

Innovationsfonds-Projekt RubiN – „Regional ununterbrochen betreut im Netz“

„Leistungsanspruch“ auf Care- und Casemanagement



Projektfakten

Konsortialführer:

- Barmer

Konsortialpartner:

- Leipziger Gesundheitsnetz e.V.; pleXxon Management gGmbH (Ammerland/Oldenburger); genial Lingen eG; Praxisnetz Herzogtum-Lauenburg e.V.; Gesundheitsregion Siegerland GbR; Ärztenetz Lippe GmbH; MuM Medizin und Mehr Bünde; Gesundheitsnetz Köln-Süd; GeriNet Leipzig; AOK NordWest; Techniker Krankenkasse; Kaufmännische Krankenkasse; Institut für Community Medicine Universitätsmedizin Greifswald; Institut für Allgemeinmedizin Goethe-Universität Frankfurt am Main; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin Lübeck; inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung).

Projektleitung:

- Sonja Laag, Barmer, eMail: sonja.laag@barmer.de

Laufzeit:

- 01.07.2018 – 30.06.2021

Fördersumme:

- 8,1 Millionen Euro

Anzahl der im Projekt tätigen:

- 25 Care- und Casemanager

Betreute Patienten:

- 3.200

Nach den Innovationsfonds-Projekten Cardiolotse (MVF 04/19), Stroke OWL (MVF 05/19) und Mambo (MVF 06/19) wird in dieser Ausgabe das Projekt RubiN vorgestellt, das – nach Aussage des Akronym – erforschen will, wie die Versorgung von geriatrischen Menschen „Regional ununterbrochen betreut im Netz“ funktionieren kann. Das mit rund acht Millionen Euro aus dem Innovationsfonds geförderte Modellvorhaben hat ganz aktuell einen wichtigen Meilenstein erreicht: Ende letzten Jahres wurden in fünf Modellregionen insgesamt 3.200 geriatrische Patienten in das Projekt aufgenommen, was bedeutet, dass nun ausgebildete Care- und Casemanager pro Region 640 Senioren im Alltag begleiten, die bei Ärztenetzen angesiedelt sind und zentral koordiniert werden.

>> Das Problem ist, wie bei allen geförderten Projekten, so auch bei jenen des Innovationsfonds: Irgendwann und meist schneller als man denkt, endet die Förderung. Damit können die im Modellprojekt angestellten Mitarbeiter nicht mehr weiterbezahlt werden und das hier akkumulierte Knowhow verstreut sich und die modellhaft besser betreuten Patienten müssen wieder zurück in die Regelversorgung.

Das ist auch bei RubiN genauso, denn die Finanzierung des Care- und Casemanagements bei RubiN durch den Innovationsfonds ist nur noch bis Ende 2020 gedeckt. Dann endet die Förderung und damit auch die Unterstützung der geriatrischen Patienten – mit ernststen Konsequenzen für die betreuten Senioren, wie Dr. Andreas Rühle, Geschäftsführer des Ärztenetzes pleXxon, einer der zentralen Konsortialpartner des Projekts, schildert: „Nach dem aktuellen Stand der Dinge müssen wir alle Care- und Casemanagerinnen zum Projektende entlassen.“ Damit gehen nicht nur die im Projekt aufgebaute Expertise, die zur Entwicklung einer bundesweiten Versorgungsform führen soll, die es alten Menschen ermöglicht, möglichst lange in ihrer Häuslichkeit verbleiben zu können, sondern auch die im Projekt aufgebauten und dazugehörigen Strukturen weitestgehend verloren. Darum ist Rühles Meinung nach eine möglichst „lückenlose Überführung in die Regelversorgung“ von enormer Bedeutung.

