

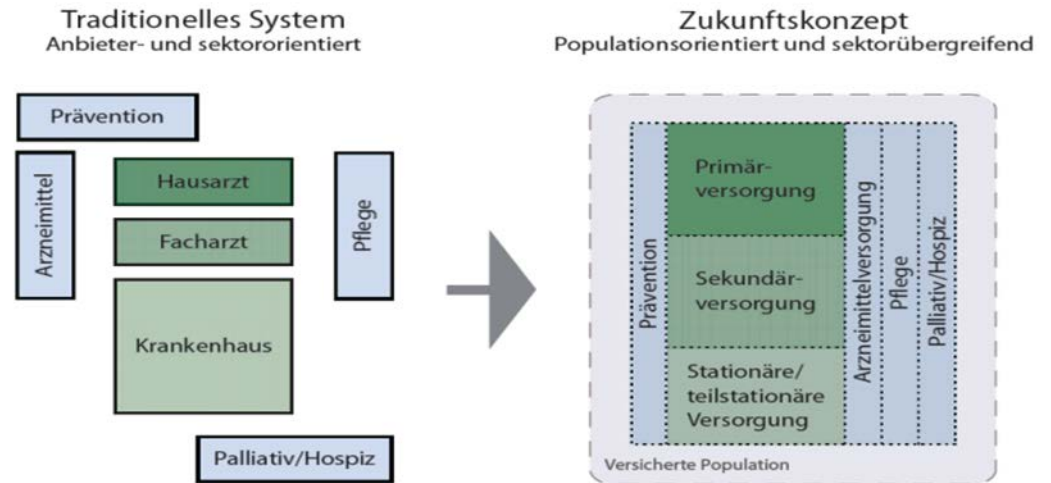
Ergebnisse der Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen

Dr. Grit Braeseke

Symposium
Berlin, 07. März 2019

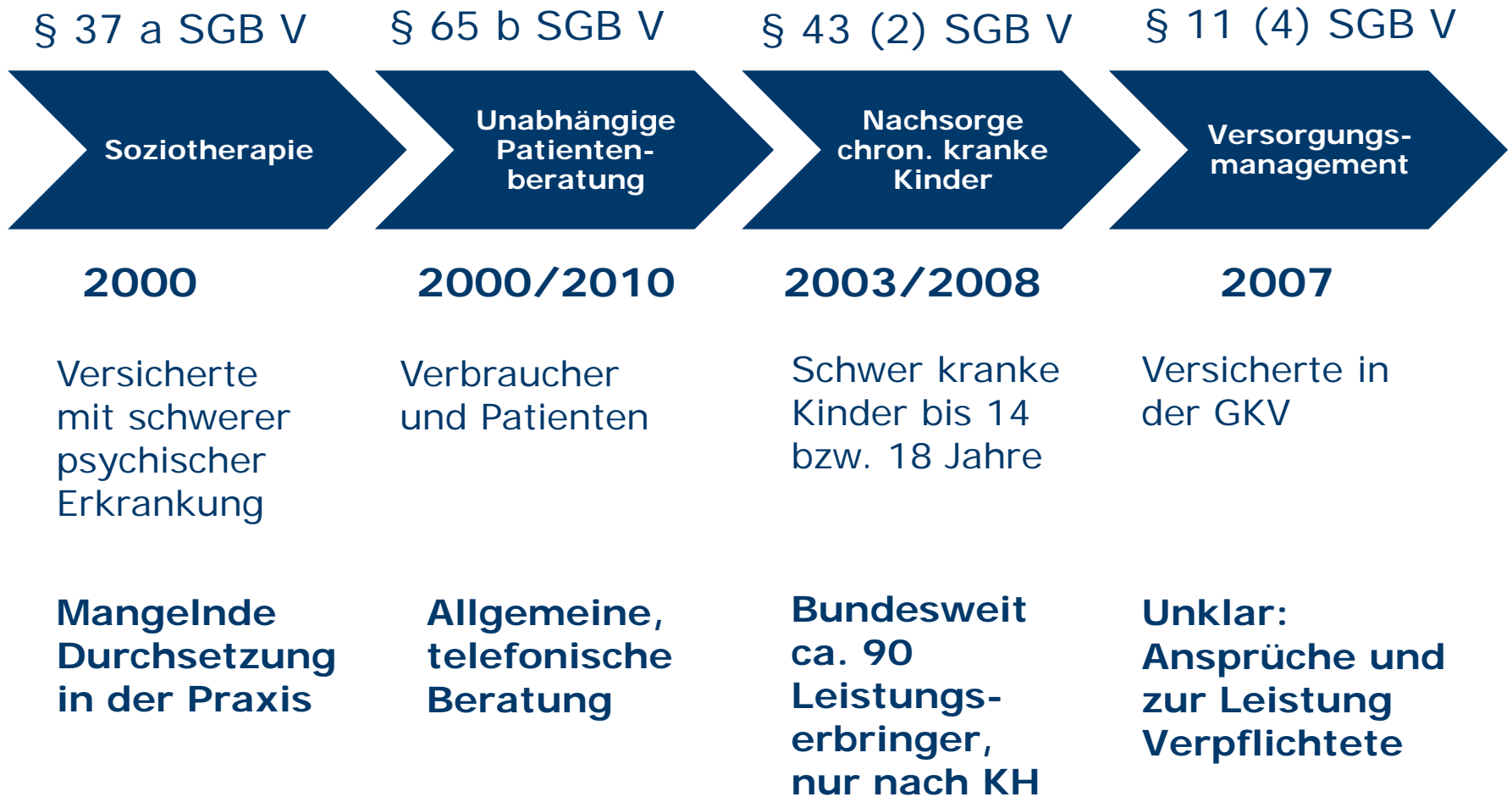
- Alterung der Gesellschaft geht mit zunehmender Prävalenz von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen einher
- Dies erfordert einen Wandel in der Gesundheitsversorgung:
 - Patientenbezogene Perspektive
 - Individuelle Ziele, partizipative Entscheidungsfindung
 - Priorisierung, Monitoring
 - Multidisziplinäres Team
 - Einbindung von Angehörigen
 - Proaktive Ermittlung der Bedarfe
 - Individueller Versorgungsplan

