- Akut- und Übergangspflege.

Durch das Aufgreifen dieser Themen dürfte eine weitere Konsolidierung der entsprechenden Schnittstellen und letztlich eine Annäherung an ein «Optimum» möglich sein.

Mit Blick auf den demografischen Wandel wurden verstärkt Strukturen für die ältere Bevölkerung aufgebaut. Es stellt sich die Frage, ob Bereiche wie die Versorgung von Kindern mit Geburtsgebrechen oder Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten nicht von einer vertieften Evaluation dieser Strukturen und einer Übertragung positiver Erfahrungen profitieren könnten.

²⁶ OECD/WHO (2011). S. 11-12, 19-21.

Informationsübermittlung und E-Health

Die zentrale Bedeutung einer rechtzeitigen und korrekten Übermittlung von medizinischen, pflegerischen und evtl. sozialen Informationen über die Patientinnen und Patienten ist unbestritten. Die Arbeit an einer Verbesserung der Übertrittsformulare und Berichte findet oft bilateral oder in Arbeitsgruppen auf der operativen Ebene der Kadermitarbeitenden statt. Hier können der Rahmen und die Verbindlichkeit des Leitbilds mit den Massnahmenpaketen helfen, die Legitimation dieser Arbeit und die Notwendigkeit einer Verständigung nochmals zu unterstreichen und in einen Gesamtkontext einzubetten.

Der elektronischen Bereitstellung und Übermittlung der Informationen und Daten wird bei der Umsetzung des übergeordneten Ziels eine wichtige Rolle zugeschrieben. Angesichts verschiedener individueller, zum Teil bereits fortgeschrittener Projekte der Spitäler zur Konsolidierung und Weiterentwicklung ihrer klinischen Informationssysteme ist eine rasche Verbindung mit dem kantonalen E-Health Programm nicht nur auf der technischen Ebene, sondern auf der inhaltlichen und der Prozessebene anzustreben.

Auch wenn die Verbesserung ihrer elektronischen Schnittstellen zu den Zuweisern und Nachsorgern zunächst einen Wettbewerbsvorteil für ein Spital oder eine Klinik darstellt, kann die Kooperation der Spitäler und Kliniken im Rahmen des Leitbilds die Voraussetzung schaffen, dass einerseits eine neue Kultur der Leistungserbringer im Umgang mit dem Austausch von Daten oder Einsicht in Daten über Organisationsgrenzen hinweg entsteht. Dabei sind selbstverständlich jederzeit die hohen Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit zu beachten. Für diese neue Kultur ist auch ein wachsendes Vertrauen der Patientinnen und Patienten in den Mehrwert der elektronischen Bereitstellung und Übermittlung von behandlungs- und betreuungsrelevanten Informationen notwendig. Andererseits ist im Rahmen des Leitbilds anzustreben, dass keine Insellösungen und neue Inkompatibilitäten entstehen.

Die Vertrauensbasis der Bevölkerung und der Institutionen liesse sich durch weitere Pilotprojekte vergrössern, beispielsweise:

- Sichere elektronische Übermittlung von Anmeldedaten, Überweisungsformularen und Austrittsberichten (analog zum bestehenden Projekt für Befunde und Labordaten),
- e-Medikation Spitex und elektronisches Übertrittsformular/Anmeldeformular Spitex,
- elektronisches Patientendossier für Palliative Care und/oder Pflegeheime.

Medikationssicherheit

Die Medikationssicherheit ist ein weiteres zentrales Thema an der Schnittstelle zwischen Versorgungsbereichen und Institutionen. Für die Verbesserung der Medikationssicherheit ist ein breites Bündel von Massnahmen notwendig, welches von der Weiterleitung (oder gegebenenfalls elektronischer Bereitstellung) möglichst vollständiger Informationen bei der Zuweisung, einer besseren Dokumentation notwendiger Medikationsumstellungen, einer umfassenden, raschen Information der Nachsorgenden bis hin zu technischen Formen der Unterstützung wie ein elektronische Rezept oder die Einbindung von Entscheidungsunterstützungssystemen reicht.

