



Förderprogramm «Interprofessionalität» des Bundesamts für Gesundheit

M20: Die Rolle von interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ) im Schnittstellenmanagement bei Personen in komplexen Situationen

Schlussbericht

Autor/innen: Franziska Geese, Monica Fliedner, Kai-Uwe Schmitt

Auftraggeberin: Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Datum: 16.07.2020

Berner Fachhochschule
Gesundheit
Akademie-Praxis-Partnerschaft BFH und Insel Gruppe

Impressum

Vertragsnummer: 19.014616 / 714.0004-5 / 29 (*Dossiernummer/Aktenzeichen*)
Laufzeit der Evaluation: 01.05.2019 – 30.06.2020
Datenerhebungsperiode: Oktober 2019 – April 2020
Autor/innen: Franziska Geese, Monica Fliedner, Kai-Uwe Schmitt
Leitung Evaluationsprojekt im BAG: Cinzia Zeltner, Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe
Förderprogramm Interprofessionalität
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern
interprofessionalität@bag.admin.ch
Bezug: Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern
Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)
www.bag.admin.ch/evaluationsberichte
Korrespondenzadresse: Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit
Prof. Dr. Kai-Uwe Schmitt
Akademie-Praxis-Partnerschaft BFH und Insel Gruppe
Murtenstrasse 10, 3008 Bern
kai-uwe.schmitt@bfh.ch

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	4
Glossar	4
Zusammenfassung	6
1 Einleitung	7
2 Ausgangslage	7
2.1 Patientenversorgung in komplexen Situationen	7
2.2 Schnittstellenmanagement in der Patientenbetreuung	9
2.2 Interprofessionalität im Gesundheitswesen	11
3 Auftrag und Forschungsfragen	13
4 Methodisches Vorgehen	15
4.1 Patientengruppen und Settings	16
4.2 Dokumentenanalyse	17
4.3 Workshop	18
4.4 Einzelinterviews	19
4.5 Fokusgruppengespräch	20
4.6 Sounding Board / Telefoninterviews	21
5 Ergebnisse	22
5.1 Ist-Zustand	23
5.1.1 Merkmale der untersuchten Patientenpfade	23
5.1.2 Ursachen heutiger Schnittstellenprobleme	26
5.2 Soll-Zustand	32
5.3 Möglichkeiten zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements	35
6 Diskussion und Fazit	36
6.1 Limitationen	39
6.2 Abschlussbemerkung	39
7 Referenzen	41
8 Anhang	44
8.1 Beantwortung des Fragenkatalogs für Patientenpfade 1 bis 3	44
8.2 Beantwortung des Fragenkatalogs für Patientenpfade 4 bis 6	48
8.3 Beantwortung des Fragenkatalogs für Patientenpfade 7 bis 9	53
8.4 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 1	57
8.5 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 2	58
8.6 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 3	59
8.7 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 4	60
8.8 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 5	61
8.9 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 6	62
8.10 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 7	63
8.11 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 8	64
8.12 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 9	65
8.13 Interviewleitfaden für Einzelinterviews	66
8.14 Einladung und Interviewfragen zum Fokusgruppengespräch	67
8.15 Einladung zum Telefoninterview, inkl. Interviewfragen und Ergebnisse	69

Abkürzungen

APN	Advanced Practice Nurse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
DRG	Diagnosis Related Groups, Diagnosebezogene Fallgruppen
ipdos	Klinikinformationssystem (Dokumentation) der Insel Gruppe
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation

Glossar

Ambulante Versorgung	Darunter werden alle Versorgungsleistungen subsumiert, die über das TARMED-System abgerechnet werden können und sich sowohl auf die Primärversorgung sowie die an eine Gesundheitsinstitution angegliederte ambulante Versorgung, bspw. im Ambulatorium, Poliklinik.
Dokumentationssystem	Unter einem Dokumentationssystem wird eine elektronische Plattform verstanden, die innerhalb einer Institution verwendet wird und auf der alle bestehenden bzw. erhaltenen patientenrelevanten Informationen abgelegt werden. Der Zugriff auf dieses System bzw. auf spezifische Patienteninformationen ist jeweils einem definierten Kreis an Nutzern ermöglicht. Ein direkter Zugriff für Patienten bzw. Patientinnen ist nicht möglich.
Diagnosis Related Groups (DRG, diagnosebezogene Fallgruppen)	Ist ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren, mit dem Patientenfälle im Spital anhand von medizinischen Daten einzelnen Fallgruppen zugeordnet werden.
Fachpersonen	Unter Fachpersonen werden hier alle Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen verstanden, bspw. aus Medizin, Psychologie, Pflege, Physio-/ Logo-/ Ergotherapie, Ernährungsberatung, Sozialdienst, Seelsorge.
Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ)	Beinhaltet die Zusammenarbeit von mindestens zwei Gesundheitsprofessionen zur Aufstellung und Durchführung eines Plans zur Behandlung und Betreuung von Patienten bzw. Patientinnen. Der Behandlung-/ Betreuungsplan ist dabei durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Team und mit den Patienten bzw. Patientinnen sowie dem Einbringen von professionsspezifischen Kompetenzen geprägt.
Kommunikationsgefäße	Hierunter werden alle Gremien und Instrumente zum Kommunikationsfluss verstanden, um patientenrelevante Informationen weiterzugeben bzw. um Aufgaben zu koordinieren.
Komplexität	Diese zeichnet sich hier im Kontext der Patientenversorgung durch einen instabilen Krankheitsverlauf, unvorhergesehene Veränderungen, anspruchsvolle Pflegeinterventionen und einen Koordinationsbedarf zwischen Fachpersonen aus.
Primärversorgung	Beinhaltet die Versorgung im häuslichen Umfeld durch bspw. die Spitex, den Hausarzt bzw. die Hausärztin und weitere niedergelassene Fachpersonen. Die Abrechnung erfolgt durch das TARMED-System.
Setting	Hierunter werden verschiedene Funktionsbereiche und Abteilungen in einer Institution der Patientenversorgung verstanden.
Schnittstellen	Bezeichnung für Übergänge, die in der stationären wie primären Versorgung auftreten, z.B. von einer Abteilung, Institution oder Fachperson zu einer anderen.
Stationäre Versorgung	Bezieht sich auf die Versorgung von Patienten bzw. Patientinnen mit stationärem Aufenthalt in einer Gesundheitsinstitution, die über das

	DRG-System Leistungen abrechnet (z.B. Spital, Pflegeheim, Rehabilitationseinrichtung).
TARMED	Ist ein Tarif-System für ambulante medizinische Leistungen in der Schweiz.
TARPSY	Ist ein Tarif-System für die Verrechnung von stationären psychiatrischen Leistungen in der Schweiz. Hierbei handelt es sich, um ein tagesbezogenes Kostengewicht, das mit der Verweildauer multipliziert wird, um das effektive Kostengewicht eines Falls zu ermitteln.

Zusammenfassung

In diesem Projekt wurde das Schnittstellenmanagement bei der Versorgung von Menschen mit einer Suizidalität, Schwangeren mit geburtsbedingten Komplikationen und Menschen in Palliative Care Situationen analysiert, d.h. es wurden komplexe Situationen der Patientenversorgung anhand konkreter Fallbeispiele untersucht. Dem Schnittstellenmanagement kommt im klinischen Alltag eine grosse Bedeutung zu, gleichzeitig ist es eine grosse Herausforderung. Dies gilt beispielsweise beim Übergang von einem klinischen Setting in ein anderes. Hier wurde insbesondere die Rolle der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) betrachtet.

In einem ersten Teil erfolgte eine Ist-Analyse des Schnittstellenmanagements anhand realer Beispielen aus der klinischen Praxis, in einem zweiten Teil (Soll-Analyse) wurden Vorschläge zur Optimierung des Schnittstellenmanagements und der IPZ erarbeitet. Die Analyse der klinischen Dokumentation der Fallbeispiele bildete die Grundlage. Um eine vertiefte Innensicht zu erhalten, wurden ein Workshop mit Fachpersonen sowie vier Einzelinterviews mit Mitarbeitenden aus dem Prozess-, Qualitäts-, Austritts- und Case Management geführt. In einem Fokusgruppengespräch ist zudem die Sicht von Vertretern und Vertreterinnen der Primärversorgung und von Nachsorgeinstitutionen eingeflossen. Abschliessend wurden mit Vertretern bzw. Vertreterinnen verschiedener Fach- und Berufsverbände Möglichkeiten zur Optimierung des Schnittstellenmanagements diskutiert.

Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) wird als grundsätzlich positiv wahrgenommen und als relevantes Element zur Optimierung des Schnittstellenmanagements betrachtet. Im Versorgungsalltag fehlt jedoch oft die nachhaltige Verankerung der IPZ. Es konnte gezeigt werden, dass die derzeitigen Rahmenbedingungen zur Abrechnung koordinativer Leistungen, verschiedene strukturelle Faktoren (wie die monoprofessionelle Berichterstellung) sowie professionsspezifische Einstellungen (wie das jeweilige Rollenverständnis) einschränkend wirken. Eine Verbesserung in diesen Bereichen würde das Schnittstellenmanagement und damit die Patientenversorgung in komplexen Situationen optimieren.

1 Einleitung

Eine älter werdende Gesellschaft sowie die Zunahme an chronisch erkrankten Personen führen zu einem wachsenden Bedarf an medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen. Als Folge ist daher zu erwarten, dass Versorgung komplexer Patienten bzw. Patientinnen zunimmt. Da die Versorgung solcher komplexen Patientengruppen eine enge Zusammenarbeit der involvierten Fachpersonen erfordert, wird der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) eine wichtige Rolle beigemessen. Gute IPZ im Gesundheitswesen kann die Qualität der Versorgung optimieren und die wirtschaftliche Effizienz steigern kann. Auch die Arbeitszufriedenheit involvierter Berufsgruppen – und damit deren Verweildauer im Beruf – vermag gute IPZ zu erhöhen.

Der Übertritt von Patienten bzw. Patientinnen von einem Versorgungssetting ins nächste (z.B. vom Spital nach Hause oder in eine andere Versorgungseinrichtung) ist eine Situation, die einen engen Austausch von Fachpersonen erfordert. Wenn jedoch Informationen zwischen den Fachpersonen nicht oder nur verzögert ausgetauscht werden und den Fachpersonen im nachgelagerten Setting somit Informationen aus dem vorangegangenen Setting fehlen, kann sich dies negativ auf die Versorgung auswirken. Der Versorgungspfad wird in einem solchen Fall von den Patienten bzw. Patientinnen nicht mehr als ein «grosses Ganzes», sondern als disruptiv wahrgenommen. Verunsicherung und Frustration aller Beteiligten können die Folge sein. Ein solcher Übertritt kann für Patientinnen bzw. Patienten eine Belastung darstellen und einen ungünstigen Einfluss auf deren Gesundheitszustand haben. Es stellt sich die Frage, welches die Gründe für solche Probleme an den Schnittstellen sind und inwiefern die Versorgungskette durch gelungene IPZ gestärkt werden kann.

2 Ausgangslage

2.1 Patientenversorgung in komplexen Situationen

Im Kontinuum von einer Akuterkrankung bis hin zu einer Chronifizierung stehen unterschiedliche Patientenbedürfnisse wie auch unterschiedliche Therapie- und Betreuungsoptionen im Vordergrund (Hirshon, 2013; Timpel et al., 2017). Die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität einerseits sowie die sich verändernden Patientenbedürfnisse andererseits, führen zu einer zunehmenden Komplexität in der Versorgung und neuen Herausforderung für das nationale Gesundheitssystem (BFS, 2015; Bopp, 2013; WHO, 2012; Wieser, 2014).

In der Literatur gibt es unterschiedliche Definitionen für den Begriff «Komplexität». «Komplexität» ist dabei nicht nur ein Begriff, sondern ein umfassendes Konzept mit weitreichenden und interagierenden Dimensionen. Bezogen auf die Komplexität eines Patienten bzw. Patientinnen ist bekannt, dass verschiedene Gesundheitsfaktoren, wie sozioökonomische, kulturelle, biologische/genetische, ökologische Faktoren sowie Verhaltensaspekte das Bild von komplexen Patientensituationen prägen (Loeb, Bayliss, Binswanger, Candrian, & deGruy, 2012; Loeb, Binswanger, Candrian, & Bayliss, 2015; Safford, Allison, & Kiefe, 2007). Die häufige Fokussierung nur auf die Erkrankung, deren Therapie sowie den familiären, sozioökonomischen Status, stellt eine starke Vereinfachung einer komplexen Patientensituation dar; wobei die zuvor genannten Gesundheitsfaktoren deren Interaktionen zu wenig berücksichtigen (Nardi et al., 2007). Schaink et al. fassen die Vielzahl an Gesundheitsfaktoren in fünf

Dimensionen zusammen: 1. gesundheitliche und soziale Erfahrungen, 2. Demographie des Patienten bzw. Patientinnen, 3. mentale Gesundheit, 4. soziales Kapital und 5. medizinische/ körperliche Gesundheit (Abbildung 1) (Schaink et al., 2012).

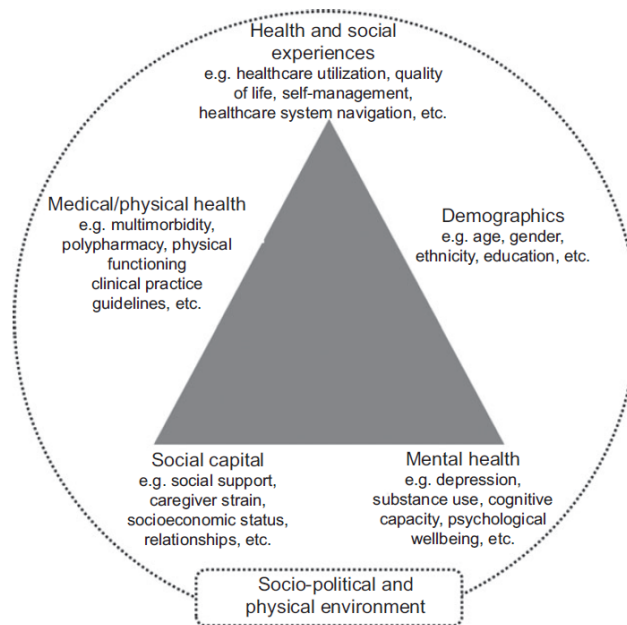


Abbildung 1 Modell zur Komplexität; übernommen von Schaink, et al. (2012).

Manning und Gagnon (2017) weisen im Zusammenhang eines interprofessionellen Teams darauf hin, dass ein einheitliches Verständnis der Komplexität einer Patientensituation einen positiven Effekt auf die relevanten professionspezifischen Interventionen in der Versorgung hat. Zudem wird empfohlen, dass Fachpersonen zwischen einem «schwierigen» und einem «komplexen» Patienten bzw. Patientinnen unterscheiden, da sich auch die Bedeutung und Zielsetzung der anzuwendenden Interventionen differenzieren (Manning & Gagnon, 2017). Ein «schwieriger» Patient bzw. eine „schwierige“ Patientin zeichnet sich dadurch aus, dass dieser «zu viel» hinterfragt, eine ablehnende Haltung gegenüber Untersuchungen und Behandlungsvorschlägen hat, eine kritische Haltung äußert und Fachpersonen durch vorwurfsvolle, undankbare und aggressive Äußerungen herausfordert (Geisler, 1992).

Da die theoretisch hergeleiteten Definitionen eines «komplexen» Patienten bzw. Patientinnen oftmals recht abstrakt sind, wurde in diesem Projekt ein pragmatischer Ansatz gewählt. Die Definition einer komplexen Patientensituation wurde von Giger übernommen, wonach sie sich durch folgende Punkte auszeichnet: instabiler Krankheitsverlauf, unvorhergesehene Veränderungen, anspruchsvolle Pflegeintervention, und Koordinationsbedarf zwischen Fachpersonen, da viele verschiedene Personen an der Versorgung beteiligt sind (Giger, 2018).

Patienten bzw. Patientinnen in einer komplexen Situation durchlaufen meist verschiedene Phasen der Behandlung und Betreuung; die Patienten bzw. Patientinnen folgen sogenannten «Patientenpfaden», welche vorgeben wann, wo und durch wen welche Dienstleistung erfolgt. In der Praxis werden hierfür

verschiedene Begriffe wie integrierter Patientenpfad, klinischer Patientenpfad oder auch Krankheitspfad verwendet. Je nach Kontext der Verwendung des Begriffs bleibt aber häufig offen, ob jede Fachperson das Gleiche darunter versteht.

Die European Pathway Association (EPA) beruft sich auf die Definition der Dissertation von Vanhecht (2007); diese definiert den Begriff Patientenpfad (care pathway) als “[...] *a complex intervention for the mutual decision making and organisation of care processes for a well-defined group of patients during a well-defined period. Defining characteristics of care pathways include: 1. An explicit statement of the goals and key elements of care based on evidence, best practice, and patients expectations and their characteristics; 2. the facilitation of the communication among the team members and with patients and families; 3. the coordination of the care process by coordinating the roles and sequencing the activities of the multidisciplinary care team, patients and their relatives; 4. the documentation, monitoring, and evaluation of variances and outcomes; and 5. the identification of the appropriate resources. The aim of a care pathway is to enhance the quality of care across the continuum by improving risk-adjusted patient outcomes, promoting patient safety, increasing patient satisfaction, and optimizing the use of resources.*” (Vanhaecht, 2007).

Schrijvers et al. weisen darauf hin, dass diese Definition des Patientenpfads nach EPA als leitend zu verstehen ist. Bei der Erläuterung der verschiedenen Begrifflichkeiten machen die Autoren deutlich, dass beispielsweise ein «integrierter Patientenpfad» keine neuen Aspekte beinhaltet, da jeder Patientenpfad als integriert verstanden wird. Hingegen begrenzt sich der Begriff «klinischer Patientenpfad» auf die Versorgung innerhalb eines Spitals (Schrijvers, van Hoorn, & Huiskes, 2012). Ein «Krankheitspfad» hingegen bedient sich dem Ansatz des Managements von Erkrankungen und wird durch Schrijvers wie folgt definiert: *«Disease management consists of a group of coherent interventions designed to prevent or manage one or more chronic conditions using a systematic, multidisciplinary approach and potentially employing multiple treatment modalities. The goal of disease management is to identify persons at risk for one or more chronic conditions, to promote self-management by patients and to address the illnesses or conditions with maximum clinical outcome, effectiveness and efficiency regardless of treatment setting(s) or typical reimbursement patterns.»* (Schrijvers, 2009). In diese Definition flossen u.a. die Perspektiven von Gesundheitspolitikern und Kostenträgern ein, die sich vermehrt am Ansatz des Krankheitsmanagements orientieren. Der Begriff «Krankheitspfad» erscheint jedoch – im Gegensatz zum «Patientenpfad» – stärker auf die Erkrankung ausgerichtet zu sein, statt auf den Patienten bzw. die Patientin.

2.2 Schnittstellenmanagement in der Patientenbetreuung

Die Patientenversorgung in komplexen Situationen ist vielfältig und beinhaltet verschiedene Behandlungs- und Betreuungsoptionen, Professionen und Settings. Settings werden hierbei als spezifische, unterschiedliche Gegebenheiten verschiedener Funktionsbereiche und Abteilungen in einer Institution der Patientenversorgung verstanden. Kommt es während der Patientenversorgung zu einem Übergang in eine andere Abteilung oder Institution wird von einer Schnittstelle gesprochen (Widmer, 2015). Im Rahmen dieses Projekts wurde die Definition erweitert, so dass auch die Zusammenarbeit von Fachperson innerhalb der Patientenversorgung berücksichtigt wird. Zusammengefasst definieren sich Schnittstellen somit als Übergänge von einer Abteilung bzw.

Institution zur anderen, sowie von Fachpersonen bzw. Professionen zu den anderen; dies schliesst die ambulante sowie stationäre Versorgung ein. Kommt es dann zu einer Bewirtschaftung der Schnittstellen wird vom Schnittstellenmanagement gesprochen. Nach Brockhoff und Hauschildt ist Schnittstellenmanagement die systematische Koordination der Zusammenarbeit der Unternehmensbereiche, an denen Informationen/Wissen, Güter/Material und Finanzmittel ausgetauscht werden (Brockhoff, 1993). Ziele des Schnittstellenmanagements sind die gemeinsame Abstimmung der Anforderungen, die Abschaffung von isolierten Lösungen («Insellösungen») sowie die Schaffung klarer Regeln und Verfahren in der Zusammenarbeit (Marks, 2016). Das soll dazu führen, dass die Leistung gesteigert, das organisationale Lernen gefördert und der prozessuale und strukturelle Verlust reduziert wird (Marks, 2016; Schürhoff, 2006).

Gemäss Krah geht es beim Schnittstellenmanagement vor allem um die involvierten Personen. So spielt eine definierte zeitliche Abstimmung unter den Fachpersonen eine wichtige Rolle. Hinzu kommt die Einbindung aller beteiligten Organisations- und Prozessstufen. Bezogen auf die Gesundheitsversorgung wären dies die Fachpersonen im operativen Geschehen und auf Leitungsebene. Zudem ist ein regelmässiges Monitoring der Prozesse und ihrer Umsetzung erforderlich (Krah, 2017).

Um ein optimales Schnittstellenmanagement in der Patientenversorgung zu gewährleisten, gibt es neben allgemeingültigen Empfehlungen auch in einigen Ländern verbindliche Guidelines bzw. Expertenstandards (Büscher, 2019; NICE, 2017). Solche Standards zeichnen sich durch konkreten Praxisbezug aus, sie sind evidenz-basiert und sollen zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Der deutsche Expertenstandard «Entlassungsmanagement», nach Büscher (2019), führt zudem Kriterien auf, die sich auf die strukturelle und prozessuale Ebene beziehen und somit eine übergeordnete Zielsetzung im Sinne eines Ergebniskriteriums vorgeben (siehe auch Tabelle 1). Eine solche Strukturierung ermöglicht es, überprüfbare Vorgaben, Prozesse und Outcomes zu definieren.

Bei hoher Komplexität von Versorgungssituationen wird empfohlen, bereits vor einer Spitalaufnahme relevante Informationen zu erheben, um gegebenenfalls Vorbereitungen im Spital treffen zu können. Die entsprechenden Vorgehensweisen sollten in regionalen Konzepten oder Kooperationsvereinbarungen verankert sein. Auch der Übergang in nachsorgende Settings sollte bestmöglich vorbereitet werden, z.B. in Form von telefonischen Abklärungen oder Hausbesuchen (Büscher, 2019).

Tabelle 1 Auszug aus dem Expertenstandard «Entlassungsmanagement» (Büscher, 2019).

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
S1a Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multiprofessionelles Entlassungsmanagement, mit dem die erforderlichen Abläufe und fachlichen Rahmenbedingungen gewährleistet sind.	P1a Die Pflegefachkraft führt mit allen Patienten und deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach Übernahme der pflegerischen Versorgung eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung	E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.
S1b Die (dipl.) Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und		

Anwendung von Kriterien zur systematischen Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.	des Krankheits- und Versorgungsverlaufs überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. P1 b Die Pflegefachkraft (diplomierte Pflegefachfrau) führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf eine differenzierte Einschätzung mit Patienten und Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst diese.	
---	--	--

In einer ethnographischen Studie zum Thema Schnittstellenmanagement zeichnete sich gutes Schnittstellenmanagement bei Entlassungen/ Eintritten/ Übertritten von Patienten bzw. Patientinnen durch folgende Aspekte aus: effektive/direkte Kommunikation zwischen Einzelpersonen und in verschiedenen Bereichen, Angleichung der Dienste (Leistungen/ Angebote) zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung, effiziente Systeme und Prozesse zur Unterstützung von Entlassung und Pflagertransfer, Klärung von klinischen Entlassungsplänen, frühzeitige Ermittlung des Entlassungs- oder Verlegungsdatums, Identifikation des Hauptkoordinators bzw. des Leads, Überprüfung durch Audits in der Organisation, 7-Tage-pro-Woche proaktive Entlassungsplanung (Waring, 2014). Die aufgeführten Aspekte sind vielfältig, sie umfassen Strukturen, Prozesse und die Zusammenarbeit von Institutionen bzw. Professionen.

Auch Modelle der guten Praxis (Good-Practice-Modelle) sowie Broschüren zur koordinierten Versorgung bei (hoch-) betagten, multimorbiden Menschen sowie Menschen mit psychisch-somatischen Komorbiditäten, die durch das BAG veröffentlicht werden, dienen als Vorbild und Anreiz zur Umsetzung eines guten Schnittstellenmanagements. Bei einer übergeordneten Analyse der Modelle guter Praxis durch das BAG wurde jedoch angemerkt, dass Modelle für eine koordinierte Versorgung aufgrund fehlender zeitlicher und personeller Ressourcen oft nicht evaluiert würden (Spiess, 2018)

2.2 Interprofessionalität im Gesundheitswesen

«Interprofessionalität» wurde in diesem Projekt – wie auch im entsprechenden Förderprogramm des BAG – gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert. Interprofessionalität bezieht sich dabei auf die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit in der Praxis: *«Interprofessional education occurs when two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes. (...) Collaborative practice in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings.»* (WHO, 2010). Sind die notwendigen Kompetenzen erlernt, ist der Grundstein für IPZ gelegt: *«Once students understand how to work interprofessionally, they are ready to enter the workplace as a member of the collaborative practice team. [...] Interprofessional health-care teams*

understand how to optimize the skills of their members, share case management and provide better health-services to patients and the community» (WHO, 2010). Der Begriff der Interprofessionalität geht somit über das klassische Miteinander und Nebeneinander der Gesundheits- und Sozialberufe bei der Patientenversorgung hinaus; Interprofessionalität ist mehr als eine «Bündelung der Kompetenzen». Mitglieder interprofessioneller Teams in der Gesundheitsversorgung begegnen sich auf Augenhöhe und engagieren sich in der gemeinsamen Entscheidungsfindung zu Gunsten der Patientenversorgung. In solchen Teams übernimmt die dafür am besten qualifizierte Person die Führung der jeweiligen Aufgabe.

In der klinischen Praxis zeigen sich verschiedene Formen einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ). Atzeni et al. beschreiben das Spektrum der IPZ von einer hohen koordinativen Verdichtung (z.B. in der Zusammenarbeit bei akuten Patientensituationen wie Reanimationen oder der Versorgung im Schockraum) bis zur ko-kreativen Verdichtung, einer parallel verlaufenden, gemeinschaftlichen Zusammenarbeit von Fachpersonen und Patienten bzw. Patientinnen sowie Angehörigen (z.B. in der Palliative Care) (Atzeni, 2017). Vor allem bei der Patientenbetreuung in komplexen Versorgungssituationen ist die Abstimmung zwischen den verschiedenen involvierten Professionen unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse wichtig.

Interprofessionalität wird zudem durch verschiedene Aspekte in der klinischen Praxis geprägt. Atzeni et al. beschreiben in diesem Zusammenhang vier Einflussfaktoren einer gut gelingenden interprofessioneller Zusammenarbeit ab (Atzeni, 2017). Die erste Kategorie bezieht sich auf das *Setting*. Unter Setting werden die spezifischen, unterschiedlichen Gegebenheiten verschiedener Funktionsbereiche und Abteilungen in einer Institution der Patientenversorgung verstanden. Interprofessionalität findet hierbei z.B. im Spital, der primären Versorgung, in der Rehabilitation, der Psychiatrie sowie Alters- und Pflegeheimen statt (Atzeni, 2017). Settings prägen zudem die Möglichkeiten und die Grenzen interprofessioneller Zusammenarbeit aufgrund der national gegebenen Strukturen, der praktizierten Abläufe und der finanziellen Rahmenbedingungen (Schroeder, 2010).