Claudia Beckmann, die Netzwerkkordinatorin in RubiN, fügt hinzu, dass das Care- und Casemanagement, das im Projekt RubiN erbracht werde, eine echte Versorgungslücke schließen würde. Deshalb müsse diese wichtige Arbeit unbedingt fortgesetzt und ver-

stetigt werden. Ihre Forderung: „Nachhaltig funktioniert das aber nur in der Regelversorgung, in die das Care- und Casemanagement aus diesem Grund aufgenommen werden muss.“

Um diesem noch recht fernen Ziel ein kleines Stück näherzukommen, sind die am Projekt beteiligten Ärztenetze nun auf der Suche nach Projekten und Organisationen aus dem Gesundheitswesen, die eine Etablierung des Care- und Casemanagements politisch unterstützen und haben dafür zwei Aktionen angestoßen. Zum einen haben die fünf beteiligten Ärztenetze, die das Care- und Casemanagement bei RubiN umsetzen, ein Positionspapier¹ verfasst. Darin fordern sie ganz konkret einen „Leistungsanspruch“ auf Care- und Casemanagement sowie dessen Verankerung in den Sozialgesetzbüchern, in denen beispielsweise bereits die SAPV geregelt ist. Eine vergleichbare Anerkennung als eigenständige, sektorenübergreifende Versorgungsform wollen die Ärztenetze nun auch für das Care- und Casemanagement erreichen und zwar in Form einer Neuformulierung des durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) geänderten §134 SGB V.

Ergänzend dazu führte das Konsortium Ende Januar einen Neujahrsempfang mit Pressekonferenz durch, bei dem Zukunftsszenarien des Care- und Casemanagements thematisiert wurden. Hier berichtete Stefanie Bliß, die Projektleiterin der Modellregion Ammerland, über die „Lovestory“ nah am Patienten zu sein, während Christina Möllmann, die Projektleiterin der Modellregion Lauenburg vom „Wir“-Gefühl berichtete, welches die neue Form der analogen und digitalen Zusammenarbeit erzeugt. Vanessa Eichinger, die Projektleiterin der Modellregion Lippe, verdeutlichte hingegen die Vorteile der im Modellprojekt möglichen Orientierung im Versorgungsdschungel und wie sich damit betreute Patienten besser im Krankenhaus, Reha, Pflege & Co. zurechtfinden können. Last but not least beleuchtete schließlich Stefanie Kremer, die Projektleiterin der Modellregion Siegerland, praktische Hilfestellungen für Patienten, was eine Stärke der beteiligten Ärztenetze sei. Ein weiterer Input kam von Lysann Kasprick, der Projektleiterin der Modellregion Leipzig, die den sektorübergreifenden Trainingsansatz in Leipzig vorstellte, der unter dem Motto „Bewegung statt Pillen schlucken“ läuft.

Im wissenschaftlichen Part des Neujahrsempfangs berichtete Lukas Weiss, der Projektleiter von GeriNet e.V., wie Care- und Casemanager ausgebildet werden und wie genau das Wissen vom Curriculum in die Praxis kommt. PD Dr. Neeltje van den Berg vom Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, das an der Evaluation von RubiN beteiligt ist, brachte patienten-orientierte Outcomes und Versorgungsverläufe auf den Punkt. Und Ann-Kathrin Klähn, M.Sc. und Felix Freigang, M.A. vom privaten Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH in Berlin (inav), ebenfalls Evaluationspartner im Projekt, legten schließlich ihre Überlegungen

Bisher in MVF vorge-stellte Lotsenprojekte

Cardiolotse

MVF 04/19
<http://doi.org/10.24945/MVF.04.19.1866-0533.2154>

Stroke OWL

MVF 05/19
<http://doi.org/10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2170>

Mambo

MVF 06/19
<http://doi.org/10.24945/MVF.06.19.1866-0533.2186>

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Leistungsanspruch auf Care- und Casemanagement“ (01/20), S. 18-19, doi: 10.24945/MVF.01.20.1866-0533.2197

zur interdisziplinären Koordination aus gesundheitsökonomischer Sicht dar und erklärten, wie Care- und Casemanagement zu bewerten ist. Dazu hilft auch eine qualitative Erhebung von Patientenerfahrungen zu Beginn der Studienteilnahme, die Dr. rer. med. Karola Mergenthal und Fabian Engler, M.A., vom Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt, der dritte Evaluationspartner im Projektteam, vorstellte.

