

Wissensmanagement und Case-Moderation in der ambulanten Gesundheitsversorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung komplexer Erkrankungen oder Unfälle ist ein hoch arbeitsteiliger, zeit- und ortsabhängiger Prozess. Wissensmanagement soll dazu beitragen, dass dieser Prozess systematisch organisiert werden kann.

Alexander Koerd

Die ambulante Behandlung von komplexen Erkrankungen, Behinderungen oder Unfällen durch verschiedene Experten ist ein hoch arbeitsteiliger Prozess, ein Prozess der orts- und zeitverschieden und hoch differenziert ausgeführt wird. Jeder Leistungserbringer in dieser Kette beziehungsweise diesem Behandlungsnetz hat den Anspruch, den Patienten möglichst «integriert» zu behandeln. Diese «Integration» bedeutet, dass die Experten in ihren Leistungen sowohl medizinische und psychische als auch soziale Aspekte berücksichtigen und ihre jeweiligen Leistungen in die gesamte Behandlung integrieren müssen. Erst dann kann von integrierter Behandlung gesprochen werden. Dieser Integrationsvorgang ist besonders bei komplexen Erkrankungen/Unfällen wichtig. Denn die Komplexität der Erkrankung/des Unfalls widerspiegelt sich auch in der Komplexität des Helfersystems. Nun ist bekannt, dass komplexe Systeme ohne Steuerung zu chaotischem beziehungsweise dis-

harmonischem Verhalten neigen. Erst durch Steuerung (auf der Ebene zweiter Ordnung) lassen sich solche Systeme «beruhigen» und auf ein gemeinsames Ziel ausrichten [1].

In stationären Einrichtungen wird dieser Komplexität Rechnung getragen, indem zu so genannten Patientenrapporten oder Helfersitzungen (wie auch immer sie genannt werden) möglichst alle interdisziplinär tätigen Leistungserbringer eingeladen werden. Neben dem Sozialdienst, dem Pflegedienst und dem ärztlichen Dienst sind dabei gegebenenfalls oft auch externe Leistungserbringer anwesend, gilt es doch die somatischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen. In diesen Sitzungen können die verschiedenen Leistungen diskutiert und abgesprochen werden. Es gibt eine Gesprächsmoderation. So können Behandlungsziele und eingesetzte Mittel harmonisiert werden. Ein Vorgang, der dazu beiträgt, dass in stationären Einrichtungen durchaus von integrierter Behandlung gesprochen werden kann [2].

In der ambulanten Gesundheitsversorgung kann dagegen von integrierter Versorgung kaum die Rede sein. Absprachen und Informationsweitergaben zwischen den Leistungserbringern erfolgen willkürlich und unsystematisch. Zwar werden Arztbriefe und Verordnungen verschickt. Ungesicherte E-Mails gehen hin und her, und das Sekretariat telefoniert fleissig. Beziehungen werden als «gut» bezeichnet, man versteht und kennt sich. Dennoch ist jeder Leistungserbringer Einzelkämpfer mit «seinem» Patienten. Wissen wird oft, unter dem Deckmantel des Arzt-



Alexander Koerd

geheimnisses, als Eigentum betrachtet. Die Folgen sind: Doppelspurigkeiten, Ineffizienzen, Verlängerung der Behandlung, Stärkung des Krankheitsgewinns des Patienten, Fehlerignoranz und vor allem verminderte Ergebnisqualität der gesamten Behandlungskette. Ein komplexes System reagiert kompliziert und ungeregt. Einzig der Patient könnte als «Regler» auftreten – eine Überforderung, weil er als «Betroffener» und nicht als Auftraggeber betrachtet wird. So findet in der ambulanten Versorgung keine patientenbezogene Teamarbeit statt. Besonders dann nicht, wenn neben Akteuren des Gesundheitssystems auch Akteure des Sozialwesens tätig sind.