Eine weitere Kategorie beschreibt die *Verantwortung* der Fachpersonen mit ihrem jeweiligen Professionshintergrund: Interprofessionalität berührt dabei professionelle und rechtliche Verantwortlichkeiten. Die Definition der Funktion/Aufgaben, der jeweiligen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der eigenen Berufsgruppe sind zentrale Faktoren, welche die Möglichkeiten und Grenzen der Interprofessionalität definieren (BAG, 2013). Die Frage nach den Verantwortlichkeiten wird vor dem Hintergrund erweiterter Kompetenzen der nicht-ärztlichen Berufsgruppen immer wichtiger. So zeichnet sich bereits jetzt eine Verschiebung von koordinativen und diagnostischen Aufgaben vom Hausarzt hin zu spezialisierten Pflegefachpersonen (z.B. Advanced Practice Nurses) ab (sogenannter «task shift»). Die rechtlichen Rahmenbedingungen im Sinne der Letztverantwortung spielen dabei eine zentrale Rolle (Bauer, 2011).

Die dritte Kategorie adressiert *Leadership und Teambildung* in Gesundheitsinstitutionen. Führungsstile haben einen relevanten Einfluss auf die IPZ (Atzeni, 2017). Die jeweiligen beruflichen Selbstbilder und Sozialisationen, die Kompetenzbereiche sowie Hierarchien unter den Professionen stellen eine Herausforderung dar. Hingegen wirkt sich die Identifizierung der Beteiligten innerhalb eines interprofessionellen Teams positiv auf deren Motivation und die Versorgungsqualität aus (BAG, 2013).

Die letzte Kategorie fokussiert auf die *Kommunikation* innerhalb des Behandlungs- und Betreuungsteams. Unterschiedliche Kommunikationsformen fördern bzw. hindern eine gelingende IPZ. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Kommunikation mit den Patienten bzw. Patientinnen und deren Angehörigen. Das Erfragen von Patientenbedürfnissen sowie die Einbindung von Patienten bzw. Patientinnen in die Planung der Behandlung und Betreuung stärkt eine Versorger-Patienten-Beziehung, welche sich wiederum auf den Behandlungserfolg auswirken kann (BAG, 2013).

Die Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) stellt in einer aktuellen Publikation Empfehlungen zur Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit vor (Schmitz, 2020). Zusammenfassend wird dargestellt, dass die Förderung von IPZ bei jedem Einzelnen als Reflektionsprozess beginnt. Eine offene Haltung gegenüber anderen Professionen im interprofessionellen Team sei der Ausgangspunkt. Da IPZ auch nicht als Allheilmittel der Versorgung von komplexen Patienten bzw. Patientinnen verstanden werden kann, sei für das jeweilige Problem zu prüfen, ob IPZ einen Lösungsansatz darstellt. Hierbei sollte Best Practice bzw. Evidenz herangezogen werden. Fachpersonen sollten sich vor allem auch über die Grenzen ihres jeweiligen Settings hinaus vernetzen. Zudem bildeten interprofessionelle Aus- und Weiterbildungen eine gute Möglichkeit, andere Professionen bzw. Disziplinen kennenzulernen und mehr über deren Hintergrund, Kultur und Aufgaben zu erfahren. Ferner wird empfohlen, flexiblere Abrechnungsformen zu unterstützen; dies erfordere eine Diskussion mit den Versicherern (Schmitz, 2020).

In Kürze: Es liegt bereits eine Vielzahl an Publikationen zum Thema IPZ im Gesundheitswesen vor, so dass auf entsprechende theoretische Überlegungen und Definitionen zurückgegriffen werden kann. Weniger Hintergrund besteht in Bezug auf das übergeordnete Schnittstellenmanagement bei der Versorgung von Menschen in komplexen Versorgungssituationen unter Einbezug aller involvierten Fachpersonen. Dieser Aspekt steht in diesem Projekt im Vordergrund.

3 Auftrag und Forschungsfragen

Das vorliegende Forschungsprojekt wurde durch das Bundesamt für Gesundheit BAG im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» finanziert und durch folgende Vertreter und Vertreterinnen des Direktionsbereichs Gesundheitspolitik begleitet: Nico van der Heiden, Co-Sektionsleiter (bis 29. Februar 2020), Cinzia Zeltner, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Flurina Näf, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Esther Walter, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lea Pucci, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lara De Simone, wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Hierbei sollte anhand von komplexen Fallbeispielen analysiert werden, wie das Schnittstellenmanagement in der Patientenversorgung derzeit gelebt wird und wo die Stärken und Schwächen der heutigen Praxis liegen. Weiterhin sollte eruiert werden, ob verstärkte IPZ das Schnittstellenmanagement optimieren kann. Es wurden die folgenden übergeordneten Forschungsfragen untersucht:

1. Wie stellt sich aktuell das Schnittstellenmanagement bei Patienten bzw. Patientinnen in komplexen Situationen beim Übergang in verschiedene Settings dar? Weisen die verschiedenen Fallbeispiele ähnliche Herausforderungen bezüglich Schnittstellenmanagement und IPZ auf? (Ist-Analyse)
2. Wie kann das Schnittstellenmanagement in den untersuchten Bereichen konkret verbessert bzw. optimiert werden? Wie kann IPZ Einfluss auf diese Optimierung nehmen? (Soll-Analyse)

Grundlage der Analyse bildeten die nachfolgenden, durch den Auftraggeber ausgewählten Patientengruppen:

1. Personen mit erhöhtem Suizidrisiko, die notfallmässig aufgenommen und stationär behandelt wurden
2. Frauen mit psychischen oder physischen Komplikationen im Rahmen einer Entbindung oder Geburten mit Komplikationen beim Neugeborenen
3. mehrfacherkrankte Menschen in palliativen Situationen bzw. in Situationen, bei denen die Heilung kein Ziel mehr darstellt

Zur Beantwortung der Forschungsfragen hat das BAG im Rahmen der Ausschreibung einen Fragenkatalog erarbeitet (Tabelle 2). Abgeleitet aus den Forschungsfragen und dem Fragenkatalog gliederte sich die vorliegende Studie in zwei Teile:

- a) Ist-Analyse des Schnittstellenmanagements anhand realer Fallbeispiele der klinischen Praxis: In der Ist-Analyse des Schnittstellenmanagements standen die an den Schnittstellen involvierten Professionen, der Informations- und Kommunikationsfluss entlang des Versorgungspfades, die Leistungsvergütung sowie die Rolle der IPZ im Mittelpunkt. Ferner wurden etwaige Muster bzw. Gemeinsamkeiten aller untersuchten Fallbeispiele identifiziert.
- b) Optimierung des Schnittstellenmanagements bzw. der IPZ (Soll-Analyse): Dieser Teil fokussierte auf die Optimierung des Schnittstellenmanagements, der Rolle von IPZ sowie der Erarbeitung konkreter Vorschläge zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements.

Tabelle 2 Fragenkatalog des BAG Pflichtenhefts «Die Rolle von interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ) im Schnittstellenmanagement bei Personen in komplexen Situationen».

Schritt 1: Ist-Analyse des Schnittstellenmanagements

- a. Welche Fachpersonen bzw. Professionen sind in den untersuchten Beispielen an den Schnittstellen im Versorgungspfad involviert und wer übernimmt typischerweise den Lead?
- b. Welche Rolle spielt IPZ im Schnittstellenmanagement in den untersuchten Beispielen?
- c. Welche Kommunikationsgefässe bzw. -instrumente nutzen die involvierten Fachpersonen und weshalb?
- d. Welche Gefässe oder Instrumente nutzen sie nicht und weshalb nicht?
- e. Gibt es inhaltliche Vorgaben zu den Informationen, die in den Kommunikationsgefässen angesprochen bzw. mit den Instrumenten festgehalten werden sollen? Wenn ja, welche?
- f. Wie werden die Leistungen im bestehenden Tarifsysteem abgegolten?
- g. Gibt es zwischen den untersuchten Beispielen Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Probleme, die sich beim Schnittstellenmanagement ergeben? Wenn ja, welche?

Schritt 2: Soll-Analyse Optimierung des Schnittstellenmanagements und Rolle von IPZ

- a. Wo gibt es an den untersuchten Schnittstellen konkreten Optimierungsbedarf hinsichtlich Kontinuität der Versorgung und worauf ist dieser zurückzuführen?

- b. Wie könnte das Schnittstellenmanagement hinsichtlich Kontinuität der Versorgung konkret verbessert werden?
 - c. Falls es bereits vorhandene Empfehlungen für ein verbessertes Schnittstellenmanagement gibt: Weshalb werden sie (noch) nicht umgesetzt und wie könnte die Umsetzung unterstützt werden?
 - d. Welche Rolle könnte IPZ dabei spielen bzw. inwiefern könnte IPZ zur Optimierung des Schnittstellenmanagements beitragen?
-

4 Methodisches Vorgehen

Zur Bearbeitung der Forschungsfragen kamen verschiedene Methoden zum Einsatz. Im Rahmen der Ist-Analyse erfolgten eine Auswertung der klinischen Dokumentation (Dokumentenanalyse), ein Workshop mit Praxispartnern sowie ergänzende Interviews mit Vertretenden des Sozialdienstes und Austrittsmanagements, Case Managements, Prozess- und Qualitätsmanagements. Die Soll-Analyse stützt sich auf ein Fokusgruppengespräch sowie Telefoninterviews. Abbildung 2 illustriert den sequentiellen Ablauf des Projekts.

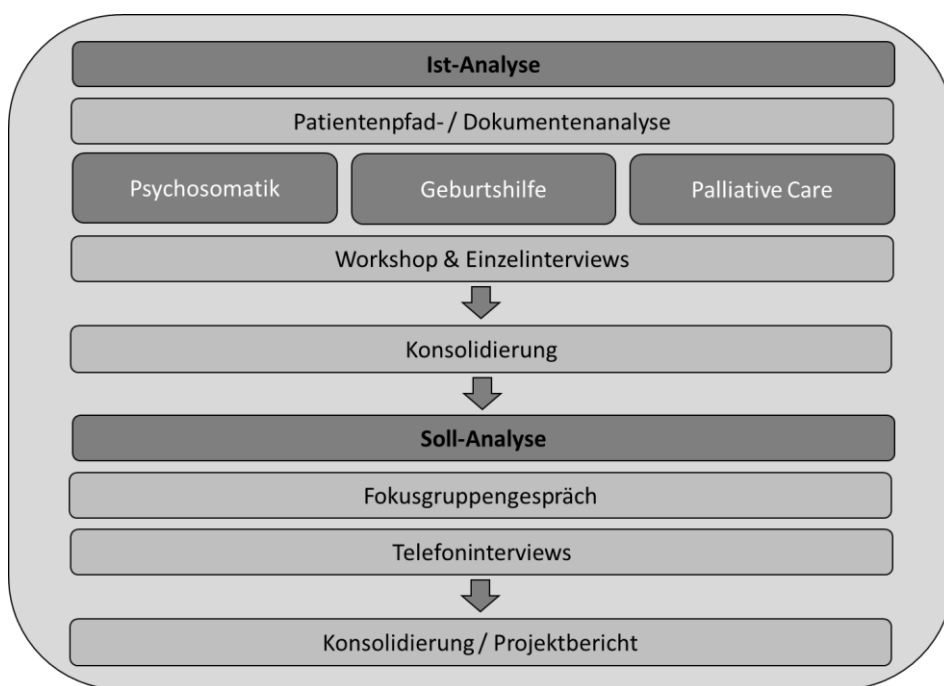


Abbildung 2 Sequentielle Projektstruktur.

Um Perspektiven verschiedener Fachpersonen gebührend zu berücksichtigen, wurde darauf geachtet, dass jede in den untersuchten ambulanten und stationären Settings involvierte Profession mindestens einmal an einem Workshop, Interview oder Fokusgruppengespräch teilnahm. Abbildung 3 illustriert das methodische Kontinuum des Projekts. Ausgehend von einem Fokus auf konkrete Patientenpfade (Mikro-Ebene) hat sich die Perspektive der Analyse durch die eingesetzten methodischen Elemente zu übergeordneten Aspekten des Schnittstellenmanagements auf Makro-Ebene entwickelt. In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die einzelnen methodischen Elemente beschrieben.

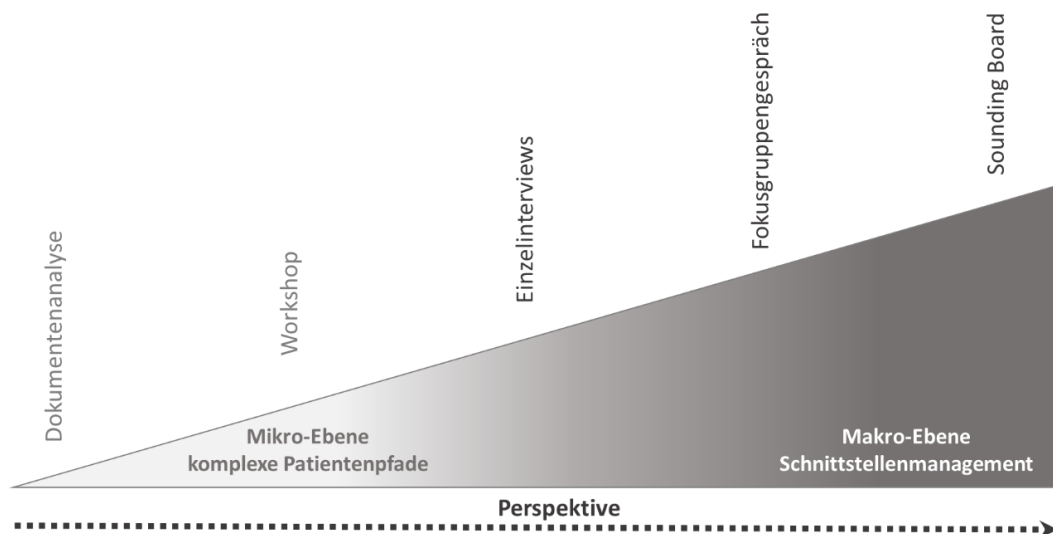


Abbildung 3 Methodisches Kontinuum.

Da die Ist-Analyse auf dokumentierten Patientendaten basiert, wurde das Projekt der Kantonalen Ethik-Kommission Bern zur Begutachtung vorgelegt. Diese hat mit Datum vom 03.07.2019 festgestellt, dass das Projekt nicht unter das Humanforschungsgesetz fällt (BASEG-Nr: Req-2019--00607). Alle Projektteilnehmenden haben eine Projektinformation erhalten und ihr Einverständnis zur Mitarbeit erklärt; allen Teilnehmenden wurde Anonymität zugesichert.

Das Projekt wurde durch ein interprofessionelles Team bearbeitet, wobei neben Forschenden der Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, auch Fachpersonen des Universitätsspitals Bern (Inselspital) involviert waren. Diese Fachpersonen kamen dabei aus den Bereichen, aus denen die hier analysierten Patientengruppen stammen, d.h. Palliative Care, Geburtshilfe, Neonatologie, Orthopädie, Psychosomatik und Psychiatrie. Es handelte sich um Vertretende derjenigen Berufsgruppen, die typischerweise die meiste Kontaktzeit mit den Patienten bzw. Patientinnen haben (Medizin, Pflege, Hebamme). Diese Personen dienten als fachliche Ansprechpersonen und unterstützten die Auswahl beispielhafter Patientenfade.

4.1 Patientengruppen und Settings

Gemäss Vorgabe des BAG adressierte das Projekt drei Gruppen von komplexen Patienten:

- **Gruppe 1:** Personen (älter als 18 Jahre) mit erhöhtem Suizidrisiko, die notfallmässig am Universitätsspital Bern, Inselspital aufgenommen und stationär behandelt wurden. Nach der initialen Notfallversorgung war insbesondere der Fachbereich *Psychosomatik/Psychiatrie* in die Betreuung dieser Patienten bzw. Patientinnen involviert; zudem erfolgten psychiatrische Konsilien. Zu den Aufgaben der Psychiater/Psychologen gehören die Unterstützung im Umgang mit psychosomatischen Belastungen (z.B. Schmerzen, Stress) sowie bei Bedarf eine vertiefte Begleitung in Form einer psychotherapeutischen Behandlung.
- **Gruppe 2:** Frauen (älter als 18 Jahre) mit psychischer Erkrankung oder physischen Komplikationen im Rahmen einer Entbindung (z.B. postnatale Depression) oder Geburten mit

Komplikationen beim Neugeborenen. Die *Frauenklinik* des Universitätsspitals Bern, Inselspital begleitet Patientinnen und deren Familien in unterschiedlichsten Situationen. Ein Team aus Gynäkologen, Hebammen und Pflegenden betreut die Schwangeren. Bei Frühgeburten erfolgt zudem eine enge Zusammenarbeit mit dem Fachbereich *Neonatologie* der Klinik für Kinderheilkunde des Inselspitals.

- **Gruppe 3:** Mehrfacherkrankte Menschen (älter als 18 Jahre) in palliativen Situationen bzw. in Situationen, in denen Heilung kein Ziel mehr darstellt. Das *Zentrum für Palliative Care* begleitet Patienten bzw. Patientinnen im konsiliarischen Dienst in verschiedenen Settings innerhalb des Inselspitals Bern sowie auf der Palliative Care Station. Patienten bzw. Patientinnen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung, die eine akute Verschlechterung erfahren, können aus anderen Kliniken oder von zuhause auf die Palliative Care Station verlegt werden. Nur ein kleiner Anteil der Patienten bzw. Patientinnen verstirbt auf einer Palliativ Care Station; der grösste Anteil der Patienten bzw. Patientinnen wird nach Hause oder in eine Nachsorgeeinrichtungen entlassen.

Auf Basis dieser Definitionen wurden im Sinne einer gezielten Stichprobenziehung Patientenpfade ausgewählt, die von den involvierten Fachpersonen aus der klinischen Praxis als wiederkehrend bzw. «typisch» erlebt werden. Da die Auswahl auf drei Pfade pro Patientengruppe beschränkt war, sind diese Patientenpfade als beispielhaft anzusehen, die Verallgemeinerung ist entsprechend eingeschränkt.

4.2 Dokumentenanalyse

Für die drei beispielhaften Patientenpfade pro Patientengruppe erfolgte eine Dokumentenanalyse. Die Analyse basierte auf der klinischen Routinedokumentation der Insel Gruppe, welche im Klinikinformationssystem «ipdos» erfasst wird. Das System «ipdos» bildet zudem die Schnittstelle zu anderen Dokumentationssystemen innerhalb der Insel Gruppe, es ermöglicht daher die ganzheitliche Darstellung eines Patientenpfads.

Die Patientenpfade (Tabelle 3) wurden für ein Zeitfenster von bis zu 2 Jahren aufgearbeitet (d.h. retrospektiv vom Datum der Bearbeitung 2 Jahre zurückblickend). Der zeitlichen Verlauf jedes Pfades wurde Informationen zum Ort der Behandlung, den involvierten Professionen und deren jeweiligen Zuständigkeiten, den genutzten/nicht-genutzten Kommunikationsgefässen, der jeweiligen Dokumentationsart und Informationen zum Abrechnungssystem versehen.

Schnittstellen ergeben sich dabei beim Übergang in verschiedene Settings sowohl von und nach extern wie auch intern; dies beispielsweise im Sinne von externen Zuweisungen, Verlegungen innerhalb der Insel Gruppe, internen Konsilien, Austritten in externe Settings und Wiedereintritten.

Tabelle 3 Übersicht der analysierten Patientenpfade.

Pat.- Pfad	Themenkreis / Beschreibung	Settings/Schnittstellen
1	Suizidaler Patient bzw. Patientin mit Notfalleintritt, stationärer Versorgung und Entlassung in eine niedergelassene Versorgung	Psychiatrie / Wohnheim / ambulante und stationäre Versorgung
2	Suizidaler Patient bzw. Patientin mit Notfalleintritt mit psychosomatischer Problematik	Psychosomatik / ambulante Betreuung
3	stationärer behandelte Patient bzw. Patientin mit psychosomatischer Problematik und latenter Suizidalität	Psychosomatik / Behandlung durch diverse Fachabteilungen / ambulant / stationär
4	Gebärende mit vorbestehender Depression oder bipolarer Störung, normale Geburt	Frauenklinik / Psychiatrie
5	Schwangerschaft mit Frühgeburt und anschliessender Betreuung des Frühgeborenen in der Neonatologie, Entlassung nach Hause im Rahmen des Transition-to-Home	Frauenklinik / Neonatologie / ambulante Betreuung
6	Patientin mit Schwangerschaftskonflikt und Fragestellung nach Abbruch bei unklarer Genese des Ungeborenen, komplexe Situation mit ambulanter/stationärer Betreuung	Frauenklinik / Ethik / Seelsorge/ Psychiatrie
7	Patient bzw. Patientin mit konsiliarischer Betreuung durch das Zentrum für Palliative Care; Patientensituation aus der Inneren Medizin (Multimorbidität)	Palliative Care / Innere Medizin oder Neurologie / ggf. Sozialberatung
8	Patient bzw. Patientin mit konsiliarischer Betreuung durch das Zentrum für Palliative Care; Patientensituation aus dem Tumorzentrum	Palliative Care / Onkologie / Psychoonkologie
9	Stationärer behandelte Patient bzw. Patientin im Zentrum für Palliative Care, Einweisung durch Hausarzt, Entlassung in Nachsorge-Setting bzw. nach Hause	Palliative Care / Sozialberatung / Zuweiser / ambulante Betreuung

Anschliessend wurde der aufbereitete Patientenpfad mit den Projektmitgliedern aus der klinischen Praxis (Palliative Medizin, Geburtshilfe, Psychiatrie, Psychosomatik, Orthopädie und Neonatologie) kritisch diskutiert und mit Erfahrungsinhalten verglichen. Mit diesem Vorgehen wurde verifiziert, dass in der Dokumentenanalyse „typische“ Verläufe beschrieben wurden. Weiterhin konnten auf Erfahrung basierende Schnittstellenprobleme aufgenommen werden, die sich nicht direkt aus der Patientendokumentation erkennen liessen, bspw. Ausfall des Fax-Gerätes für die Weiterleitung einer Anmeldung zu einem Konsilium.

Anschliessend wurden die identifizierten Schnittstellenprobleme einer Ursachen-Wirkung-Analyse unterzogen und in Form eines Ishikawa-Diagramms illustriert. Ursachen, die zu Schnittstellenproblemen führten, wurden prozess- und qualitätsmanagementrelevanten Themen, wie Profession, Zusammenarbeit, Verantwortlichkeit, Kommunikation, Abrechnung und Hilfsmittel, deduktiv zugeordnet (Marks, 2016). Die Analyse erfolgte pro Patientenpfad; pro Pfad wurde ein Ishikawa-Diagramm erstellt. In einem nächsten Schritt wurde aus allen einzelnen Diagrammen ein summiertes Ishikawa-Diagramm erstellt, das die Schnittstellenprobleme auf einer übergeordneten Ebene grafisch darstellt; dies ermöglicht eine generalisierte Sicht über die Schnittstellenprobleme aller Patientenpfade.

4.3 Workshop

Zusammen mit den Projektmitgliedern aus der klinischen Praxis wurde ein Workshop durchgeführt. Die teilnehmenden Praxispartner setzten sich aus den Berufsgruppen Medizin, Pflege und Geburtshilfe

zusammen, d.h. denjenigen Professionen, die in der Regel den häufigsten Kontakt mit den untersuchten Patientengruppen haben. Es waren die für die hier untersuchten Patientengruppen relevanten Fachbereiche Palliative Medizin, Geburtshilfe, Psychiatrie, Psychosomatik, Orthopädie und Neonatologie vertreten. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte in Rücksprache mit dem Auftraggeber. Alle Teilnehmenden waren im Angestelltenverhältnis in der stationären Versorgung der Insel Gruppe tätig. Neben den Fachpersonen nahmen auch zwei pflegende Angehörige teil, die einen Patienten bzw. eine Patientin betreut haben (Tabelle 4). Durch diesen Mix an Teilnehmenden konnten die Schnittstellen umfassend aus verschiedenen Perspektiven diskutiert werden.

Ziel des interprofessionell zusammengesetzten Workshops war es, die Erkenntnisse zu den im Rahmen der Dokumentenanalyse identifizierten Schnittstellen zu ergänzen und erste Möglichkeiten zur Optimierung anzusprechen. Im Workshop konnten die Teilnehmenden über eigene Erfahrungen berichten und diese mit Erfahrungen anderer Teilnehmenden abgleichen. Dadurch konnte ein Eindruck gewonnen werden, ob die genannten Punkte einen spezifischen Bezug zu einer Patientengruppe hatten oder ob sich ähnliche Punkte auch in anderen Fachbereichen fanden und somit von übergeordneter Natur waren.

Als Diskussionsgrundlage wurden die identifizierten Schnittstellen in Form des summierten Ishikawa-Diagramms vorgestellt. Der vorgegebene Fragenkatalog (Tabelle 2) diente als Orientierung für die Gesprächsführung, alle dort enthaltenen Punkte wurden angesprochen. Die Inhalte des Workshops wurden dokumentiert und anschliessend thematisch induktiv analysiert.

Tabelle 4 Teilnehmende des Workshops.

Projektmitglieder/Praxispartner	Profession bzw. Rolle
Universitätsklinik für Psychosomatik, Inselspital Bern, Insel Gruppe	Medizin
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern	Medizin
Universitätsklinik für Orthopädie, Inselspital Bern, Insel Gruppe	Pflege
Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital Bern, Insel Gruppe	Pflege
Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern, Insel Gruppe	Geburtshilfe
Universitätsklinik für Palliative Medizin, Inselspital Bern, Insel Gruppe	Pflege
Patientenrat Inselspital Bern, Insel Gruppe	Pflegende/r Angehörige/r
Patientenrat Inselspital Bern, Insel Gruppe	Pflegende/r Angehörige/r

4.4 Einzelinterviews

Insgesamt wurden vier Einzelinterviews mit Vertretenden der Bereiche Prozessmanagement, Qualitätsmanagement, Case Management und Sozialdienst/Austrittsmanagement durchgeführt (Tabelle 5). Es erfolgte eine zweckmässige Auswahl der Vertretenden (sog. „purposive sample“), um erfahrungsreiche Perspektiven aufnehmen zu können (Burns, 2009).

Die Interviews zielten darauf ab, eine zusätzliche Sicht der Unterstützungs- und Sozialfunktionen (nicht nur der in die Patientenbetreuung direkt involvierten Fachpersonen) zu erhalten. Mit Hilfe eines Interviewleitfadens (siehe Anhang 8.13) wurden Inhalte zum Tätigkeits- und Zuständigkeitsprofil der

jeweiligen Funktion, dem Erleben von Schnittstellen im klinischen Alltag, dem Optimierungspotenzial des Schnittstellenmanagements und dem Potenzial von interprofessioneller Zusammenarbeit erhoben. Die Interviews wurden aufgenommen und anschliessend thematisch analysiert.

Tabelle 5 Teilnehmende der Einzelinterviews.

Funktionsbereich	Spital
Prozessmanagement	Universitätsspital Bern
Qualitätsmanagement	Spital Tiefenau
Case Management	Universitätsspital Bern
Sozialdienst & Austrittsmanagement	Universitätsspital Bern

4.5 Fokusgruppengespräch

Um das Optimierungspotenzial beim Schnittstellenmanagement sowie den Effekt einer IPZ zu thematisieren, erfolgte ein Fokusgruppengespräch mit Vertretenden verschiedener Professionen der ambulanten und der stationären Versorgung (Tabelle 6). Unter Nutzung des eigenen Netzwerks bzw. der Kontakte der Praxispartner wurden relevante Versorger aus dem Raum Bern identifiziert und zur Teilnahme eingeladen (Burns, 2009). Es erfolgte also eine zweckmässige Auswahl der Teilnehmenden, wobei in einem ersten Schritt die Praxispartner angefragt wurden, Vorschläge für mögliche Teilnehmende aus verschiedenen Berufsgruppen zu machen. Ergänzend wurden über das eigene Netzwerk sowie durch eine Internetrecherche weitere Kandidaten bzw. Kandidatinnen aus Berufsgruppen angefragt, die in der Versorgung der drei Patientengruppen relevant sind, aber noch in den Vorschlägen der Praxispartner enthalten waren. Eingeladen wurden Personen, die in der Versorgung mindestens in einer der hier untersuchten Patientengruppen praktisch tätig sind und eine relevante Berufsgruppe vertreten. Es wurde darauf geachtet, dass verschiedene Versorgungssettings repräsentiert waren, bspw. Spitex, Rehabilitation, Langzeitpflege, Arztpraxis. Zudem konnte eine Person aus dem Patientenrat der Insel Gruppe gewonnen werden.

