



Iren Bischofberger und Christine Rex

Case Management in der Spitex – klinische und koordinative Aufgaben aus einer Hand

Obwohl die OECD der Schweiz insgesamt ein gutes Zeugnis für das Gesundheitssystem ausstellt, weist sie doch für die häusliche und ambulante Versorgung von Patient(inn)en mit lang dauernden, komplexen und instabilen Verläufen auf erheblichen Handlungsbedarf hin. Hier setzt der Artikel an. Die Autorinnen analysieren basierend auf neuen gesetzlichen Regelungen, wie klinische Pflegeexpert(inn)en koordinative Aufgaben in der Spitex¹ wahrnehmen und dabei Opportunitäten für Case Management ausloten.

Häusliche Gesundheitsversorgung – eine nationale Herausforderung

Die OECD stellte der Schweiz für die Organisation des Gesundheitssystems zwar insgesamt ein gutes Zeugnis aus (OECD, 2011), insbesondere für den Zugang zur stationären Akutversorgung und für die solidarische Finanzierung der Grundversicherung. Allerdings weist die OECD auch auf die hohen Kosten hin, vor allem für die Budgets der Privathaushalte, und auf die zu wenig koordinierten und integrierten Versorgungsstrukturen der Leistungserbringer, vor allem angesichts der steigenden Bedarfe von Personen mit multiplen und langwierigen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Zudem gibt es eine hohe Dichte an Kostenträgern, die bei Krankheit und Invalidität einer je unterschiedlichen Gesetzeslage wie auch Finanzierungslogik folgen. Innerhalb dieser Strukturen wird den Anliegen der Patient(inn)en und deren Selbstmanagement bislang wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Haslbeck, 2012). Insgesamt ist das Gesundheitssystem deshalb ungenügend vorbereitet

¹ Das schweizerische Spitex ist eine Abkürzung für „spitale externe Hilfe und Pflege“. Die Spitex erbringt Leistungen, die in etwa vergleichbar sind mit den deutschen Ambulanten Pflegediensten bzw. Sozialstationen.

Spitex in der Schweiz

Die Modernisierungsanforderungen an Spitex-Organisationen in der Schweiz sind vor dem Hintergrund folgender statistischer Fakten zu lesen (Bundesamt für Statistik, 2011): Es gibt rund 750 zumeist gemeinnützig und öffentlich-rechtlich sowie auch erwerbswirtschaftlich organisierte Spitex-Organisationen. Diese Zahl sinkt jährlich aufgrund von lokalen oder regionalen Fusionen. Die dominierende Rechtsform ist bislang der gemeinnützige Verein, wobei zunehmend Geschäftsformen wie die AG oder die GmbH gewählt werden. So hat jüngst die größte Spitex-Organisation der Deutschschweiz, die Spitex Limmat Zürich AG, in die Geschäftsform der AG gewechselt. Zusätzlich zu den Organisationen ist eine steigende Zahl

von derzeit rund 380 selbstständig erwerbenden Pflegefachpersonen in der Spitex tätig. Sie können mit einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung und einer Registrierung beim Krankenkassenkonkordat ihre Leistungen, basierend auf einer ärztlichen Verordnung, abrechnen. Während rund einem Jahrzehnt (2000-2011) erhöhte sich der Gesamtaufwand von Spitex-Leistungen pro Klient(in) und Jahr kontinuierlich von CHF 4278 auf CHF 6868. Allerdings entsprechen die in der Spitex erbrachten Leistungen, die von der Grundversicherung (Obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP) übernommen werden, lediglich etwa 2,6% der Kosten im Schweizer Gesundheitswesen.

auf den Bedarf von Patient(inn)en mit langdauernden und therapieintensiven Versorgungsverläufen im Privathaushalt und auf die kooperative Versorgungsplanung mit Patient(inn)en und Angehörigen. Bei diesen Schwachstellen setzt der folgende Artikel an. Ziel ist es, Möglichkeiten der besseren Versorgungskoordination in der häuslichen Pflege zu beleuchten und dabei Opportunitäten für Case Management in der Spitex aufzuzeigen.