→ **Kommunikations- und Koordinationsbedarf**

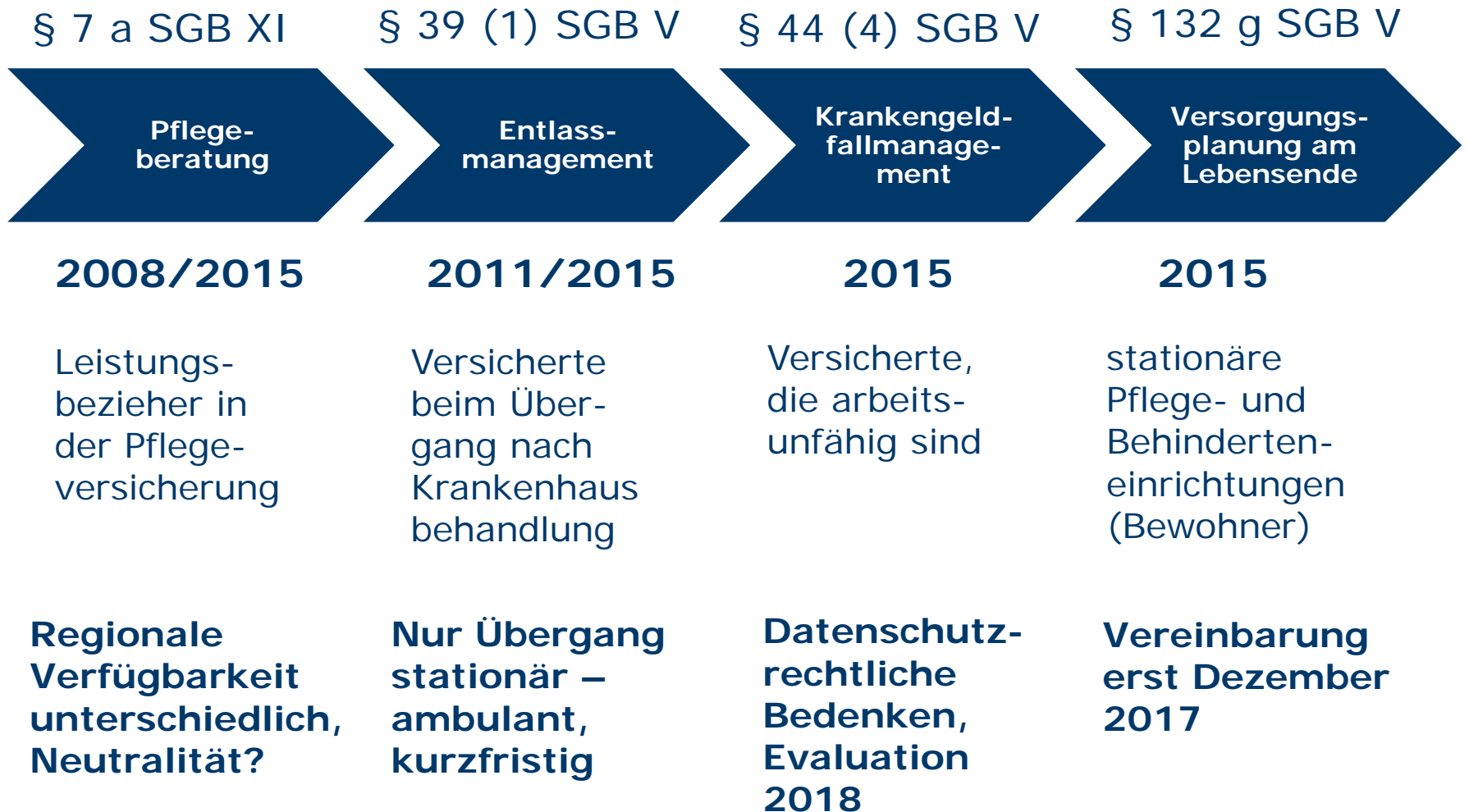


Quelle: Sachverständigenrat 2009: 165

Verankerung von Koordination im Sozialrecht



Verankerung von Koordination im Sozialrecht



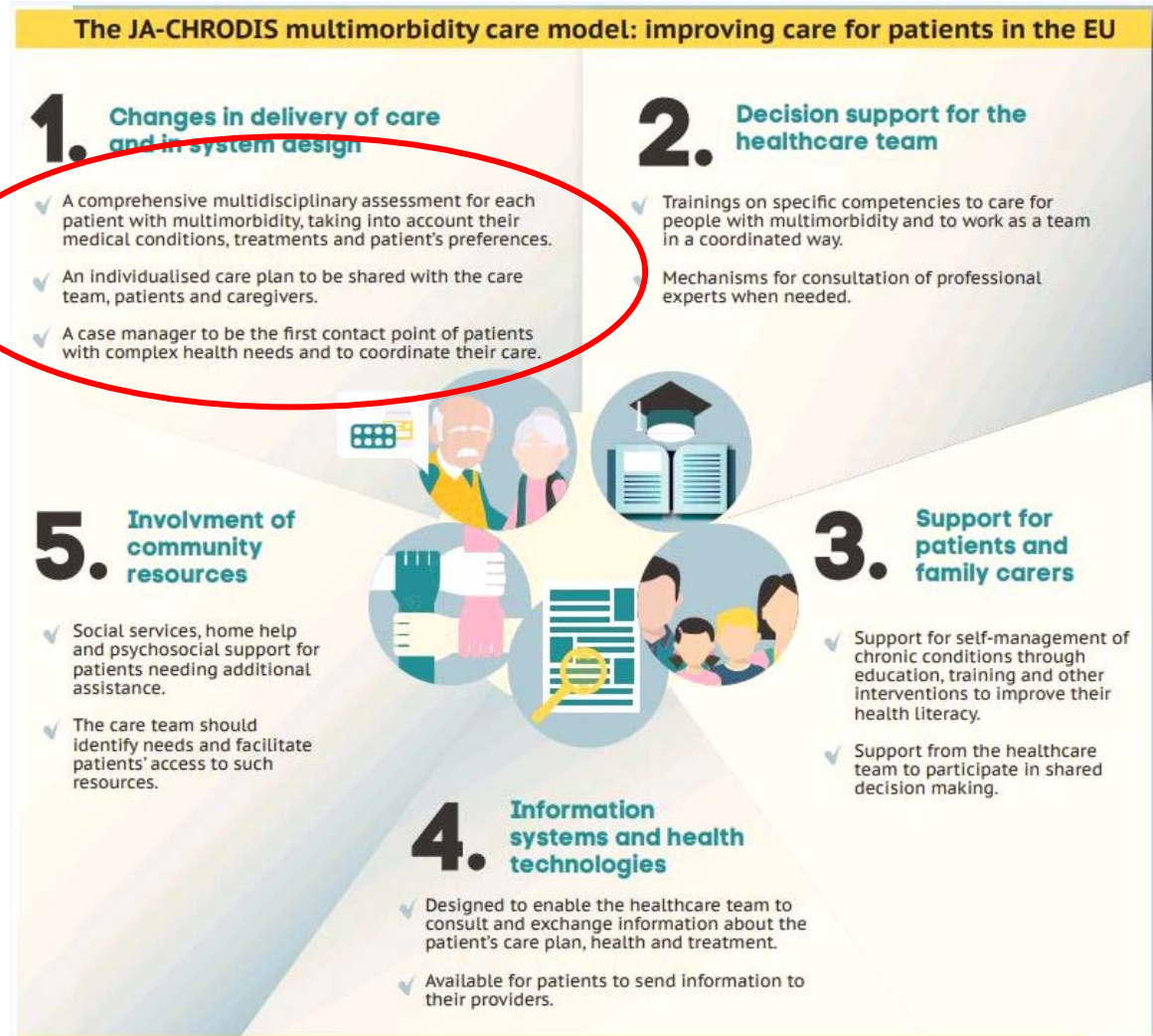
- Rechtliche Vorgaben teilweise unklar (Anspruchsinhalte, wer soll Leistung erbringen)
- Regelungen entfalten teilweise in der Praxis kaum Wirkung (Soziotherapie, sozialmedizinische Nachsorge für chronisch kranke bzw. schwerstkranke Kinder)
- Konkrete Leistungen zur Koordinierung der Versorgung gelten meist nur für spezifische Patientengruppen (psychisch Kranke, Kinder, bei Pflegebedürftigkeit ...)
- Leistung nur für einzelne Schnittstelle und kurzfristig (Entlassmanagement)
- ➔ **Vorhandene sozialrechtliche Regelungen decken nicht den grundsätzlichen Bedarf an Versorgungskoordination, der aufgrund zunehmender Multimorbidität und Alterung der Bevölkerung entstanden ist.**

- Chronic Care Modell (Wagner 1996)