Durch die Teilnahme der spitalexternen Versorger und der Patientenvertretung konnten Perspektiven zum Schnittstellenmanagement gewonnen werden, die im vorherigen Workshop und den Einzelinterviews nicht enthalten waren. Es wurden somit ergänzende Sichtweisen berücksichtigt. Am Ende des Fokusgruppengesprächs konnten mittels Mind Mapping verschiedene Optimierungsmöglichkeiten sowie das Potenzial von IPZ aufgezeigt werden. Das Mapping stellt den Konsens der Gruppe dar; es gilt zugleich als Überprüfung und Verifizierung der Inhalte.

Tabelle 6 Teilnehmende des Fokusgruppengesprächs.

Setting	Profession	Funktion
<i>Ambulante Versorgung</i>	Medizin	Facharzt/in für Psychiatrie und Psychotherapeut in einer Gruppenpraxis
		Facharzt/in für Allgemeine Innere Medizin in einer Praxis
	Psychologie	Fachpsychologe/in für Psychotherapie FSP und eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut in einer Praxis
	Pflege	Teamleitung Pflege Onkologie und Palliative Care in der Spitex
	Pflege	Freischaffende Pflegefachperson angegliedert an einem Zentrum für psychische Gesundheit und Komplementärmedizin

	Geburtshilfe	Freischaffende Hebamme und Hebammenexperte/in im Spital
<i>Stationäre Versorgung</i>	Betriebswirtschaft	Geschäftsführung eines Pflegeheims
	Pflege	Leitung Pflege einer rehabilitativen Einrichtung
	Pflege	Pflegeexperte/in APN in der Palliative Care im Spital
	Pflege	Case Manager/in im Spital und Pflegeexperte im Pflegeheim
	Ernährungsberatung	Ernährungsberater/in im Spital
	Physiotherapie	Physiotherapeut/in im Spital
	Patientenrat Insel Gruppe	Betroffene/r

4.6 Sounding Board / Telefoninterviews

Um die in den vorherigen Schritten gewonnenen Erkenntnisse zu Schnittstellen, Schnittstellenmanagement, Herausforderungen und Optimierungsmöglichkeiten auf ihre Generalisierbarkeit hin zu überprüfen, wurden diese mit Stellvertretenden von Fach- und Berufsverbänden diskutiert. Ziel war es, die Ergebnisse bestätigen bzw. ergänzen zu lassen. Gemeinsam mit dem BAG wurden relevante Fach- und Berufsverbände identifiziert und zur Mitwirkung eingeladen. Insgesamt nahmen Vertretende von 10 Fach- und Berufsverbänden teil; die Teilnehmenden sollten dabei selbst in der Patientenversorgung tätig sein, um einen Praxisbezug zu gewährleisten. Zudem verfügten die Teilnehmenden aufgrund ihres Engagements im Verband über die entsprechende Weitsicht, um relevante berufspolitische Aspekte bzw. spezifische, nationale Versorgungsaspekte einzubringen (Tabelle 7). Aufgrund der sich abzeichnenden höheren Komplexität der Patientengruppen 1 und 3 (im Vergleich zur Gruppe 2), wurde auf Erfahrungen im Kontext dieser beiden Patientengruppen fokussiert. Mit den Teilnehmenden wurden individuelle Telefoninterviews vereinbart. Vorgängig wurden den Teilnehmenden Informationen über das Projekt in Form des Kurzportraits (Schmitt, 2019), die Interviewfragen und die zu diskutierenden Ergebnisse, welche die Basis des Gesprächs waren, zur Verfügung gestellt (siehe Anhang 8.15).

Tabelle 7 Beschreibung des Sounding Boards / Teilnehmende der Telefoninterviews.

Fach-/Berufsverband	Profession	Funktion
Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)	Medizin	Facharzt/in für Allgemeine Innere Medizin in einer Gruppenpraxis Basel-Land und Mitglied des Zentralvorstands FMH
Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie (SBAP)	Psychologie	Niedergelassener Psychologe/in in Bern und Mitglied des Vorstands SBAP
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE)	Ernährungsberatung	Ernährungsberater/in im Spital Glarus und Mitglied der Interessengruppe Palliative Care des SVDE
ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS/ASE)	Ergotherapie	Ergotherapeut/in im Spital Zürich und Mitglied des Zentralvorstandes des EVS/ASE
Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES)	Sozialberatung	Sozialarbeiter/in im Spital Bern und Mitglied des Vorstands SAGES

Verband der Physiotherapeuten (physioswiss)	Physiotherapie	Physiotherapeut/in im Spital Zürich und Mitglied des Zentralvorstands physioswiss
Förderung/Dachorganisation der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen ÄrztInnen der Schweiz (FMPP)	Medizin	Facharzt/in für Psychiatrie im Spital Basel und Mitglied des Vorstands FMPP
Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung (palliativ.ch)	Medizin	Facharzt/in für Allgemeine Medizin im Alters- und Pflegeheim Bern und Vorstandsmitglied bei palliative.ch
Spitex Schweiz	Pflege	Pflegefachperson bei der Spitex Basel und Vorstandsmitglied bei Spitex Schweiz
Langzeitpflege Schweiz	Pflege	Pflegefachperson in einer Langzeitpflegeeinrichtung in Zürich und Vorstandsmitglied bei Langzeitpflege Schweiz

In Kürze: Die Auswertung beispielhafter Patientenpfade anhand der klinischen Dokumentation bildete die Grundlage für die Analyse des Schnittstellenmanagements. Um eine vertiefte Innensicht zu erhalten wurden ein Workshop mit klinisch tätigen Fachpersonen sowie vier Einzelinterviews mit Mitarbeitenden aus dem Prozess-, Qualitäts-, Austritts- und Case Management geführt. In einem Fokusgruppengespräch wurde zudem die Sicht von Primärversorgern und Vertretenden von Nachsorgeinstitutionen eingeholt; das Optimierungspotenzial des Schnittstellenmanagements wurde adressiert. Abschliessend wurden die Ergebnisse mit Vertretern bzw. Vertreterinnen von Fach-/ Berufsverbänden diskutiert.

5 Ergebnisse

Ist- und Soll-Zustand des Schnittstellenmanagements komplexer Patientensituationen standen im Mittelpunkt dieses Projekts. Um beide Zustände (Ist und Soll) zu charakterisieren wurde eine Kombination verschiedener Methoden eingesetzt. Eine Dokumentenanalyse (Kapitel 4.2), ein Workshop mit Projektmitgliedern aus der klinischen Praxis (Kapitel 4.3) sowie ergänzende Einzelinterviews mit Mitarbeitenden der Bereiche Prozessmanagement, Qualitätsmanagement, Case Management und Sozialdienst/Austrittsmanagement (Kapitel 4.4) bildeten die Grundlage zur Beschreibung des Ist-Zustands. Die Ergebnisse der Soll-Analyse wurden mit Hilfe eines Fokusgruppengesprächs (Kapitel 4.5) und zehn Telefoninterviews mit Vertretenden von Berufs- und Fachverbänden (Sounding Board, Kapitel 4.6) generiert.

Die einzelnen methodologischen Elemente wurden zuerst einzeln ausgewertet, abschliessend erfolgte eine Gesamtschau, deren Ergebnisse nachfolgend beschrieben werden. Durch die Teilnehmenden wurde eine Fülle an Themen aus verschiedenen Perspektiven beschrieben. Diese Themen werden hier zusammenfassend dargestellt. Kurzum: die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich am Auftrag dieses Projekts und strukturiert sich in eine Beschreibung des Ist- und des Soll-Zustandes anstatt die (teilweise redundanten) Ergebnisse der einzelnen methodischen Elemente wiederzugeben.

Durch das gewählte Vorgehen konnten alle Fragen des im Auftrag formulierten Fragenkatalogs (Tabelle 2) beantwortet werden. In den Anhängen 8.1, 8.2 und 8.3 findet sich hierzu für jede der drei untersuchten Patientengruppen eine tabellarische Beantwortung des Fragenkatalogs.

5.1 Ist-Zustand

5.1.1 Merkmale der untersuchten Patientenpfade

Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf den neun aufgearbeiteten Patientenpfaden sowie dem Workshop mit den Projektmitgliedern aus der klinischen Praxis der Fachbereiche Palliative Medizin, Geburtshilfe, Psychiatrie, Psychosomatik, Orthopädie und Neonatologie. Als besonders relevant ergaben sich hier die Themen „Schnittstellen und involvierte Fachpersonen“, „Einsatz von Kommunikationsgefässen“ sowie „Dokumentation und Berichterstellung“.

Schnittstellen und involvierte Fachpersonen

Die Pfade der drei untersuchten Patientengruppen verdeutlichen die Komplexität der Patienten bzw. Patientinnen in ihrer Versorgungssituation dahingehend, dass bei der Behandlung und Betreuung zwischen 4 und 8 Professionen bzw. 6 bis 22 Fachpersonen involviert waren. Im gewählten Zeitraum der Analyse konnten für die 9 Pfade insgesamt über 150 dokumentierte Wechsel zwischen Settings nachvollzogen werden¹. Insbesondere in der Versorgung von Menschen mit einer Suizidalität und Personen am Lebensende (Palliative Care) war ein häufiger Wechsel der Settings zu finden. Patientenpfad 1 zeichnete sich durch eine sehr hohe Anzahl an Wechseln zwischen verschiedenen Settings aus. Die betroffene Person (Erstdiagnose: Borderline-Persönlichkeit) durchlebte mehrere Episoden mit Schlucken von Gegenständen und der daraufhin folgenden Einweisung ins Spital zur Entfernung dieser Gegenstände.

Im Durchschnitt erlebte jede hier analysierte Patientensituation rund 17 Wechsel eines Settings (Tabelle 8).

Tabelle 8 Analyse der 9 Patientenpfade.

	Menschen mit psychiatrischer Erkrankung (Suizidalität)			Gebärende mit psychischer Erkrankung oder komplikativer Geburt			Menschen in palliativer Situation			Durchschnitt
	Pfad 1	Pfad 2	Pfad 3	Pfad 4	Pfad 5	Pfad 6	Pfad 7	Pfad 8	Pfad 9	
Anzahl Professionen	8	4	6	6	7	4	5	6	6	6
Anzahl Fachpersonen	22	7	15	15	19	6	21	15	17	15
Anzahl Setting-Wechsel	48	7	12	18	10	11	19	13	13	17

Einsatz von Kommunikationsgefässen

Basierend auf den 9 Patientenpfaden kommen in der Betreuung von Menschen in einer komplexen Versorgungssituation eine Vielzahl an unterschiedlichen Kommunikationsgefässen zum Einsatz (Tabelle 9). Wie häufig die einzelnen Gefässe genutzt werden, hängt von der jeweiligen

¹ Einzelne detaillierte chronologisch aufbereitete Patientenpfade können bei Interesse bei der Erstautorin (franziska.geese@bfh.ch) angefragt werden.

Patientensituation ab. Aus den Schilderungen der Praxispartner lässt sich ableiten, dass interprofessionelle Rundtischgespräche häufiger in der Palliative Care und psychosomatischen bzw. psychiatrischen Versorgung zum Einsatz kommen. Dies ist zum einen auf die Möglichkeit der Abrechnung im Rahmen einer Komplexbehandlung im DRG-System zurückzuführen. Zum anderen sind interprofessionelle Kommunikationsgefäße ein fester Bestandteil in der Versorgung dieser zwei Patientengruppen.

Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass manche Kommunikationsgefäße einen gleichen bzw. ähnlichen Zweck dienen, professionsbezogen jedoch unterschiedlich zusammengesetzt sind. So gibt es unter anderem monoprofessionelle, intraprofessionell und interprofessionelle Kommunikationsgefäße.

Patientenpfad 2 verdeutlicht dies: der Pflege-Rapport wurde monoprofessionell, das Rundtischgespräch intraprofessionell (spitalangestellter Psychiater und niedergelassener Psychiater) und die Koordinationssitzung interprofessionell durchgeführt. Zudem wurde deutlich, dass für ein Kommunikationsgefäß unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet werden. Ein „interprofessionelles Rundtischgespräch“ wird, bei gleichem Zweck und Inhalt, in einem anderen Setting „Koordinationssitzung“ genannt. Ein schriftliches Konzept für die einzelnen Kommunikationsgefäße liegt nur selten vor; die Gefäße werden in erster Linie aus einem klinischen Bedarf heraus organisiert, beispielsweise bei einem hohen Koordinationsaufwand im Zuge der komplexen Patientensituation. Dabei wird situativ entschieden, welche Fachpersonen am Austausch teilnehmen sollen, was das Ziel des Austauschs ist und in welchem Intervall dieser ggf. wiederholt werden soll.

Fall- und Ethikbesprechungen wurden in den analysierten Patientenpfaden selten bis nie verwendet. Der Fokus dieser beiden Gefäße liegt auf die Unterstützung der Fachpersonen; es wird dabei eine belastende Patientensituation reflektiert.

In erster Linie erfolgte die Kommunikation der Fachpersonen mit dem Patienten bzw. der Patientin; organisierte Familien- bzw. Angehörigengespräche wurden seltener durchgeführt. Bestand seitens der Familie bzw. Angehörigen der Wunsch, Informationen zu erhalten, bspw. in der Lebensendphase eines Betroffenen, wurden meistens Gespräche mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin oder Pflegefachpersonen organisiert. Ein genereller Einbezug der Familie bzw. Angehörigen durch Fachpersonen konnte nicht verzeichnet werden. Jedoch gab es Hinweise, dass in Fachbereichen, wie der Palliative Care und der psychosomatischen bzw. psychiatrischen Versorgung Familien bzw. Angehörige gezielt einbezogen wurden, wenn dies vom Patienten bzw. von der Patientin gewollt war. Die Durchführung dieser Gespräche war jedoch häufig von zeitlichen und personellen Ressourcen abhängig, beispielsweise im Fachbereich Orthopädie, da der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin tagsüber im Operationssaal tätig war.

Weitere in der Analyse vorkommende Gefäße können dem Anhang entnommen werden (Anhang 8.1, 8.2, 8.3).

Tabelle 9 Häufigste verwendete bzw. nicht verwendete Kommunikationsgefäße.

Kommunikationsgefäß / Verwendungszweck	Patientenpfade								
	Menschen mit psychiatrischer Erkrankung (Suizidalität)			Gebärende mit psychischer Erkrankung oder komplikativer Geburt			Menschen in palliativer Situation		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Telefonischer Austausch: Zeitnahe Austausch von Informationen und Treffen von Absprachen	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Briefpost: Weiterleitung von Informationen, vor allem Berichte	X	X	X	X	X	X	X	X	X
E-Mail-Austausch: Zeitnahe Austausch von Informationen und Treffen von Absprachen	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visite: Intradisziplinärer Austausch zum medizinischen Behandlungsverlauf	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tumorboard: Austausch von med. Informationen bei einer Krebserkrankung und Bestimmung der weiteren Therapie	-	-	-	-	-	-	X	X	X
Rapport: Monoprofessioneller Austausch von Informationen und Treffen von Absprachen	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fallbesprechung: Monoprofessionelle bzw. interprofessionelle Besprechung von herausfordernden Patientensituationen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interprofessionelles Rundtischgespräch bzw. Koordinationssitzung: Interprofessionelle Besprechung mit allen involvierten Professionen zum Patientenverlauf	-	X	X	X	X	X	X	-	X
Ethik-Besprechung bzw. -Board: Mono- bzw. interprofessioneller Austausch bei ethischer Fragestellung	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patientengespräch: Gespräch mit dem Patient/in zum Austausch von Informationen und Befähigung im Umgang mit spezifischen Situationen	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Familien-/Angehörigengespräch: Gespräch mit Familie und Patient/in zum Austausch von Informationen und Befähigung im Umgang mit spezifischen Situationen	-	X	-	X	X	X	X	-	-

Dokumentation und Berichterstellung

Die Dokumentation des Schnittstellenmanagements der verschiedenen Patientenpfade wies deutliche Unterschiede (z.B. bezüglich Umfang und Detaillierungsgrad) auf. Es fanden sich jedoch keine Hinweise auf systematische Unterschiede zwischen den drei Patientengruppen. Während Informationsflüsse vom Inselspital zu externen Versorgern gut dokumentiert wurden, fand sich ein geringerer Informationsfluss von extern (beispielsweise durch niedergelassene Versorger) zum

Inselspital. Die Pfade mit Patienten bzw. Patientinnen der Neonatologie wiesen eine gute Dokumentationsqualität mit nachvollziehbaren Inhalten der jeweiligen professionsspezifischen Handlungen auf.

Da dem Berichtswesen im Schnittstellenmanagement grosse Bedeutung zukommt, wurden die Berichte, insbesondere die für einen Wechsel zwischen Settings wichtigen Austrittsberichte der involvierten Professionen, näher untersucht. Es wurden 87 Berichte analysiert. Abbildung 4 verdeutlicht die Dauer vom Behandlungsendzeitpunkt bzw. Entlassungszeitpunkt bis hin zum Erstellungsdatum des Berichts. Eine konkrete Vorgabe, in welchem Zeitraum ein Bericht erstellt werden soll, besteht nicht. Laut Rückmeldung der Projektmitglieder aus der klinischen Praxis sollte ein Bericht jedoch so zeitnah wie möglich nach dem Behandlungs- bzw. Entlassungszeitpunkt erstellt werden. Die Gründe für die Dauer bis zur Berichterstellung können in der Regel nicht nachvollzogen werden; sie wurden nicht dokumentiert. Nur in einem Fall wurde angegeben, dass eine krankheitsbedingte Abwesenheit eines zuständigen Arztes bei fehlender Stellvertretung zu einer Verzögerung um 83 Tage geführt hat. Natürlich konnten nur die im Klinikinformationssystem erfassten Berichte untersucht werden; ob Berichte fehlen, d.h. gar nicht erstellt bzw. zugestellt wurden, konnte nicht eruiert werden.

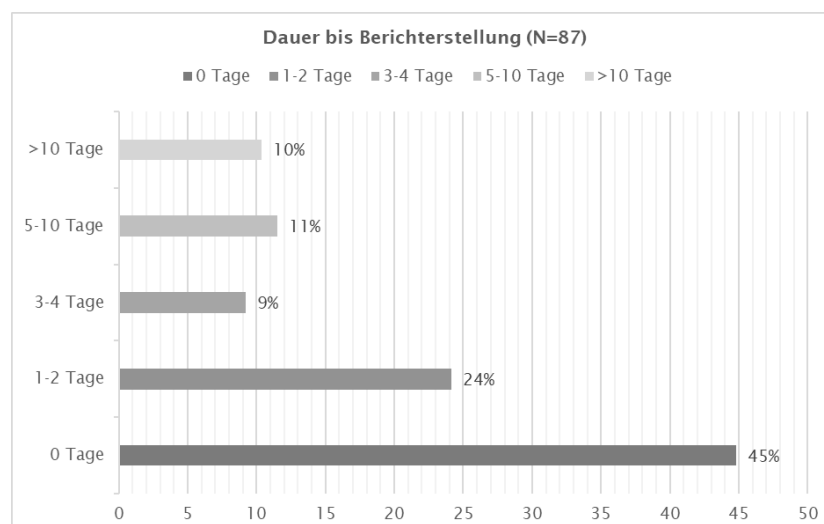


Abbildung 4 Dauer bis Berichterstellung (alle Patientenfunde, alle Settings).

5.1.2 Ursachen heutiger Schnittstellenprobleme

Die Ursachen-Wirkungs-Analyse konnten die Herausforderungen beim Schnittstellenmanagement verschiedenen Themenkreisen des Prozess- und Qualitätsmanagements zuordnen: Profession, Zusammenarbeit, Verantwortlichkeit, Kommunikation, Abrechnung, Dokumentation und Hilfsmittel. Die auf Basis der Dokumentenanalyse erstellten Ishikawa-Diagramme illustrieren die jeweiligen Herausforderungen für jeden Patientenfund (Anhang 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 8.8, 8.9, 8.10, 8.11, 8.12). Die identifizierten Herausforderungen fanden sich thematisch in allen drei untersuchten Patientengruppen wieder. Daher wurden alle Herausforderungen aus der Ist-Analyse in einem Ishikawa-Diagramm zusammengefasst; dieses gibt ein übergeordnetes, umfassendes Bild der Schnittstellenprobleme (Abbildung 5). Nachfolgend werden die eruierten Schnittstellenprobleme nach Themenkreis beschrieben und abschliessend tabellarisch zusammengefasst (Tabelle 10).

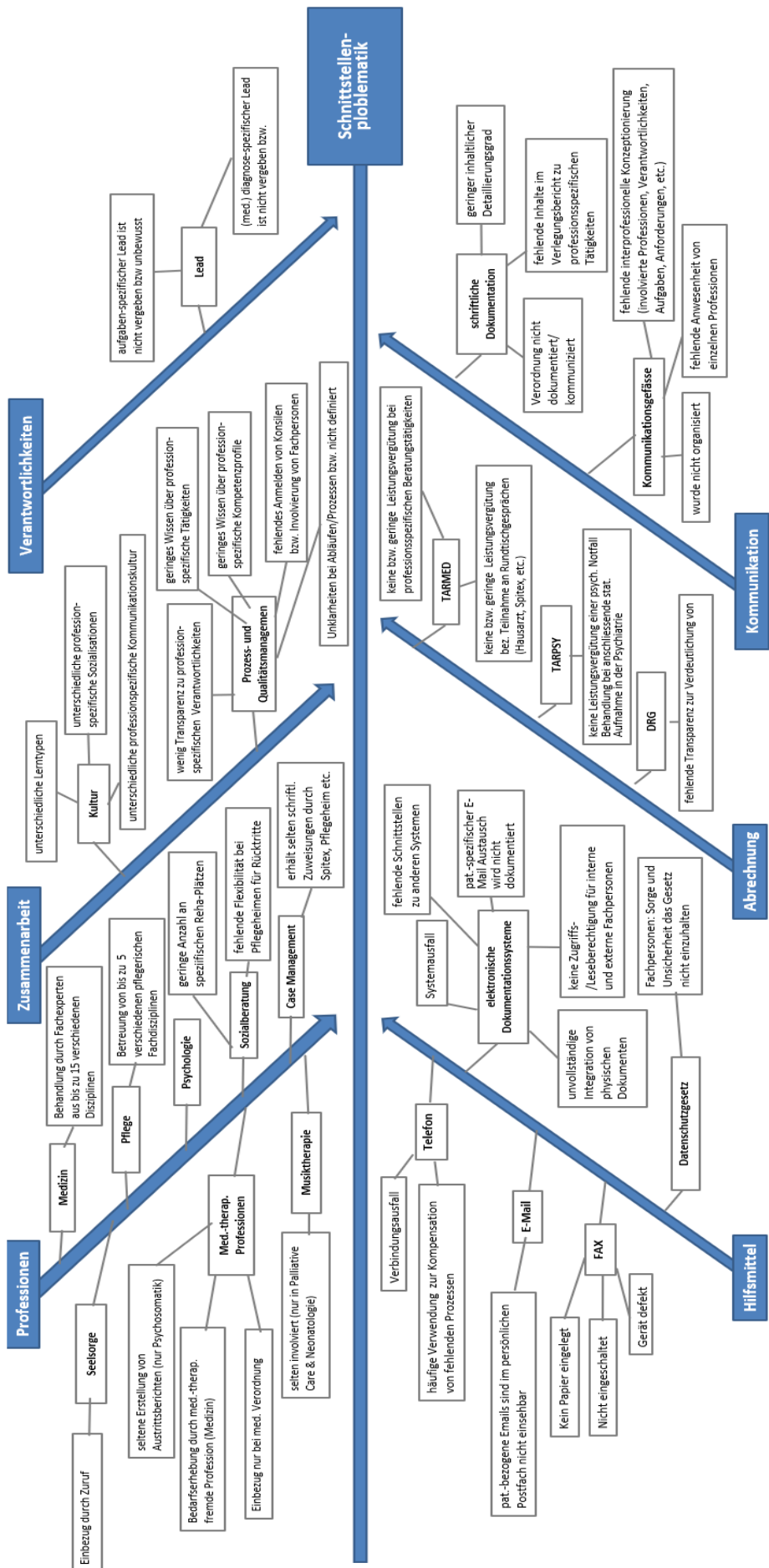


Abbildung 5 Ishikawa-Diagramm mit den ursächlichen Problematiken beim Schnittstellenmanagement gemäss Dokumentenanalyse

Involvierte Professionen und Verantwortlichkeiten

In die Behandlung sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten verschiedene Professionen involviert. Zu den involvierten Professionen gehören medizinische, therapeutische, pflegende und betreuende, die stationär, ambulant und/ oder in der häuslichen Betreuung involviert sein können. Es sei oft nicht nachvollziehbar wer den Lead habe, also die Führung in der Patientenbetreuung und für welche Fragestellung; eine entsprechende Dokumentation erfolge selten (Zitat I1_Workshop).

“(...) Mittlerweile bekommt man immer weniger mit wer den Lead hat. An dem einen oder anderen Ort (Institution) bekommt man es etwas mehr mit. (...) Aber zum Beispiel Stellen, wie die Lungenliga, geben einem auch Auskunft, an wen ich mich als Patient, bei welchem Problem wenden kann (...).“ (I1_Workshop)

Es wurde vermutet, dass der medizinische Lead je nach relevanter diagnosebezogener Fallgruppe (diagnostic related groups, DRG) vergeben wird. Die fehlende Transparenz bei der IPZ wurde als grosse Herausforderung hervorgehoben (Zitat I01_Workshop).

„Ich glaube, das eine (bei der IPZ) ist das sich gegenseitige Kennen und das andere ist, was hat denn der andere (Fachperson) im „Sack“, also was kann ich denn von dem holen (...), das ist zum Teil auch nicht so transparent.“ (I01_Workshop)

Positiv hervorgehoben wurde ein System zur Dokumentation von Ansprechpersonen. Hier wird bei komplexen Patientenfällen ein Pass mit Ansprechpersonen für bestimmte Schwerpunkte ausgestellt. Beispielsweise bei einem Notfalleintritt bzw. einem Eintritt in ein anderes Spital dient dieser Pass spitalinternen und externen Fachpersonen dazu, bereits involvierte Versorger zu kontaktieren und einzubeziehen. Eine klare Hinterlegung des Leads im Klinikinformationssystem wurde als weiteres Beispiel zur Reduktion der Schnittstellenproblematik genannt.

Bei der Betreuung von Menschen mit psychiatrischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen wurde vor allem auf die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt verwiesen. Eine Fachperson, die den Patienten bzw. Patientin über lange Zeit kennt, kann zur weiteren Behandlung und Betreuung (stationär, ambulant, häuslich) beitragen. Die Teilnehmenden äusserten die Erwartung, dass der Hausarzt nach Spitalaustritt den Lead wieder übernimmt; erlebt wird jedoch, dass dies häufig nicht in ausreichendem Masse wahrgenommen würde.

Neben der Vergabe des Leads wurde aus Perspektive der Primärversorgenden der häufige Personalwechsel im Spital und somit wiederum das Fehlen einer Ansprechperson als problematisch genannt.

Einen definierten Lead hatten die Vertreter des Patientenrates bisher nicht erlebt. Gemäss ihren Erfahrungen habe im häuslichen Umfeld beispielsweise die Spitex den Lead in der Betreuung übernommen. Ob es einen Lead gibt und sich die involvierten Fachpersonen verantwortlich fühlen, hänge stark von der Persönlichkeit und dem individuellen Engagement ab. Ein persönlicher Kontakt bzw. das Kennen der involvierten Fachpersonen erleichterten die Kommunikation.

Zusammenarbeit in der Patientenversorgung

Probleme bei der Umsetzung eines Schnittstellenmanagements gingen von jeder einzelnen Fachperson sowie den institutions- bzw. abteilungsspezifischen Rahmenbedingungen aus; dies hänge nicht immer von der Versorgung spezifischer Patientengruppen ab. Da die Patientenversorgung auf Strukturen und Prozessen basiert, hänge es vielmehr davon ab, in wie weit Standardisierungen vorgenommen seien und Konzepte zur Förderung eines guten Schnittstellenmanagements vorlägen und gelebt würden. Schnittstellenprobleme in der Patientenversorgung kämen zudem unabhängig von der Komplexität eines Patienten bzw. Patientin vor (Zitat I02_Telefon).