Gesetzliche Reformen und Neuerungen – neue Ausgangslage für die Spitex

Mehrere Schweiz weite gesetzgeberische Reformen und Neuerungen in der Gesundheitsversorgung und im Zivilrecht haben der gesundheitspolitischen Leitprämisse „ambulant vor stationär“ wie auch der Selbstbestimmung der Patient(inn)en in den letzten Jahren Auftrieb verliehen. Zum einen trat im Januar 2011 die Pflege-



finanzierung in Kraft. Sie regelt, wer welchen Anteil an Pflegekosten bezahlt - Krankenkassen, Kantone und Gemeinden sowie pflegebedürftige Versicherte. Die Neuregelung betrifft die Spitex-Organisationen insofern, als der Betrieb von Pflegezentren für die Gemeinden teurer ist als Subventionen für die Spitex, und damit gesundheitsökonomisch für Gemeinden ein Anreiz besteht, in die Spitex zu investieren. Zum andern wird die Krankenhausfinanzierung seit Januar 2012 durch pauschalierte Fallkosten (SwissDRG) geregelt, was zu einer (weiteren) Verkürzung der Krankenhausaufenthalte führt und somit Spitex-Organisationen vermehrt pflege-technische und koordinative Aufgaben in klinisch instabilen Situationen übernehmen müssen. Ebenfalls seit Januar 2012 können Spitex-Organisationen gemäss angepasster Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, Art. 7) Koordinationsleistungen bei komplexen und instabilen Patientensituationen im Rahmen der Abklärungs- und Beratungstätigkeit erfassen und der Krankenkasse der betreffenden Patient(inn)en in Rechnung stellen. Dies erfordert von Spitex-Organisationen und insbesondere für die in der Verordnung genannten Pflegefachpersonen (zusätzliches) Know-how zu Fragen der Leistungserfassung und -abrechnung bei Koordinationsfragen (Rex, Giaquinta & Bischofberger, 2013). Schliesslich trat im Januar 2013 das neue Kinder- und Erwachsenenschutzrecht im Zivilgesetzbuch in Kraft. Es fördert das Selbstbestimmungsrecht mit zwei neuen Instrumenten: a) dem Vorsorgeauftrag, mit dem eine handlungsfähige Person die Betreuung und rechtliche Vertretung im Falle ihrer Urteilsunfähigkeit regeln kann, und b) die Patientenverfügung darüber, welche medizinischen Massnahmen im Fall der Urteilsunfähigkeit gelten sollen bzw. welche Person zu bestimmen ist, die bei der Urteilsunfähigkeit entscheidungsbefugt sein soll. Die Patientenverfügung gab es zwar be-

reits seit vielen Jahren, jedoch war sie bislang nicht gesetzlich verankert. Neben diesen Schweiz weit geltenden Regelungen gibt es auf Ebene der 26 Kantone in unterschiedlichen Zeitintervallen Neuerungen in den Pflege- oder Gesundheitsgesetzen, die aus Sicht von Case Management relevant sind. Dazu gehört insbesondere der Auftrag, Beratungs- oder Anlaufstellen für Altersfragen zu schaffen, um mit entsprechend qualifizierten Mitarbeitenden eine Versorgungskoordination aufzubauen.

Koordinationsleistungen – am „Gesundheitsstandort Privathaushalt“ besonders nötig

All diese Neuregelungen führen dazu, dass die koordinativen Aufgaben für und mit zunehmend selbstbestimmten Patient(inn)en für Spitex-Organisationen anspruchsvoller und umfangreicher werden. Das erfordert strukturelle, organisatorische und personelle Entwicklungsschritte. Das Bundesamt für Gesundheit reagierte im Jahr 2010 insofern darauf, als es im Rahmen der Nationalen Palliative Care Strategie allfällige Leistungslücken bei der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die palliative Versorgung prüfte. Das Ergebnis zeigte, dass koordinative Leistungen in der Spitex, die von Pflegefachpersonen erbracht werden, durch die OKP finanziell besser abgegolten werden sollten. Neu können nicht nur Abklärung und Beratung, sondern auch Koordination als Leistung erfasst und mit einer ärztlichen Verordnung auf einer gesetzlichen Basis von der Krankenkasse vergütet werden. Eine Bedingung ist dabei, dass die Pflegefachperson über eine „... zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken“ (KLV, Art. 7, Abs. 2a) verfügt. Ziel muss hier sein, dass die gesetzliche Regelung nicht primär einen Anreiz bietet, die bisher so genannte „unverrechenbare“ Zeit