 - Anerkennen der zentralen Rolle des Patienten im Management seiner Erkrankung (Empowerment)
 - Aufgabenteilung innerhalb eines Behandlungsteams, **krankheitsbezogenes Care-Management** für Hoch-Risiko-Patienten anhand klinischer Protokolle
 - Vernetzung zwischen den Beteiligten eines Versorgungssystems
- Weiterentwicklung zum Improving Chronic Illness Care (ICIC) (Wagner et al. 2001) – zusätzliche Kernelemente:
 - Kulturelle Kompetenz
 - Koordination der Versorgung mittels klinischer Informationssysteme
 - **Individuelles Case-Management** (nicht krankheitsspezifisch)
- Guided Care – Case-Management für multimorbide PatientInnen und ihre Angehörigen (Boyd 2007):
 - **Guided Care Nurse** betreut 50-60 PatientInnen/Jahr
 - Assessment und individueller Versorgungsplan, Monitoring
 - Befähigung zum Selbstmanagement, Patientencoaching, Unterstützung Angehöriger
 - Koordination der Versorgung beim Transfer, Zugang zu regionalen Angeboten

Multimorbidity Care Model (MCM), entwickelt 2016 auf Basis der Erfahrungen von 26 europäischen Ländern (Joint Action CHRODIS)