“Es müssen noch nicht einmal komplexe Fälle sein, es langt schon ein normales CVI (Cerebrovaskulärer Insult; Hirnschlag), um deutlich zu machen, wo es noch hakt“ (I02_Telefon)

Die Häufung von Schnittstellenproblemen resultierte daraus, dass die Komplexität in der Versorgungssituation eines Patienten bzw. Patientin zunehme. Weiterhin wurde angeführt, dass Probleme in der Zusammenarbeit von Fachpersonen weniger zum Tragen kommen, wenn IPZ bereits die Basis im Miteinander von Fachpersonen ist. Beispielhaft wurden die Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychosomatik aufgeführt.

Bei der Betrachtung verschiedener Schnittstellen wurde ergänzt, dass neben Schnittstellen in der direkten Gesundheitsversorgung auch Schnittstellen zu Bildungsinstitutionen (z.B. Schulen), Versicherern oder Arbeitgebern hinzukommen, da alle einen Bezug auf die Versorgung haben (z.B. Beantragung von Leistungen oder der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess).

Ergänzend wurde von den Vertretern des Prozess- und Qualitätsmanagements beschrieben, dass keine Abbildung der tatsächlich gelebten Prozesse erfolgt. Funktionieren bestimmte Prozesse nicht, kann beobachtet werden, dass parallele Prozesse entstehen, beispielsweise bei der nicht zeitgerechten Erstellung und Weiterleitung von Austrittsberichten wird der Informationsfluss durch (nicht im Prozess abgebildete) Telefonate aufrechterhalten (I01_Einzel).

“(...) Viele Schnittstellen kommen zustande, weil Prozesse nicht klar sind. (...) zum Beispiel der Prozess der Berichterstellung - Telefon verwenden, würde ich sagen, ist kein Prozess. Ein Telefon ist immer ein Hilfsmittel, um einen Prozess zu flicken. (...), das heisst beim Übergang eines Patienten nach aussen (spitalextern), dann wird gefragt (Arzt<->Arzt), kannst du mir irgendwelche Informationen geben, das heisst dieser Prozess (Berichterstellung und Zustellung) ist gar nicht geklärt, deshalb wird dann schnell zum Telefon gegriffen.“ (I01_Einzel)

Hilfsmittel, Dokumentation und Kommunikation

In der Patientenbehandlung involvierte Fachpersonen nutzen verschiedene Dokumentationssysteme. Selbst bei der Nutzung des gleichen Systems (beispielsweise des gleichen Klinikinformationssystems) haben nicht alle Benutzer Einblick in alle Einträge, insbesondere nicht in solche einer anderen Profession. Die Zugriffsberechtigungen sind oftmals professionsspezifisch zugewiesen, so dass Pflegefachpersonen, Therapeuten und Ärzte nicht gemeinsam dokumentieren bzw. die Dokumentation der anderen Profession nicht Einsicht in alle Beiträge liefert. In der Regel versuchen

die Fachpersonen daher durch Telefonate patientenrelevante Informationen zu erhalten bzw. weiterzuleiten. Je nach Fachperson werden Informationen auch handschriftlich festgehalten, beispielsweise in Form von persönlichen Notizen. Diese werden nicht im Dokumentationssystem abgelegt, da sie auch als persönliche «Gedankenstütze» bzw. Erinnerung dienen. Solche Informationen könnten dadurch leicht verloren gehen. Das Fehlen eines einheitlichen, übergreifenden Dokumentationssystems wurde als grösste Herausforderung beim Schnittstellenmanagement benannt (I01_Workshop).

“(...) Eine der grössten Herausforderungen ist unser Dokumentationssystem. (...) Aber ein Austrittsbericht ist nach einer Woche noch nicht vorhanden. Das bedeutet, es muss alles mündlich übergeben werden oder ich muss alles schriftlich noch zusätzlich verfassen und der Spitex übermitteln.“ (I01_Workshop)

Hinsichtlich der Kommunikationsgefässe zeigte sich, dass es nur vereinzelt interprofessionelle Konzepte gibt. Als positives Beispiel das interprofessionelle Visiten-Konzept der Neonatologie genannt, in dem die Aufgaben und Verantwortlichkeiten involvierter Professionen aufgeführt werden. Vorherrschend sind jedoch Konzepte, die professionsspezifisch erstellt wurden, wie Konzepte zur pflegerischen Fallbesprechung. Im Zusammenhang mit interprofessionellen Kommunikationsgefässen wurde wiederum die oftmals unklare Verantwortung hervorgehoben, zum Beispiel bei der Organisation von interprofessionellen Rundtischgesprächen. Es wurde die Erwartung ausgedrückt, dass diejenige Profession, die im Lead ist, ein solches Gefäss initiieren sollte. Zu Rundtischgesprächen im Rahmen des Austrittsmanagements werden unter anderem nachsorgende Institutionen, z.B. Vertreter/innen der Spitex, eingeladen. In diesem Zusammenhang sei es relevant, dass die Teilnahme an einem solchen Gespräch auch abgerechnet werden könne.

Des Weiteren wurden Angehörigengespräche als relevante Kommunikationsgefässe während des Spitalaufenthalts genannt. Diese seien als Instrument gedacht, um die weitere stationäre Versorgung bzw. den Austritt möglichst nachhaltig zu gestalten.

Um den Informationsfluss aufrechtzuerhalten, nehmen auch Patienten bzw. Patientinnen und pflegende Angehörige die Rolle von Informationsträgern ein; sie geben konstant Auskunft und sehen sich daher als Mitwirkende in der Behandlung und Betreuung.

Bei einer Spitalzuweisung führten fehlende Berichte der Primärversorger (z.B. fehlende Zuweisungsberichte der Spitex oder des Hausarztes) zu einem Informationsverlust bzw. einem Mehraufwand seitens des Spitals bei der Beschaffung patientenrelevanter Informationen. Analog würden bei einem Spitalaustritt nicht immer alle relevanten Informationen weitergeleitet bzw. die Austrittsberichte verspätet zugestellt. Interessanterweise wurde auch der Inhalt der Berichte bemängelt. Diese seien nicht auf die Bedürfnisse des Nachbehandelnden zugeschnitten. Oftmals läge der Fokus nur auf DRG-relevanten Diagnosen, Inhalte zur Behandlung und Betreuung kämen zu kurz oder die Berichte seien zu lang und leserunfreundlich. Ferner wurde auf das Fehlen einer technischen Plattform zum Austausch relevanter Informationen aller in eine Behandlung oder Betreuung involvierten Professionen hingewiesen.

Ein unterschiedliches Rollenverständnis und ein fehlendes Verständnis für das Informationsbedürfnis des nachfolgenden Versorgers führten beispielsweise zu Frustration bei Hausärzten. Eine schlechte telefonische Erreichbarkeit unter Medizinerinnen käme erschwerend hinzu. Als Beispiele wurden in diesem Zusammenhang die Schnittstelle zwischen Onkologen und Hausärzten im Falle der Versorgung von Menschen in palliativen Situationen und zwischen Psychiatern und niedergelassenen Psychologen bei der Versorgung von Menschen mit psychiatrischer Erkrankung genannt.

Auch von Seite der Sozialberatung und des Case Managements wurde über Herausforderungen bei der Übertritts- bzw. Austrittsplanung berichtet. Wechselt ein Patient bzw. eine Patientin beispielsweise vom Spital in die stationäre Langzeitpflege kann dies meist nur von Montag bis Freitag erfolgen. Hier fehle die Flexibilität. Auch beim Eintritt ins Spital könnte die Zusammenarbeit verbessert werden. Dies gelte u.a. für den Informationsfluss; oftmals fehlten Übertrittsberichte (z.B. der Spitex oder der Langzeitpflegeinstitution). Grosses Potenzial sieht man diesbezüglich in der Verwendung eines elektronischen Dokumentationssystems mit Zugriff aller involvierten Fachpersonen.

Fehlende Abrechnung koordinativer Aufgaben

Es wurde berichtet, dass drei Abrechnungssysteme als Grundlage der Leistungsvergütung genutzt werden: DRG, TARMED, TARPSY. Die stationäre Leistungsverrechnung erfolgt mit dem DRG-System; in der stationären psychiatrischen Versorgung wird mit TARPSY abgerechnet. TARMED definiert die Abrechnung ambulanter Leistungen. Vor allem mit dem Fokus auf die ambulante Leistungsvergütung (nach TARMED) erleben Primärversorger ein fehlendes oder zu geringes Entgelten von koordinativen Aufgaben, das sich wiederum auf die Zusammenarbeit der involvierten Fachpersonen auswirkt. Durch den Ökonomisierungsdruck würden koordinative Leistungen gekürzt, welche im Schnittstellenmanagement relevant seien.

Weiterhin können Kommunikations- und Koordinationsaufwand nicht von allen Professionen bzw. nicht in ausreichendem Masse in der Primärversorgung geltend gemacht werden.

Die gleiche Problematik gilt für Pflegende im Spital, z.B. Advanced Practice Nurses, die eine dortige ambulante Betreuung nicht voll abrechnen können. Auch seien spezielle Leistungen, wie der Beizug eines Dolmetschers schlecht bzw. nicht abzurechnen. Es wurde vermutet, dass dies zu einem selteneren Einsatz von Dolmetschern führt.

Die nachfolgende Tabelle fasst die in diesem Kapitel beschriebenen Einflussfaktoren auf das Schnittstellenmanagement bzw. die Ursachen für Schnittstellenprobleme zusammen (Tabelle 10).

Tabelle 10 Einflussfaktoren beim Schnittstellenmanagement bzw. Ursachen der Schnittstellenproblematik.

1. Zusammenarbeit in der Patientenversorgung
<ul style="list-style-type: none"> • Professionsbezogene Herausforderungen: <ul style="list-style-type: none"> - teilweise mehr als 8 involvierte Professionen. - häufiger Personalwechsel in Versorgungsinstitutionen. - unterschiedliche professionsspezifische Sozialisation, Rollenverständnis und Kommunikationskultur. - fehlende Sensibilität bzw. Wissen über andere professionsspezifische Aufgaben/Verantwortlichkeiten.
<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortungsbezogene Herausforderungen: <ul style="list-style-type: none"> - fehlendes-Wahrnehmen von professionsspezifischen Verantwortlichkeiten. - unkoordinierte Weiterleitung patientenrelevanter Informationen. - unklarer Lead von aufgabenspezifischen und medizinischen Verantwortlichkeiten. - fehlender Einbezug von relevanten Professionen in der Patientenbetreuung.
<ul style="list-style-type: none"> • Prozess- und strukturbezogene Herausforderungen: <ul style="list-style-type: none"> - zu wenig transparente Abläufe und Prozesse (Bsp. Austritts- und Übertrittsmanagement). - fehlende Definition von Qualitätskriterien (Bsp. Zeitraum bis Berichtversand). - fehlende Erstellung von interprofessionellen Unterstützungsdokumenten (Bsp. interprofessionelles Konzept für Austritts- und Übertrittsmanagement).
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsbezogene Herausforderungen: <ul style="list-style-type: none"> - fehlende oder zu späte Zustellung von Berichten sowohl seitens Spitals und Primärversorgern. - erschwerte telefonische Erreichbarkeit von Versorgern. - keine bzw. zu seltene Organisation von interprofessionellen Gesprächen. - fehlende Anwesenheit von relevanten Versorgern beim Austausch.
<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationsbezogene Herausforderungen: <ul style="list-style-type: none"> - fehlende Dokumentation von Verordnungen und patientenrelevanten Behandlungs- und Betreuungsschemata. - fehlende Nachvollziehbarkeit vom Behandlungs- und Betreuungsschemata wegen geringem Detaillierungsgrad in der Berichterstellung.
2. Fehlende Möglichkeiten zur Abrechnung:
<ul style="list-style-type: none"> • zu geringes bzw. kein Honorar für koordinative Leistungen aller Fachpersonen. • zusätzlicher Aufwand durch Absprachen mit Krankenkassen, um koordinative Leistungen abrechnen zu können.
3. Verwendung von Hilfsmitteln:
<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliche Dokumentationssysteme. • technische Störungen. • fehlende Praktikabilität von elektronischen Zuweisungstools. • unterschiedliche Dokumentationsarten (schriftlich und elektronisch). • fehlende Zugangsberechtigung zu elektronische Dokumentationssysteme für Versorger (stationär, ambulant). • Unsicherheiten im Umgang mit der Datenschutzverordnung.

5.2 Soll-Zustand

In den geführten Interviews (Fokusgruppengespräch, Telefoninterviews) wurde der Soll-Zustand diskutiert. Dabei kristallisierten sich zwei Themenbereiche heraus, die für die Fachpersonen besonders relevant waren: 1. gutes Schnittstellenmanagement, 2. Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit.

Gutes Schnittstellenmanagement

Ein von allen Versorgern gleich zu verstehender Betreuungsansatz wurde als wichtige Komponente eines guten Schnittstellenmanagements hervorgehoben. Ein solches patientenzentriertes Arbeiten erfordere, den Patienten bzw. die Patientin und seine/ihre Bedürfnisse ins Zentrum der Behandlung und Betreuung zu stellen. Zudem wurde eine interprofessionelle Haltung der Involvierten als relevantes Merkmal eines auf die Patientenbedürfnisse abgestimmtes Schnittstellenmanagements genannt.

Besonders bei komplexen Patientensituationen sei das Benennen von Ansprechpersonen in der Behandlung und Betreuung relevant. Die jeweiligen Ansprechpersonen sollten den Austausch patientenrelevanter Informationen und die Abstimmung der Behandlung ermöglichen. Neben dem Benennen von Ansprechpersonen sei die Regelung der Behandlungsführung wichtig. In der Primärversorgung seien gute Erfahrungen damit gemacht worden, Fallverantwortung und Fallführung getrennt zu vergeben, d.h. dass Koordinationsaufgaben bei einer fallverantwortlichen Person (z.B. der Spitex) verankert sind und die Fallführung z.B. beim Hausarzt liegt.

Auf die Frage, was ein gutes Schnittstellenmanagement ausmache, wurde vor allem die zeitnahe Weitergabe von patientenrelevanten Informationen genannt. Der zeitnahe Versand eines Berichts an die nachbehandelnde Instanz sei wichtig. Zwar würde durch die Versorger versucht, Berichte rasch zu versenden; die zeitlichen Kapazitäten seien jedoch limitierend. Ferner würden Berichte auf abrechnungsrelevanten Leistungen für die Versicherten ausgerichtet. Somit wird der Bericht für den Nutzer schwer lesbar und Informationen, die nicht abrechnungsrelevant sind, können verloren gehen (Zitate I09 & I04_Telefon).

«... ein Bericht wird nicht für den Hausarzt gemacht, sondern aus ökonomischen Gründen. (...) Es gibt auch den Kurzbericht, der per copy paste erstellt wird - alles geht einfach husch, husch - dadurch haben wir Volumen aber keine Qualität.» (I09_Telefon)

„(...) ja, das ist halt (Berichterstellung), weil es abrechnungsrelevant ist. Das und das muss drinstehen und wenn man den Bericht nicht auf 4 Seiten ausdehnen will, lässt man den Rest dann weg (...) was die Qualität dann beeinflusst. Die Qualität ist katastrophal, der Inhalt ist gleich Null!“ (I04_Telefon)

Zudem sei ein für den Patienten bzw. Patientin verständlicher Bericht sinnvoll.

Als weiterer Aspekt eines guten Schnittstellenmanagements wurden definierte, transparente Prozesse, bspw. das Austrittsmanagement, genannt. Diese Prozesse sollten jedoch reflektiert und ggf. optimiert werden. Ferner benötigten solche Prozesse entsprechende Hilfsmittel, wie Checklisten, mit denen sich überprüfen lässt, ob an einer Schnittstelle die Übergabe aller relevanten Informationen an die nachfolgende Instanz erfolgt ist.

Ferner wurde betont, dass eine Finanzierung von interprofessionellen und intradisziplinären Besprechungen aller involvierten Professionen eine wichtige Voraussetzung für ein gelingendes Schnittstellenmanagement sei. Derzeit seien bspw. in der stationären Psychosomatik und Palliative Care die Abrechnung einer Komplexbehandlung möglich, wenn eine bestimmte Anzahl an

Therapieeinheiten interprofessionell erfolgt. Hingegen werden koordinative Leistungen durch Primärversorger nicht kostendeckend oder je nach Profession gar nicht entgeltet, bspw. Psychologen, Physiotherapeuten.

Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit

Der Förderung von IPZ zur Optimierung des Schnittstellenmanagement wurde grosse Bedeutung beigemessen. Die Umsetzung von interprofessionellen Aus-, Fort-, und Weiterbildungen sei wichtig. Im Alltag wirkte sich auch das professionelle Netzwerk positiv auf die Ausgestaltung der IPZ aus. Zu wissen, an welche Person man sich für welche Frage wenden kann, reduziere die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme bzw. fördere so eine Kultur des Austauschs zwischen Fachpersonen. Vorbilder, die IPZ im beruflichen Alltag leben, seien ebenso wichtig.

Auch das Abgelten von koordinativen Leistungen im Schnittstellenmanagement unterstütze die IPZ. Besonders in der primären Versorgung habe dies Einfluss auf den Austausch zwischen Versorgern, bspw. wenn die Versorgung durch einen niedergelassenen Physiotherapeuten erfolgt, die Behandlung vom Versicherer bezahlt, koordinative Leistungen aber nicht abgerechnet werden können.

Ohne finanzielles Anreizsystem für alle involvierten Fachpersonen würden koordinative Massnahmen nur in einem geminderten Masse durchgeführt.

Auch die Abhängigkeit der nicht-ärztlichen Fachpersonen von Mediziner*innen, nur Leistungen bei ärztlicher Delegation/ Zuweisung abrechnen zu können, hemme eine IPZ (Zitat I03_Telefon).

“(...) Wir werden immer noch als Hilfspersonal (Psychologen) wahrgenommen, gemäss KVG können wir also nicht über die Grundversicherung abrechnen, die Delegierten schon, aber die Selbstständigen nicht. (...) Bei den Hausärzten haben wir (als selbständige Psychologen) guten Anklang in der Zusammenarbeit gefunden, bei den Psychiatern ist es zum Teil schwierig, da sie auch Probleme mit dem Nachwuchs haben und unter Druck sind.“ (I03_Telefon)

So erleben Patienten bzw. Patientinnen auch Probleme, wie beispielsweise. Belastungssituationen, die direkt durch einen Psychologen behandelt werden könnten, oder körperliche Probleme, welche durch eine physiotherapeutische Behandlung erfolgen könnte und keiner ärztlichen Konsultation mit medizinischer Diagnose erfordern. Jedoch sind Patienten bzw. Patientinnen auf die ärztliche Konsultation und die Zuweisung an Fachpersonen angewiesen, wenn die Leistung über die Krankenkasse abgerechnet werden soll.

Zur Einführung von definierten Patientenpfaden wurden gewisse Vorbehalte bezüglich der Operationalisierung im Alltag geäussert. Vor allem aus medizinischer Sicht bestanden Bedenken, dass eine Fokussierung auf spezifische Erkrankungen im Widerspruch zu Multimorbiditäten stehe. Zudem wurde die Entwicklung übergeordneter Konzepte für eine IPZ und Kommunikation mit Skepsis betrachtet. Es wurde vor allem die Sorge ausgedrückt, dass durch Konzepte mit entsprechenden Instrumenten eine Fülle an Dokumenten entstehe, deren Umsetzung im klinischen Alltag dann aber mangelhaft erfolge. Als positiv wurde hingegen die Verwendung von interprofessionellen Checklisten in der Versorgung von Menschen in einer Palliative Care Situation erwähnt; diese trügen dazu bei,

dass alle involvierten Versorger innerhalb der Institution das Instrument verwendeten und somit ein koordiniertes Austrittsmanagement garantiert sei.

5.3 Möglichkeiten zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements

Während der Betrachtung des Schnittstellenmanagements von der Mikro-Ebene (konkrete Patientenpfade, erlebte Beispiele der involvierten Fachpersonen) bis zur Makro-Ebene (Sounding Board, strukturelle Schwierigkeiten der IPZ) wurden unterschiedliche Möglichkeiten angesprochen, wie das Schnittstellenmanagement verbessert werden könnte. Tabelle 11 fasst die genannten Optimierungspotenziale zusammen. Aus diesen ergeben sich Empfehlungen zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements, wobei insbesondere die Abrechnung von koordinativen Leistungen ermöglicht werden sollte, interprofessionelle Bildungsangebote geschaffen werden sollten, Prozesse und Verantwortlichkeiten klar definiert sein sollten, interprofessionellen Konzepte zur Zusammenarbeit und Kommunikation erstellt werden sollen und das Patienten-Selbstmanagements gefördert werden soll. Wie Tabelle 11 verdeutlicht, weisen die Möglichkeiten für Verbesserungen einen klaren Praxisbezug auf. Insbesondere hervorzuheben ist der Wunsch ein elektronisches Dokumentationssystem bereitzustellen, in dem Informationen aller Versorger abgelegt werden und für alle an der Versorgung involvierten Fachpersonen und den Patienten bzw. Patientinnen einsehbar sind. Mit der Einführung des elektronischen Patientendossiers EPD (www.patientendossier.ch) wird ein Schritt in diese Richtung unternommen. Es ist zu hoffen, dass das EPD entsprechende Verbreitung findet und sich in der Praxis bewährt, um so einen Beitrag zur Optimierung der IPZ zu leisten.

Tabelle 11 Empfehlungen für ein optimiertes Schnittstellenmanagement

1. Schaffung von abrechnungsfähigen interprofessionellen Leistungen in der ambulanten Versorgung:
<ul style="list-style-type: none"> • die koordinativen Leistungen abgelden, beispielsweise Teilnahme an Rundtisch-Gesprächen im Spital durch selbständige Fachpersonen. • die allen Professionen in der Versorgung von komplexen Patienten bzw. Patientinnen zur Verfügung steht (Bsp. Psychologen, Physiotherapeuten, etc.).
2. Vermehrtes Angebot von interprofessionellen Bildungsangeboten.
<p>Diese sollen folgende Themen enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das Vermitteln einer Grundhaltung, die Betreuung an Patientenbedürfnissen auszurichten. • einen Perspektivenwechsel vom professionellen Versorger hin zu Betroffenen/ Bezugspersonen. • einen Perspektivenwechsel von einem zum anderen Setting (z.B. ambulant<->stationär). • den interprofessionellen und interdisziplinären Austausch. • die Gestaltung von Inhalten mit Betroffenen und deren Teilnahme am Versorgungsprozess. • Rollenbilder zur interprofessionellen Zusammenarbeit schaffen und somit die persönliche Haltung ändern.
3. Definieren von Strukturen und Prozessen, die:
<ul style="list-style-type: none"> • sich am Patienten bzw. der Patientin ausrichten, bspw, diese in Rundtischgespräche einbezieht • alle professionsspezifischen Verantwortlichkeiten und Schnittstellen berücksichtigen.
4. Erstellen von praxistauglichen interprofessionellen Konzepten, mit Fokus auf die Zusammenarbeit und Kommunikation.
<p>Diese Konzepte sollen beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das Benennen von Schnittstellen aller relevanter Settings (ambulant und stationär) und Professionen (Fachpersonen aus Gesundheits- und Sozialberufen). • die Nennung der relevanten Professionen und deren Verantwortlichkeiten zur Verdeutlichung von Überschneidungen und Abgrenzungen.

<ul style="list-style-type: none"> • die Art der Kommunikationsgefäße und deren Ziel. • die Art der Dokumentation und deren relevanten zu dokumentierenden Inhalte, bspw. wie ein Berichtsraster das durch den Berufsverband für ErgotherapeutInnen zur Verfügung gestellt wird.
5. Implementieren eines Case Managements in der ambulanten und stationären Versorgung:
<ul style="list-style-type: none"> • das koordinative Aufgaben im jeweiligen Setting übernimmt, bspw. im Spital, der Spitex, im Alten- und Pflegeheim, etc. • das als «Strippenzieher» im jeweiligen Setting fungiert.
6. Fördern des Selbstmanagements der Patienten bzw. Patientinnen zur aktiven Beteiligung bei Entscheidungsfindungen und im Umgang mit Herausforderungen.
7. Nutzen eines elektronischen Dokumentationssystems, das für alle Involvierten und den Patienten bzw. Patientinnen Zugriff auf relevante Informationen bietet.
8. Fördern von Freiwilligkeit und Einbezug von Freiwilligen, beispielsweise mit Krankheitserfahrung, wie es in der psychiatrischen Versorgung bekannt ist.
9. Erstellen von krankheitsspezifischen Patientenpfaden, welche:
<ul style="list-style-type: none"> • interprofessionell erstellt werden und alle beteiligten Professionen berücksichtigen. • die jeweiligen Schnittstellen, Professionen und deren Verantwortlichkeiten definieren.
10. Fördern von Netzwerken und Schaffung geeigneter Informations- und Austauschplattformen für Patienten und Fachpersonen, wie es unter anderem durch die Lungenliga geboten wird.

In Kürze: Vor allem Faktoren wie ein fehlendes interprofessionelles Verständnis, fehlende Möglichkeiten zur Abrechnung koordinativer Leistungen und die Verwendung unterschiedlicher Dokumentationssysteme stellen relevante Schnittstellenprobleme der komplexen Patientenversorgung dar.

Verbesserungen verspricht man sich u.a. durch das Schaffen von (besseren) Abrechnungsmöglichkeiten für koordinative Leistungen, dem Angebot von interprofessionellen Bildungsangeboten, der besseren Definition von Prozessen, der Entwicklung von interprofessionellen Konzepten zur Kommunikation und Zusammenarbeit und einem Case Management in der stationären und primären Versorgung.

6 Diskussion und Fazit

Mit verschiedenen methodischen Ansätzen wurden Schnittstellen in der komplexen Patientenversorgung analysiert. Die gewählte Vorgehensweise hat sich als zweckmässig erwiesen. Auf Basis der Dokumentenanalyse konnte die Thematik im Workshop, in Einzelinterviews, Fokusgruppe und Telefoninterviews vertieft werden, um so das Erleben von IPZ im klinischen Alltag abzubilden. Wenngleich drei spezifische Patientengruppen im Mittelpunkt des Projekts standen, zeigte sich doch, dass die zugrundeliegenden Herausforderungen im Schnittstellenmanagement sehr ähnlich sind. Die Ergebnisse basieren zwar auf neun konkreten Patientenpfaden, ausgehend von einer Behandlung im Insepsital (Mikro-Ebene), können jedoch verallgemeinert werden (Makro-Ebene). Die auf verschiedene Weise in das Projekt eingebrachte Sicht von Fachpersonen ausserhalb des Spitals erlaubt eine generalisierende Betrachtung; es ist anzunehmen, dass die Schlussfolgerungen auch für die Betreuung anderer komplexer Patientensituationen gültig sind.

Nachfolgend werden einzelne Aspekte der durchgeführten Ist- und Soll-Analyse herausgegriffen, um sie im Kontext der IPZ zu diskutieren.

Aus unterschiedlichen Studien ist bekannt, dass sich Faktoren wie ein fehlender Lead, ein limitiertes Verständnis von Rollen und Verantwortungen sowie Friktionen zwischen Professionen negativ auf die IPZ auswirken (Atzeni, 2017; BAG, 2017; Körner et al., 2016). Die Ergebnisse dieses Projekts bestätigen diese Erkenntnisse.

