

Lyn Lindpaintner<sup>1</sup>, Thomas Grüniger<sup>2</sup>, Semavet Nega<sup>3</sup>, Claude Scheidegger<sup>4</sup>,  
Martin Spöndlin<sup>5</sup>, Andreas Stoll<sup>6</sup>, Richard Herrmann<sup>7</sup>

Nominiert für den  
**Förderpreis 2008**  
des Forums Managed Care

# Kommunikation und Vernetzung in der Onkologie

**Ein gemeinsames Projekt des Ärztenetzes von «HMO Gesundheitsplan» und der Onkologischen Klinik des Universitätsspitals Basel-Stadt verfolgte anspruchsvolle Zielsetzungen und zeigt auf, wie Prozess- und Case Management die Betreuung von schwerkranken Menschen optimieren kann.**

Krebskranke Patientinnen und Patienten haben einen hohen Koordinationsbedarf, sobald ihre Betreuung an multiplen Stellen erfolgt [1]. Zudem sind sie oft mit komplexen medizinischen, psychischen und sozialen Herausforderungen konfrontiert. Daher sind sie grundsätzlich für ein Case Management geeignet. Das unten beschriebene Projekt zeigt beispielhaft auf, wie anspruchsvoll eine Betreuung durch zahlreiche Akteurinnen und Akteure ist und wie ein Case Management bei ausgewählten Patientinnen und Patienten zu optimierten Prozessen beitragen kann. Die Patientenbefragung zeigt eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Case Management. Die Kostenanalyse deutet darauf hin, dass durch ein systematisches Case Management Effizienzsteigerungen erwartet werden können.

Das Managed-Care-System «HMO Gesundheitsplan» wird von der Stiftung Meconex in Basel betrieben. Dieses Modell umfasst unter anderem das HMO-Ärztinnenetz mit rund 90 Grundversorgenden, die Budgetmitverantwortung tragen. Eine Arbeitsgruppe des HMO-Netzes ist Anfang 2005 mit dem Vorschlag an die Onkologische Klinik des Universitätsspitals Basel (USB) gelangt, die Betreuung der tumorleidenden Patientinnen und Patienten zu optimieren. Diese Zusammenarbeit wurde von der medizinischen und pflegerischen Leitung der Onkologie unterstützt.

## Projektentwicklung: Juni bis November 2005

Mittels anonymer Befragung der HMO-Netzärzte und der Onkologen des Universitätsspitals wurden Informationen zur Schnittstelle zwischen der Hausarztpraxis und der Onkologie erhoben. Patientenzufriedenheit und Bedürfnisse nach Unterstützung bei chronisch kranken Versicherten des HMO-Gesundheitsplans wurden separat erfasst [2]. Auf diesen Grundlagen wurden die folgenden fünf Zielsetzungen des Pilotprojektes formuliert:

1. *Die Kontinuität in der Patient-Hausarzt-Beziehung während der Krebsbehandlung über den gesamten Behandlungszeitraum sollte gewährleistet werden.* Die Ausgangslageermittlung zeigte, dass Hausärzte sich zu 60% beklagten, dass Patienten während der onkologischen Behandlung über eine längere Zeit nicht mehr in der Hausarztpraxis erschienen, was zu ungünstigen Betreuungslücken führte.
2. *Die Rollen des Grundversorgers und des onkologischen Spezialarztes sowie deren Arbeitsteilung sollten durch ein vom Projektteam entwickeltes Phasenmodell der Krebsbehandlung präzisiert werden.* Das Phasenmodell (Abb. 1) stellt die konzeptionelle Basis des Projektes dar. In einem Manual wurden die Rollen der beteiligten Berufsgruppen detailliert beschrieben.
3. *Der Informationsfluss zwischen Onkologen und HMO-Netzärzten sollte optimiert werden.* Onkologen erlebten den Informationsfluss als eine «Einbahnstrasse», beide Gruppen wünschten sich mehr Informationen von der anderen. Hausärzte wünschten sich mehr Informationen zu den zu erwartenden Nebenwirkungen verschiedener Tumortherapien. Der Miteinbezug des HMO-Netzarztes bei Ermessensentscheiden war ein hohes Anliegen der Primärversorgung, insbesondere bei langjährigen Arzt-Patienten-Beziehungen, die zu einem differenzierten Verständnis der Wertschätzungen und sozialen Verhältnisse massgeblich beitragen könnten.
4. *Die Effizienz der onkologischen Behandlung sollte erhöht werden.* Die Gatekeeperrolle des Hausarztes während der akuten Tumorbehandlungsphase wurde von Grundversorgern und Onkologen zugleich als problematisch eingestuft, denn eine Weiterweisung an andere Spezialisten für chemotherapie- oder tumorbezogene Fragestellungen wurde grundsätzlich im Ermessen des Onkologen angerechnet. Daher wurden