1. Organisation der Leistungserbringung
2. Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (Evidenzbasierte Medizin)
3. Förderung von Selbstmanagement
4. Informationssysteme und Technologien
5. Soziale und kommunale Ressourcen

Quelle: <http://www.eu-patient.eu>



Übersicht Lotsenprojekte 1

	Projekt PHB* München	Gemeinde- schwester ^{PLUS}	Gesundheits- helfer Lippe	Casaplus®	PracMan
Zielgruppe	75plus 65plus (Migranten); isoliert lebend; von Armut bedroht	Hochaltrig ohne Pflegebedarf nach SGB XI; in der eigenen Häuslichkeit lebend	Älter, multimorbide, in der eigenen Häuslichkeit lebend	55 plus; besonders gefährdete Versicherte einer Krankenkasse	18plus; chronische Erkrankungen; Ausschluss Demenz
Inhalt des Projektes	Proaktive Hausbesuche; Vermittlung passgenauer Hilfen; lebensweltlicher Ansatz	Proaktive Hausbesuche, Ermittlung von Risiken und Gefährdungen; Vermittlung von Hilfen	Sektorenüber- greifendes Case- Management; Koordination aller Prozesse; Beratung und Information	Fallmanagement -Programm; Vermeidung von Krankenhaus- aufenthalten; präventive ambulante Interventionen	Hausarztpraxis- basiertes Case- Management; Beratung, Hilfeplan, Monitoring; Verbesserung der Lebensqualität
Zugang zur Zielgruppe	Niedrigschwellig, aufsuchend, unterschiedliche Zugänge über Träger	Niedrigschwellig, aufsuchend, feste Sprechzeiten in bekannten Einrichtungen	ausschließlich über den medizinischen Bereich (Hausarzt oder Facharzt)	über die Kranken- versicherung; spezielles Screening	Casefinding durch Screening der AOK BW und Entscheidung des Hausarztes
Grundquali- fikation der Lotsen	Sozialpädagogisch plus Zusatzqualifikation	Pflegerisch plus Zusatzqualifikation	Pflegerisch plus Zusatzqualifika- tion	Medizinisch (pflegerisch) plus Zusatzqualifi- kation	MFA als VERAH und PracMan Einsteigerschu- lung

* PHB - Präventiver Hausbesuch

Übersicht Lotsenprojekte 2

	Projekt PHB München	Gemeindegemeinschaften ^{PLUS}	Gesundheits- helfer Lippe	Casaplus [®]	PracMan
Träger	ASZ, SBH, GEWOFAG, Verein Stadtteilarbeit e.V.	Verschiedene Träger in den 7 Modellregionen	Klinikum Lippe und Ärztenetz Lippe (Geriatrischer Versorgungsverbund)	MedicalContact AG in Verbindung mit der teilnehmenden Krankenkasse	AOK BW und teilnehmende Hausarztpraxen
Finanzierung	Kommunen mit insgesamt 570.000 €	Zu 100 % durch das Land Rheinland-Pfalz	Je 50 % von Land NRW und den Projektpartnern (insgesamt 1 Mio. €)	Durch die jeweils teilnehmenden Krankenkassen im Rahmen des SGB V	Abrechnungsziffer in HZV-Vertragssoftware mit 80 €/Patient und Quartal
Verstetigung	Ja, angebunden an ASZ-plus	noch ungewiss	Ja, Gründung „RVL - Regionales Versorgungskonzept Lippe GmbH“	Ja, Teilnahme der Krankenkasse jederzeit möglich	Ja, bereits in Regelversorgung in BW übernommen