Häufig wurde, beispielsweise eine unklare Fallführung (Lead) thematisiert. Einerseits erscheint es wichtig, den Lead bzw. die Verantwortung für die Versorgung komplexer Patientensituation klar zu definieren, da sich so Prozesse optimieren und Doppelspurigkeiten vermeiden lassen. Andererseits besteht mitunter Uneinigkeit, welche Fachperson bzw. Profession im Lead sein sollte. Übergeordnete und verbindliche Leitlinien zur Fallführung könnten hier hilfreich sein, um die praktische Umsetzung des Leads zu unterstützen und die IPZ zu fördern (z.B. (Büscher, 2019; NICE, 2017). Aus Sicht der Betroffenen scheint es hingegen weniger eine Rolle zu spielen, welche Profession den Lead hat; hier ist eine Fachperson erwünscht, die die Patientensituation und die Bedürfnisse kompetent beurteilen kann (siehe auch (Atzeni, 2017; BAG, 2017; Bauer, 2011).

Teilweise lässt sich die Unklarheit im Lead beim Übergang von einer stationären zu einer ambulanten Versorgung durch fehlende bzw. geringe Abrechnungsmöglichkeiten von koordinativen Leistungen in der ambulanten Versorgung erklären. Die Absprache mit anderen Versorgern ist daher für manche der involvierten Fachpersonen im ambulanten Setting nicht kostendeckend (niedergelassene Ärzte oder Pflegenden können je nach Patienten bzw. Patientinnen beispielsweise nicht kostendeckend abrechnen). Niedergelassene Ärzte können zwar eine Pauschale für koordinative Leistungen pro Quartal im bestehenden TARMED-System abrechnen, übersteigt der koordinative Aufwand jedoch diese Pauschale, ist die Koordination sehr vom persönlichen Engagement und den vorhandenen zeitlichen Ressourcen abhängig. Der eingeschränkten bzw. fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten, wie dies auch bei selbständigen Physiotherapeuten oder Psychologen ohne Delegationsauftrag durch einen Arzt bzw. eine Ärztin der Fall ist, haben alle Professionen grosse Bedeutung beigemessen; eine Verbesserung dieser Situation hätte demnach einen direkten Einfluss auf die gelebte IPZ.

Ferner wurde im Projekt deutlich, dass eine fehlende Transparenz bezüglich Kompetenz- und Tätigkeitsprofilen der verschiedenen Professionen als Barriere für eine gewinnbringende IPZ im Schnittstellenmanagement wirken kann. Neben der Kenntnis des eigenen Profils sind Kenntnisse zu Verantwortung und Kompetenzen anderer Professionen massgebend, um deren Rolle in der Patientenversorgung einzuordnen. Fehlen solche Kenntnisse, kann es zu Unsicherheit bzw. Unklarheiten kommen; beispielhaft sei hier die Implementierung von Advanced Practice Rollen oder die Einführung von Nurse Practitionern in der Pflege genannt, deren Aufgaben und Kompetenzen anderen Professionen nicht immer klar sind, so dass das Potential der neuen Rollen mitunter nicht ausgeschöpft wird (Bischofberger, 2020; Steinke, Rogers, Lehwaldt, & Lamarche, 2018).

Kommunikationsgefässe, die Raum für interprofessionelle Besprechungen geben, fanden sich in allen untersuchten Patientenpfaden. Anzumerken ist, dass unterschiedliche Begrifflichkeiten für quasi inhaltsgleiche Kommunikationsgefässe genutzt werden. Die Bezeichnungen interprofessionelles Rundtischgespräch und Koordinationssitzung werden unter anderem synonym verwendet. Beide haben

zum Ziel, patientenrelevante Informationen interprofessionell zu teilen und Absprachen bezüglich der weiteren Patientenversorgung zu treffen. Die Verwendung solcher Synonyme verlangt von den Fachpersonen, dass sie sich Ziel und Struktur des jeweiligen Kommunikationsgefässes bewusst machen und dass die jeweils relevanten Fachpersonen teilnehmen. Der Nutzen der Gefässe und damit die entsprechende Schnittstelle liessen sich allenfalls optimieren, wenn den Professionen der Zweck und das Format des Austauschs klarer wären. Eine Übersicht der gängigen Kommunikationsgefässe und ihrer Intention könnte hilfreich sein und das interprofessionelle Verständnis fördern.

Interessanterweise wurden der Einbezug bzw. die Teilnahme von Patienten bzw. Patientinnen und Angehörigen an der Kommunikation wenig thematisiert. Da dies ein wesentlicher Bestandteil einer gemeinsamen Entscheidungsfindung der patientenzentrierten Versorgung ist, sollte der Einbezug von Patienten bzw. Patientinnen und Angehörigen entsprechende Berücksichtigung finden (Elwyn et al., 2001). Eine offene und direkte Kommunikation sowie der proaktive Einbezug von Betroffenen werden in diesem Zusammenhang grundsätzlich als unterstützend gewertet (SAMW, 2019).

Im klinischen Alltag gibt es viele inter- und intraprofessionelle Berührungspunkte; IPZ wird dabei als Basis einer guten Zusammenarbeit bzw. Versorgung beschrieben (Schmitz, 2020). Auch in diesem Projekt wurde daher an verschiedenen Stellen die Relevanz von Aus- bzw. Weiterbildung als Promotor gelingender IPZ erwähnt. Dies deckt sich mit bekannten Erkenntnissen, wonach die Zusammenarbeit mit anderen Professionen bereits in der Grundausbildung bzw. im Studium gefördert werden sollte (Brandt, Lutfiyya, King, & Chioreso, 2014). Auch die WHO empfiehlt ein solches «learn together, work together» (WHO, 2010); ein gemeinsamer Lernprozess fördert die Sensibilisierung für andere Berufsgruppen und hilft das Schnittstellenmanagement zu optimieren (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, & Zwarenstein, 2017; Schmitz, 2020). Die Einrichtung interprofessioneller Bildungsangebote– wie bspw. die Zürcher interprofessionelle klinische Ausbildungsstation (ZIPAS; www.zipas.ch), die in der Broschüre des BAGs als Beispiel aus der Bildung und Lehre vorgestellt wird (BAG, 2020).

Als weitere im Rahmen des Projekts genannte Ideen zur Optimierung von Schnittstellen seien zwei Punkte hervorzuheben: die Einrichtung von unabhängigen Beratungspunkten sowie die Förderung von Freiwilligeneinsätzen in der Patientenversorgung.

Auch für Fachpersonen kann es herausfordernd sein, den Überblick über das variierende Versorgungsangebot für Menschen mit spezifischen Erkrankungen (z.B. Demenz) zu behalten (BASS, 2018). Um dem entgegenzuwirken, könnten neutrale Beratungsstellen neben Betroffenen und ihren Angehörigen, auch Fachpersonen Auskunft über Versorgungsangebote und entsprechende Ansprechpersonen erteilen. Diese koordinierende Arbeit könnte die interprofessionelle Versorgung unterstützen. Für Patienten bzw. Patientinnen und Angehörige können Ein-, Aus- und Übertritte in andere Settings überfordernd sein (Allen, Hutchinson, Brown, & Livingston, 2018). Wie aus Fachbereichen bspw. der psychiatrischen Pflege bekannt ist, können Freiwillige, allenfalls auch solche mit Krankheitserfahrung, die Betroffenen hierbei auf vielfältige Weise unterstützen (Bee, Price, Baker, & Lovell, 2015; Fliedner et al., 2019). Dies kann sich auch günstig auf das Schnittstellenmanagement auswirken.

6.1 Limitationen

Als methodische Limitation der Dokumentenanalyse ist festzuhalten, dass nur Informationen, die im klinischen Dokumentationssystem (ipdos) der Insel Gruppe abgelegt wurden, berücksichtigt wurden. Hierbei könnten Informationen fehlen oder in anderer Form vorliegen. Qualitative Forschung stützt sich auf subjektive Erfahrungswerte und ist dadurch entsprechend limitiert. Bei den hier durchgeführten Interviews und dem Workshop wurde daher auf eine möglichst breite Abstützung durch die Einladung relevanter Fachpersonen mit unterschiedlichem Hintergrund geachtet. Da manche Berufsgruppen wie die Pflege in der Patientenversorgung zahlenmässig jedoch viel stärker vertreten sind als andere, haben sie auch hier ein etwas grösseres Gewicht erhalten als andere Professionen. Aufgrund der Fülle an generierten Inhalten konnte eine Vielzahl wiederkehrender Aussagen verzeichnet werden; dies lässt auf eine überwiegende Sättigung der Daten schliessen. Interessant wäre allenfalls die Aufnahme von Erfahrungswerten aus anderen Landesteilen sowie aus zusätzlichen Professionen (z.B. Pharmazie, Logopädie) gewesen. Durch das Einbinden von Stellvertretenden der Fach- und Berufsverbände, die zudem die Gelegenheit hatten, die Ergebnisse intern zu diskutieren, kann davon ausgegangen werden, dass indirekt auch übergeordnete und ergänzende Aspekte mit nationaler Ausrichtung eingeflossen sind.

6.2 Abschlussbemerkung

Die durchgeführte Analyse konkreter Patientenfunde ergab einen detailreichen Einblick in das Schnittstellenmanagement der ausgewählten Patientengruppen (Mikro-Ebene). Die Ergebnisse liessen sich auf eine Makro-Ebene verallgemeinern, so dass angenommen werden kann, dass sie auch auf andere komplexe Patientengruppen übertragbar sind.

Auftragsgemäss wurde der Schwerpunkt der Analyse auf die mit den Schnittstellen verbundenen Herausforderungen bzw. geeigneten Optimierungsmöglichkeiten gelegt. Insbesondere sollten die Abrechnung von koordinativen Leistungen ermöglicht werden, interprofessionelle Bildungsangebote geschaffen werden, Prozesse und Verantwortlichkeiten klar definiert sein, interprofessionelle Konzepte zur Zusammenarbeit und Kommunikation erstellt werden und das Patienten-Selbstmanagements gefördert werden. Im Zuge des Projekts wurde ferner deutlich, dass interprofessionelle Zusammenarbeit grundsätzlich als Basis einer guten Patientenversorgung in komplexen Situationen betrachtet wird. Dank dem Engagement der involvierten Fachpersonen werden oftmals individuelle, teilweise improvisierte, kreative Lösungen für bestehende Schnittstellenprobleme gefunden.

Als strukturelle Barriere der IPZ im Schnittstellenmanagement stellt sich die bereits erwähnte Situation der Leistungsabrechnung dar. Derzeit können insbesondere die koordinativen Leistungen in der Primärversorgung oftmals nicht adäquat geltend gemacht werden. Eine entsprechende Anpassung der Rahmenbedingungen wird als Chance zur Optimierung der Versorgung komplexer Patienten bzw. Patientinnen angesehen.

Vor allem aus den Bereichen Psychiatrie/ Psychosomatik sowie der Palliative Care wurde von positiven Erfahrungen durch einen interprofessionellen und bedürfnisorientierten Versorgungsansatz berichtet. Die Verwendung von entsprechenden Hilfsmitteln, wie Austrittschecklisten bzw. Bedürfnis Assessment-Instrumenten, wie sie in der Suizidprävention bei Klinikaustritt angewendet werden, helfen bei einer gezielten Koordination von Patientenbedarf (BAG, 2019). Beispielfhaft sei auch der

Einsatz der SENS Struktur als Hilfsmittel bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care genannt (BAG, 2016; Fliedner et al., 2019). Auch der proaktive Einbezug von Patienten bzw. Patientinnen und Angehörigen und deren Betrachtung als Teil des Versorgungsteams bieten grosses Potenzial im Schnittstellenmanagement. Diese Erkenntnisse bestätigen bzw. ergänzen Ergebnisse aus früheren, beispielsweise durch das BAG beauftragte, Studien. Weiterführende Informationen finden sich u.a. in folgenden Berichten bzw. Broschüren des BAG:

- «Suizidprävention bei Klinikaustritt» (BAG, 2019)
- «Bedürfnisse von Angehörigen psychisch erkrankten suizidalen Menschen» (Manike, 2020)
- «Spitalausritt planen und koordinieren» (BAG, 2017)
- «Interprofessionalität im Gesundheitswesen - Beispiele aus der Bildung und Lehre» (BAG, 2020)
- «Das interprofessionelle Team in der Palliative Care» (BAG, 2016)

Fazit: Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) wird als grundsätzlich positiv besetzt wahrgenommen und als relevantes Element zur Optimierung des Schnittstellenmanagements betrachtet. Im Versorgungsalltag fehlt aber oftmals die nachhaltige Verankerung der IPZ. Es konnte gezeigt werden, dass die derzeitigen Rahmenbedingungen zur Abrechnung koordinativer Leistungen, verschiedene strukturelle Faktoren (wie die monoprofessionelle Berichterstellung) oder professionsspezifische Einstellungen (wie das jeweilige Rollenverständnis) einschränkend wirken. Eine Verbesserung in diesen Bereichen würde das Schnittstellenmanagement und damit die Patientenversorgung in komplexen Situationen optimieren.

7 Referenzen

- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., & Livingston, P. M. (2018). User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expect*, 21(2), 518-527. doi:10.1111/hex.12646
- Atzeni, G., Schmitz, Ch., Berchtold, P. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Studie im Auftrag der SAMW*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Retrieved from <https://www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet/Publikationen-Interprofessionalitaet.html>.
- BAG. (2013). *Bericht der Themengruppe "Interprofessionalität"*. Liebefeld: Bundesamt für Gesundheit Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html>.
- BAG. (2016). *Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende*. Liebefeld: Bundesamt für Gesundheit. Retrieved from https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/48/48DF3714B1101ED9B4DB14EB3E0BF4C1.pdf.
- BAG. (2017). *Spitalaustritt planen und koordinieren. Workshop vom 08. Dezember 2016. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG*. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Retrieved from https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2018/02/Spitalaustritt-planen-und-koordinieren_d.pdf.
- BAG. (2019). *Suizidprävention bei Klinikaustritten*. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Projektgruppe Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizidpraevention-psychiatrische-versorgung.html>.
- BAG. (2020). *Interprofessionalität im Gesundheitswesen. Beispiele aus der Bildung und Lehre*. Bern: Bundesamt für Gesundheit Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-im-bereich-interprofessionalitaet/broschuere-interprofessionalitaet-bildung-im-gesundheitswesen.html>.
- BASS. (2018). *Indikatoren Versorgungsmonitoring Demenz. Spitalpatient/innen mit registrierter Demenzerkrankung*. Retrieved from Bundesamt für Gesundheit: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-demenz.html>
- Bauer, W., Allaz, A.-F., Bader, Ch., Gassmann, B., Gyger, P., de Haller, J., Mahrer Imhof, R., Tschudi, P., Wildhaber Isler, P. (2011). *Projekt "Zukunft Medizin Schweiz"-Phase III. Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden. Bericht und Kommentar*. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Retrieved from <https://www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet/Publikationen-Interprofessionalitaet.html>.
- Bee, P., Price, O., Baker, J., & Lovell, K. (2015). Systematic synthesis of barriers and facilitators to service user-led care planning. *Br J Psychiatry*, 207(2), 104-114. doi:10.1192/bjp.bp.114.152447
- BFS. (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045. Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.assetdetail.350324.html>
- Bischofberger, I. e. a. (2020). *Klinisches Mentorat für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc. (1)*. Bern: Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften. Retrieved from <https://www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet/Publikationen-Interprofessionalitaet.html>.
- Bopp, M. (2013). Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). *OBSAN Bulletin*, 4, 1-8.
- Brandt, B., Lutfiyya, M. N., King, J. A., & Chioreso, C. (2014). A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *J Interprof Care*, 28(5), 393-399. doi:10.3109/13561820.2014.906391
- Brockhoff, K., Hauschildt, J. (1993). Schnittstellen-Management – Koordination ohne Hierarchie. *Zeitschrift für Organisation*, 6, 396-403.
- Burns, N., Grove, S.K. (2009). *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence* (6 ed.). United States of America: Saunders Elsevier.
- Büscher, A. (2019). *Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege – 2. Aktualisierung 2019“*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschaft- und Sozialwissenschaften.
- Elwyn, G., Edwards, A., Mowle, S., Wensing, M., Wilkinson, C., Kinnersley, P., & Grol, R. (2001). Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. *Patient Educ Couns*, 43(1), 5-22. doi:[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00149-X](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00149-X)

- Fliedner, M. C., Mitchell, G., Bueche, D., Mettler, M., Schols, J., & Eychmueller, S. (2019). Development and Use of the 'SENS'-Structure to Proactively Identify Care Needs in Early Palliative Care-An Innovative Approach. *Healthcare (Basel)*, 7(1). doi:10.3390/healthcare7010032
- Geisler, L. (1992). *Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch.*: Pharma Verlag Frankfurt. Retrieved from http://www.linus-geisler.de/ap/ap19_schwierig.html.
- Giger, M.-A., Häusler, E., Sander, M., Staffelbach, D. (2018). *Abgelten von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Bericht im Rahmen des Projektes "Koordinierte Versorgung" des Bundesamt für Gesundheit BAG.* Bern: Bundesamt für Gesundheit. Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verbesserung-der-rahmenbedingungen-koordinierte-versorgung.html>.
- Hirshon, J. M., Risko, N., Calvillo, E., Stewart de Ramirez, S., Narayan, M., Theodosis, Ch., O`Neill, J. (2013). Health systems and services: the role of acute care. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 386-388. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.112664>
- Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Becker, S., & Bengel, J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 15-28. doi:10.3109/13561820.2015.1051616
- Krah, E.-S., Amerland, A. (2017). Die Trümpfe der Schnittstellenmanager. Retrieved from <https://www.springerprofessional.de/management---fuehrung/unternehmensprozesse/die-truempfe-der-schnittstellenmanager/6600616>.
- Loeb, D. F., Bayliss, E. A., Binswanger, I. A., Candrian, C., & deGruy, F. V. (2012). Primary care physician perceptions on caring for complex patients with medical and mental illness. *J Gen Intern Med*, 27(8), 945-952. doi:10.1007/s11606-012-2005-9
- Loeb, D. F., Binswanger, I. A., Candrian, C., & Bayliss, E. A. (2015). Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med*, 13(5), 451-455. doi:10.1370/afm.1840
- Manike, K., Kraft, E. (2020). *Bedürfnisse von Angehörigen mit psychisch erkrankten suizidalen Personen in ihrem Umfeld Empfehlungen zur Unterstützung der Angehörigen für Kliniken und Fachpersonen im Bereich der stationären Psychiatrie.* Bern: Bundesamt für Gesundheit Retrieved from https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/fp_pflegerische_angehoerige/betreuende-angehoerige-suizid.pdf.download.pdf/Schlussbericht_Empfehlungen%20betreuende%20Angeh%C3%B6rige_Kliniken_Fachpersonen.pdf.
- Manning, E., & Gagnon, M. (2017). The complex patient: A concept clarification. *Nurs Health Sci*, 19(1), 13-21. doi:10.1111/nhs.12320
- Marks, T. (2016). *Schnittstellenmanagement. In 5S als Basis des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.* Düsseldorf, Deutschland: Institut für angewandte Arbeitswissenschaften e.V. und Springer Verlag.
- Nardi, R., Scanelli, G., Corrao, S., Iori, I., Mathieu, G., & Cataldi Amatrian, R. (2007). Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med*, 18(5), 359-368. doi:10.1016/j.ejim.2007.05.002
- NICE. (2017). *Discharge planning. Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. NICE guideline.* England: National Institute for Health and Care Excellence.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 6, CD000072. doi:10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Safford, M. M., Allison, J. J., & Kiefe, C. I. (2007). Patient complexity: more than comorbidity. the vector model of complexity. *J Gen Intern Med*, 22 Suppl 3(Suppl 3), 382-390. doi:10.1007/s11606-007-0307-0
- SAMW. (2019). *Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis.* Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Schaink, A. K., Kuluski, K., Lyons, R. F., Fortin, M., Jadad, A. R., Upshur, R., & Wodchis, W. P. (2012). A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework. *J Comorb*, 2, 1-9. doi:10.15256/joc.2012.2.15
- Schmitt, K.-U., Geese, F. (2019). *M20 Rolle von IPZ im Schnittstellenmanagement bei Personen in komplexen Situationen.* Bern: Bundesamt für Gesundheit Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/phase-1-2017-2020-Forschung.html>.

- Schmitz, C., Atzeni, G., Berchtold, P. (2020). *Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Retrieved from <https://www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet/Publikationen-Interprofessionalitaet.html>.
- Schrijvers, G. (2009). Editorial. Disease management: a proposal for a new definition. . *Int J Integr Care*, 9(1). doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.301>.
- Schrijvers, G., van Hoorn, A., & Huiskes, N. (2012). The care pathway: concepts and theories: an introduction. *Int J Integr Care*, 12(Spec Ed Integrated Care Pathways), e192. doi:10.5334/ijic.812
- Schroeder, G. (2010). Interprofessionalität in der Umsetzung. *Zeitschrift für Pflegewissenschaften.*, 01, 18-23.
- Schürhoff, V. (2006). *Vom individuellen zum organisationalen Lernen: Eine konstruktivistische Analyse*. Berlin: Springer.
- Spiess, M., Ruffin, R. (2018). *Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut-)Psychiatrie - Akutsomatik. Analyse von Modelle guter Praxis im Bereich der Versorgung von psychisch erkrankten Personen mit zusätzliche somatischen Erkrankungen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Steinke, M. K., Rogers, M., Lehwaldt, D., & Lamarche, K. (2018). An examination of advanced practice nurses' job satisfaction internationally. *Int Nurs Rev*, 65(2), 162-172. doi:10.1111/inr.12389
- Timpel, P., Lang, C., Wens, J., Contel, J. C., Gilis-Januszewska, A., Kemple, K., & Schwarz, P. E. (2017). Individualising Chronic Care Management by Analysing Patients' Needs - A Mixed Method Approach. *Int J Integr Care*, 17(6), 2. doi:10.5334/ijic.3067
- Vanhaecht, K., De Witte, K. Sermeus, W. . (2007). *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes*. PhD dissertation. Katholieke Universiteit Leuven.
- Waring, J., Marshall, F., Bishop, S., Sahota, O., Walker, M., Currie, G., Fisher, R., Avery, T. (2014). An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: the contributions to 'safe' hospital discharge. *Health Services and Delivery Research*, 2(29). doi:10.3310/hsdr02290
- WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organization Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=65FBA53B3652AF0606F0E3DB45EE9ED6?sequence=1.
- WHO. (2012). *The European health report 2012. Charting the way to well-being.*: World Health Organization Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf.
- Widmer, M. K., D. . (2015). *Behandlungsketten und ihre Schnittstellen*. OBSAN Bulletin, (01). Neuchatel.
- Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., Eichler, K., Trost, M., Schwenkglens, M. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht*. Retrieved from Bundesamt für Gesundheit: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>

8 Anhang

8.1 Beantwortung des Fragenkatalogs für Patientenpfade 1 bis 3

Professionen: Welche Fachpersonen sind in den untersuchten Beispielen an den Schnittstellen im Versorgungspfad involviert und wer übernimmt typischerweise den Lead?

Pfad 1

Psychiater, Psychologe, Hausarzt, Notfallmediziner, Radiologe, Gastroenterologe, Chirurg, Orthopäde, Handchirurg, Intensivmediziner, Anästhesist, Psychiatrische Pflege, Notfallpflege, Intensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege Orthopädie, Sozialdienst, Seelsorge, Physiotherapie, Ergotherapie, Betreuung Wohnheim, Rettungsdienst

Lead: abhängig von Grundproblematik, deren Ausprägung und der spezifisch relevanten Aufgabe

Pfad 2

Psychiater, Niedergelassener Psychiater, Psychologe, Dermatologe, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Physiotherapeut, Psychiatrische Pflege

Lead: abhängig von Grundproblematik, deren Ausprägung und der spezifisch relevanten Aufgabe

Pfad 3

Psychiater, Niedergelassener Psychiater, Psychologe, Hausarzt, Notfallmediziner, Chirurg, Anästhesist, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Neurologe, Sozialberatung, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychiatrische Pflege, Allgemeine Pflege, Pain Nurse

Lead: abhängig von Grundproblematik, deren Ausprägung und der spezifisch relevanten Aufgabe

Zuständigkeiten: Welche Zuständigkeiten haben die jeweiligen Professionen?

Pfad 1

- Psychiater: psychiatrisch- medizinische Versorgung durch Psychotherapie, Medikation und Nachsorge (Psychiatrische Status Erhebung (Suizidalität) schriftlicher Bericht/ kein Eintrag in ipdos)
- Psychologe: keine Eigenverantwortung, Übernahme von Interventionen (Psychotherapie)
- Hausarzt: med. Versorgung im häuslichen Setting
- Notfallmediziner: medizinische Statuserhebung und Koordination von Diagnostik/therapeutische Behandlung (Mediziner)
- Radiologe: Diagnostik durch bildgebende Verfahren
- Gastroenterologe: medizinische Versorgung bei Verschlucken von Fremdkörpern
- Chirurg: medizinische Versorgung bei Schnittverletzungen
- Orthopäde: medizinische Versorgung bei Frakturen, Anmeldung von Konsilien
- Handchirurg: medizinische Versorgung bei Frakturen/Problemen der Hand
- Intensivmediziner: medizinische Versorgung bei lebensgefährlichem Zustand
- Anästhesist: Narkose und Schmerzbehandlung
- Psychiatrische Pflege
- Notfallpflege: Aufnahme des Pat. & Überwachung
- Intensivpflege: intensivpflegerische Betreuung der Grundbedürfnisse; medikamentöse Verabreichung
- Anästhesiepflege: Unterstützung bei der Narkose & Analgesie
- Pflege Orthopädie: pflegerische Betreuung & Bedarfsermittlung sowie Weiterleitung vom Bedarf an den Arzt - Erinnerung zur Konsil Anmeldung
- Psychiatrische Pflege: Alltagskompetenzen mit dem Pat. üben
- Sozialdienst: Organisation von Anschlussheilbehandlung, jedoch nicht bei Verlegung von Spital/Spital
- Seelsorge: Vorstellung vom Gesprächsangebot
- Physiotherapie: physiotherapeutische Betreuung bei Immobilität und Atemproblemen
- Ergotherapie: Befähigung Feinmotorik & Aufbau Beweglichkeit/Muskulatur
- Betreuung Wohnheim: nicht bekannt
- Kunst & Musiktherapie: Möglichkeit zur Entspannung
- Sanpol-Fahrer: Transport vom Pat.

Pfad 2

- Psychiater: Diagnose und Behandlung von Körper-Symptom Störungen; psychiatrisch-, medizinische Behandlung mittels Psychotherapie, Medikation und Nachsorge; Durchführung eines Konsils bei akuter Suizidalität
- Psychologe: keine Eigenverantwortung, Übernahme von Psychotherapie bei Verordnung von Psychiater
- Hausarzt: med. Versorgung im häuslichen Setting («Bagatell-Fälle»)
- Dermatologe: Diagnostik und therapeutische Behandlung von Problemen mit der Haut
- Hals-Nasen-Ohren-Arzt: Diagnostik mittels Audiogramm sowie Empfehlung zum Umgang damit
- Niedergelassener Physiotherapeut: Relaxationstraining
- Psychiatrische Pflege: Alltagskompetenzen mit dem Patienten üben

Pfad 3

- Psychiater: psychosomatisch-, medizinische Versorgung durch Psychotherapie, Medikation und Nachsorge, Durchführung eines Konsils bei akuter Suizidalität
- Psychologe: keine Eigenverantwortung, delegierte Übernahme von Interventionen (Psychotherapie)
- Hausarzt: med. Versorgung im häuslichen Setting
- Notfallmediziner: notfall-medizinische Diagnostik und Behandlung sowie Einbezug von medizinischer Fachexperten
- Chirurg: chirurgische Behandlung bei med. Indikation
- Anästhesist: Narkose und Schmerztherapie
- Hals-Nasen-Ohren-Arzt: Diagnostik und Therapie von Hals-Nasen-Ohren-spezifischen Problemen
- Neurologe: Diagnostik und Behandlung von neurologischen Problemen
- Sozialberatung: Bedarfserhebung und Koordination von Anschlussheilbehandlungen und finanziellen Anliegen
- Physiotherapie: Bewegungs- und Relaxationstraining
- Ergotherapie: Stärkung des Selbstbewusstseins und der Lebenskraft durch praktische Aktivitäten (Basteln, etc.)
- Psychiatrische Pflege: somatische und behaviorale Pflege und Screening von Suizidalität vor Austritt
- Allgemeine Pflege: Pflege von Alltagsbedürfnissen
- Pain Nurse: Erhebung von Schmerzen unter verordneter Schmerztherapie sowie Weiterleitung Schmerz Status an Anästhesisten und Anpassung von Schmerzmedikation

Kommunikation: Welche Kommunikationsgefäße bzw. -instrumente nutzen die involvierten Fachpersonen und weshalb?