Die zu erreichenden Ziele von RubiN sind durchaus hoch gesteckt. So sollen komplex erkrankte, ältere Menschen (70+) Orientierung und Sicherheit durch die kontinuierliche Betreuung von Care- und Casemanagern erfahren, die ihrerseits nach den Fachcurricula für geriatrisches Care- und Casemanagement (GeriNurse) sowie Telemedizin und Telecoaching (TeleNurse) ausgebildet sind und obendrein während des Vorhabens supervidiert und gecoacht werden. Eine bundesweite Anerkennung ihrer Arbeit durch die Ärztekammern ist in Arbeit, auch soll die Dokumentation des Ausbildungsprozesses in die Strukturreevaluation einfließen.

Dieses koordinierte Case-Management mit enger Anbindung an die ambulante Versorgung soll, was natürlich in der Evaluation zu verifizieren ist, zum einen den möglichst langen Verbleib im häuslichen Umfeld sichern, zum zweiten die Lebensqualität der Patienten positiv beeinflussen und drittens die soziale Integration fördern. Ebenso soll es – was noch zu beweisen ist – die Behandlungsqualität unter Schonung knapper Personalressourcen erhöhen. Ebenso sollen durch die mögliche Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen unnötige Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte verhindert werden, wodurch wiederum positive gesundheitsökonomische Effekte entstehen können.

Wichtig bei diesem Ansatz ist auch, dass das geleistet wird, was vielen Ärzten heute aufgrund mangelnder Zeit und Honorierung gar nicht mehr möglich ist: Hausbesuche.

Weil aber nicht immer gleich ein Arzt nötig ist, machen das bei RubiN eben die bei den Ärztenetzen angestellten Care- und Casemanager, die wesentlich mehr Zeit für die Patienten und ihre Bedürfnisse mitbringen. Sie besuchen die von ihnen betreuten Patienten ab 70 Jahre im häuslichen Umfeld und erheben dabei auch Informationen über die gesamte Lebenssituation. Auch werden Versorgungsangebote vor Ort analysiert und katalogisiert. All die so akkumulierten Ergebnisse werden dann nicht nur in eine ganzheitliche Versorgungsplanung überführt, sondern auch rückgespielt – an die Patienten selbst und/oder auch ihre (pflegenden) Angehörigen. Es wird aber auch mit anderen Versorgungsbereichen kooperiert und der Patient bei Bedarf in deren Betreuung übergeleitet (zum Beispiel in Pflegestützpunkte). Falls es nötig sein sollte, können zudem Versorgungslücken durch eigene neue Initiativen geschlossen werden, wie etwa bei altersentsprechenden Bewegungsangeboten.

Es gibt zwar keine Zwischenevaluation, doch zeigt sich schon jetzt, dass 75% der in RubiN betreuten Patienten einen hohen Behandlungsbedarf haben, was sicher auch darauf zurückzuführen ist, dass sie im Schnitt über 80 Jahre alt sind. Die Erstbesuche dauern dann auch entsprechend: meist eine ganze Stunde. Und da die Patienten eben zuhause besucht werden, sind die 25 Casemanager ordentlich unterwegs: Die eingesetzten Fahrzeuge wiesen im ersten Halbjahr der Intervention eine durchschnittliche Fahrleistung von 15.000 Kilometern auf.

Schon zum jetzigen Zeitpunkt – ungefähr in der Mitte des Interventionszeitraums

– kann eine hohe Arbeitszufriedenheit bei den Casemanagern, doch ebenso eine Arbeitsentlastung in den Arztpraxen bei Ärzten wie MFAs festgehalten werden.