Quelle: Zusammenstellung IGES

- Einerseits Ansätze, bei denen ältere Menschen zu Hause präventiv aufgesucht werden, um Bedarfe frühzeitig zu erkennen, Einsatz von Sozialarbeitern, Finanzierung durch Kommune bzw. Land.
- Andererseits Lotsen für Personen mit komplexem medizinischem Versorgungsbedarf (Schlaganfall, Demenz), Sicherstellung der Versorgungskontinuität durch Schnittstellenmanagement/bessere Überleitung über längeren Zeitraum, Lotsen meist Pflegefachkräfte, Finanzierung durch Krankenkassen.
- Alle Angebote bzw. Projekte adressieren die Zielgruppe aktiv, d. h. aufsuchend oder Ansprache im Versorgungsprozess.
- Die Lotsen verfügen in der Regel über spezifische Weiterbildungen, häufig im Bereich Case-Management.
- Einsatz von Lotsen muss einhergehen mit Weiterentwicklung regionaler, vernetzter Versorgungsstrukturen bzw. befördert diese.
- Positive Resonanz der Patienten – sie empfinden eine höhere Versorgungssicherheit durch Tätigkeit der Lotsen.

- Es gibt bundesweit zahlreiche Modellprojekte zum Einsatz von Patientenlotsen für ausgewählte Patientengruppen mit komplexen Versorgungsbedarfen.
 - Patientenlotsen tragen tendenziell zur Überwindung der Sektorentrennung bei.
 - Hinweise auf Verbesserung der Lebensqualität und Patientenzufriedenheit sowie Verringerung von Krankenhausaufenthalten
 - Versorgungsmanagement erfordert im Vergleich zum Status quo zusätzliche Personalressourcen.
- **Es gibt kaum belastbare Nachweise zur Effektivität des Einsatzes von Patientenlotsen – Studien nutzen vielfältige Interventionen, kleine Studienpopulationen, methodische Schwächen (insb. Zieldefinition bei Multimorbidität)**

- **Bedarf:**

Ausgangspunkt Wirtschaftlichkeitsgebot gem. SGB V: Behandlungserfolg erfordert *Information, Beratung, Anleitung, Koordination und Begleitung*

- **Zielgruppen:**

schwer, chronisch kranke und multimorbide Patienten, die zusätzlich in ihrer Selbstmanagementfähigkeit (aufgrund von Alter, funktionalen Beeinträchtigungen oder ungünstigen Umfeldbedingungen) vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind, deren soziales Umfeld die erforderliche Unterstützung nicht leisten kann und bei denen eine ausführliche Beratung nicht ausreichend ist.

- **Zugang zur Leistung:**

Feststellung des Bedarfs durch einen Arzt, Verordnung: Angaben zu den Diagnosen, ICD-10 und Funktionsdiagnosen, zum Interventionsbedarf sowie zu den Kontextfaktoren, die aus ärztlicher Sicht den Erfolg der erforderlichen Interventionen gefährden.

Aufgaben der PL:

- Erfassung der Bedarfe der Patienten und ggf. ihrer Angehörigen,
- Information, Anleitung und Beratung (Verbesserung der Gesundheitskompetenz, Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten)
- Erarbeitung eines passenden Versorgungsplans gemeinsam mit Patienten und Angehörigen und dessen Abstimmung mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin sowie ggf. weiteren Leistungserbringern,
- die entsprechende Organisation und Anpassung des Versorgungsmixes (einschl. Unterstützung bei Antragstellung und Auswahl geeigneter Leistungserbringer),
- die regelmäßige Überprüfung der Versorgungsqualität und
- die Aufrechterhaltung des kontinuierlichen Kontakts zu den Patienten und Angehörigen.

Qualifikation der PL:

- Pflegefachkräfte, medizinische Fachangestellte, Soziotherapeuten (psych. Kranke)
- vertiefte Kenntnisse im Sozialleistungsrecht,
- Weiterbildung zum/zur Case-Manager/-in
- vertiefte Kenntnisse/Weiterbildungen im Bereich Kommunikation, Gesprächsführung, strukturiertes Problemlösen, Selbstreflexion und Supervision

Neutralität und Datenschutzerfordernissen:

- PL müssen neutral und unabhängig sein.
- Der/die Patient/-in muss explizit seine/ihre Zustimmung für den Einsatz eines PL erteilen.
- Der/die Patient/-in stimmt der Weitergabe von personenbezogenen Daten zu (Schweigepflichtentbindung).

IGES Institut
Dr. Grit Braeseke

www.iges.com