Pfad 1

- Telefonischer Austausch: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Visite: intra- bzw. interprofessioneller Austausch zu medizinischer Problemstellung
- Pflege Rapport: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Koordinationsgespräch: mit dem Wohnheim wird aktuelles Problem und das weitere Procedere besprochen
- Fallbesprechungen (intra- & interprofessionell): Besprechung von herausfordernden Patientensituationen

Pfad 2

- Telefonischer Austausch: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Brief-Post: Weiterleitung von Informationen
- E-Mail: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Intraprofessionelles Rundtischgespräch: besprechen von Patientenverlauf relevanter Aspekte mit niedergelassenem Psychiater
- Visite: intra- bzw. multiprofessioneller Austausch zu medizinischer Problemstellung
- Ethik Board: hat stattgefunden zum Austausch bei ethischen Fragestellungen
- Koordinationsitzung: Interprofessionelle Besprechung mit allen involvierten Professionen
- Familiengespräch: Gespräch mit der Familie und Pat zum Austausch von Informationen und Befähigung im Umgang mit spezifischen Situationen

Pfad 3

- Telefonischer Austausch: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Email: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Visite: intra- bzw. interprofessioneller Austausch zu medizinischer Problemstellung

- Pflege Rapport: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Fallbesprechungen mit der Pflege/Team: besprechen von herausfordernden Fällen aus dem Mitarbeitenden-Bedürfnis heraus durchführt
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: Interprofessionelle Besprechung mit allen involvierten Professionen
- Koordinationssitzung: Behandlungs-Tandem-Konzept (Ärzte & Psychologie)
- Morgenrapport: Informieren über patientenrelevante Verlaufsveränderungen und Absprachen treffen

Kommunikation: Welche Gefässe oder Instrumente nutzen sie nicht und weshalb nicht?

Pfad 1

- Ethikbesprechung: kein Bedarf - Routine in der Versorgung von suizidalen Pat.
- Rundtischgespräch: kein Initiator; weitere Therapie in anderem Setting somit kein Gespräch zum Austritt (Erwartung: Arzt sollte organisieren wegen Fall-Lead)
- Pflegefachgespräch: andere Fälle waren belastender

Pfad 2

- Ethikbesprechung: kein Bedarf

Pfad 3

- Familiengespräch: vom Pat. abgelehnt
- Ethikbesprechung: kein Bedarf

Kommunikation: Gibt es inhaltliche Vorgaben zu den Informationen, die in den Kommunikationsgefässen angesprochen bzw. mit den Instrumenten festgehalten werden sollen?

Pfad 1

- Telefonischer Austausch: kein Konzept
- Email: Datenschutzrichtlinie
- Visite: im interprofessionellen Konzept definiert
- Pflege Rapport: nicht bekannt
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: kein Konzept
- Pflegefachgespräch: Konzept vorhanden
- Ethikbesprechung: liegt nicht separat vor - erwähnt im Visiten Konzept

Pfad 2

- Telefonischer Austausch: kein Konzept
- Email: Datenschutzverordnung
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: kein Konzept
- Koordinationssitzung: Behandlungs-Tandem-Konzept (Schnittstelle Ärzte/Psychologie)

Pfad 3

- Telefonischer Austausch: kein Konzept
- Email: Datenschutzverordnung
- Visite: kein direktes Konzept, eher Behandlung Tandem Konzept (Schnittstelle Psychiater/Psychologen)
- Pflege Rapport: nicht bekannt
- Fallbesprechungen mit der Pflege/Team: nicht bekannt
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: kein Konzept
- Koordinationssitzung: Behandlungs-Tandem-Konzept (Ärzte & Psychologie)
- Morgenrapport: kein Konzept

Dokumentation: Wo wird dokumentiert und was sind die jeweiligen Inhalte? Was hält den Informationsfluss zwischen den Professionen aufrecht?

Pfad 1

- Ipdos: professionsspezifische Verläufe, Arztberichte, Pflege- & Hebammenberichte, Laborresultate, Ultraschallberichte, Telefonate/Emails werden zum Teil im Verlauf dokumentiert, etc.
- ORBIS: Profession-spezifische Einträge zum Verlauf, Therapien, Pat.-Verhalten/Befinden
- Verlegungs-/Austrittsberichte: Diagnosen, Aufnahmegrund, Behandlungsverlauf, medizinische Therapien, Empfehlungen, weitere Behandlungen/Termine
- Konsilien (schriftlich): Anfrage zur Beurteilung eines medizinisch-therapeutischen Problems

Pfad 2

- Ipdos: professionsspezifische Verläufe, Arztberichte, Pflege-& Hebammenberichte, Laborresultate, Ultraschalberichte, Telefonate/Emails werden zum Teil im Verlauf dokumentiert, etc.
- Arztbericht: Diagnosen, Aufnahmegrund, Behandlungsverlauf, medizinische Therapien, Empfehlungen, weitere Behandlungen/Termine
- Konsilien (schriftlich): Anfrage zur Beurteilung eines medizinisch-therapeutischen Problems
- Physische Krankenakte: Ablage von Papierdokumenten

Pfad 3

- Ipdos: professionsspezifische Verläufe, Arztberichte, Pflege-& Hebammenberichte, Laborresultate, Ultraschalberichte, Telefonate/Emails werden zum Teil im Verlauf dokumentiert, etc.
- Professionsspezifische Austritts-/Verlegungsbericht: Diagnosen, Aufnahmegrund, Behandlungsverlauf, medizinische Therapien, Empfehlungen, weitere Behandlungen/Termine
- Konsilien (schriftlich): Anfrage zur Beurteilung eines medizinisch-therapeutischen Problems
- Physische Krankenakte: Ablage von Papierdokumenten

Abrechnung: Wie werden die Leistungen im bestehenden Tarifsysteem abgegolten?

Pfad 1

- DRG
- TARPSY
- TARMED

Pfad 2

- DRG
- TARMED

Pfad 3

- DRG
- TARMED

8.2 Beantwortung des Fragenkatalogs für Patientenpfade 4 bis 6

Professionen: Welche Fachpersonen sind in den untersuchten Beispielen an den Schnittstellen im Versorgungspfad involviert und wer übernimmt typischerweise den Lead?

Pfad 4

Gynäkologe, Neonatologe, Anästhesist, Hebamme (Diabetes Sprechstunde), Hebamme Stillberatung, Pflege Frauenklinik, Ernährungsberatung, Sozialberatung, Gyno-Psychiater, Psychiater, Psychologe, psychiatrische Pflege, Niedergelassener Psychiater, Hausarzt, psychiatrische Spitex

Lead: Leitender Gynäkologe vom Ambulatorium Frauenklinik; sonst Problem- und Aufgabenspezifischer Lead nach Fachperson

Pfad 5

Mutter

Gynäkologe, Neonatologe, Anästhesist, Hebamme, Pflege Frauenklinik, Sozialberatung, Medizinische Praxisassistentin

Lead: in Frauenklinik bei Gynäkologen & Hebamme (ipdos dokumentiert); sonst Problem- und Aufgabenspezifischer Lead nach Fachperson

Kind

Neonatologe, Kinderarzt, Neuropädiater, Genetiker, Pneumologe, Augenarzt, Radiologe, Audiologen, Kinder Psychologe, Pflege Neonatologie & Kinderklinik, Musiktherapeut, Physiotherapeut, APN Transition to Home, Hebamme

Lead: abhängig von Grundproblematik, deren Ausprägung und der spezifisch relevanten Aufgabe

Stationär: auf Neonatologie der Neonatologe; in der Kinderklinik der Pädiater oder Spezialist

Ambulant: niedergelassener Pädiater & APN bis 6 Monate; nach 6 Monate nur der Pädiater

Pfad 6

Gynäkologe, Neonatologe, Anästhesist, Hebamme, Pflege Frauenklinik, Sozialberatung

Lead: in Frauenklinik bei Gynäkologen & Hebamme (ipdos dokumentiert); sonst Problem- und Aufgabenspezifischer Lead nach Fachperson

Zuständigkeiten: Welche Zuständigkeiten haben die jeweiligen Professionen?

Pfad 4

- Gynäkologe: medizinische Versorgung während der Schwangerschaft/Wochenbett
- Neonatologe: intensivmedizinische Überwachung vom Kind bei Gefahr vom medikamentösen-Entzug, sowie U1-3 vom Kind
- Anästhesist: Narkose & Analgesie bei sekundärer Sektio
- Hebamme: Schwangerschaftskontrolle, Diabetesberatung, OP-Begleitung, Geburtseinleitung
- Stillberatung: Stillbegleitung & Edukation bei der Frau
- Gynäkologische Pflege: pflegerische Versorgung der Grundbedürfnisse von Schwangeren/Wöchnerinnen/Babys
- Ernährungsberatung: Beratung zur Ernährung bei Schwangerschaftsdiabetes
- Sozialberatung: Abklärung und Organisation von Anschlussunterbringung
- Gyno-Psychiater: psychiatrische Betreuung durch Medikamentendosierung, Gesprächstherapie, Psychoedukation
- Psychiater: psychiatrische Diagnostik und Behandlung durch Medikamentendosierung, Gesprächstherapie, Psychoedukation
- Psychologe: psychologische Behandlung durch Psychotherapie und Empfehlung zur Medikation
- Psychiatrische Pflege: pflegerische Versorgung der Grundbedürfnisse sowie Unterstützung bei der Tagesstrukturierung
- Niedergelassener Psychiater: psychiatrische Betreuung durch Medikationsdosierung und psychotherapeutischen Gesprächen
- Hausarzt: medizinische Versorgung im häuslichen Setting
- Psychiatrische Spitex: Unterstützung bei der Tagesstrukturierung sowie pflegerische Versorgung und Behandlungspflege
- Freiberufliche Hebamme: Hausbesuche – Mütterliche und kindliche Nachsorge zum Verlauf/Entwicklung

Pfad 5

Mutter

- Gynäkologe: medizinische Versorgung während der Schwangerschaft/Wochenbett & Diagnosestellung beim Ungeborenen/ Schwangere
- Neonatologe: Feststellung Prognose/Planung Behandlung vom Ungeborenen
- Anästhesist: Analgesie & Narkose
- Hebamme: Schwangerschaftskontrolle, Geburtseinleitung, OP-Begleitung, verbesserte Entscheidungsfindung, Stillberatung
- Gynäkologische Pflege: pflegerischere Versorgung der Grundbedürfnisse von Schwangeren/ Wöchnerinnen
- APN Transition to Home: Gesundheitsstatus erfassen bei Frühgeborenen & Beratung/Unterstützung der Eltern
- Sozialberatung: psychosoziale Belastungen klären und Lösungen für Job, etc. finden/organisieren
- Medizinische Praxisassistent: Blutabnahme, BD-Kontrolle & Terminkoordination

Kind

- Neonatologe: Med. Versorgung auf der Intensivstation /Intermediate Care Neonatologie
- Kinderarzt: med. Versorgung vom Neugeborenen im Kinderspital
- Augenarzt: med. Versorgung/Diagnostik vom Auge des ehemals Frühgeborenen
- Radiologe: bildgebende Diagnostik während der Hospitalisation
- Neuropädiater: Entwicklungstests in der Frühgeborenen Sprechstunde
- Genetiker: genetische Abklärung & Beratung zu Erkrankungen
- Audiologen: Testung des Hörvermögens
- Pneumologe: Abklärung Lungenreife des ehemals Frühgeborenen
- Kinder Psychologe: psychologische Unterstützung der Eltern & Trauma Verarbeitung
- Pflege Neonatologie & Kinderklinik: pflegerische Versorgung des Frühgeborenen und Schulung/Beratung der Eltern
- Musiktherapeut: musikalische Unterstützung zur Kontaktaufnahme Eltern/Kind, Entwicklungsförderung des Kindes & positive Eltern/Kind-Beziehung (stationär)
- Physiotherapeut: Atemtherapie & entwicklungsfördernde Therapie des Kindes & Beratung/Unterstützung der Eltern
- APN Transition to Home: Gesundheitsstatus erfassen bei Frühgeborenen & Beratung/Unterstützung der Eltern
- Hebamme: Betreuung/Unterstützung bei Stillproblematik der Frau

Pfad 6

- Gynäkologe: medizinische Versorgung während der Schwangerschaft/Wochenbett & Diagnosestellung beim Ungeborenen/ Schwangere
- Neonatologe: Feststellung Prognose vom Ungeborenen
- Anästhesist: Analgesie & Narkose bei Operation
- Hebamme: Schwangerschaftskontrolle, Geburtseinleitung, OP-Begleitung, Trauerbegleiter & verbesserte Entscheidungsfindung
- Gynäkologische Pflege: pflegerischere Versorgung der Grundbedürfnisse von Schwangeren/ Wöchnerinnen
- Sozialberatung: psychosoziale Belastungen klären und Lösungen für Job, etc. finden/organisieren

Kommunikation: Welche Kommunikationsgefäße bzw. -instrumente nutzen die involvierten Fachpersonen und weshalb?

Pfad 4

- Visite: Austausch zum medizinischen Verlauf und Planung weiteres Procedere Mutter/Kind
- Pflege-Rapport: Austausch zum medizinischen & pflegerischen Verlauf und Planung weiteres Procedere der Mutter
- Arzt/Patienten Gespräch: im Rahmen von amb. Kontrolle
- Hebamme/Patienten Gespräch: Beratung zu Bedürfnissen
- Übergaberapport Hebammen Gebärsaal: Zuständigkeitsaufteilung bei den Gebärenden
- Interprofessionelle Rundtischgespräch: Planung weiteres Procedere

- Morgenrapport/Abendrapport: Besprechung von aktuell Gebärenden & stationäre Neuaufnahmen
- Telefonat: zur Beantwortung von Fragen und weiteren bilateralen Absprachen

Pfad 5

Mutter

- Visite: Austausch zum med. Verlauf und Planung weiteres Procedere Mutter/Kind
- Pflege-Rapport: Austausch zum medizinischen & pflegerischen Verlauf und Planung weiteres Procedere der Mutter
- Arzt/Pat. Gespräch: im Rahmen von ambulanter Kontrolle
- Hebamme/Pat Gespräch: im Rahmen von ambulanter. Kontrolle
- Übergaberapport Hebammen: Zuständigkeitsaufteilung bei den Gebärenden
- Interprofessionelles Rundtischgespräche: Planung weiteres Procedere
- Morgenrapport/Abendrapport: Besprechung vom Verlauf der Gebärenden & stationärer Neuaufnahmen
- Telefonat: zur Beantwortung von Fragen und treffen von weiteren bilateralen Absprachen

Kind

- Visite: Austausch zum med. Verlauf und Planung weiteres Procedere
- Pflege-Rapport: Austausch zum med.& pflegerischen Verlauf und Planung weiteres Procedere
- Arzt/Eltern Gespräch: im Rahmen vom Kindesverlauf
- Übergaberapport Hebammen Gebärsaal: Verantwortungsaufteilung bei den Gebärenden
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: Planung weiterer Schritte
- Telefonat: zur Beantwortung von Fragen und treffen von weiteren bilateralen Absprachen
- Email: unter Fachpersonen: Informationsfluss von extern nach intern oder auch innerhalb der Institution
- Psychosozialrapport: Austausch zur Bestimmung vom psychosozialen Bedarf der Eltern/Kind

Pfad 6

- Visite: Austausch zum med. Verlauf und Planung weiteres Procedere Mutter/Kind
- Pflege-Rapport: Austausch zum medizinischen & pflegerischen Verlauf und Planung des Weiteren Procedere der Mutter
- Arzt/Patienten Gespräch: Informationsgabe im Rahmen von amb. Kontrolle
- Hebamme/Patienten Gespräch: Informationsgabe im Rahmen von ambulanter Kontrolle
- Übergaberapport Hebammen Gebärsaal: Aufteilung von Gebärenden
- Interprofessionelle Rundtischgespräch: Planung weiterer Schritte
- Morgenrapport/Abendrapport: Besprechung von aktuell Gebärenden & stationären Neuaufnahmen
- Telefonischer Austausch: zur Beantwortung von Fragen und weiteren bilateralen Absprachen

Kommunikation: Welche Gefäße oder Instrumente nutzen sie nicht und weshalb nicht?

Pfad 4

- Ethische Fallbesprechung: keine ethische Problemstellung vorhanden aus Behandler Sicht
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: kein Bedarf durch vorheriger Bedarfsabklärung und Planung des Vorgehens

Pfad 5

Mutter

- Ethische Fallbesprechung: kein Bedarf

Kind

- Ethische Fallbesprechung: kein Bedarf
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: nicht alle Professionen sind vertreten (Tendenz: Medizin häufig nicht)

Pfad 6

- Ethische Fallbesprechung: kein Bedarf von Seite Mitarbeitende

Kommunikation: Gibt es inhaltliche Vorgaben zu den Informationen, die in den Kommunikationsgefäßen angesprochen bzw. mit den Instrumenten festgehalten werden sollen?

Pfad 4

- Visite: kein Konzept - Rapport- und Visitenplan vorhanden
- Pflege-Rapport: Konzept zum Übergabegespräch für Hebammen & Pflege Wochenbett

- Arzt/Patienten Gespräch: kein Konzept
- Hebamme/Patienten Gespräch: kein Konzept
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: kein Konzept

Pfad 5

Mutter

- Visite: kein Konzept - Rapport- und Visitenplan vorhanden
- Pflegerapport: Konzept zum Übergabegespräch für Hebammen & Pflege Wochenbett
- Arzt/Patienten Gespräch: kein Konzept
- Hebamme/Patienten Gespräch: kein Konzept
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: im APN-Konzept

Kind

- Interprofessionelles Rundtischgespräch: festgehalten im Konzept Transition to Home
- Pflege/Eltern Gespräch: Leitlinie für Austrittsgespräche, Anamnese, Edukation
- Arzt/Eltern Gespräch: kein Konzept; bei hochkomplexen Pat. mit Psychologen & Pflege
- Visite (Neonatologie): interdisziplinäres Visiten-Konzept
- Pflege Rapport: Anteile sind im Bezugspflege-Konzept
- Telefonischer Austausch: kein Konzept
- Email Austausch unter Fachpersonen: Richtlinie zum Datenschutz; Dokument zur Entbindung von der Schweigepflicht
- Psychosozialrapport: kein Konzept, jedoch ein Informationsflyer

Pfad 6

- Visite: Kein Konzept - Rapport- und Visitenplan
- Pflegerapport: Konzept zum Übergabegespräch für Hebammen & Pflege Wochenbett
- Arzt/Patienten Gespräch: kein Konzept
- Hebamme/Patienten Gespräch: kein Konzept
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: kein Konzept

Dokumentation: Wo wird dokumentiert und was sind die jeweiligen Inhalte? Was hält den Informationsfluss zwischen den Professionen aufrecht?

Pfad 4

- ORBIS: Profession-spezifische Einträge zum Verlauf, Therapien, Pat.-Verhalten/Befinden
- Ipdos: professionsspezifische Verläufe, Arztberichte, Pflege- & Hebammenberichte, Laborresultate, Ultraschalberichte, etc.
- Krankengeschichte: physische Akte, Ablage von Papier Dokumenten
- Mooncare: für freiberufliche Hebammen; freiberufliche Hebammen senden Berichte per Post/Email an Behandler; physische Berichte werden in Krankengeschichte abgelegt, später eingescannt im ipdos
- Schwangerschaftspass: handschriftlich; ist beim Patienten

Pfad 5

- Ipdos: professionsspezifische Verläufe, Arztberichte, Pflege- & Hebammenberichte, Laborresultate, Ultraschalberichte, etc.
- Krankengeschichte: physische Akte, Ablage von Papier Dokumenten
- Mooncare: für freiberufliche Hebammen; freiberufliche Hebammen senden Berichte per Post/Email an Behandler; physische Berichte werden in Krankengeschichte abgelegt, später eingescannt im ipdos
- Schwangerschaftspass: handschriftlich; ist beim Patienten

Pfad 6

- Ipdos: professionsspezifische Verläufe, Arztberichte, Pflege- & Hebammenberichte, Laborresultate, Ultraschalberichte, etc.
- Krankengeschichte: physische Akte, Ablage von Papier Dokumenten
- Mooncare: für freiberufliche Hebammen; freiberufliche Hebammen senden Berichte per Post/Email an Behandler; physische Berichte werden in Krankengeschichte abgelegt, später eingescannt im ipdos
- Schwangerschaftspass: handschriftlich; ist beim Pat.

Abrechnung: Wie werden die Leistungen im bestehenden Tarifsysteem abgegolten?

Pfad 4

- DRG

- TARPSY
- TARMED

Pfad 5

- DRG
- TARMED

Pfad 6

- DRG
- TARMED

8.3 Beantwortung des Fragenkatalogs für Patientenpfade 7 bis 9

Professionen: Welche Fachpersonen sind in den untersuchten Beispielen an den Schnittstellen im Versorgungspfad involviert und wer übernimmt typischerweise den Lead?

Pfad 7: Medizin, Pflege, Physiotherapie, Sozialberatung, Ernährungsberatung, Spitalpharmazie

Lead: abhängig von Grundproblematik, deren Ausprägung und der spezifisch relevanten Aufgabe

Pfad 8: Medizin, Psychologie, Pflege, Physiotherapie, Sozialdienst, Seelsorge, Spitalpharmazie

Lead: abhängig von Grundproblematik, deren Ausprägung und der spezifisch relevanten Aufgabe

Pfad 9: Medizin, Psychologie, Pflege, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Seelsorge, Spitalpharmazie

Lead: abhängig von Grundproblematik, deren Ausprägung und der spezifisch relevanten Aufgabe

Zuständigkeiten: Welche Zuständigkeiten haben die jeweiligen Professionen?

Pfad 7:

- Hausarzt: medizinische Versorgung im häuslichen Setting
- Radiologe: bildgebende Diagnostik
- Onkologe: Diagnostik und med. Versorgung von Pat. mit onkologischer Problemstellung
- Neuroradiologe: bildgebende Diagnostik
- Radio-Onkologe: radio-therapeutische Behandlung von Tumoren
- Kardio-Onkologe: Diagnostik und therapeutische Behandlung von Spätfolgen nach Tumorbehandlung
- Urologe: medizinische Diagnostik und Behandlung von urologischen Problemen
- Notfallmediziner: Diagnostik und notfallmässige Behandlung und Einbezug von med. Experten
- Herz-Gefäss Chirurg: Diagnostik und medizinische Behandlung von kardiologischen/Gefäss Problemen
- Hals-Nasen-Ohren-Arzt: Diagnostik und Therapie von Hals-Nasen-Ohren betreffenden Problemen
- Kieferchirurg: Diagnostik und med. Behandlung von Kiefer & Gesicht relevanten Problemstellungen (Läsion)
- Kardiologe: Diagnostik und Behandlung von kardiologischen Problemen
- Infektiologe: Diagnostik und med. Behandlung von Infektionserkrankungen
- Palliative-Care Mediziner: Bedarfs und Netzwerk-Koordination, Entscheidungsfinden bei Symptomen
- Anästhesist: Narkose und Schmerzbehandlung
- Anästhesie Pflege: pflegerische Betreuung und Überwachung während der Narkose
- Allgemeine Pflege: pflegerische Versorgung der Grundbedürfnisse
- Notfall Pflege: notfallmässige Betreuung und Überwachung
- Pain Nurse: Schmerzbehandlung
- Palliative Care Pflege: pflegerische Behandlung von Symptomen und Grundbedürfnisse sowie ausbauende Netzwerkaktivitäten
- Spitex Pflege: Grundversorgung sowie Behandlungspflege im häuslichen Setting
- Sozialdienst: Suche nach Nachsorgeinstanzen/ finanzielle Ressourcen abklären
- Physiotherapie: physiotherapeutische Massnahmen bei Problemen wie Atemproblem, Lymphstau, Immobilität
- Ernährungsberatung: ernährungstherapeutische Versorgung bei Mangelernährung und deren Prävention
- Spitalpharmazie: Beratung zum Einsatz von Medikamenten und deren Wechselwirkungen mit einander

Pfad 8:

- Hausarzt: medizinische Versorgung im häuslichen Setting
- Onkologe: Diagnostik und med. Versorgung von Patienten mit onkologischer Problemstellung
- Radio-Onkologe: radio-therapeutische Behandlung von Tumoren
- Radiologe: bildgebende Diagnostik
- Notfallmediziner: Diagnostik und notfallmässige Behandlung und Einbezug von med. Experten
- Infektiologe: Diagnostik und medizinische Behandlung von Infektionserkrankungen
- Palliative Care Mediziner: Bedarfs und Netzwerk-Koordination, Entscheidungsfinden bei Symptomen

- Psycho-Onkologe: Bedarfserhebung und geschäftstherapeutische Behandlung von psycho-onkologischen Problemen
- Pflege Radio-Onkologie: pflegerische Versorgung der Grundbedürfnisse
- Neurochirurg: Diagnostik und neurochirurgische Behandlung
- Pflege Neurochirurgie: pflegerische Versorgung der Grundbedürfnisse
- Pflege Anästhesie: pflegerische Betreuung und Überwachung während der Narkose
- Pflege Aufwachraum: post-operative Überwachung
- Pflege Palliative Care: pflegerische Behandlung von Symptomen und Grundbedürfnisse sowie ausbauende Netzwerkaktivitäten
- Spitex Pflege: Grundversorgung sowie Behandlungspflege im häuslichen Setting
- Sozialdienst: Suche nach Nachsorgeinstanzen/ finanzielle Ressourcen abklären
- Seelsorge: Gespräche zu Sinn- und Lebensfragen oder spirituelle bzw. religiöse Themen
- Physiotherapie: physiotherapeutische Massnahmen bei Problemen wie Atemproblem, Lymphstau, Immobilität
- Spitalpharmazie: Beratung zum Einsatz von Medikamenten und deren Wechselwirkungen mit einander

Pfad 9:

- Hausarzt: medizinische Versorgung im häuslichen Setting
- Radiologe: bildgebende Diagnostik
- Radioonkologe: radio-therapeutische Behandlung von Tumoren
- Endokrinologe: Diagnostik und medizinische Behandlung von endokrinologischen Problemen
- Orthopäde: operative Behandlung Knochenmetastasen sowie Spätfolgen (Knochenfrakturen)
- Onkologe: Diagnostik und med. Versorgung von Pat. mit onkologischer Problemstellung
- Anästhesist: Narkose und Schmerzbehandlung
- Hausarzt: medizinische Versorgung im häuslichen Setting
- Palliative Care Mediziner: Bedarfs- und Netzwerk-Koordination, Entscheidungsfinden bei Symptomen
- Psychoonkologe: Bedarfserhebung und geschäftstherapeutische Behandlung von psycho-onkologischen Problemen
- Pflege Orthopädie: pflegerische Versorgung der Grundbedürfnisse
- Anästhesiepflege: pflegerische Betreuung und Überwachung während der Narkose
- Pflege Palliative Care: pflegerische Behandlung von Symptomen und Grundbedürfnisse sowie ausbauende Netzwerkaktivitäten
- Pflege Aufwachraum: post-operative Überwachung
- APN Palliative Care: Mitarbeit bei der interprofessionellen Symptombehandlung, Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, Bedarfs- und Netzwerkkoordination, Aufgleisen der Unterstützung für die Angehörigen
- Spitex Pflege: Haushaltsunterstützung
- Physiotherapie: physiotherapeutische Massnahmen bei Problemen wie Atemproblem, Lymphstau, Immobilität
- Ernährungsberatung: ernährungstherapeutische Versorgung bei Mangelernährung und deren Prävention
- Seelsorge: Gespräche zu Sinn- und Lebensfragen oder spirituelle bzw. religiöse Themen
- Musiktherapeut: musikalisch-therapeutische Therapie zur körperlichen/emotionalen Entlastung und Entspannung
- Spitalpharmazie Beratung zum Einsatz von Medikamenten und deren Wechselwirkungen mit einander

Kommunikation: Welche Kommunikationsgefässe bzw. -instrumente nutzen die involvierten Fachpersonen und weshalb?