In Hausarztssystemen wird zwar auf trans- und interdisziplinäre Vernetzung Wert gelegt. Nur sind diese Netze nicht patienten-, sondern behandlungsbezogen. Der Unterschied ist sehr wichtig: In behandlungsbezogenen Netzwerken muss der Patient mit der Leistung vorlieb nehmen, die ihm das Netz bietet. In einem patientenbezogenen Netzwerk hinge-

gen wird für ihn das Netz geflochten, das er braucht. Er ist nicht «Fliege im Netz» (Behandlungsbezug), sondern «Spinne des Netzes» (Patientenbezug). Der Patient behält die freie Wahl der Leistungserbringer. Er definiert das Netz. Er behält seine Handlungsautonomie. Er ist Akteur, nicht (nur) Patient.

Workflow-Management der Behandlungskette

In der Baubranche und bei komplexen Dienstleistungen wird die Koordination der Leistungen und die Moderation des Informationsaustausches gewährleistet, indem man das so genannte «Workflow-Management» nutzt [3]. Entscheidend bei diesem Management ist, dass *nicht* die Leistungen gesteuert und geplant werden, sondern deren Interaktionen. Workflow-Management ist Wissens- beziehungsweise Informationsmanagement. Der Workflow-Manager auf der Baustelle (es ist in der Regel der Architekt) nimmt kaum Einfluss auf die Leistung des Bauarbeiters, Malers, Dachdeckers und so weiter, sondern stellt sicher, dass jeder Leistungserbringer jene Informationen erhält, die er braucht, um seine Leistungen optimal zu erbringen. Er koordiniert die Zeitpunkte der Leistungen und moderiert den Wissensaustausch zwischen den Beteiligten. Er sorgt dafür, dass gemeinsam eine Gesamtleistung erbracht wird.

Auf die ambulante Gesundheitsversorgung übertragen bedeutet dies, dass jeder Leistungserbringer relevante Informationen über die Leistungen der anderen Experten erhalten sollte, damit er die eigenen Leistungen danach ausrichten kann. Auch sollte jeder Beteiligte Zugang zum bereits erhobenen Wissen über den Patienten und über die erbrachten Leistungen haben. Dazu braucht es ein Wissensmanagement.

Der Health-Care-Information-Service

Dieses Wissensmanagement [4] in der ambulanten Gesundheitsversorgung wird vom Health-Care-Information-Service (HCIS) geleistet. Der HCIS bietet diese Dienstleistung

über das Internet als Extranet-Plattform an.

Der Service hat zum Ziel, alle ambulanten Leistungserbringer so zu vernetzen, dass ein virtueller Teamprozess entsteht. Der Case-Moderator des HCIS stellt sicher, dass patientenbezogenes Wissen ausgetauscht werden kann, damit jeder Teilnehmer das Wissen der anderen Teilnehmer nutzen kann. Mit diesem Wissen kann jeder Leistungserbringer seine Leistungen nach denen der anderen Teilnehmer im Behandlungsnetz ausrichten. Redundanzen werden rasch erkannt. Sucht der Patient einen neuen Leistungserbringer auf, dann stehen diesem die Informationen aller anderen Experten unmittelbar zur Verfügung – unabhängig vom Zeitpunkt der Behandlung. Doppelspurigkeiten treten nicht auf. Durch den Wissensaustausch wird die Qualität der Einzelleistung verbessert. Sobald jeder Leistungserbringer über die Tätigkeiten der anderen Leistungserbringer informiert ist, entsteht soziale Kontrolle. Diese gegenseitige Kontrolle führt zur Fehlervermeidung (z.B. bei Medikamentenverschreibungen) und zu einer Beziehungskultur, in der jeder von jedem lernt. Jeder Experte wird vom Einzelkämpfer zum Teammitglied. Um dem Persönlichkeitsschutz des Patienten Rechnung zu tragen [5] und um ihn selbst als Auftraggeber zu stützen (Empowerment), wird auch der Patient selber in dieses Team integriert.