Es ist zu begrüßen, dass die Spitäler und der Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt das Thema Medikationssicherheit als Schwerpunktthema 2014 und 2015 ausgewählt haben. Damit wird bereits eine erste weitere Vertiefung im Bereich des extramuralen Schnittstellenmanagements ermöglicht.

Eigenverantwortung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen

Die schriftliche Dokumentation der Eintritts- und Austrittsprozesse und der Ansprechstrukturen schafft in den einzelnen Spitälern und Kliniken eine höhere Transparenz und Verbindlichkeit im Schnittstellenmanagement. Dies stellt angesichts der dynamische Entwicklung der Spitäler und der

hohen Personalflektuationen auf der Ebene der Assistenzärzte und -ärztinnen eine wichtige Grundlage für mehr Patientensicherheit und effiziente sowie effektive Prozesse dar.

Es steht den Spitälern und Kliniken selbstverständlich frei, in welcher Form sie zentrale Elemente ihrer Strukturen und Prozesse nach aussen kommunizieren. Die klare Kommunikation ihrer Organisationsziele und -leistungen in diesem Bereich, z.B. mit Blick auf die Fristen für den Versand von Austrittsberichten, betreffend der Medikationssicherheit oder des Einbezugs und der Anleitung von Patientinnen und Patienten, erlaubt ihnen eine Positionierung in der Spitallandschaft. Gleichzeitig stärkt sie das Schnittstellenmanagement, indem sie den Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Zuweisern und Nachsorgern eine verlässliche Orientierung gibt.

Die Leitsätze des Leitbilds können in der Broschüre «Gesundheitsversorgung – umfassend und vernetzt» nur die übergeordneten Ziele wiedergeben. Die Informationen zu den Zielen des Schnittstellenmanagements sind darüber hinaus weiter zu verbessern, indem sie beispielweise Aufnahme in die Patientenbroschüren finden oder wiederkehrende Informationen über den Stand der Entwicklung erfolgen.

Da den Patientinnen, Patienten und Angehörigen in den Übergängen zwischen Versorgungsbereichen selbst eine zentrale Rolle zukommt, ist zu überprüfen, in welcher Form sie durch Beratung, Anleitung oder entsprechende Hilfsmittel über den aktiven Einbezug in die Entscheidungsprozesse hinaus in dieser Rolle unterstützt werden können. Je nach Diagnose und Fallpauschale sind die finanziellen Spielräume der Spitäler und Kliniken für solche Leistungen unterschiedlich ausgestaltet. Zugleich ist eine entsprechende Unterstützung aber auch eine Frage der Beachtung, die dieses Thema übergeordnet auf der Organisations- und Systemebene findet, der Organisationskultur und der Integration in die Ein- und Austrittsprozesse. Auf allen drei Ebenen besteht je nach Institution und Leistungsbereich zum Teil noch ein erhebliches Optimierungspotenzial.

Fallführung und versorgungsbereichsübergreifende Behandlungsprozesse

In einzelnen Fällen stösst die «Kultur der Übergabe», in der die Begleitung einer Behandlung an der Organisationsgrenze endet, an ihre Grenzen. Der Ansatz eines bereichsübergreifenden oder im ambulanten Bereich fortgeführten Case Managements und anderer Austauschformen zwischen den Versorgungsbereichen sind deshalb eine wichtige Ergänzung zur Optimierung der Prozesse des Eintritts- und Austrittsmanagements der Spitäler und einer verbesserten Bereitstellung und Übermittlung von Patienteninformationen.

Diese Ansätze werden in der Schweiz oft erst in Pilotprojekten erprobt oder in spezifischen Feldern wie beispielsweise im Bereich Palliative Care in einigen Kantonen durch mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) umgesetzt. Die Möglichkeit der Abrechnung von ambulanten Koordinationsleistungen im Tarmed oder auch als Pflegeleistung unter Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination einer Spitex (falls durch entsprechende Fachkraft durchgeführt) stösst hier immer noch an Grenzen.