Pfad 7:

- Telefonischer Austausch: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- E-Mail Austausch: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Visite: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen sowie Planung der weiteren Therapie
- Pflege Rapport: Austausch von pflegerelevanten Informationen und treffen von Absprachen
- Interprofessionelles Rundtischgespräche: Austausch/Weitergabe von Informationen und treffen von Absprachen

- Angehörigengespräch: Austausch/Weitergabe von Informationen und treffen von Absprachen
- Tumorboard: Austausch von Tumorrelevanten Informationen und treffen von Absprachen sowie Bestimmung der weiteren Therapie

Pfad 8:

- Telefonischer Austausch: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- E-Mail Austausch: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Visite: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen sowie Planung der weiteren Therapie
- Pflege Rapport: Austausch von pflegerelevanten Informationen und treffen von Absprachen
- Interprofessionelle Besprechung: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Tumorboard: Austausch von Tumorrelevanten Informationen und treffen von Absprachen sowie Bestimmung der weiteren Therapie

Pfad 9:

- Telefonischer Austausch: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- E-Mail Austausch: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Visite: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen sowie Planung der weiteren Therapie
- Pflege Rapport: Austausch von pflegerelevanten Informationen und treffen von Absprachen
- Tumorboard: Austausch von Tumorrelevanten Informationen und treffen von Absprachen sowie Bestimmung der weiteren Therapie
- Interprofessionelle Besprechung: Austausch von Informationen und treffen von Absprachen
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: Austausch/Weitergabe von Informationen und treffen von Absprachen

Kommunikation: Welche Gefäße oder Instrumente nutzen sie nicht und weshalb nicht?

Pfad 7:

- Ethische Fallbesprechung: kein Bedarf
- Skype/Facetime Besprechungen: multifaktoriell (nicht konzeptioniert, fehlende Kultur, etc.)
- Supervision: kein Bedarf

Pfad 8:

- Interprof. Rundtischgespräch: kein Bedarf
- Ethische Fallbesprechung: kein Bedarf
- Skype/Facetime Besprechungen: multifaktoriell (nicht konzeptioniert, fehlende Kultur, etc.)
- Supervision: kein Bedarf

Pfad 9:

- Ethische Fallbesprechung: kein Bedarf
- Skype/Facetime Besprechungen: multifaktoriell (nicht konzeptioniert, fehlende Kultur, etc.)
- Supervision: kein Bedarf

Kommunikation: Gibt es inhaltliche Vorgaben zu den Informationen, die in den Kommunikationsgefäßen angesprochen bzw. mit den Instrumenten festgehalten werden sollen?

Pfad 7:

- Telefonischer Austausch: kein Konzept
- E-Mail Austausch: Datenschutzrichtlinie
- Visite: Konzept vorhanden (inkl. Spitalpharmazie)
- Interdisziplinärer Rapport: Konzept vorhanden
- Interprofessioneller Wochenrückblick: Konzept vorhanden
- Pflege Rapport: Konzept vorhanden
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: Konzept vorhanden
- Interprofessionelle Rapport: Konzept vorhanden
- Angehörigengespräch: Konzept vorhanden
- Tumorboard: Konzept vorhanden
- Ethische Fallbesprechungen: Konzept vorhanden
- Supervision: Konzept vorhanden

Pfad 8:

- Telefonischer Austausch: kein Konzept
- E-Mail Austausch: Datenschutzrichtlinie
- Visite: Konzept vorhanden (inkl. Spitalpharmazie)

- Interdisziplinärer Rapport: Konzept vorhanden
- Interprofessioneller Wochenrückblick: Konzept vorhanden
- Pflege Rapport: Konzept vorhanden
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: Konzept vorhanden
- Interprofessionelle Rapport: Konzept vorhanden
- Angehörigengespräch: Konzept vorhanden
- Tumorboard: Konzept vorhanden
- Ethische Fallbesprechungen: Konzept vorhanden
- Supervision: Konzept vorhanden

Pfad 9:

- Telefonischer Austausch: kein Konzept
- E-Mail Austausch: Datenschutzrichtlinie
- Visite: Konzept vorhanden (inkl. Spitalpharmazie)
- Interdisziplinärer Rapport: Konzept vorhanden
- Interprofessioneller Wochenrückblick: Konzept vorhanden
- Pflege Rapport: Konzept vorhanden
- Interprofessionelles Rundtischgespräch: Konzept vorhanden
- Interprofessionelle Rapport: Konzept vorhanden
- Angehörigengespräch: Konzept vorhanden
- Tumorboard: Konzept vorhanden
- Ethische Fallbesprechungen: Konzept vorhanden
- Supervision: Konzept vorhanden

Dokumentation: Wo wird dokumentiert und was sind die jeweiligen Inhalte? Was hält den Informationsfluss zwischen den Professionen aufrecht?

Pfad 7

- Ipdos-Ausfall → Dokumentation via Papier (Notfall Dokumentation nicht einsehbar)
- Ipdos: professionsspezifische Verläufe, Arztberichte, Pflege-, Physio-, Ernährungsberatungsberichte, Laborresultate, Ultraschalberichte, etc.
- Krankengeschichte (physische Akte)
- Laborverordnungen (schriftl.)
- Konsil Anmeldungen (schriftl.)
- Überwachungsblätter (schriftl.)

Pfad 8

- Ipdos: professionsspezifische Verläufe, Arztberichte, Pflege-, Physio-, Ernährungsberatungsberichte, Laborresultate, Ultraschalberichte, etc.
- Krankengeschichte (physische Akte)
- Laborverordnungen (schriftl.)
- Konsil Anmeldungen (schriftl.)
- Überwachungsblätter (schriftl.)

Pfad 9

- Ipdos: professionsspezifische Verläufe, Arztberichte, Pflege-, Physio-, Ernährungsberatungsberichte, Laborresultate, Ultraschalberichte, etc.
- Krankengeschichte (physische Akte)
- Laborverordnungen (schriftl.)
- Konsil Anmeldungen (schriftl.)
- Überwachungsblätter (schriftl.)

Abrechnung: Wie werden die Leistungen im bestehenden Tarifsysteem abgegolten?

Pfad 7:

DRG
TARMED

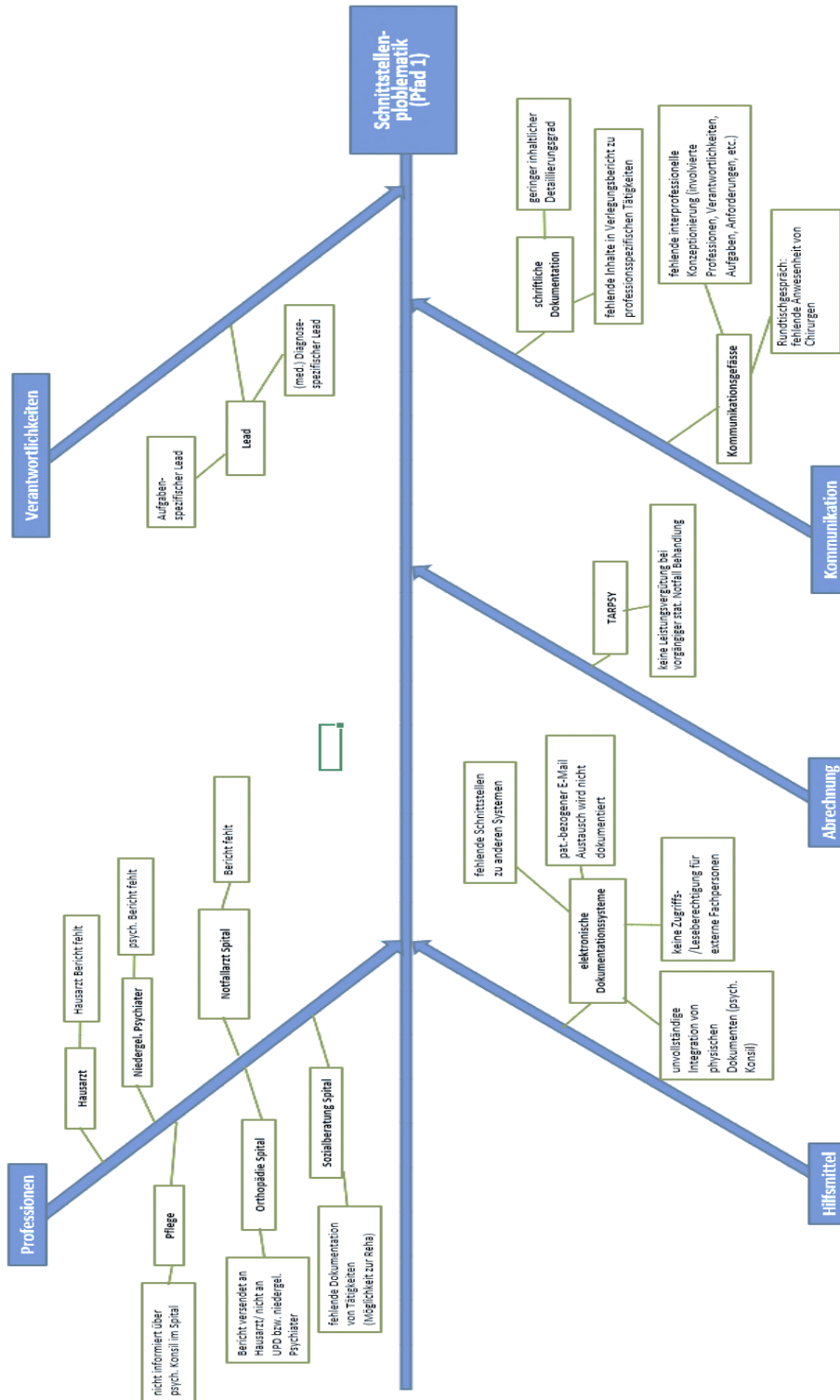
Pfad 8:

DRG
TARMED

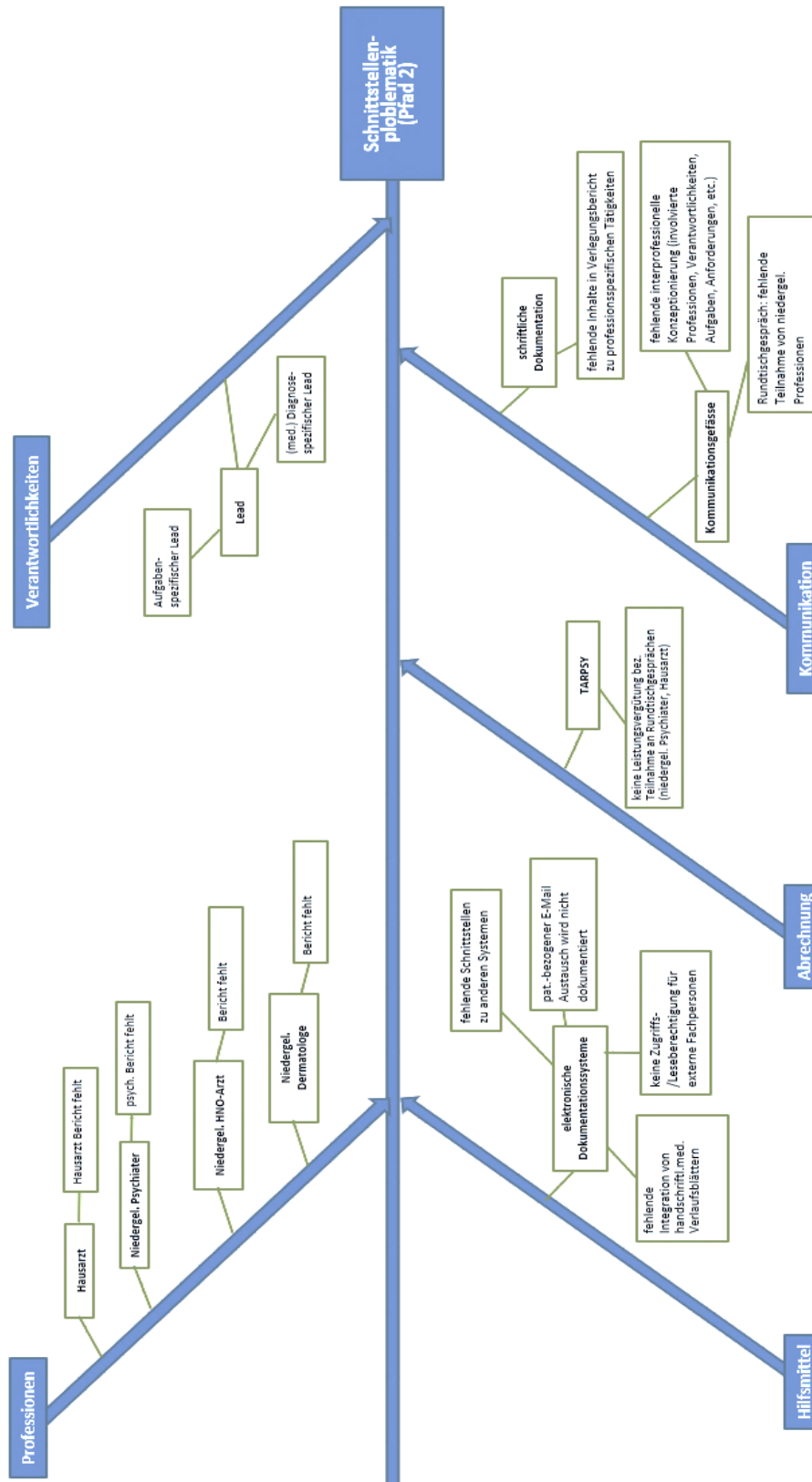
Pfad 9

- DRG
- TARMED

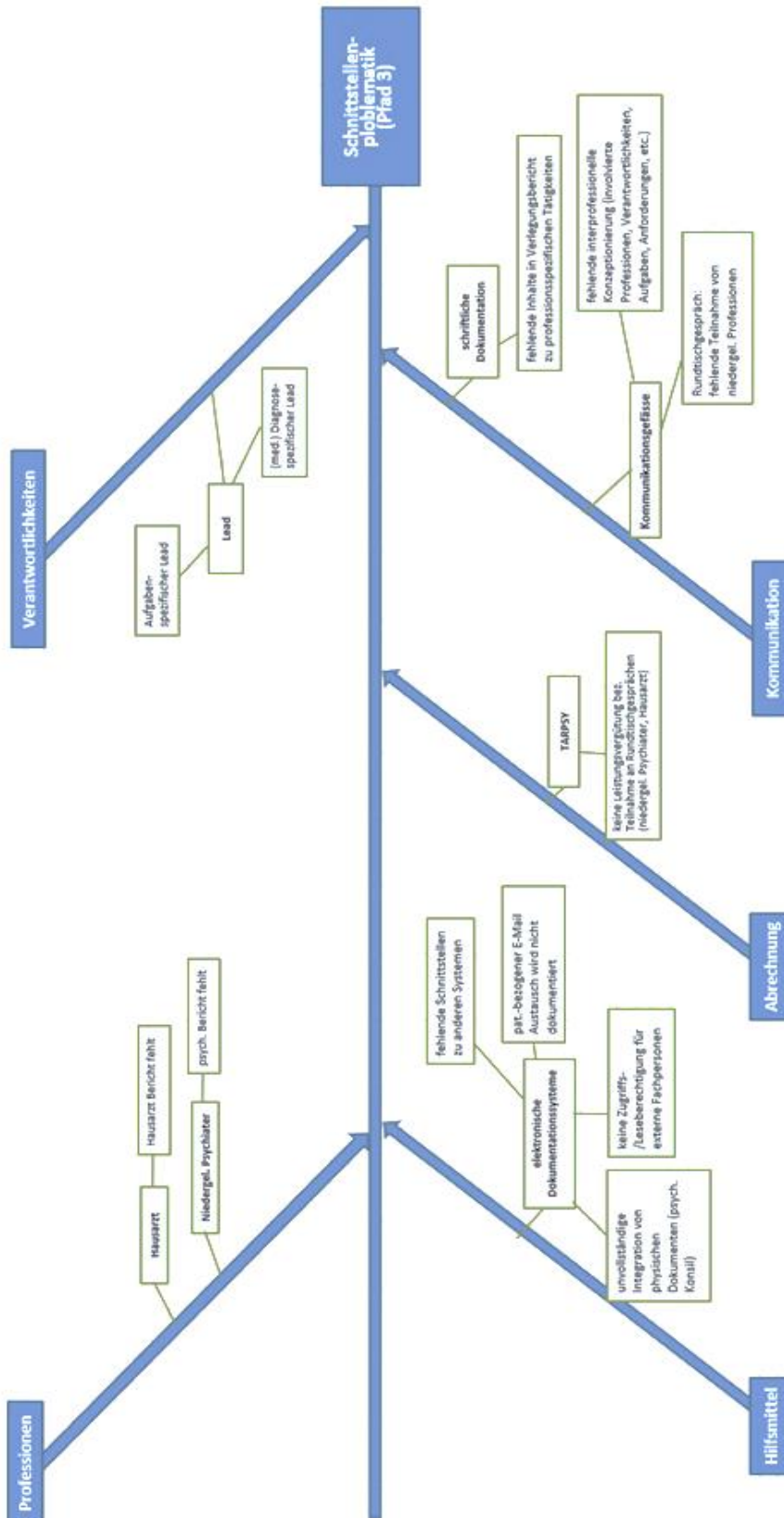
8.4 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 1



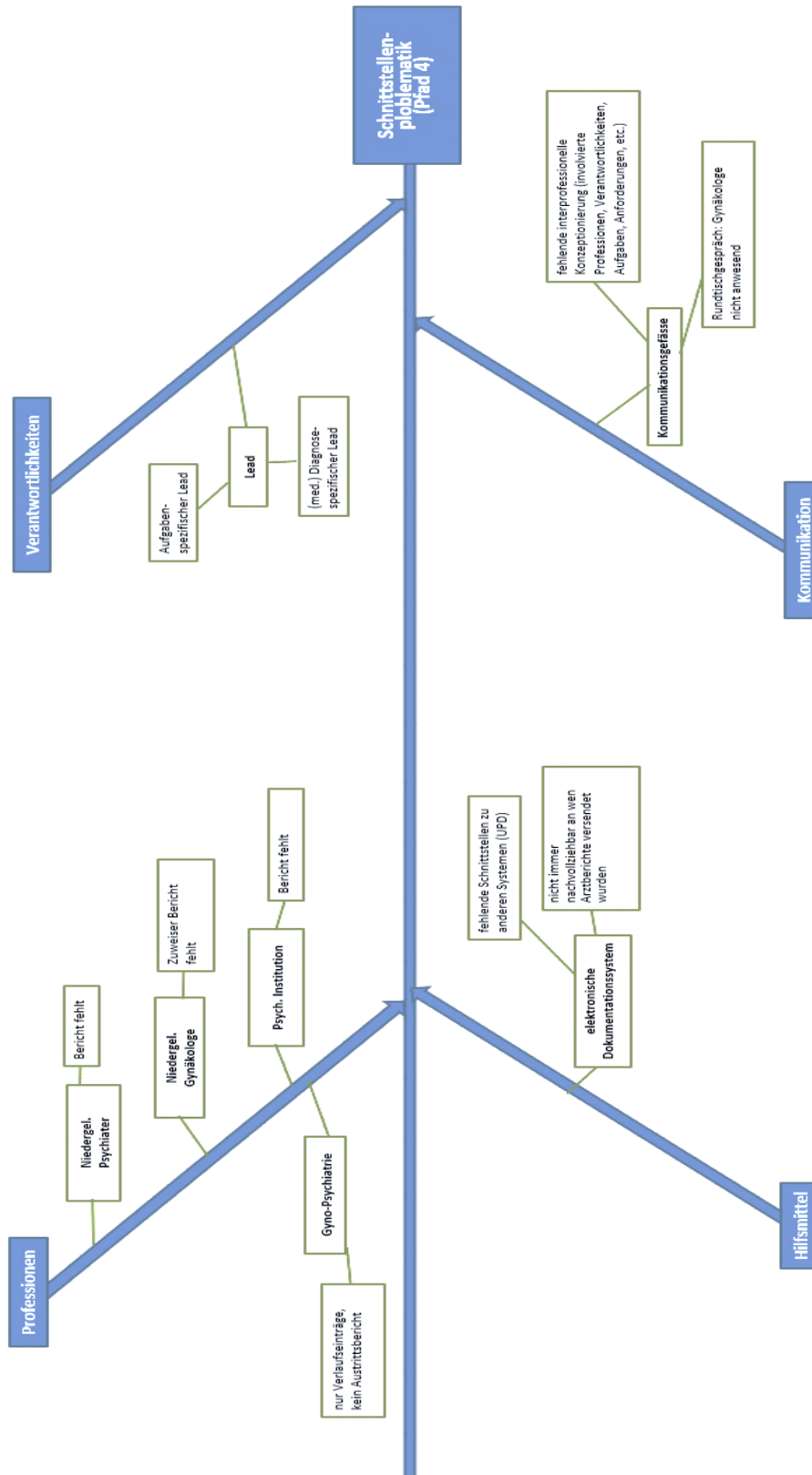
8.5 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 2



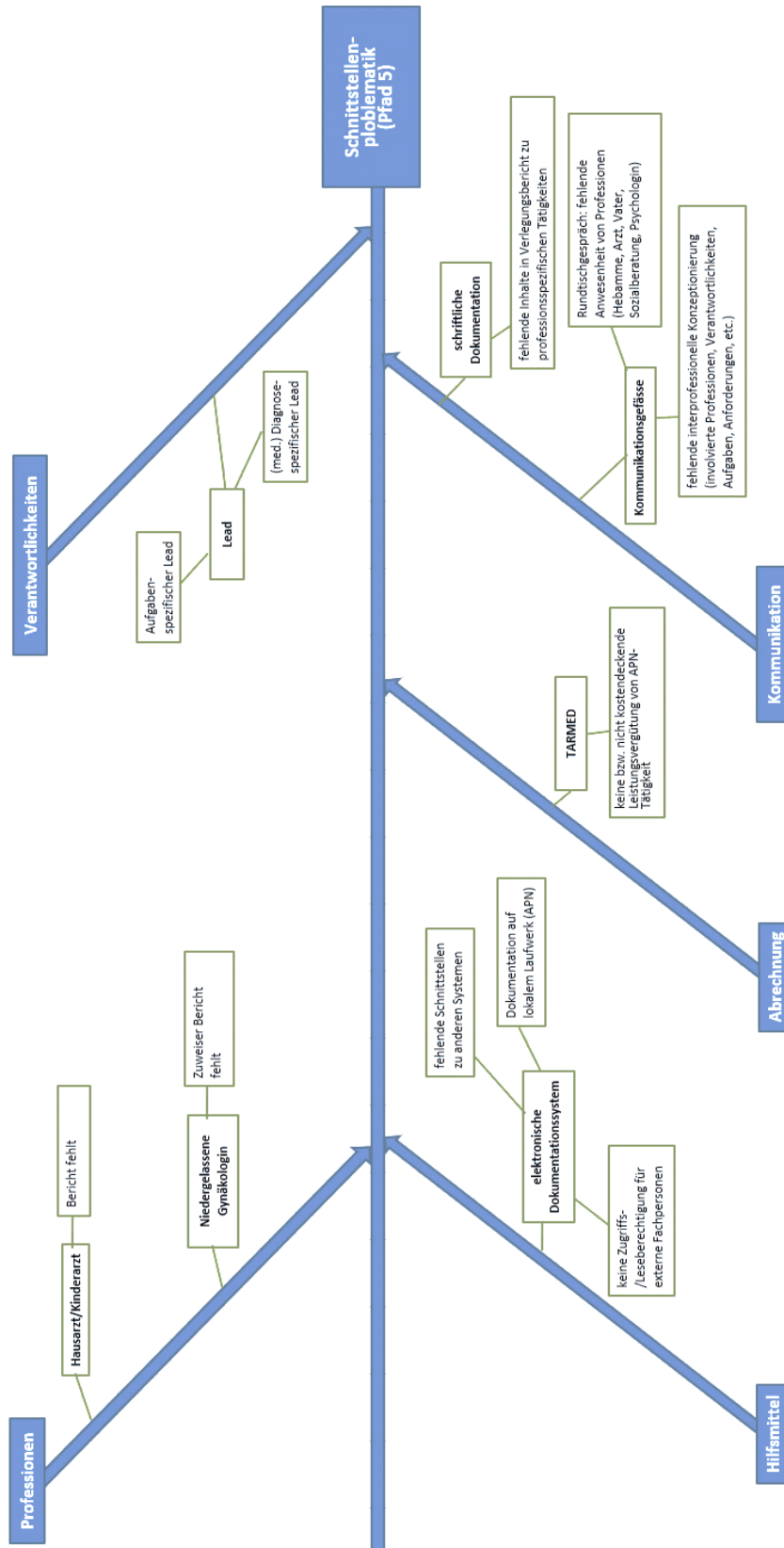
8.6 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 3



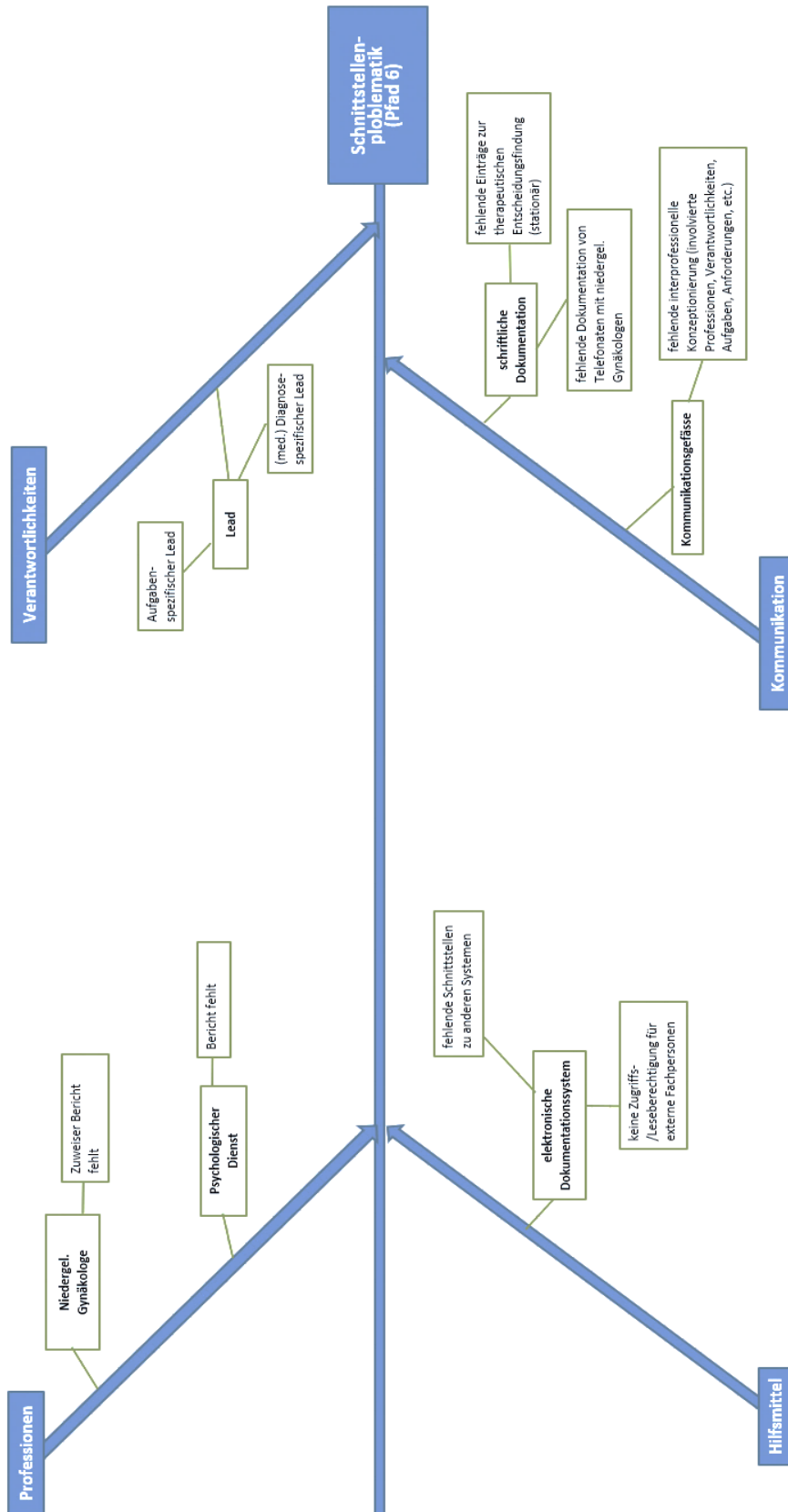
8.7 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 4