Ablauf

Die Aufnahme (das «Intake») eines «Falls» kann entweder vom Leistungserbringer oder vom Patienten initiiert werden. Ein Zugang zum Internet ist die einzige technische Voraussetzung. Der Patient registriert sich über ein Formular auf der Homepage des HCIS. Er benennt *alle* Leistungserbringer, die ihn behandeln, beraten, betreuen (Gesundheits- und Sozialwesen). Der Patient entbindet alle Leistungserbringer von der Schweigepflicht (er druckt das Formular «Entbindung von der Schweigepflicht» von der Homepage aus, unterschreibt es und übergibt es für den Postversand dem HCIS). Al-

len Teilnehmern (dem Patienten und den Leistungserbringern) wird vom HCIS ein Benutzername, ein Passwort und ein SecureGrid zugeteilt (Sicherheit wie beim Internetbanking). Von jedem Leistungserbringer wird eine Yellow-Page erstellt. Diese beschreibt seine Stammdaten, Leistungen und Kernkompetenzen. Nach dem Einloggen gelangen die Nutzer zur Fallauswahl, über die sie zu «ihrem» Patienten gelangen (jeder Patient hat ein eigenes Forum). Der Leistungserbringer wird dort über die Netzteilnehmer informiert (Wer nimmt teil? Mit welchen Funktionen?). Auf der Ebene «Diskussionsforum Patient X/Y» können nun Dokumente ausgetauscht und vor allem kann hier auch diskutiert werden. Jeder Teilnehmer kann zu den Dokumenten, Informationen und Daten Fragen stellen oder sie auch nur einsehen. Angehängte Dokumente (z.B. Medikamentenverordnung, Arztbericht, Gutachten usw.) werden vom HCIS in einer «Infobox» archiviert und sind jederzeit einsehbar. Der Patient kann selber diese Dokumente einsehen und über das Diskussionsforum dazu Stellung nehmen beziehungsweise bei Unklarheiten die Leistungserbringer direkt befragen. So wird der Patient vom Betroffenen zum Beteiligten. Mit einer von allen Teilnehmern gemeinsam geführten Agenda können Konsultationen abgesprochen werden. Oft ist es sinnvoll, dass Konsultationen in einer bestimmten zeitlichen Reihenfolge aufeinander folgen. Dies kann über den HCIS organisiert werden.

Aufgaben des Case-Moderators

Die Aufgabe des Case-Moderators ist es, dafür zu sorgen, dass der Informationsaustausch nicht nur beginnt, sondern sich als gemeinsamer Prozess gestaltet (Workflow-Management). Er stellt dazu die technischen Voraussetzungen zur Verfügung (Webmaster-Funktion), er übernimmt die Administration (Entbindung von der Schweigepflicht, Teilnahmeverträge, Koordination der gemeinsamen Agenda für die Behandlungstermine usw.) und moderiert den Wissensaustausch.

Kasten 1:

Unterschied zwischen Case-Moderation und Case-Management

Die Case-Moderation ist nicht mit dem Case-Management zu verwechseln. Wichtigster Unterschied ist, dass bei der Case-Moderation über den Health-Care-Information-Service, HCIS, die Handlungs- und Verantwortungsautonomie der Leistungserbringer vollständig erhalten bleibt. Der Moderator steuert und plant *nicht* die Leistungen – und beeinflusst damit nicht die Autonomie der Akteure –, sondern er steuert und plant die Kommunikation *zwischen* den Akteuren.

Die Nutzung des HCIS ist aber auch für Case-Manager sehr geeignet. So können vor allem Planung, Linking und Monitoring über das HCIS strukturiert werden. Der Assessment-Bericht kann ebenfalls über das HCIS an alle Leistungserbringer kommuniziert werden [6].

Kasten 2:

Datenschutz

Dem Daten- und Persönlichkeitschutz wird beim Angebot des HCIS genüge getan, weil:

- der Patient «Herr seiner Daten» ist und am Informationsaustausch teilnimmt,
- der Patient jederzeit den Service kündigen kann und die Daten – auf seinen Wunsch – gelöscht werden,
- der Patient den Zweck des Informationsaustausches vollständig kennt,
- dem Patienten alle Personen bekannt sind, die seine Daten einsehen dürfen (er hat sie von der Schweigepflicht entbunden).