Eine Besonderheit stellt in RubiN die Einbindung einer rechtlichen Expertise dar. Viele Rechtsfragen interprofessioneller Kooperationen sind nach Aussage des RubiN-Positionspapiers unter dem Eindruck neuer Gesetzgebung und Antikorruptionsaspekten ungeklärt und müssen vor der gewünschten Überführung in die Regelversorgung analysiert werden. Diese Aufgabe übernimmt ein Medizinrechtler, dessen Erkenntnisse in ein entsprechendes Gutachten münden sollen. Neben der Rechtmäßigkeit von Kooperationen und anderen Aspekten liegt der Fokus seiner Arbeit aktuell auf der konkreten Ausgestaltung der Überführung in die Regelversorgung. <<

von: Peter Stegmaier, MVF

Evaluation

Das Institut für Community Medicine der Universität Greifswald, das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, das Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sowie das Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) begleiten das Projekt mit einer wissenschaftlichen Evaluation. Die Evaluation von RubiN hat zwei Komponenten: Patientenrelevante Endpunkte ermittelt die Uni Greifswald auf Basis von 14 Assessments, die zu Beginn der Intervention (t0) und nach einem Jahr (t1) erhoben werden. Die Fachkräftebefragung übernehmen die Uni Lübeck und das inav in Berlin. Die Umsetzung wird in den nach §87b SGB V zertifizierten Praxisnetzen im Ammerland, in Lauenburg, Lippe, Siegen und Leipzig unter Einbezug der Vorarbeiten aus der EU-Modellregion Leipzig realisiert. Für die Evaluation wird zusätzlich eine Kontrollgruppe gebildet, die aus den ebenfalls zertifizierten Praxisnetzen in Bünde, Lingen und Köln besteht.

Link

1) <https://www.rubin-netzwerk.de/positionspapier/>

Impulse für die Überführung in die Regelversorgung

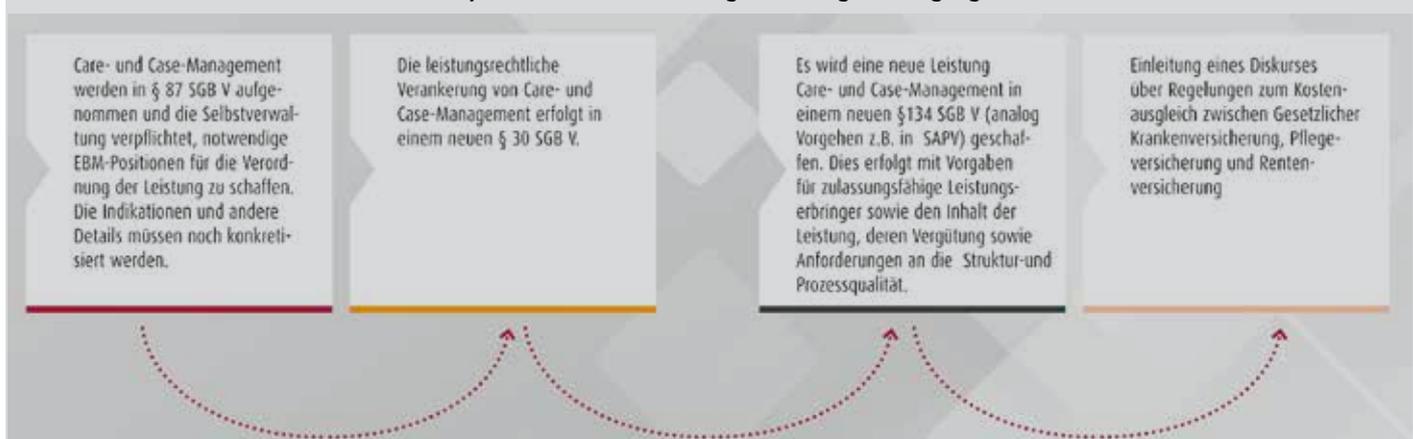


Abb. 1: Impulse für die Überführung in die Regelversorgung, aus RubiN-Positionspapier 2019