(oder Anteile daran) als Koordination abzurechnen, sondern dass tatsächlich zusätzliche Zeit für Koordination eingesetzt wird. Noch wichtiger ist, dass durch die bessere Koordination Komplikationen antizipiert und mittels klinischer Einschätzung sekundärpräventiv vermieden werden, einschliesslich unnötiger Spitalaufenthalte. Dieses Ziel ist gerade am Lebensende besonders wichtig, in dem die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung zuhause gepflegt werden und auch dort sterben möchte (Nationale Palliative Care Strategie, 2012). Laut internationalen Studien beschränkt sich der Bedarf nach besserer Versorgungskoordination bei komplexen und instabilen Verlaufssituationen nicht auf die palliative Versorgung (Bodenheimer & Barry-Millet, 2009). Die Neuregelung der Koordinationsvergütung ist denn auch nicht auf palliative Situationen beschränkt.

Entwicklung von Case Management in der Spitex – Kein „one best way“

Welche Konsequenzen ergeben sich auf Ebene der Spitex-Organisationen? Diese Frage stellt sich auch vor dem Hintergrund, dass Case Management als Kernkompetenz in der Strategie 2015 des Spitex Verbands Schweiz aufgeführt ist (Spitex Verband Schweiz, 2008, S. 5). Manche spezialisierten Spitex-Organisationen oder städtischen Gesundheitsdienste, etwa in der onkologischen oder psychiatrischen Versorgung, z.B. in der Stadt Zürich, haben die Arbeit mit der Case Management Methodik bereits in die Wege geleitet und damit gute Erfahrungen gemacht (Ackermann, 2009; Andreae et al., 2011; Kistler Thoma, 2011; Gebhardt, Lüthi & Dammann, 2013). Vor diesem Hintergrund ist die Integration von Case Management in die Schweizer Spitex-Landschaft nicht neu. Deutlich wird in den genannten Beispielen allerdings, dass es „den



Intake: Hr. Xenos, Jg. 1938, wird seit 3 Jahren von der Spitex-Organisation betreut. Das Team äussert die Vermutung, dass er von den Angehörigen vernachlässigt wird, unter anderem weil wiederholt blaue Flecken an den Oberarmen festgestellt wurden. Er liegt morgens wegen Inkontinenz immer im nassen Bett. Die Angehörigen verwenden das Inkontinenzmaterial ineffizient und unwirksam. Deshalb wünscht das Team eine Situationsbeurteilung und Hilfestellung für Interventionen.

Klinische Situation: Hr. Xenos erlitt vor 6 Jahren einen Schlaganfall und ist seither halbseitig gelähmt und bettlägerig. Zudem hat er einen Diabetes Mellitus Typ 2, ist Dekubitus gefährdet und wegen der Mobilitätseinschränkung funktionell inkontinent.

Soziale Situation: Hr. Xenos lebt mit seiner Frau, dem Sohn, der Schwiegertochter und der Enkelin zusammen. Die Familie stammt aus Griechenland. Die sprachliche Kommunikation ist erschwert, denn der Sohn spricht als Einziger gut deutsch. Wegen seiner Berufstätigkeit ist er tagsüber abwesend.

Versorgungssituation: Die Pflege und Betreuung wird hauptsächlich von der Ehefrau übernommen, sie wird dabei von der Familie unterstützt. Die Spitex kommt einmal täglich zur Körperpflege, übernimmt die Überwachung des Diabetes (Blutzucker/Insulin) und richtet einmal wöchentlich die Medikamente.

Assessment: Die Pflegeexpertin verschafft sich während einiger Pflegeeinsätze einen ersten Überblick über den Gesundheitszustand und überprüft die Pflegedokumentation. Sie erstellt eine körperliche Befunderhebung. Abends führt sie ein erstes Gespräch mit dem Sohn. Die sichtbaren pflegerischen Probleme und die Vermutung der Vernachlässigung bzw. der häuslichen Gewalt werden angesprochen. Dabei kommt die Belastung der Familie – emotional, körperlich und finanziell – rasch zur Sprache.

Versorgungsplan: Die Pflegeexpertin beurteilt die Inkontinenzsituation als prioritär und entschärft sie mit einem Urinalkondom. Die Ehefrau erhält mit Hilfe eines Dolmetschers präzise Informationen, wie sie das Inkontinenzmaterial gezielter einsetzen kann. Die Beratung zu besserer Mobilität beinhaltet auch, dass der Sohn mit Hilfe des Hausarztes einen Spezial-Rollstuhl bei der Rentenversicherung (AHV) beantragt. Diesen passt die Vermietungsstelle (SAHB) vor Ort an. Zudem bewilligt die Krankenkasse einen Rehabilitationsaufenthalt, um die Bewegungsfunktionen zu verbessern. Für das Pflegebett erhält Hr. Xenos von der Ergänzungsleistung einen Finanzierungsbeitrag. Die Diabetestherapie wird mit einem oralen Medikament ergänzt, und die Familie wird für die Verabreichung vor den Mahlzeiten instruiert.