Diese Moderation beinhaltet folgende Aufgaben:

- Benachrichtigung der Teilnehmer über Aktivitäten im HCIS (z.B. «Sie haben eine Nachricht über Patient X/Y im HCIS»).
- Befragung der Leistungserbringer nach einer Konsultation (z.B. «Beschreiben Sie bitte den Behandlungsstatus, die Behandlungsziele und die eingesetzten Mittel» oder «Beschreiben Sie bitte die Veränderungen seit der letzten Konsultation»).
- Persönliche Kontaktaufnahme zu Leistungserbringern bei Teilnahmeverweigerung (wenn der Patient die

Teilnahme des Leistungserbringers wünscht).

- Vertrauensbildung der Netzwerkteilnehmer untereinander.
- Die Moderation im HCIS kann geleistet werden von:
- Hausärzten, die eine «Gatekeeper»-Rolle haben,
 - Case-Managern in Versicherungen (siehe auch *Kasten 1*),
 - Sozialarbeitern, welche Fallführungs-kompetenz haben,
 - Mitarbeitern des HCIS.

Anforderungen an Leistungserbringer und Patienten

Die Nutzung des HCIS stellt hohe Anforderungen an den Patienten:

- Er muss sich «gläsern» machen, seine Problematik gegenüber allen Leistungserbringern und dem Moderator offen legen und allen Akteuren vertrauen.
 - Er muss auf den Persönlichkeits- und Datenschutz vertrauen (siehe *Kasten 2*).
 - Er muss auf einen möglichen «Krankheitsgewinn» verzichten (Medikamentenmissbrauch zum Beispiel würde rasch erkannt).
 - Er braucht PC-Kenntnisse und einen Internetanschluss.
- Auch die Anforderungen an die Leistungserbringer sind hoch:
- Er muss bereit sein, die eigene Tätigkeit transparent zu machen.
 - Er braucht Empathie, das heisst die Fähigkeit, sich vorstellen zu können, welche eigenen Informationen für andere Leistungserbringer Relevanz haben könnten.

- Er muss bereit sein, sich sozialer Kontrolle auszusetzen.
- Er muss bereit sein, den Patienten als Auftraggeber zu definieren und ihn stärker vom «Betroffenen» zum «Beteiligten» werden zu lassen (Patienten-Empowerment).
- Er muss sich – trotz Zeit- und Ortsverschiedenheit – als Teammitglied verstehen.
- Er braucht PC-Kenntnisse und einen Internetanschluss.

Für das Intake und die Einarbeitung in das Angebot des HCIS ist ein administrativer Mehraufwand nötig, der sich durch den Mehrwert allerdings rasch auszahlt. Das Einloggen

in den HCIS dauert rund 20 Sekunden. Die Eingabe von Informationen als Freitext, das Anhängen von Dokumenten und der Versand dauern je nach Datenmenge rund drei bis fünf Minuten. Der Zeitaufwand für das Lesen der Informationen der anderen Teilnehmer ist natürlich abhängig von der Textmenge. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass mit fünf bis zehn Minuten gerechnet werden kann. Der Service wird dann optimal genutzt, wenn kurz vor einer Konsultation die Informationen abgefragt werden und kurz danach die eigenen, neuen Daten eingegeben werden. ■

Autor:
Alexander Koerdt
 Psychologe FSP
 Oberbergstrasse 39
 6390 Engelberg
 E-Mail: alexander.koerdt@bluewin.ch
 Internet: www.hcis.ch

Literatur:

1. Peter M. Senge: *Die Fünfte Disziplin*. Klett-Cotta, 1997.
2. Jürg Baumberger: *So funktioniert Managed Care*. Thieme, 2001.
3. Dörte Brinker: *Untersuchungen zu Einsatz und Konsequenzen von Multimediakonzerten in Geschäftsprozessen und Workflowmanagementsystemen*. Tectum Verlag, 1997.
4. Helmut Willke: *Systemisches Wissensmanagement*. UTB, Lucius & Lucius, 2001.
5. Beate Rössler: *Der Wert des Privaten*. Suhrkamp TB Wissenschaft, 2001.
6. N. van Wiet, H. Wouters: *Case Management*. Interact, Luzern, 2002.