<sup>1</sup> Inhaberin, enable consulting, Projektleiterin Stiftung Meconex.

<sup>2</sup> Geschäftsführer Stiftung Meconex.

<sup>3</sup> Netzärztin HMO Gesundheitsplan.

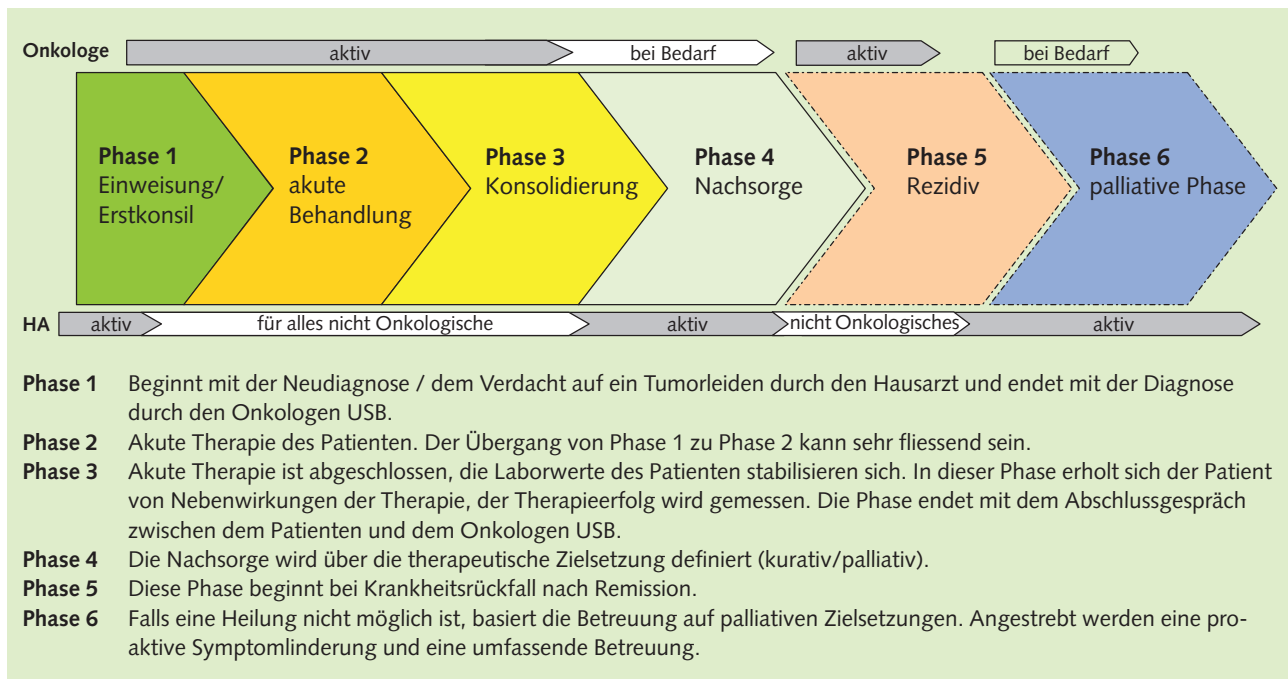
<sup>4</sup> Netzarzt HMO Gesundheitsplan.