Monitoring und Kommunikation: Im Spitex-Team erhält die Pflegeexpertin eine Pflegefachperson als „Tandempartnerin“ für die direkte Pflege, Anleitung und Beratung, einen Teil des Monitorings sowie die Pflegeprozesssteuerung zur Seite gestellt. Erste Ansprechperson für die Familie bleibt bis auf weiteres die Pflegeexpertin.

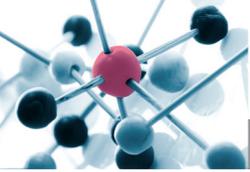
Evaluation: Die Massnahmen führen zu einem Mehrfacheffekt. Komplikationen wie z.B. Hautschädigungen und die befürchtete erschwerte Wundheilung bei Diabetes bleiben dank dem Urinalkondom und der besseren Beweglichkeit aus. Die Kosten für Inkontinenzmaterialien sinken für die Familie und die Krankenkasse. Die Blutzuckerwerte verbessern sich aufgrund der neuen Insulinverordnung. Wissenslücken und Missverständnisse zwischen der Familie und dem Spitex-Team sind beendet. Die Zuständigkeit für die Kommunikation ist geklärt. Insgesamt steigt die Zufriedenheit und Sicherheit aller Beteiligten. Die Situation bleibt aufgrund der somatischen und sozialen Situation weiterhin komplex. Jedoch haben das Spitex-Team und die Familie Xenos erlebt, wie eine Stabilisierung herbeigeführt werden kann und wo das Augenmerk bei einer möglichen Verschlechterung frühzeitig nötig ist. Nicht zuletzt ist nun die Basis geschaffen, dass die Familie Xenos den Vorsorgeauftrag und die Patientenverfügung besprechen und festlegen kann.

einen besten Weg“ hin zu einem kohärenten Modell von Case Management in der Spitex nicht gibt – und im föderalen und kleinteilig organisierten Schweizer Gesundheitssystem auch nicht geben kann. Hingegen besteht ein Bedarf, die Eckpunkte, die sich unter Nutzung der Case Management Methodik in der häuslichen Gesundheitsversorgung bewährt haben, deutlicher heraus zu arbeiten.

Klinische und koordinative Kompetenzen – Hand in Hand in der Spitex

Zu diesen Eckpunkten gehört in der Spitex, die klinischen und koordinativen Kompetenzen zu kombinieren, die bei somatischen und psychischen Problemen insbesondere bei vulnerablen Personen(gruppen) in krisenhaften Zuständen rasch

vor Ort im Privathaushalt erforderlich sind. Hier erweisen sich die neuen, klinisch orientierten (Fach-)Hochschulabschlüsse von Pflegefachpersonen insbesondere auf Masterstufe als Chance für die Spitex. Dies zeigt das folgende Beispiel aus der Berufspraxis der Zweitautorin, die als Pflegewissenschaftlerin ausgebildet und zu 50% in einer Spitex-Organisation als Pflegeexper-



tin tätig ist (siehe Beispiel im Kasten). Worin zeichnet sich das Fallbeispiel hinsichtlich klinischer und koordinativer Kompetenzen aus, und wie lässt sich die Arbeitsweise charakterisieren? Eine Pflegeexpertin erstellt basierend auf bestehenden Patientendaten, die ihr rapportiert werden und die aus der Patientendokumentation ersichtlich sind, zunächst ein Screening zum somatischen und mentalen Zustand. Vor Ort im Privathaushalt führt sie ein erweitertes Assessment hinsichtlich des Schweregrades der somatischen, psychosozialen, familialen und finanziellen Situation durch. Aufgrund ihrer systemischen Sichtweise und der allparteiischen Grundhaltung weitet sie den Blick von der individuellen hin zur systemischen Situationsanalyse. Dazu stellt sie gezielt Fragen, erhebt die Befunde der relevanten Körperorgane, orientiert sich über die Medikation, erkundigt sich nach der Absicherung durch die Sozialversicherung und schätzt das Ressourcenpotenzial der Angehörigen ein. Sie interpretiert auch Zeichen häuslicher Gewalt und stellt generell Fragen zu tabuisierten Themen. Sie erkennt die Relevanz für eine Meldung an die neue Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), deren Abläufe in den Kantonen derzeit im Aufbau sind. Aufgrund dieses Gesamtbilds antizipiert sie den Verlauf und wird koordinativ tätig, indem sie mit anderen Akteuren zusammen arbeitet, insbesondere mit dem Hausarzt. Sie kommuniziert die klinischen Daten präzise und zeitnah und kann so vermeiden, dass der Hausarzt einen unnötigen Hausbesuch machen muss. Bei Bedarf erhält sie aufgrund ihrer Priorisierung rasch einen Termin für eine Besprechung. In der Massnahmenplanung ordnet sie pflegerische Massnahmen an oder übernimmt sie im Bedarfsfall selber, insbesondere bei der Schulung oder Beratung in Bezug auf das Medikamentenmanagement oder neu zu nutzende Hilfsmittel. Sie for-