Ein der gesundheitlichen Situation angepasstes Lebensumfeld

Die Unterstützung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen bei der Rückkehr in ein tragfähiges Lebensumfeld ist häufig ein wichtiges Element zur Absicherung der Behandlungserfolge und zur Vermeidung verzögerter Austritte oder unnötiger Wiedereintritte. Angesichts der Vielzahl von Themen²⁷ ohne deren Klärung ein Austritt nicht möglich ist oder eine Übergangslösung gesucht werden muss sowie wegen verkürzter Aufenthaltszeiten stellt eine geeignete Unterstützung grosse Anforderungen an die Spitäler und Kliniken, aber auch an ambulante Partnerorganisationen. Oft

²⁷ Soziale und finanzielle Probleme, psychosoziale Themen, Sucht, Demenz, Hilfe- und Unterstützungsbedarfs im Alter, technische Hilfsmittel, Wohnungsanpassungen usw.

zeigen sich bestimmte Anforderungen erst im Moment des eigentlichen Übertritts und erfordern Anpassungen der Planung und eine kontinuierliche Evaluation. Der Auftrag der Sozialdienste ist dann oft aber bereits beendet und die Koordination und Fortführung der Planung im ambulanten Bereich erschwert.

Angesichts der Vielzahl ambulanter Angebote und Ansprechstellen und zugleich der Voraussetzung freier Kapazitäten ist eine bessere Vernetzung der Sozialdienste und der ambulanten Angebote erstrebenswert. Mit dem sozialkompass.ch, einer Datenbank der sozialen Angebote beider Basel, und verschiedenen Listen und Übersichten zu spezifischen Handlungsfeldern bestehen grundsätzlich bereits gute Grundlagen. Eine Erweiterung und Zusammenfügung der verschiedenen Übersichten sowie eine ergänzende Darstellung der Netzwerkstrukturen, die die verschiedenen Ansprechstellen miteinander verbinden, sowie der Erreichbarkeiten und freien Kapazitäten könnte hier für die Leistungserbringer nochmals eine wesentliche Arbeitserleichterung bringen. Der Nutzen solcher Informationsplattformen für Patientinnen, Patienten und Angehörige liegt auf der Hand.

Qualitätssicherung und Qualitätsindikatoren

Die Verbesserung des Schnittstellenmanagements stellt zunächst immer eine Investition in personelle und zeitliche Ressourcen sowie in eine entsprechende Infrastruktur und Prozessgestaltung dar, bevor sich Qualitäts- und Effizienzgewinne zeigen können. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Qualität, Wirksamkeit und Effizienz von Leistungen auch versorgungsbereichsübergreifend zu messen. Einen ersten Hinweis geben Zuweiserbefragungen und Erhebungen der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit, die die Spitäler durchführen. Ein weiteres Instrument, welches vom Verein Outcome (jetzt integriert in die health care research institute ag (hcri)) in Begleitung durch den ANQ entwickelt und angeboten wird, sind periodische, gekoppelte Befragungen von Patientinnen und Zuweisern zu gewissen Qualitätsindikatoren des Austrittsmanagements eines Spitals wie Rechtzeitigkeit, Vollständigkeit und Korrektheit der Übertrittsinformationen, der Einbezug und das Einverständnis der Patienten in die Entlassungsentscheidung, die Richtigkeit der Entscheidung über den Entlassungsort oder die Art und Weise der Entlassung und des Übertritts. Darüber hinaus werden oft die Rehospitalisierungsraten als weiterer Indikator für «gutes» Schnittstellenmanagement genannt. Diese Indikatoren stossen jedoch bei der Beurteilung der versorgungsbereichsübergreifenden Qualität an Grenzen.