<sup>5</sup> Netzarzt HMO Gesundheitsplan.

<sup>6</sup> Präsident Ärzteverein VIPA.

<sup>7</sup> Chefarzt Onkologie, Universitätsspital Basel.

Abbildung 1 Phasenmodell.



neue administrative Abläufe entwickelt (bspw. eine Dauerüberweisung für die akute Behandlungs- und Konsolidierungsphase), um die Prozesse zu straffen. Kontaktinformation für alle Onkologen und HMO-Netzärzte sowie für lokale Organisationen, wie die ambulante Onkologiepflege und die Krebsliga Beider Basel, wurden im Projektmanual eingetragen.

5. Die Rolle einer Nurse-Case-Managerin (NCM) bei schwerkranken Menschen sollte eingeführt werden, um deren Nutzen zu klären. Die NCM arbeitet im Auftrag des Grundversorgers und agiert als Bindeglied zwischen dem Patienten und den Angehörigen, Spe-

erfolgt ein telefonischer Kontakt, um allfällige Fragen oder Probleme zu beheben. Individuelle Wünsche, beispielsweise die Bestellung der Austrittsmedikamente bei einer Versandapotheke, kann durch die NCM unterstützt werden.

#### Projektimplementierung: Dezember 2005 bis September 2007

Eine eng definierte Gruppe tumorleidender HMO-Patientinnen und -Patienten wurden in das Projekt aufgenommen. 36 krebserkrankte Menschen wurden erfasst. 24 davon erfüllten die Einschlusskriterien. Davon akzeptierten 20 (87%) die Case-Management-Bedarfsabklärung. 16 krebserkrankte Patienten im Alter von 26 bis 75 Jahren erhielten eine längere Case-Management-Begleitung. Die Box zeigt beispielhaft für zwei Patienten auf, was Case Management in der Praxis bedeutet.

#### Die Begleitung bewirkte

eine Qualitätssteigerung der Patientenbetreuung und eine Verbesserung der Effizienz.

zialisten, Spitalärzten und den Pflegefachpersonen, Grundversorgern, Spitex, Hospiz, Krebsliga und Versicherern. Nach expliziter Einwilligung vereinbart die NCM mit dem Patienten die Case-Management-Zielsetzungen. Die Überwachung der Symptombelastung wurde durch punktuelle Kontaktaufnahmen intensiviert, je nach Bedarf des Hausarztes und des Onkologen mit sofortiger Information. Bei Spitalaufnahme besucht die NCM den Patienten auf der Station und unterstützt die Austrittsplanung. Bei Entlassung

#### Projektevaluation: Herbst 2007

Zur Evaluation wurden mündliche und schriftliche Befragungen der HMO-Netzärztinnen und -Netzärzte, der Spezialistinnen und Spezialisten und der betreuten Patientinnen und Patienten durchgeführt.

Die Begleitung bewirkte gemäss Evaluation eine Qualitätssteigerung der Patientenbetreuung und eine Verbesserung der Effizienz. Die Symptombelastung wurde durch

die Case-Managerin ermittelt und den behandelnden Ärzten kommuniziert. Der Informationsfluss zwischen Spital und Primärversorgung wurde gestärkt, beispielsweise dadurch, dass Austrittsberichte rechtzeitig in der Hausarztpraxis vorlagen. Die Austrittsplanung und Koordination der Nachbetreuung konnten in einzelnen Fällen zu einer Kürzung des Spitalaufenthaltes beitragen, zum Beispiel durch Beschleunigung von Kostengutspracheverfahren. Nach Bedarf wurde eine Vernetzung

beispielsweise mit der Krebsliga für Selbsthilfegruppen oder Anmeldung für eine IV-Rente in die Wege geleitet. Zudem erhielt der vulnerable Patient durch die NCM eine psychologische Unterstützung, die von ihm sehr geschätzt wurde.