muliert schriftliche Vereinbarungen, überprüft die Einhaltung, bei Bedarf auch die klinischen Parameter, eruiert die Familien- und Einzelsituation und schätzt die Ergebnisse von Arzt- oder anderen Terminen ein. Sobald sich die Situation auf allen Ebenen stabilisiert hat, tritt die Pflegeexpertin und damit auch ihre klinische und koordinative Unterstützung sozusagen wieder in die zweite Reihe, und sie überlässt die pflegerische Versorgung, die Koordination wie auch die weiteren Abklärungen bei Sozialversicherungen den anderen Fachleuten im Spitex-Team. In diesem Sinne fungiert die Pflegeexpertin als Case Manager „ad interim“, indem sie vorübergehend ihren breiteren Wissenshorizont sowie ihre klinischen und koordinativen Kompetenzen zur Verfügung stellt. Wie lange diese Interimsphase dauert, ist je nach individueller Patienten- und Angehörigensituation wie auch aufgrund der personellen Besetzung des Spitex-Teams unterschiedlich und wird flexibel gehandhabt. So können beispielsweise Angehörige durchaus den Erstkontakt zur Pflegeexpertin weiter behalten, sie wird die Kommunikation entsprechend mit dem Spitex-Team navigieren.

Case Management – Potenzial für Organisationsentwicklung

In ihrer Funktion ist die Pflegeexpertin auch Coach und Rollenmodell für die Pflegefachpersonen, die in der Spitex bzw. im dualen Schweizer Bildungssystem meistens eine höhere Fachausbildung in der Pflege haben (Tertiärstufe B). Diese Qualifikation weist rund ein Drittel der Mitarbeitenden in Spitex-Organisationen auf (Bundesamt für Statistik, 2011). Auch auf die anderen Berufsgruppen in der Spitex, die für Betreuung und Hauswirtschaft zuständig sind (diese haben meist einen Bildungsabschluss auf dem Niveau der Sekundarstufe 2), wirkt die Pflegeexpertin steuernd, indem

sie den präventiven Blick für klinische (Alarm)Zeichen schult, etwa für Veränderungen des Beinumfangs bei Herzinsuffizienzpatient(inn)en, oder durch eine wertschätzende Grundhaltung in Bezug auf das Selbstmanagement der erkrankten Personen. Durch dieses integrative Vorgehen ergeben sich für die Pflegeexpertin – sozusagen „in vivo“ – Erkenntnisse zum Fort- und Weiterbildungsbedarf bei Team-Mitgliedern.

Vor diesem Hintergrund hat der so praktizierte Case Management Ansatz in Spitex-Organisationen eine advokatorische Funktion auf drei Ebenen: a) bei Patient(inn)en und deren Angehörigen, indem die komplexe Situation unmittelbar in der individuellen Lebenswelt stabilisiert wird, b) bei Mitarbeitenden, indem ihre klinischen und koordinativen Fähigkeiten und das entsprechende Know-how kontinuierlich im Spitex-Alltag weiter entwickelt und bei Bedarf mittels weiterführenden Qualifikationen gefördert werden, und c) auf der Ebene der Organisation, indem die Ressourcen der Pflegeexpertin sowohl dem Wohlbefinden der Patient(inn)en als auch der Praxisentwicklung zu Gute kommen.

Abschließend stellt sich bei diesem Ansatz von Case Management die Frage nach dem Case Load, der geleistet werden kann. Wichtig ist dafür, die Arbeitszeit zeitnah zu erfassen und basierend auf den Erfahrungswerten die Planung vorzunehmen. Zentral ist in der Ausgestaltung der Stelle, dass kurzfristig sehr intensive Arbeitsphasen auftreten können, und dass deshalb gemäss dem Motto „patients first“ andere Aufgaben, etwa Recherchen, in den Hintergrund rücken und in weniger intensiven Zwischenphasen bearbeitet werden. Um die Kontinuität der verfügbaren Expertenkompetenzen zu sichern, ist eine volle Stelle betrieblich wünschenswert. Budgetär kann sie unter anderem dadurch gefördert werden, dass Patient(inn)en durch den adäquaten



Zugang zu Sozialversicherungen ihre (Spitex-)Rechnungen besser begleiten können. Denkbar ist auch, dass die eine zweite 50% Stelle durch eine Bachelorabsolventin besetzt wird, die im Sinne der Nachwuchsförderung in die Aufgaben der Pflegeexpertin eingeführt wird und bei Interesse als Personalentwicklungsmassnahme die weiterführende, berufsbegleitende Qualifikation auf Masterstufe erlangen kann.

Fazit – Koordination und Case Management als Gebot der Stunde

Wenn zunehmend Patient(inn)en mit komplexen, instabilen und lang dauernden Verläufen zuhause leben, sind Stellenprofile für klinische Pflegeexpert(inn)en mit ausgewiesenen koordinativen Kompetenzen ein Gebot der Stunde jeder Spitex-Organisation. Internationale und nationale Analysen zur ambulanten Gesundheitsversorgung zeigen, dass diese Entwicklung unumgänglich ist und die Strukturen interdisziplinär und interinstitutionell noch stärker auszubauen sind (Bundesamt für Gesundheit, 2013; Rosenfeld & Russell, 2012).

Literatur

Andreae, A., Heim G., Raupp K. & von Wyl, A. (2011). Case Management unter erschwerten Bedingungen - Erfahrung mit einem Versorgungsmodul für Schwerkranken an der ambulanten-stationären Schnittstelle. *Care Management* 4 (1), 7-11.

Bodenheimer, T. & Berry-Millet, R. (2009). Care management of patients with complex health care needs. Research Synthesis Report. San Francisco: Center for Excellence in Primary Care, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco.

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. Bilanz «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» und Handlungsbedarf 2013–2015. Bern: BAG/GDK.

Bundesamt für Gesundheit (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates – Gesundheit 2020. Bern: BAG.

Gebhardt, R.-P., Lüthi, R. & Dammann, G. (2013). Intensive Case Management an der Nahtstelle zwischen stationärer und ambulanter psychiatrischer Versorgung. *Care Management* 8(2), 83-87.

Haslbeck, J. (2012). Selbstmanagementförderung: Empowerment zu gesundheitsbewusstem Leben mit chronischer Krankheit. *Care Management* 5(1), 23–26.

Kistler Thoma, C. (2011). Wer krank ist, ist manchmal arm dran... Kompass – Case Management für Menschen mit komplexen somatopsychosozialen Belastungen. *Care Management* 4(5), 11-12.

OECD (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. Brussels: OECD

Rex, C., Giaquinta, R. & Bischofberger, I. (2013, in Erscheinung). Koordinationsleitungen in der Spitex abrechnen – wie geht das? *Schauplatz Spitex*, No. 4 (August).

Rosenfeld, P. & Russell, D. (2012). A review of factors influencing utilization of home and community-based long-term care: Trends and implications to the nursing workforce. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 13 (2), 72-80.

Spitex Verband Schweiz (2008). Spitex-Strategie Schweiz

2015 – Ziele und Strategien für die Spitex. Bern: Spitex Verband Schweiz.

Stanton, M.P. & Barnett Lammon, C.A. (2008). The „wins“ of change: Evaluating the impact of predicted changes on case management practice. *Professional Case Management*, 13 (3), 161-168.

Prof. Dr. Iren Bischofberger



Prorektorin Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Zürich
 Professorin für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung, Studiengangsleitung MSc in Nursing by Applied Research,
iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch

Christine Rex



RN, MSc in Nursing, Studiengangsleitung Master of Advanced Studies (MAS) in Care Management, Kalaidos Fachhochschule Gesundheit und Pflegeexpertin RegioSpitex Limmattal/Kanton Zürich,
christine.rex@kalaidos-fh.ch