Im Leitbild werden differenzierte und umfassende Ziele formuliert, die einen Ausbau des versorgungsbereichsübergreifenden Qualitätsmonitorings erfordern. Aus Sicht einer im Rahmen dieser Studie durchgeführten ersten Analyse der Patientenströme könnte ein weiteres Monitoringinstrument entwickelt werden. Dieses könnte auf der Basis der medizinischen Statistik der Krankenhäuser, einer Zusatzauswertung der anonymisierten Individualdaten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen in Bezug auf die Eintritts- und Austrittsprozesse sowie einer ergänzenden Auswertung anonymisierter Falldaten der Spitex entwickelt werden. Eine differenzierte Analyse der Patientenströme zwischen verschiedenen Institutionen, aufgeschlüsselt nach soziodemografischen Merkmalen oder auch bestimmten gesundheitlichen Themen (z.B. Palliative Care), erlaubt es, die funktionale Gliederung und Arbeitsteilung zwischen Institutionen nachzuzeichnen und gibt über den Patientenpfad, Aufenthaltsort und -dauer erste Hinweise, wie sich die Patientenströme entwickeln.

Der Bereich «versorgungsbereichsübergreifende Qualitätsindikatoren» ist ein wichtiges Forschungs- und Entwicklungsgebiet und weist noch diverse Forschungslücken aus. Die Basler Spitäler und der Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt könnten hier im Rahmen ihres etablierten Qualitätsmonitorings als Forschungs- und Praxispartner eine wichtige Pionierrolle einnehmen.

Die Kommunikation der im Rahmen des Leitbilds ergriffenen Massnahmen und lancierten Projekte in den Qualitätsberichten der Leistungserbringer und die Evaluation der stufenweisen Umsetzung des Leitbilds selbst bieten eine weitere Möglichkeit, diesen Bereich voranzubringen.

Anreiz- und Vergütungssysteme

Die heutigen Vergütungssysteme orientieren sich oft an Einzelleistungen und sind je nach Versorgungsbereich an unterschiedliche Kostenaufteilungen und -träger gebunden. Dies führt in der Koordination von Leistungen und an den interinstitutionellen Schnittstellen zu Fehlanreizen und Finanzierungslücken in der Regelfinanzierung. Die unterschiedlichen Finanzierungsbausteine sind häufig zu wenig aufeinander abgestimmt. Koordinationsleistungen werden nur zum Teil als eigenständige Positionen vergütet und zum Teil müssen sie aus den Tarifen für die medizinisch-pflegerischen Leistungen mit finanziert werden. Partiiell werden Finanzierungslücken durch Leistungsaufträge der öffentlichen Hand, beispielsweise im Bereich der Palliative Care, geschlossen.

Diese Ausgangslage lässt sich nur mittelfristig durch eine systematische Dokumentation und Aufarbeitung dieser Fehlanreize und Finanzierungslücken verändern. Aus der Einzelperspektive der einzelnen Leistungserbringer sind Veränderungen oft mit Vorleistungen oder Investitionen verbunden. In der Gesamtperspektive, wie sie das Leitbild umreisst, werden die Notwendigkeit von Anpassungen und der übergeordnete Nutzen deutlich. Die übergeordnete Perspektive schafft eine wichtige Grundlage für die Leistungserbringer, den Kanton Basel-Stadt oder auch den Bund und andere Akteure der Gesundheitsversorgung, um Fehlanreize zu analysieren und Anpassungen der Regelfinanzierung bewirken zu können.

Ein wichtiges Unterthema der Vergütungssysteme sind die Kostengutsprachen. Gut eingespielte Prozesse können nahtlose Übergänge fördern und zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern im Akutspital und einer besseren Planbarkeit für die Folgeeinrichtungen beitragen. Die Interviews weisen darauf hin, dass die heutigen Abläufe oft mit Verzögerungen, einer hohen Anzahl von Wiedererwägungsanträgen und einem grossem Aufwand verbunden sind. Dies betrifft z.B. Gutsprachen für Anschlussbehandlungen, Hilfsmittel oder notwendige Umbauten bei Patientinnen und Patienten, damit diese zum Beispiel wieder in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückkehren können. Eine vertiefte Analyse dieser Systemmängel mit allen an den Prozessen Beteiligten konnte im Rahmen des Projektes nicht durchgeführt werden. Eine solche Analyse könnte jedoch einen Beitrag leisten, die Prozesse flüssiger zu gestalten und unnötige administrative Aufwände zu verringern. Dies würde voraussichtlich zu Kosteneinsparungen für die einzelnen Organisationen und das Gesamtsystem sowie zu grösserer Planungssicherheit für die Patientinnen und Patienten führen.