Einschränkend ist auf die noch vergleichsweise kleine Fallzahl hinzuweisen. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Begleitung durch die Case-Managerin von den meisten Krebskranken akzeptiert und geschätzt wurde. Das Projekt zeigt, dass insbesondere folgende Patientengruppen sich für die Begleitung durch eine Case-Managerin eignen:

- Patienten mit einem palliativen Therapieziel,
- Patienten mit einer komplexen Behandlung an vielen Orten,
- Vulnerable Patienten:
  - hochbetagte, polymorbide Menschen,
  - Asylanten,
  - sozial isolierte Menschen,
  - minderintelligente Menschen,
  - psychisch kranke Menschen,
  - Menschen, deren Partner unfähig sind, als Advokaten im Gesundheitswesen zu agieren.

Aufgrund dieser Resultate soll ein Folgeprojekt für hochbetagte Patientinnen und Patienten initiiert werden. Die Einführung einer klinisch-koordinativen Case-Management-Rolle stellt im Gesundheitswesen einen Paradigmenwechsel dar. Vulnerable Patienten erhalten eine kontinuierliche Begleitung über die gesamte Behandlungskette. Aktive Kontaktaufnahme ergänzt die geplanten Nachkontrollen, und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erhalten vielfältigere Informationen zum Krankheitsverlauf. Stationsärzte und Onkologen erhalten Unterstützung durch die Beschleunigung von Kostengutspracheverfahren. Die Rolle setzt differenzierte klinische und kommunikative Fähigkeiten voraus, die durch Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen erfüllt werden können.

### Beispiele von Managed Care in der Praxis

*Herr H. N., 59 Jahre alt, alleinstehend, Liposarkom mit pulmonalen Metastasen*

Case-Management-Begleitung über zwölf Monate  
Case-Management-Leistungen:

- Bedarfsabklärung,
- 14 E-Mails an Hausarzt und Onkologin, ggf. Stationsarzt,
- 13 Telefonate mit Herrn N. – aktive punktuelle Kontaktaufnahme,
- vier Telefonate mit dem Hausarzt,
- fünf Telefonate mit der Onkologin,
- sieben Telefonate mit Hospiz, Sozialdienst, Kasse, Lungenliga,
- Begleitung während eines stationären Aufenthaltes,
- Beschleunigung des Hospizübertritts, Begleitung im Hospiz,
- Kontinuität der Betreuung am Lebensende gewährleisten.

*Herr R. S., 75 Jahre alt, verheiratet, nichtkleinzelliges Bronchuskarzinom, DM, Niereninsuffizienz*

Case-Management-Begleitung über 18 Monate  
Case-Management-Leistungen:

- Bedarfsabklärung
- vier Telefonate mit der Onkologin (Chemotherapie abgebrochen im Mai 2006)
- sieben E-Mails an Onkologin, Stationsärzte,
- 26 Telefonate mit Ehefrau (wegen Hörschwäche des Patienten),
- zwölf Faxe an Hausarzt, zehn Telefonate mit dem Hausarzt,
- Begleitung während dreier stationärer Aufenthalte und nach Entlassung,
- Rechtzeitiger Informationsfluss an Hausarzt nach Abklärung auf der Notfallstation,
- Belastungsgrad und Unterstützungsbedarf der Ehefrau geprüft,
- Kontinuität der Betreuung, effizientes Austrittsmanagement ermöglicht.

### Literatur

- 1 Bodenheimer T. Coordinating care: A perilous journey through the health care system. *N Engl J Med.* 2008; 385: 1064–71.
- 2 Baur R, Schütz S. Koordination an Schnittstellen der gesundheitlichen Versorgung: Die Sichtweise von Patientinnen und Patienten eines Managed-Care-Modells. *Schweizerische Ärztezeitung.* 2006; 87: 49.

Korrespondenz

Lyn S. Lindpaintner BA, BSN, MD

Dürrbergstrasse 19

4132 Muttenz

lyn.lindpaintner@hin.ch