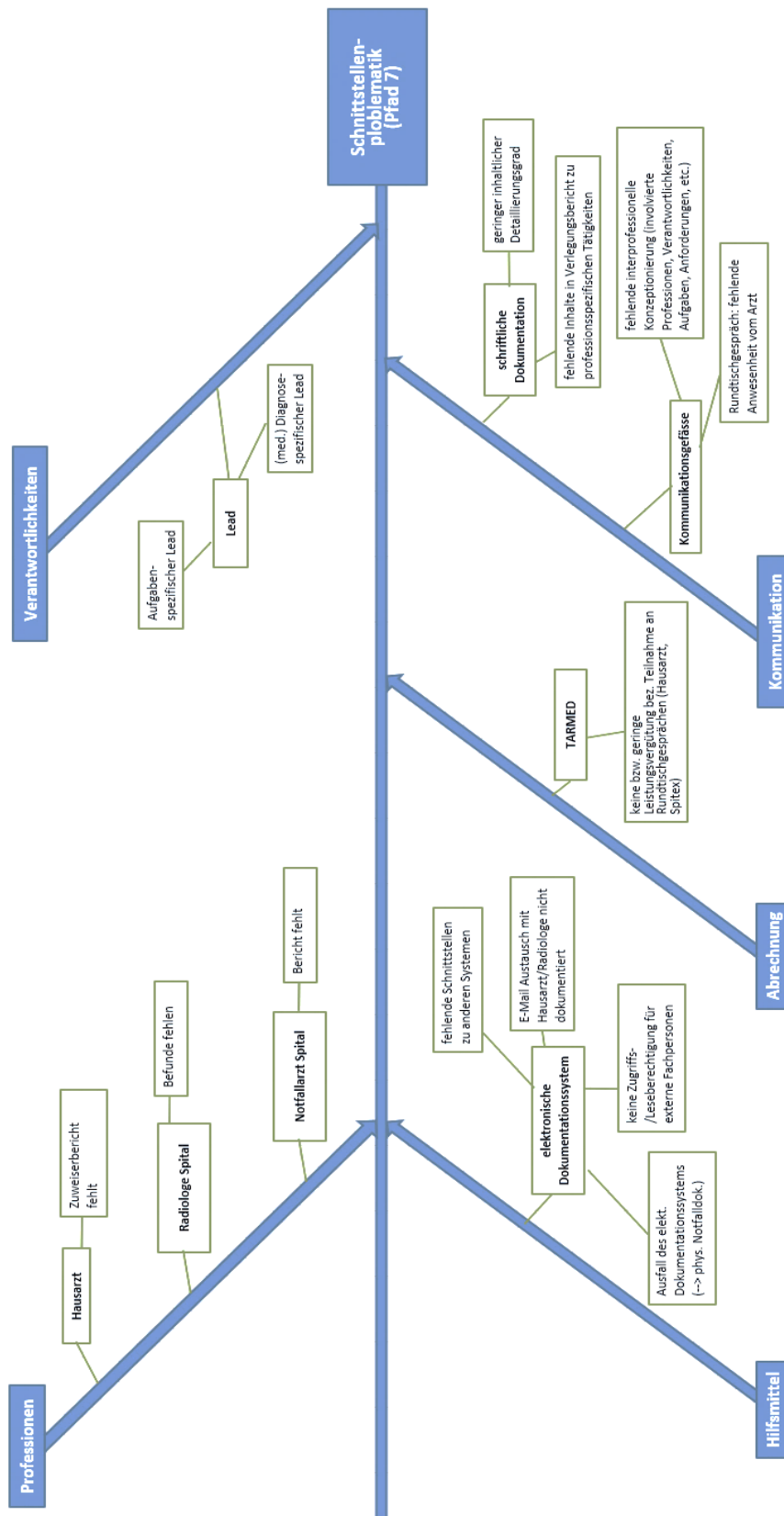
8.8 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 5



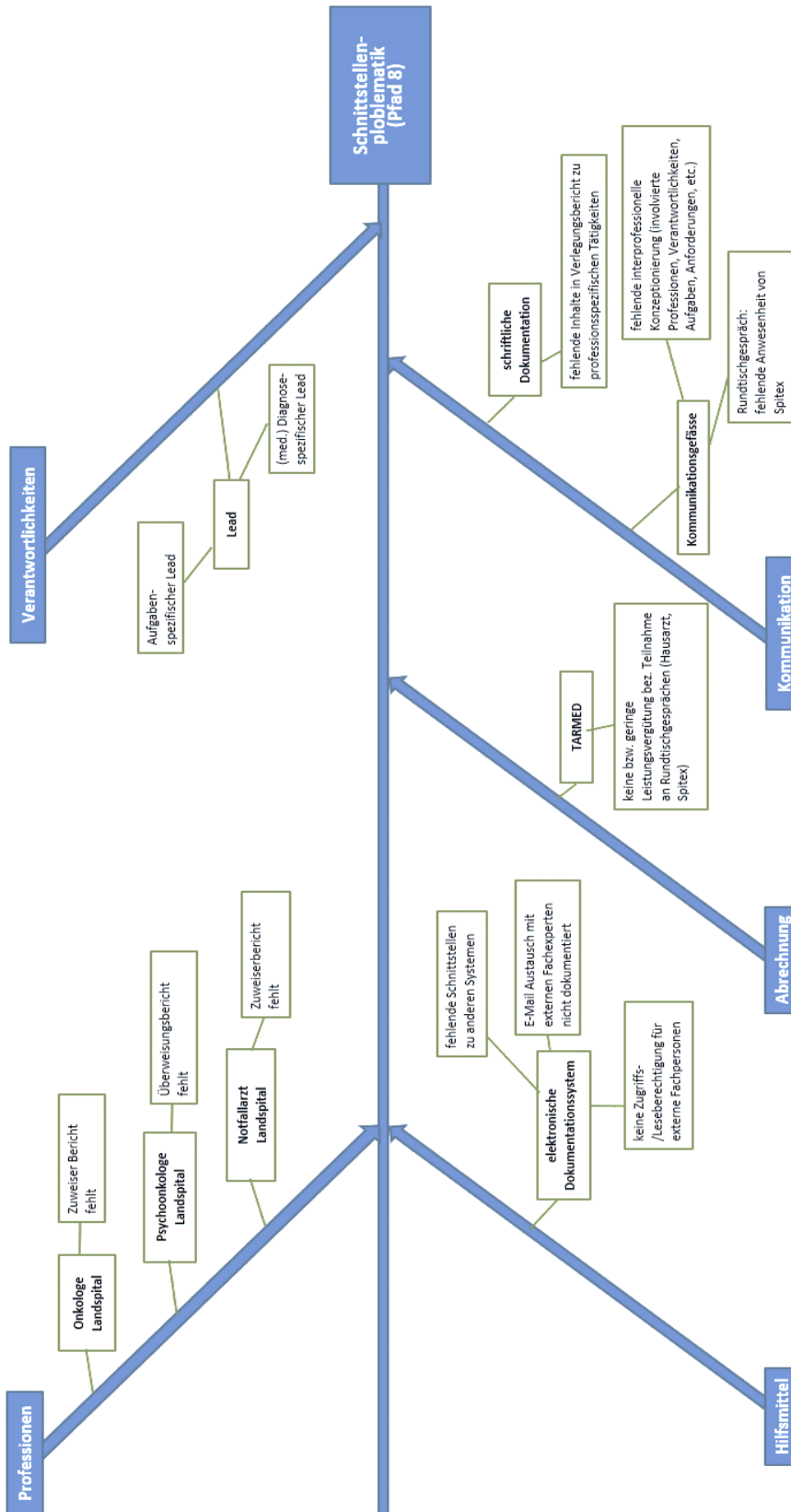
8.9 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 6



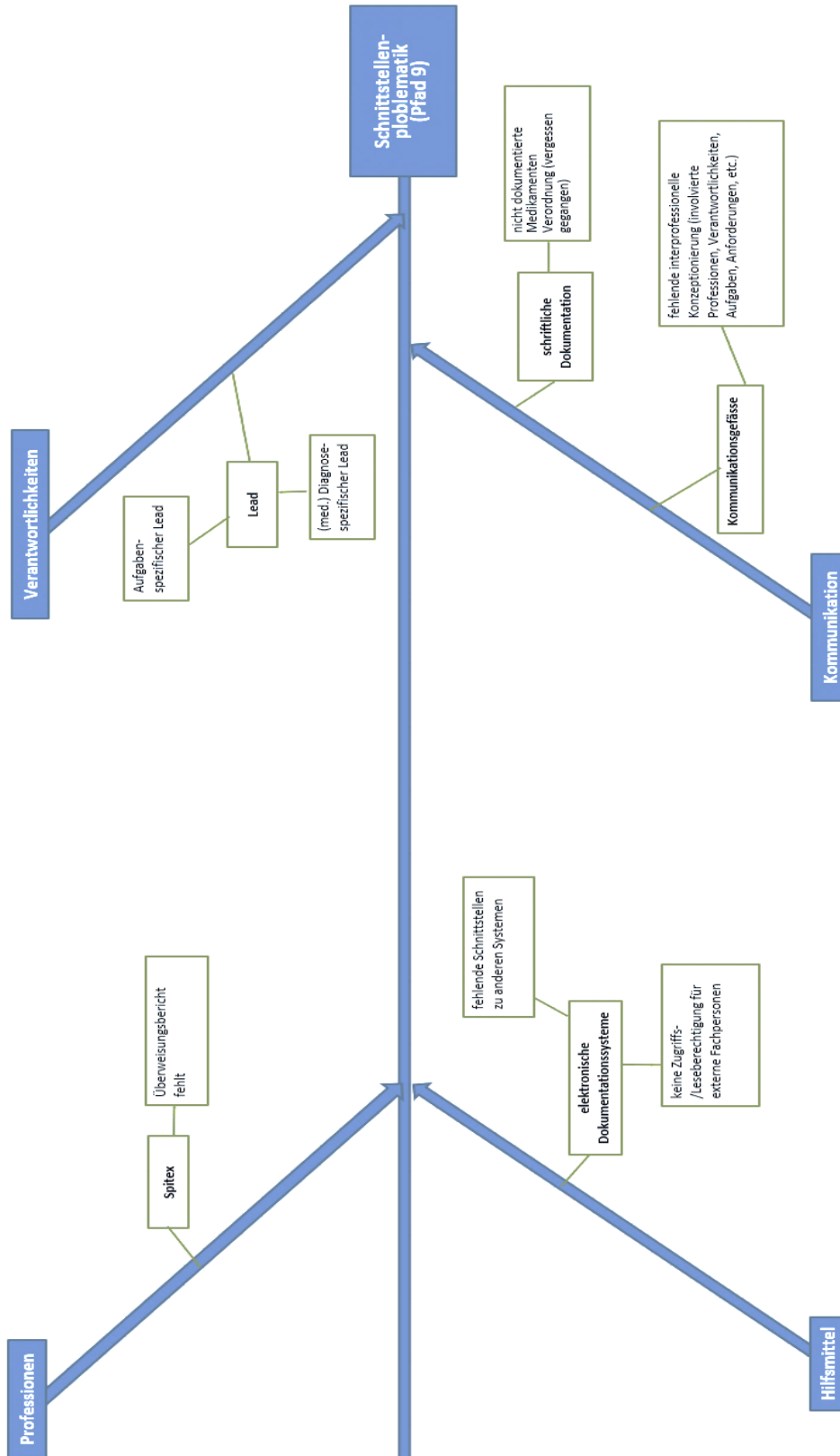
8.10 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 7



8.11 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 8



8.12 Ishikawa-Diagramm Patientenpfad 9



8.13 Interviewleitfaden für Einzelinterviews

Interviewpartner der Sozialberatung, Casemanagement, Prozessmanagement, Qualitätsmanagement

Einführung:

- Information geben über Datenschutz, Einwilligungserklärung und Versand dessen
- Hintergrund Projekt:
 - o Hochkomplexe Patientengruppen
 - o Vorgehen Projekt (Patientenpfade, Dokumentenanalyse, Workshop mit Praxispartnern, 4 Einzelinterviews, Fokusgruppengespräch externe Versorger, 9 Einzelinterviews national)

Schritt 1: Ist-Analyse des Schnittstellenmanagements

Auftrag, Aufgaben und Ziele

1. Welchen Auftrag hat ihr Bereich (Prozessmanagement, Sozialberatung, Case Management, Qualitätsmanagement) in der Insel Gruppe AG/Fachabteilung?
2. Welche Ziele werden von ihrem Bereich/Funktion (Insel Gruppe/Inselspital/Fachbereich) verfolgt?
3. An welchen Outcomes orientieren Sie sich in Ihrer Arbeit?

Schnittstellenmanagement und deren Relevanz

4. Welche Rolle spielt das Schnittstellenmanagement in aktuellen Projekten bzw. ihrer Tätigkeit?
5. Welche Rolle spielt das Prozessmanagement/ Qualitätsmanagement beim Schnittstellenmanagement?
6. Welche Fachpersonen bzw. Professionen sind in Ihrer Arbeit involviert?
 - a. Wer hat (typischerweise) den Lead?
 - b. Welche Rolle spielt IPZ im Schnittstellenmanagement für Sie?

Nur Prozess- & Qualitätsmanagement:

- c. *Inwieweit werden Abteilungsspezifische Kommunikationsgefäße bzw. -instrumente von involvierten Fachpersonen in Projekten berücksichtigt und weshalb?*
- d. *Welche Gefäße oder Instrumente werden von Fachpersonen nicht genutzt und weshalb nicht?*
- e. *Gibt es inhaltliche Vorgaben zu den Informationen, die in den Kommunikationsgefäßen angesprochen bzw. mit den Instrumenten festgehalten werden sollen und einen Einfluss auf das Projekt haben? Wenn ja, welche?*
- f. *Wie werden ihre Leistungen im bestehenden Tarifsysteem abgegolten?*

Nur Sozialberatung & Case Management:

- g. *Welche Kommunikationsgefäße bzw. -instrumente nutzen die involvierten Fachpersonen und weshalb?*
- h. *Welche Gefäße oder Instrumente werden nicht genutzt und weshalb nicht?*
- i. *Gibt es inhaltliche Vorgaben zu den Informationen, die in den Kommunikationsgefäßen angesprochen bzw. mit den Instrumenten festgehalten werden sollen? Wenn ja, welche?*
- j. *Wie werden ihre Leistungen im bestehenden Tarifsysteem abgegolten?*

Schritt 2: Soll-Analyse Optimierung des Schnittstellenmanagements und Rolle von IPZ

Fokus Versorgung und Optimierungspotential

1. Wo sehen Sie beim Schnittstellenmanagement konkreten Optimierungsbedarf hinsichtlich Kontinuität der Versorgung und worauf ist dieser zurückzuführen?
2. Wie könnte das Schnittstellenmanagement hinsichtlich Kontinuität der Versorgung konkret verbessert werden?
3. Gibt es Empfehlungen für ein verbessertes Schnittstellenmanagement (Guidelines, etc.)?
 - o Wenn ja, inwieweit werden diese umgesetzt?
 - o Wie könnte die Umsetzung (weiterhin) unterstützt werden?
4. Inwiefern könnte IPZ zur Optimierung des Schnittstellenmanagements beitragen

8.14 Einladung und Interviewfragen zum Fokusgruppengespräch

Projekt M20: Schnittstellenprobleme & interprofessionelle Zusammenarbeit

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit laden wir Sie herzlich zur Teilnahme am Fokusgruppengespräch zur „Identifizierung des Potenzials einer geförderten interprofessionellen Zusammenarbeit beim Schnittstellenmanagement“ ein. Zur Vorbereitung auf das Gespräch finden Sie leitenden Fragen auf der nächsten Seite.

Datum: Mittwoch, 04.03., 13 – 15 Uhr

Agenda

Begrüßung & kurze Vorstellungsrunde	10´
Präsentation aktueller Erkenntnisse	10´
Input zu Schnittstellenproblemen	30´
Diskussion der Optimierungspotenziale (unter Einbezug der Fragen im Anhang)	50´
Zusammenfassung & Abschluss	20´

Mit freundlichen Grüßen

Franziska Geese
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Prof. Dr. Kai-Uwe Schmitt
Leiter APP

Anhang:

- Fragenkatalog zur Vorbereitung

Fragenkatalog zur Vorbereitung auf das Fokusgruppengespräch

Fokus Schnittstellenmanagement

- a. Welche Fachpersonen bzw. Professionen sind in der Versorgung hochkomplexer Patientensituationen an den Schnittstellen involviert und wer übernimmt typischerweise den Lead?
- b. Welche Rolle spielt interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) im Schnittstellenmanagement?
- c. Welche Kommunikationsgefäße bzw. -instrumente nutzen die involvierte Fachpersonen und weshalb?
- d. Welche Gefäße oder Instrumente werden nicht genutzt und weshalb nicht?
- e. Gibt es inhaltliche Vorgaben zu den Informationen, die in den Kommunikationsgefäßen angesprochen bzw. mit den Instrumenten festgehalten werden sollen? Wenn ja, welche?
- f. Wie werden die Leistungen im bestehenden Tarifsysteem abgegolten?
- g. Zeigen sich Gemeinsamkeiten bei Schnittstellenproblemen aus der Perspektive der verschiedenen Versorger? Wenn ja, welche?

Fokus Optimierung des Schnittstellenmanagements und Rolle von IPZ

- a. Wo gibt es bei den Schnittstellen konkreten Optimierungsbedarf hinsichtlich Kontinuität der Versorgung und worauf ist dieser zurückzuführen?
- b. Wie könnte das Schnittstellenmanagement hinsichtlich Kontinuität der Versorgung konkret verbessert werden?
- c. Falls es bereits vorhandene Empfehlungen für ein verbessertes Schnittstellenmanagement gibt: Weshalb werden sie (noch) nicht umgesetzt und wie könnte die Umsetzung unterstützt werden?
- d. Welche Rolle könnte IPZ dabei spielen bzw. inwiefern könnte IPZ zur Optimierung des Schnittstellenmanagements beitragen?

8.15 Einladung zum Telefoninterview, inkl. Interviewfragen und Ergebnisse

BAG-Projekt: Schnittstellen und interprofessionelle Zusammenarbeit

Guten Tag,

Herzlichen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben als Stellvertreter eines Berufs- bzw. Fachverbandes die Projektergebnisse zum oben benannten BAG-Projekt zu kommentieren.

Zur Vorbereitung des Interviews finden Sie nachfolgend die Interviewfragen sowie einer Übersicht der wichtigsten Ergebnisse des Projekts und dem daraus abgeleiteten Optimierungspotenzial.

Freundliche Grüsse,
Franziska Geese

Interviewfragen

1. In wie weit können Sie die Ergebnisse der Schnittstellenprobleme bestätigen?
 - a. Treffen die Ergebnisse auf die Versorgung von Menschen in komplexen Versorgungssituationen zu?
 - b. Sehen Sie Unterschiede bei den Schnittstellenproblemen in der Versorgung von verschiedenen Patientengruppen (Suizidalität/Palliative Care) bzw. je nach Setting?
 - c. Es gibt international publizierte Empfehlungen für ein verbessertes Schnittstellenmanagement: Weshalb werden sie (noch) nicht umgesetzt und wie könnte die Umsetzung unterstützt werden?
 - d. Haben Sie Ergänzungen?

2. In wie weit können Sie die Ergebnisse zum Optimierungspotenzial bestätigen?
 - a. Können Sie das Optimierungspotenzial bestätigen bzw. sehen Sie weitere Punkte?
 - b. Welche Empfehlungen haben Sie für ein verbessertes Schnittstellenmanagement in der Versorgung von Menschen in komplexen Versorgungssituationen?
 - c. Was versprechen Sie sich von einer geförderten interprofessionellen Zusammenarbeit beim Schnittstellenmanagement?
 - d. Was wären Promotoren und Barrieren einer geförderten interprofessionellen Zusammenarbeit?

Ergebniszusammenfassung

Schnittstellen ergeben sich in der Versorgung von Menschen in komplexen Versorgungssituationen, wenn Patienten von unterschiedlichen Professionen behandelt und betreut werden. Hinzu kommt, dass die Behandlung und Betreuung in verschiedenen Settings verankert ist, beispielsweise in der primären, ambulanten und stationären Versorgung.

Zusammen mit Versorgern aus der stationären und primären Versorgung wurde im Rahmen von Workshops, Einzel- und Fokusgruppengesprächen Schnittstellen und deren Problematiken diskutiert und analysiert. Daraus konnte Optimierungspotenzial abgeleitet und das Potenzial einer geförderten interprofessionellen Zusammenarbeit erörtert werden.

Nachfolgend finden Sie die wichtigsten Ergebnisse dazu.

Schnittstellen in der Versorgung von Menschen in komplexen Situationen

Gutes Schnittstellenmanagement zeichnet sich durch einen patientenzentrierten Versorgungsansatz aus. Hierbei werden Patientenbedürfnisse erhoben und im interprofessionellen Behandlungsteam koordiniert. Wenn nötig, geschieht dies auch über die Grenzen des jeweiligen Settings hinaus. Eine interprofessionelle Grundhaltung in der Zusammenarbeit beim Schnittstellenmanagement stellt die Basis dar. Hinzu kommen Aspekte, wie das Benennen von Ansprechpersonen, die Definition von transparenten Prozessen (beispielsweise das Austritts- und Übergangsmanagement), und die Möglichkeit zur Abrechnung von interprofessionellen Konsultationen und koordinativen Aufgaben.

Es zeichnen sich in der Versorgung von Patienten in komplexen Versorgungssituationen jedoch auch Probleme ab, die zu Herausforderungen beim Schnittstellenmanagement führen. Nachfolgend sind die drei Hauptfaktoren der Schnittstellenprobleme aufgeführt, die sich aus diesem Projekt ergeben haben:

4. Zusammenarbeit in der Patientenversorgung:
 - Professionsbezogen:
 - teilweise mehr als 11 involvierte Professionen
 - häufiger Personalwechsel in Versorgungsinstitutionen
 - unterschiedliche professionspezifische Sozialisation, Rollenverständnis und Kommunikationskultur
 - fehlende Sensibilität bzw. Wissen über andere professionspezifische Aufgaben/Verantwortlichkeiten
 - Verantwortungsbezogen:
 - nicht-Wahrnehmen von professionspezifischen Verantwortlichkeiten
 - unkoordinierte Weiterleitung von patientenrelevanten Informationen
 - unklarer Lead im Rahmen von aufgabenspezifischen und medizinischen Verantwortlichkeiten
 - fehlender Einbezug von relevanten Professionen in der Patientenbetreuung
 - Prozess- und Strukturbezogen:
 - zu wenig transparente Abläufe und Prozesse (Bsp. Austritts- & Übertrittsmanagement)
 - fehlende Definition von Qualitätskriterien (Bsp. Zeitraum bis Berichtversand)
 - fehlende Erstellung von interprofessionellen Unterstützungsdokumenten (Bsp. interprofessionelles Konzept für Austritts- und Übertrittsmanagement)
 - Kommunikationsbezogen:
 - fehlende oder zu späte Zustellung von Berichten von Seite Spital und Primärversorgern
 - erschwerte telefonische Erreichbarkeit von Versorgern
 - keine bzw. zu seltene Organisation von interprofessionellen Rundtisch Gesprächen
 - fehlende Anwesenheit von relevanten Versorgern beim Rundtisch Gespräch
 - Dokumentationsbezogen:
 - fehlende Dokumentation von Verordnungen und patientenrelevanten Behandlungs- und Betreuungsschemata

- fehlende Nachvollziehbarkeit vom Behandlungs- und Betreuungsschemata durch geringen Detaillierungsgrad in der Dokumentation
- 5. Möglichkeiten zur Abrechnung:
 - zu geringe bzw. kein Honorar für koordinative Leistungen in der primären und stationären Versorgung
 - zusätzlicher Aufwand durch Absprachen mit Krankenkassen, um koordinative Leistungen abrechnen zu können
- 6. Verwendung von Hilfsmitteln:
 - unterschiedliche Dokumentationssysteme
 - technische Störungen
 - Fehlende Praktikabilität von elektr. Zuweisungstools
 - unterschiedliche Dokumentationsarten (schriftlich und elektronisch)
 - fehlende Zugangsberechtigung zu Dokumentationssystemen für Versorger (stationär, ambulant)
 - Unsicherheiten im Umgang mit der Datenschutzverordnung

Optimierung von Schnittstellen und das Potenzial geförderter interprofessioneller Zusammenarbeit

Abgeleitet von den Schnittstellenproblemen wird Optimierungspotenzial in unterschiedlichen Dimensionen gesehen. Zum einen bezieht sich das Potential auf die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und zum anderen auf die Ausgestaltung von Prozessen, die Abgeltung von Leistungen und die Verwendung eines einheitlichen Dokumentationssystems. Nachfolgend werden diese Aspekte aufgeführt.

11. Anbieten von interprofessionellen Bildungsangeboten. Diese sollen folgende Themen enthalten:
 - das Vermitteln einer Grundhaltung, die Betreuung an Patientenbedürfnissen auszurichten
 - einen Perspektivenwechsel vom professionellen Versorger zu Betroffenen/ Bezugspersonen
 - einen Perspektivenwechsel von einem zum anderen Setting (z.B. ambulante<->stationäre Versorgung)
 - den interprofessionellen und interdisziplinären Austausch
 - die Gestaltung von Inhalten mit Betroffenen und deren Teilnahme
 - Rollenbilder zur interprofessionellen Zusammenarbeit schaffen und somit die persönliche Haltung ändern
12. Erstellen von praxistauglichen interprofessionellen Konzepten, bezüglich Zusammenarbeit und Kommunikation. Diese sollen beinhalten:
 - Schnittstellen von Settings und Professionen
 - die Nennung der relevanten Professionen und deren Verantwortlichkeiten
 - die Art der Kommunikationsgefäße und deren Ziel
 - die Art der Dokumentation und deren Inhalte
13. Fördern von Netzwerken, durch neutrale Beratungsstellen für Betroffene / Angehörige / Versorger
14. Ermöglichen von abrechnungsfähigen interprofessionellen Leistungen,
 - welche sich an der Ganzheitlichkeit der Patientenbedürfnisse orientiert
 - die koordinative Leistungen abgelden, beispielsweise Teilnahme an Rundtisch-Gesprächen
15. Erstellen von krankheitsspezifischen Patienten-Pathways, welche:
 - interprofessionell erstellt werden und somit alle beteiligten Professionen berücksichtigen
 - die jeweiligen Schnittstellen, Professionen und deren Verantwortlichkeiten definieren
16. Definieren von Prozessen, die:
 - sich am Patienten ausrichten
 - alle professionsspezifischen Verantwortlichkeiten und Schnittstellen berücksichtigen
17. Fördern von Freiwilligkeit und Einbezug von Freiwilligen, beispielsweise durch Vorbereitungskurse
18. Fördern des Selbstmanagements der Patienten zur aktiven Beteiligung
19. Implementieren einer Patienten/Angehörigen-Coach Funktion (Case Management),

- die koordinative Aufgaben im jeweiligen Setting übernimmt
 - die als «Strippenzieher» im jeweiligen Setting fungiert
20. Bereitstellen eines elektronischen Dokumentationssystems,
- dass für alle involvierten Versorger und dem Patienten Zugriff auf alle relevanten Informationen bietet