Dieser Schlussbericht macht deutlich, dass «gutes» Schnittstellenmanagement in einem hochgradig ausdifferenzierten Gesundheitsversorgungssystem nur möglich ist, wenn die verschiedenen Akteure ganzheitliche Perspektiven entwickeln. Die einzelnen organisationalen und betriebswirtschaftlichen Interessen und Bedürfnisse müssen in einem grösseren Zusammenhang verstanden werden, sonst werden Organisationsgrenzen zu problematischen Hürden und nicht zu Nahtstellen. Das Leitbild bietet einen Rahmen zu einem gemeinsamen und zugleich arbeitsteiligen Vorgehen: jeder und jede in seinem respektive ihrem Verantwortungs- und Wirkungskreis – aber umfassend und vernetzt.

6. Bibliografie

Bonsack, Ch. et al. (2013). Le case management de transition: Assurer la continuité du rétablissement après une hospitalisation psychiatrique. Lausanne : Association réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise

Center for Medicare & Medicaid Services (2007/2013). Condition of participation: Discharge Planning. USA. <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R87SOMA.pdf>

Department of Health, Health and Social Care Joint (2003). Discharge from hospital: pathway, process and practice. UK. http://www.dignityincare.org.uk/_library/Resources/Dignity/CSIPComment/Discharge_from_hospital_C3BB_pathway_process_and_practice1.pdf.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2013). Grundlagenbericht zu Fakten und Finanzierung des Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt. Basel: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsversorgung (2013). Gesundheitsversorgungsbericht über das Jahr 2012. Über die Spitäler, Pflegeheime, Tagespflegeheime und Spitex-Einrichtungen. Basel: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsversorgung (2012). Gesundheitsversorgungsbericht 2011. Über die Spitäler, Pflegeheime, Tagespflegeheime und Spitex-Einrichtungen. Basel: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Halfon P, Egli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B (2006). Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical Care*, 44(11), 972-981.

Lindpainter, Lyn et al. (2008). Kommunikation und Vernetzung in der Onkologie. *Care Management*, 1, Nr. 6, 38-40.

Müller, F., Mathews, A., Kirchner, M., Patapovas, A., Pfistermeister, B., Plank-Kiegele, B., Vogler, R., Sojer, R., Bürkle, T., Dormann, H. und Maas, R. (2011). Adverse drug events and medication errors in an emergency department. *Br J Clin Pharmacol* 72 Suppl. 1: 20 (Abstr 39).

OECD/WHO (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>

PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung (pik) (2006). Standard Entlassungsmanagement für PatientInnen mit umfassendem, poststationären Betreuungs- und Versorgungsbedarf. Wien.

Queensland Health (1998). Guidelines for Preadmission processes, Discharge Planning, Transitional Care. Australien

Sachverständigenrat (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012.

Sachverständigenrat (2003). Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Luzern, 09. September 2014

Seite 66/66

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2004/2010). Management of Patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning – A national clinical guideline. UK. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>

Spreyermann, R et al. (2010). Long term follow-up of patients with spinal cord injury with a new ICF-based tool, Spinal Cord, 1-6.

Snow et al. (2009). Transitions of Care Consensus Policy Statement. J Gen Intern Med, 24(8).

State Government Department of Health, Victoria's Mental Health (2005). Discharge planning and the development of protocols between Adult area mental health services and general practitioners. Victoria, Australia. <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/pmc/discharge-planning.htm>.

The Health Boards Executive (2003). Admissions and Discharge Guidelines. Ireland. http://www.dohc.ie/issues/health_strategy/action84.pdf?direct=1

Wiedenhöfer Dirk et al (Hrsg.) (2010). Entlassungsmanagement. Bern: Huber.

Wingenfeld, Klaus (2011). Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer.