

Eine Übersicht der Neuen Versorgungsformen im Innovationsfonds

Mit Patientenlotsen Managed Care ermöglichen

Je ausdifferenzierter die Leistungen in einem Gesundheitssystem sind, desto wichtiger ist eine übergeordnete Koordination. Seit über 20 Jahren existieren Konzepte des Care- und Case Managements, um die Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig zu erbringen. In der Regelversorgung sind sie jedoch bis heute nicht umfassend angekommen. In vielfältigen Modellprojekten wird die Versorgungsform erprobt und systematisch evaluiert. Ist die Zeit reif für einen Regelleistungsanspruch?

>> Gesundheitssysteme sind mit widerstrebenden Sektoren, einer stetig zunehmenden Anzahl an Facharztbezeichnungen und unübersichtlichen Leistungsträgern immer komplexer geworden. Je ausdifferenzierter Leistungen und je knapper Personalressourcen im System sind, desto wichtiger ist eine übergeordnete Koordination. Unabhängig von Bildung, Vorwissen und Google sind Patienten regelmäßig mit dem Gesundheitssystem überfordert. Gerade für Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen – Personen, die von mehr als einem Leistungserbringer behandelt werden, die vergleichsweise oft hospitalisiert werden oder nach einer Akutbehandlung einer umfassenden Nachsorge bedürfen – stellt dies eine Hürde dar, um ihren Anspruch auf eine bedarfsgerechte Krankenbehandlung durchzusetzen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat festgestellt, dass es aus seiner Sicht wegen der fehlenden Steuerung

von Patienten im Gesundheitssystem keine Bedarfsgerechtigkeit gebe. Vielmehr komme es zu einer gleichzeitigen Über-, Unter- und Fehlversorgung der betroffenen Patienten (vgl. SVR 2018; der Begriff der Über-, Unter- und Fehlversorgung wurde erstmals im SVR-Gutachten 2001 geschaffen).

Als Lösungsansatz wird seit vielen Jahren ein strukturiertes Care- und Case Management diskutiert (vgl. Amelung 1999; Ewers, Schaefer 2005). Der Ansatz ist durchaus analog zu den Modellen der Gemeindegewerkschaft in der ehemaligen DDR, die seit Anfang der 1950er Jahre dazu beitrugen, die Patientenversorgung insbesondere in entlegeneren Regionen sicherzustellen und zu besonderer Bekanntheit durch eine Vorabendserie mit Schwester Agnes fand (Korzilius, Rabatta 2006). Trotz verschiedenster Berufsbezeichnungen in Modellprojekten setzt sich zunehmend der Begriff der (Patienten-)Lotsen durch. Ergänzend zu den medizinischen Leistungen der Ärzte übernehmen diese die Koordination zu ärzt-

lichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern sowie die individuelle Betreuung von Patienten i. d. R. über einen begrenzten Zeitraum. Der Koordinations- und Betreuungsbedarf ergibt sich aus zwei Erwägungen:

1. aufgrund medizinischer, therapeutischer bzw. systemischer Komplexität
2. bei besonders vulnerablen Patienten, bspw. aufgrund von Komorbiditäten, Sprachbarrieren oder sonstigen Zugangsschwierigkeiten.

So eingesetzt sind Lotsen ein essenzieller Bestandteil des Methodenkoffers für Managed Care. Eine schematische Übersicht der Leistungen von Patientenlotsen gibt Abbildung 1.

1: Weitere Begriffe sind u.a. Gesundheitslotsen, indikationsspezifische Lotsen, Fallmanager, Pfadfinder, Advanced Practice Nurse, Social Care Nurse, Case-Manager, Scout, Patientenkoordinator, Patientencoach. Wir verwenden den Begriff Patientenlotsen synonym zum Terminus Care- und Case Management.



Exemplarischer Versorgungspfad mit Leistungen von Patientenlotsen. Quelle: Eigene Darstellung.

Mittlerweile bestehen zahlreiche Erfahrungen mit Lotsen

Eine Analyse der geförderten Projekte im Innovationsfonds ergibt, dass 27 Konsortien Patientenlotsen als Neue Versorgungsform erproben. Die am häufigsten gewählten Indikationen und Fachgebiete sind Schlaganfall, Krebs, psychische Erkrankungen, die geriatrische Versorgung sowie übergreifend Multimorbidität.

Damit adressieren die Projekte insbesondere Erkrankungen mit komplexen Versorgungsbedarfen. Eine umfassende Übersicht der identifizierten Lotsenprojekte einschließlich Fachrichtung, Region und Kurzbeschreibung der Projekte, sortiert nach Beginn, gibt die Tabelle 1 (s. S. 27-29).

Mit vier Projekten der ersten Welle im Innovationsfonds und fünf Projekten der zweiten Welle, stehen viele kurz vor Ende ihrer Laufzeit. Damit entstehen umfangreiche, studien- und praxisbasierte Erfahrungswerte, welche Effekte Patientenlotsen in der Versorgung haben, bei welchen Patientengruppen sie Vorteile bringen und wie sie organisatorisch am sinnvollsten angebunden werden. Neben möglichen Indikationen, für die ein Leistungsanspruch in der Regelversorgung geprüft werden muss, geben die Projekte auch Hinweise darauf, wie eine konkrete Umsetzung aussehen kann.

Vielfalt bei Lotsenkonzepten zulassen

Übergeordnet muss festgestellt werden, dass kein für alle Unterstützungsbedarfe einheitliches Lotsenkonzept existiert oder existieren sollte. Vielmehr zeigen die Projekte, dass verschiedene Formen der Umsetzung geeignet sind, wenn sie zur jeweiligen Indikation, zur regionalen Versorgungsstruktur oder zur betreuten Patientengruppe passen. Wichtige Erkenntnisse lauten:

Leistungen

- Viele Lotsen beraten zu Leistungen mehrerer Sozialgesetzbücher (z. B. SGB V, SGB IX, SGB XI), was sie eher zu Generalisten macht. Teilweise beschränkt sich die Beratung auf das SGB V.
- Die Betreuungsintensität auch innerhalb eines Fachgebietes variiert je nach Patient. Oft werden daher unterschiedliche Betreuungsgrade festgelegt, die flexibel gehandhabt werden können.
- Der Zeitraum der Betreuung von Patienten schwankt je nach Projekt zwischen wenigen Monaten bis zu einem Jahr, teilweise sogar länger.

Qualifikation

- Die Qualifikationsanforderungen an die Erstausbildung der Patientenlotsen sind unterschiedlich. Vielfach kommen ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger und MFAs zum Einsatz, je nach Indikation aber z. B. auch Ökotrophologen oder Sozialarbeiter.
- Die Weiterbildung umfasst neben indikationsspezifischen Inhalten oft Kurse zur Kommunikation oder zu rechtlichen Grundsätzen. Dabei wird oft dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer zum Care- und Case Management gefolgt.

Arbeitsweise

- Die Rolle der Lotsen in der Versorgung unterscheidet sich zum Teil erheblich. Gerade bei hoher Vulnerabilität von Patienten unterstützen sie aktiv die Versorgung (hohe Kontaktdichte, Prüfung der Adhärenz, Feedback zu Ärzten etc.). Bei Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf, die lediglich ein Informationsdefizit vorweisen, treten sie eher passiv beratend auf.
- Die Verankerung im Gesundheitssystem ist sehr unterschiedlich. Es existieren sowohl Modelle, in denen Lotsen ambulant beim Haus- oder Facharzt, als auch stationär im Krankenhaus oder im regionalen Versorgungsnetz angestellt sind. Denkbar wären auch freiberufliche Lotsen, die den Patienten mit größtmöglicher Unabhängigkeit beraten könnten.

Die Darstellung der Lotsenprojekte legt auch die inhaltliche Abgrenzung zu bereits bestehenden Berufsgruppen und Rollen nahe: Prinzipiell sollen Hausärzte Koordinierungsfunktionen übernehmen, was sich nicht zuletzt in der vom Gesetzgeber zu diesem Zweck eingeführten Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) widerspiegelt. Die begrenzten Kapazitäten der Ärzte verhindern jedoch, dass dieses Modell in der Breite trägt. Bis zum Jahr 2035 wird erwartet, dass die ambulante Versorgungsleistung aufgrund von Renteneintritten der Ärzte und zu wenigen Studienabsolventen auf 71 Prozent des heutigen Niveaus sinkt (vgl. ZI 2019). Zudem erscheint es aus wirtschaftlicher Sicht hochgradig ineffizient, als Ärzte qualifizierte Personen mit einer Vielzahl nicht-medizinischer Aufgaben zur Organisation und Administration der Patienten zu betrauen. Daher befürworten auch Ärztevertreter die Einführung von Patientenlotsen zur besseren Koordinierung der Versorgung (vgl. Ärzteblatt 2019).

Zudem sind zur Erfüllung ihrer Lotsenaufgaben vornehmlich soziale Leistungen, kommunikative Fähigkeiten und Kompetenzen gefragt. Dies gilt zwar auch für andere nicht-ärztliche Gesundheitsberufe (wie z. B. NÄPa, VerAH), die jedoch den Hausarzt vor allem medizinisch unterstützen. So versorgen beispielsweise nicht-ärztliche Praxisassistenten (NÄPa) die Patienten in der eigenen Häuslichkeit, sind dabei aber auf die medizinische Versorgung und die Anordnung von Ärzten begrenzt, in deren Auftrag sie u. a. Injektionen sowie unterstützende Maßnahmen zur Diagnostik und Wundversorgung übernehmen. Patientenlotsen hingegen versorgen Patienten nicht selbst – abgesehen von regelmäßigen Überprüfungen der Therapietreue. Dafür sind sie aber auch nicht an die konkrete Anordnung eines Arztes gebunden. Dieser entscheidet i.d.R. allein über den Unterstützungsbedarf durch Case Management und initiiert es durch eine Verordnung.

Bewertung positiv, konkrete Umsetzung unklar

Mit Blick auf die steigende Zahl von hochbetagten, oft multimorbiden Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf und einer zugleich fragmentierten Versorgungslandschaft erscheint der Nutzen von Patientenlotsen naheliegend. Je komplexer die Strukturen für Außenstehende sind, desto mehr Unterstützung benötigen sie. Tatsächlich sind die Vorteile von Lotsen aus Patientensicht wenig kontrovers (vgl. IGES 2018).

- Sie orientieren sich am individuellen Bedarf des Patienten und folgen damit dem Leitbild der patientenzentrierten Versorgung.
- Sie kombinieren das technische Verständnis evidenzbasierter Versorgungspfade mit einer sozialen Komponente, die Empathie und Empowerment von Patienten im Fokus hat.
- Sie bieten mittelfristig ökonomische Potenziale, da durch den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung z. B. weniger kostenintensive Krankenhauseinweisungen oder gar medizinische Notfälle zu erwarten sind.

Es ist selbstredend, dass Patientenlotsen zwar eine Möglichkeit, jedoch kein Garant für eine patientenorientierte Versorgung sind. Daher ist es oft sinnvoll, in der Versorgungspraxis weitere Optimierungen anzustreben, bspw. die Zufriedenheit und Lebensqualität in Patientenberichten (Patient

Reported Outcome Measures, PROMs) systematisch zu erheben und auszuwerten. Dies kann zugleich dazu dienen, weitere Indikatoren zu identifizieren, bei denen der Einsatz von Patientenlotsen sinnvoll ist.

Die hohe Anzahl beteiligter Krankenkassen an Versorgungsverträgen und Innovationsfondsprojekten zu Patientenlotsen lässt darauf schließen, dass sie eine positive Bewertung teilen oder zumindest ein Potenzial erkennen. Was eine Einführung in die Regelversorgung bislang zu verhindern schien, waren also weniger inhaltliche Bedenken zum Lotsenbedarf bzw. zu den erwarteten Auswirkungen auf die Versorgungsqualität. Vielmehr bestanden offene Fragen zu ihrer praktischen Einbindung in die existierenden Versorgungsstrukturen und zu ihrer Abgrenzung zu den bestehenden Leistungen anderer Berufsgruppen.

Offene Fragen müssen noch geklärt werden

Lotsen sind eine konsequente Antwort auf mehr Patientenorientierung. Je stärker Patientenzufriedenheit als Indikator für Leistungsfähigkeit gesehen wird, desto wichtiger ist es, sich Gedanken zu machen, inwiefern der Versorgungspfad aus Sicht der Patienten Sinn macht. In einem paternalistischen Gesundheitssystem würde die rein medizinische Versorgung auch ohne Lotsen funktionieren. Wenn sich Patienten jedoch stärker emanzipieren (sollen), dann benötigen sie jemanden zur Unterstützung und Koordination an ihrer Seite.

Klar ist, dass Patientenlotsen zu einer weiteren Ausdifferenzierung von Berufsgruppen im Gesundheitswesen führen werden. Wahrscheinlich steht ihr Zugewinn an Bedeutung in den vergangenen Jahren auch mit der Akademisierung der Pflegeberufe im Zusammenhang. Die Steuerung von Patienten wird durch diesen grundlegenden Paradigmenwechsel weiter professionalisiert und kann zugleich eine effizientere Arbeitsaufteilung zwischen Leistungserbringern bewirken. Andere Fragen sind jedoch noch ungeklärt:

2: Siehe Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V (Anlage 24 BMV-Ä).

1. Lotsen sind die personifizierte Sektorenüberschreitung. Während das Sozialgesetzbuch inkl. aller Regelungen zu Planung, Vergütung, Qualität etc. nach Leistungsträgern differenziert (Gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfe, Rehabilitation und Teilhabe etc.), denken Menschen in der Regel nicht gemäß diesen Linien. Durch die Unübersichtlichkeit und Koexistenz verschiedener Sozialgesetzbücher sind die Koordinierungsleistungen von Lotsen so wichtig. Auch mit Fokussierung auf einzelne komplexe Versorgungsbedarfe ist daher die Diskussion über die Finanzierung von Lotsenleistungen nicht trivial, da sie neben der Gesetzlichen Krankenversicherung auch im Verantwortungsbereich von Kommunen und anderen Sozialleistungsträgern liegen können. Dass die Lotsenprojekte gegenwärtig meist vorrangig aus Beitragsmitteln der GKV finanziert werden, liegt eher im Konstrukt des Innovationsfonds bzw. den vertragsrechtlichen Möglichkeiten von Krankenkassen begründet, als in einer systematischen Aufteilung der Finanzierungsverantwortung. Rein SGB V-bezogene Lotsen würden hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben und Patienten nicht umfassend unterstützen können.
2. Zudem wird man nicht umhinkommen, die GKV-finanzierten Leistungen in die Vergütung des bestehenden Systems einzubetten. Welche Leistungen erbringen Lotsen in Delegation oder Substitution zum Arzt? Welche Leistungsbestandteile lösen eine bestehende Unterversorgung

auf und sind daher extrabudgetär? Welche verlagern im Gegensatz dazu nur ein bestehendes Budget zwischen den Professionen? Die Antworten darauf entscheiden mit darüber, ob unabhängig von Förderprogrammen tragfähige Geschäftsmodelle entstehen, die eine Verbreitung von Patientenlotsen in die Regelversorgung ermöglichen. Die Erfahrungen z.B. mit der ASV zeigen, dass ein langfristiger Erfolg der Lotsen nur mit Hilfe solcher Geschäftsmodelle gelingt.

Innerhalb des Innovationsfonds stellen Patientenlotsenprojekte einen der größten inhaltlichen Schwerpunkte dar und schaffen damit die vielfach geforderte Evidenzgrundlage (vgl. BT-Drucksache 19/18309). In Deutschland haben wir eine Tendenz, unzählige Pilotprojekte durchzuführen und zu evaluieren. Im Sinne eines agilen Ansatzes ist es nunmehr an der Zeit, die erfolgreichen Modellprojekte in die Regelversorgung zu überführen und dafür zügig über Erfahrungen sowie Möglichkeiten der gemeinsamen Bewertung und Skalierung zu diskutieren. <<

von:

Dr. Patricia Ex¹, Malte Behmer¹,
Prof. Dr. Volker Amelung^{1,2}

Zitationshinweis

Ex, P., Behmer, M., Amelung, V.: „Mit Patientenlotsen Managed Care ermöglichen: Eine Übersicht der Neuen Versorgungsformen im Innovationsfonds“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 24-29, doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2236

Literatur

Ärzteblatt (2019): Diskussion über Aufnahme von Patientenlotsen ins Sozialgesetzbuch, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107171/Diskussion-ueber-Aufnahme-von-Patientenlotsen-ins-Sozialgesetzbuch>. Amelung VE, Schumacher H. Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, Gabler Verlag, 1. Auflage 1999.

Ewers M, Schaeffer D (Hrsg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Aufl., Bern. IGES Institut GmbH (IGES (2018)): Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. Korzilius H, Rabatta S (2006): Gemeindefachwestern: Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung <https://www.aerzteblatt.de/archiv/53297/Gemeindefachwestern-Geheimwaffe-gegen-Ueberlastung-und-Unterversorgung>.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR (2001)): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR (2018)): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI (2019)): Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland.

Lesehinweis

Stegmaier, P.: „Eine Idee auf dem langen Weg in die Regelversorgung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/19), S. 14-15.; doi: 10.24945/MVF.04.19.1866-0533.2154

Stegmaier, P.: „Ein eigenes Lotsengesetz soll den Weg frei machen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), S. 18-20.; doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2170

Stegmaier, P.: „Der Patient und das Arzt(team) stehen im Mittelpunkt“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/19), S. 30-31, doi: 10.24945/MVF.06.19.1866-0533.2186

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

Stegmaier, P.: „Bei ZSE-DUO steuert ein fachärztliches Lotsenteam“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (02/20), S. 30-31, doi: 10.24945/MVF.02.20.1866-0533.2209

Laufende Innovationsfondsprojekte zur Erprobung von Patientenlotsen als Neue Versorgungsform

Titel	Eckpunkte	Beschreibung
Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen (NPPV)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2016 (1. Welle) • Konsortialführung: KV Nordrhein • Indikation/Fachrichtung: Psychische Erkrankungen • Region: NRW 	Das Projekt NPPV erprobt eine gestufte und koordinierte Versorgung von Menschen mit bestimmten psychischen und neurologischen Erkrankungen, wie Depression oder Schlaganfall. Der Patient wird nach Eingangsuntersuchung über einen Bezugsarzt oder -therapeuten in die passende Versorgung geführt. Eine zentrale Koordinierungsstelle mit regionalen Netzwerkmanagern unterstützt die Ärztenetze bei der Patientensteuerung und erläutert die neuen Behandlungspfade. Hierdurch sollen lange Wartezeiten auf Erstuntersuchungen und Behandlungstermine sowie die ungesteuerte Inanspruchnahme psychother. und fachärztlicher Leistungen vermieden werden.
Hamburg Billstedt/Prototyp für eine integrierte gesund-heitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen (INVEST)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2016 (1. Welle) • Konsortialführung: Gesundheit für Billstedt/Horn UG • Indikation/Fachrichtung: Kein Indikationsbezug • Region: Hamburg 	INVEST Billstedt/Horn testet, wie man den Gesundheitsstatus der Bevölkerung in sozial benachteiligten Stadtteilen verbessern und den Ressourceneinsatz optimieren kann. Das Versorgungsmodell bezieht alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Bereiche, Einrichtungen und Berufsgruppen mit ein. Ziele der Interventionen sind Entlastung der Ärzte, die Stärkung der wohnortnahen Versorgung und die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ein Schwerpunkt ist der Aufbau von Gesundheitskiosks, eine zentrale und vernetzte Anlaufstelle, bei der Versicherte zu allen Gesundheitsfragen in ihrer Muttersprache ganzheitlich beraten, unterstützt und geschult werden.
NetzWerk GesundAktiv (NWGA)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2016 (1. Welle) • Konsortialführung: TK • Indikation/Fachrichtung: ältere Menschen (übergreifend) • Region: Hamburg 	Ziel des NWGA ist es, Menschen im hohen Alter lange ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Jeder Teilnehmer durchläuft anfangs Untersuchungen und strukturierte Tests, um die Bedürfnisse für einen individuellen Unterstützungsplan zu erfassen. Maßnahmen umfassen Rehabilitation vor und während Pflegebedürftigkeit, Hilfen für Angehörige, Beratung und Betreuung bei Demenz, technische Assistenzsysteme und Förderung der Gesundheitskompetenz. Begleitet werden die Teilnehmer von einem Team aus Fallmanagern, die regelmäßig Kontakt halten. Das Projekt sieht vor, Hausärzte einzubeziehen sowie die Hilfen im Umfeld, wie Wohn- und Betreuungsleistungen, Pflege- und Sozialeleistungen sowie Pflegestützpunkte in das NWGA zu integrieren.
Verbesserung der rheumatologischen Versorgungsqualität durch koordinierte Kooperation (Rheuma-VOR)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2016 (1. Welle) • Konsortialführung: Universitätsmedizin Mainz • Indikation/Fachrichtung: Rheuma • Region: Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland 	Zentrales Element der neuen Versorgungsform ist die „koordinierte Kooperation“ zwischen Hausärzten, Fachärzten und Patienten, gesteuert und unterstützt durch fachübergreifend besetzte Koordinationsstellen. Sie werden früh in den Prozess der Diagnose eingebunden und unterstützen den Hausarzt bei der Entscheidung, ob und wie dringlich eine Behandlung eingeleitet werden muss.
Patienteninformation, -kommunikation und Kompetenzförderung in der Onkologie (PIKKO)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (2. Welle) • Konsortialführung: IKK Südwest • Indikation/Fachrichtung: Onkologie • Region: Saarland 	Im Projekt PIKKO wird die Regelversorgung um einen zusätzlichen Beratungs- und Informationspfad ergänzt. Die drei zentralen Elemente bestehen hierbei in der Bereitstellung eines Onko-Lotsen, dem Angebot einer spezialisierten onkologischen Beratung sowie der Implementierung einer Onko-Datenbank. Betroffene werden von einem Onko-Lotsen systematisch mit allen wesentlichen Informationen versorgt und durch die Therapie begleitet.
Sektorenübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe (STROKE-OWL) – vorgestellt in MVF 05/19	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (2. Welle) • Konsortialführung: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe • Indikation/Fachrichtung: Schlaganfall • Region: NRW 	Ziel des Projektes STROKE OWL ist es, die Rate der wiederholten Schlaganfälle innerhalb eines Jahres zu verringern. Außerdem soll die Lebensqualität und Zufriedenheit der Betroffenen verbessert werden. Im Projekt werden dafür sogenannte Schlaganfall-Lotsen eingesetzt, die Patienten für ein Jahr begleiten. Die Leistungen der Lotsen bestehen darin, Betroffene und Angehörige über mögliche Schlaganfall-Komplikationen zu informieren und frühzeitig auf mögliche Risiken hinzuweisen. Sie koordinieren Rücksprachemöglichkeiten mit behandelnden Ärzten sowie die Medikation, wobei die Verwaltung der Daten durch eine digitale Belotsungsakte („Lotsen-APP“) unterstützt wird.
Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg (TIGER)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (2. Welle) • Konsortialführung: Universität Erlangen-Nürnberg • Indikation/Fachrichtung: Geriatrie • Region: Bayern 	Das Projekt TIGER möchte mit Hilfe von „Pfadfindern“ den Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Versorgung verbessern. Pfadfinder sind geriatrisch spezialisierte Pflegewissenschaftler und Fachkräfte. Sie beraten Patienten und Angehörige und bereiten während des Krankenhausaufenthaltes die Zeit nach der Entlassung vor. Die Pfadfinder identifizieren und organisieren notwendige ambulante Maßnahmen wie Physiotherapie und Ernährungsberatung. Nach der Entlassung besuchen die Pfadfinder die Patienten regelmäßig zu Hause und rufen sie an. Verbesserungen, Verschlechterungen oder neu auftretende Probleme werden so rechtzeitig erkannt.
Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement (MamBo) – vorgestellt in MVF 06/19	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (2. Welle) • Konsortialführung: pronova BKK • Indikation/Fachrichtung: multimorbide Patienten (übergreifend) • Region: NRW 	Ziel dieses Projektes ist es, eine krankheitsübergreifende Metastrategie und die dafür notwendigen Strukturen am Beispiel multimorbiden Patienten zu etablieren. Für die indikationsübergreifende Kollektivversorgung sollen Public-Health- und Individualziele gleichermaßen fokussiert werden. Es werden Rahmenbedingungen geschaffen, sodass alle patientenrelevanten und sektorenmfassenden Informationen den behandelnden Arzt erreichen. Dieser wird dadurch entlastet, dass patientennahe sowie koordinative Aufgaben praxisübergreifend delegiert werden.
Onkologisches Social Care Projekt der BKK (OSCAR)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (2. Welle) • Konsortialführung: pronova BKK • Indikation/Fachrichtung: Onkologie • Region: NRW 	Das Projekt OSCAR will die sozialmedizinische Beratung onkologischer Patient*innen ab Diagnosestellung verbessern, um ihre Lebensqualität zu erhöhen und ihre Selbstbestimmung bei der Behandlung in den Mittelpunkt zu rücken. Die Befragten teilen ihre Bedürfnisse und Wünsche mit, wodurch ihr Alltag und einzelne Lebensbereiche so gestaltet werden, dass diese ihnen die bestmögliche Lebensqualität ermöglichen. „Social Care Nurses“ mit zusätzlicher Ausbildung für den sozialmedizinischen Dienst spielen dabei eine wichtige Rolle. Sie werden aus dem Sozial- und Pflegedienst rekrutiert und unterstützen die Patienten in stationären onkologischen Einrichtungen für ein Jahr während ihres Krankenhausaufenthaltes und bei sich anschließender ambulanter Versorgung.
Versorgungsmodell zur Verbesserung der poststationären Weiterbehandlung am Beispiel kardiologischer Erkrankungen (Cardio-Lotse) – vorgestellt in MVF 04/19	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (3. Welle) • Konsortialführung: AOK Nordost • Indikation/Fachrichtung: Kardiologie • Region: Berlin 	In dem Projekt wird ein Versorgungsmodell für eine verbesserte Weiterbehandlung nach einem Klinikaufenthalt entwickelt. Medizinisches Fachpersonal mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation, sogenannte Cardiolotsen, begleiten die Patienten – persönlich und telefonisch – während und nach einem stationären Klinikaufenthalt. Gesundheitlich kritische Situationen sollen damit frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Mit dem Cardiolotsen wird so der Ansatz der „sprechenden Medizin“ verfolgt, unabhängig vom sozioökonomischen Status und Herkunft des Patienten.

Laufende Innovationsfondsprojekte zur Erprobung von Patientenlotsen als Neue Versorgungsform

Titel	Eckpunkte	Beschreibung
Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor (KID-PROTEKT)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (3. Welle) • Konsortialführung: Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH • Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen • Region: Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein 	Die bisher in der Regelversorgung bestehenden Routineuntersuchungen zur Schwangerenversorgung sowie der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sollen dabei um eine psychosoziale Belastungsanamnese erweitert werden. Sie ist das Kernstück der Neuen Versorgungsform. Besonders belastete Familien sollen dadurch besser erkannt und beraten werden. Fachärzte der Frauen- bzw. Kinderheilkunde sollen dafür mit der Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeiten. Eine sozialpädagogische Fachkraft übernimmt als Lotse das Schnittstellenmanagement zwischen Arztpraxis und Jugendhilfe.
Duale Lotsenstruktur zur Abklärung unklarer Diagnosen in Zentren für Seltene Erkrankungen (ZSE-DUO) – vorgestellt in MVF 02/20	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (3. Welle) • Konsortialführung: Universitätsklinikum Würzburg • Schwerpunkt: Seltene Erkrankungen • Region: bundesweit 	Ziele der Neuen Versorgungsform sind: (1) Gesicherte Diagnosen bei Menschen mit komplexem Beschwerdebild und Verdacht auf eine seltene Erkrankung, (2) Verkürzung der Zeit bis zur Diagnosestellung, (3) Steigerung der gesundheitsökonomischen Effizienz bei der Diagnosestellung, (4) Erfolgreiche Überleitung der Betroffenen in die Regelversorgung zur Einleitung einer Therapie. Um die vier Ziele zu erreichen, wird in den elf beteiligten Zentren für seltene Erkrankungen eine duale Lotsen-Anlaufstelle geschaffen. Die psychiatrisch-somatische Expertise ist hier – neben einer somatisch-fachärztlichen – von Anfang an gleichberechtigt beteiligt.
Regional ununterbrochen betreut im Netz (RubiN) – vorgestellt in MVF 01/20	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (3. Welle) • Konsortialführung: BARMER • Schwerpunkt: Geriatrie • Region: Niedersachsen, NRW, Sachsen, Schleswig-Holstein 	Ziel von RubiN ist es, eine regional vernetzte Organisationsform zu entwickeln, in der nicht-ärztliche und ärztliche Spezialisten der Geriatrie in einem Versorgungsnetzwerk rechtssicher zusammenarbeiten können, um sektorübergreifend auf andere Versorgungsebenen hinzuwirken. Im Vordergrund steht eine Bestandsaufnahme der Versorgung. Dafür dokumentieren ausgebildete Fallmanager die ambulanten und in Krankenhäusern die stationären Risiken des Altersprozesses von Patienten über 70 Jahren. Die Ergebnisse werden nach leichtem, mittlerem und intensivem Betreuungsbedarf eingeordnet und individuelle Behandlungs- und Versorgungspfade gestaltet. Dadurch sollen Patienten ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt vertreten können.
Sectoren- und phasenübergreifende Unterstützung für Familien mit krebserkranktem Elternteil (SCOUT)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (3. Welle) • Konsortialführung: RWTH Aachen • Schwerpunkt: Onkologie • Region: NRW 	Ziel dieses Projektes ist es, ein Versorgungsmanagement zu schaffen, das Familien mit minderjährigen Kindern, in denen ein Elternteil schwer erkrankt ist, unterstützt. Um die Belastung der Familien zu vermindern, sollen sogenannte Familien-Scouts eingesetzt werden, die frühzeitig mit Beratung und Information zur Seite stehen. Sie sollen die Familien zu offenen Gesprächen ermutigen und den Zugang zu allen Unterstützungsangeboten ermöglichen.
Innovation, Versorgungspartner, Patient (IKK IVP)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (3. Welle) • Konsortialführung: IKK gesund plus • Schwerpunkt: Patienten nach Akutereignissen (übergreifend) • Region: Sachsen-Anhalt 	Ziele des Projektes sind die Verbesserung des Informationsaustausches und der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Partnern sowie die Optimierung von Patientenpfaden und Versorgungsprozessen. Den Patienten steht dafür ein Patientenkoordinator zur Seite. Er steuert und begleitet die Prozesse und stellt sicher, dass die Patienten und Angehörigen umfangreich informiert sind. Mit Hilfe einer speziell geschulten Fachkraft, unterstützt er bereits im Vorfeld einer Behandlung und berücksichtigt dabei auch die häuslichen und sozialen Gegebenheiten. Das Projekt prüft, inwiefern die Versorgung von Patienten nach Akutereignissen verbessert wird.
Kinderschmerztherapie vernetzt: Sozialmedizinische Nachsorge für schwer chronifizierte pädiatrische Schmerzpatienten (SCHMERZ-NETZ)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (3. Welle) • Konsortialführung: Vestische Caritas Kliniken gGmbH • Schwerpunkt: Pädiatrie • Region: Baden-Württemberg, Bayern, NRW 	Ausgebildete Nachsorgeteams kümmern sich um die Kinder und Familien in dieser kritischen Phase unmittelbar nach der Krankenhausentlassung. Sie unterstützen die Betroffenen und ihre Angehörigen in ihrem Alltag vor Ort. Sie koordinieren notwendige Arztbesuche und fungieren als Gesundheitscoach, der die Kinder und ihre Familien im persönlichen Kontakt dazu motiviert, die Empfehlungen nach der stationären Schmerztherapie umzusetzen.
Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz (VeMaWuRPL)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2017 (3. Welle) • Konsortialführung: mamedicon GmbH • Schwerpunkt: chron. Wundversorgung • Region: Rheinland-Pfalz 	Das Projekt berät und begleitet Menschen mit chronischen Wunden im Sinne des Fallmanagements. Pflegefachkräfte helfen als Fallmanager, chronische Wunden besser und koordiniert zu versorgen und zu heilen. Sie stimmen Ziele und Maßnahmen mit Ärzten, Pflegediensten, Podologen und Pflegeheimen ab und schulen Patienten und Angehörige. Das Projekt entwickelt Standards für die koordinierte ambulante und stationäre Versorgung der Menschen. Ziel ist es, die Lebensqualität der Patienten durch Schmerzreduktion und Vermeidung von Amputationen zu steigern. Die Betroffenen bleiben in ihrem Alltag möglichst mobil und selbstständig und lernen die Therapieansätze verstehen.
Adipositas Care & Health Therapy zur strukturierten Versorgung nach bariatrisch-metabolischer Operation (ACHT)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2018 (4. Welle) • Konsortialführung: Deutsche Stiftung für chronisch Kranke (DSCK) • Schwerpunkt: Adipositas • Region: Bayern 	Ziel von ACHT ist es, den Therapieerfolg nach einer OP langfristig zu sichern. Dies erfolgt durch ein digital gestütztes, strukturiertes, sektorenübergreifendes und wohnortnahes Nachsorgeprogramm. Adipositas-Lotsen koordinieren den Nachsorgeprozess und behalten Therapieziele im Blick. Eine digitale Fallakte verknüpft Patienten, Lotsen, niedergelassene Ärzte und Adipositas-Zentren miteinander.
Optimierung der Betreuung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) unter einer Biologika-Therapie (CED Bio-Assist)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2018 (4. Welle) • Konsortialführung: Kompetenznetz Darmerkrankungen • Schwerpunkt: chron. Darmerkrankungen • Region: Schleswig-Holstein 	Bei der Begleitung dieser Patientengruppe ist die CED-Fachassistenz die erste Anlaufstelle für Patienten und kann eine „Lotsenfunktion“ übernehmen, wodurch die psychosoziale Situation der Patienten stärker in den Fokus gerückt wird. Eine Unterstützung im individuellen Krankheitsmanagement wird angeboten. Die ärztliche Verantwortung wird dabei nicht gemindert, sondern sinnvoll unterstützt und ggf. insbesondere bei beratungsintensiven Situationen ergänzt. Der Arzt wird durch Übernahme von begleitenden Tätigkeiten (z. B. Dokumentation, Ernährungs-, Lebensberatung, Patienten-, Terminmanagement, Unterweisung in Injektionstechniken) entlastet.

Laufende Innovationsfondsprojekte zur Erprobung von Patientenlotsen als Neue Versorgungsform

Titel	Eckpunkte	Beschreibung
Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte (DemStepCare)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2018 (4. Welle) • Konsortialführung: Universitätsmedizin Mainz, Rheinhesen-Fachklinik Alzey • Schwerpunkt: Demenz • Region: Rheinland-Pfalz 	Das Projekt DemStepCare will die medizinische Basisversorgung von Menschen mit Demenz verbessern und deren Angehörige unterstützen. Es will Haus-, Facharzt und Klinik stärker miteinander vernetzen und die Kommunikation der regionalen Demenzversorger optimieren. Zentrale Schnittstelle ist dabei ein sogenannter Case-Manager, der eng mit der Hausarztpraxis zusammenarbeitet. Er oder sie erfasst den Versorgungsbedarf der erkrankten Person ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung und schätzt mögliche Versorgungsrisiken ein.
Fracture Liaison Service (FLS) zur Implementierung einer integrierten Versorgungsstruktur zur Vermeidung von Osteoporose-bedingten Folgefrakturen (FLS-CARE)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2018 (4. Welle) • Konsortialführung: Klinikum der LMU München (beide Standorte) • Schwerpunkt: Osteoporose • Region: Bayern 	Im Projekt FLS-CARE stellt ein Netzwerk aus Ärzten, Pflegekräften und Physiotherapeuten sicher, dass im Krankenhaus eingeleitete Maßnahmen gegen Frakturen in der ambulanten Versorgung fortgeführt werden. Die Überleitung der Patienten in den niedergelassenen Bereich wird durch eine Pflegekraft koordiniert. Diese begleitet und berät den Patienten, schult diesen in der Vermeidung von Stürzen und stimmt sich eng mit den behandelnden Ärzten ab. Unterstützt wird die Pflegekraft durch eine IT-Plattform.
Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen (GBV)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2018 (4. Welle) • Konsortialführung: Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. • Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen • Region: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, NRW, Saarland, Sachsen 	Im Mittelpunkt stehen multiprofessionelle Teams mit Anker- und Lotsenfunktion. In einem standardisierten Assessment klären sie den individuellen Behandlungs- und Betreuungsbedarf aus allen psychiatrischen und psychosozialen Leistungsbereichen und planen mit den Betroffenen die passgenauen Hilfen. Die Hilfeplanung wird gemeinsam mit allen beteiligten Leistungserbringern kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls angepasst. Dieses Angebot wird um einen Krisendienst ergänzt, der den Erkrankten rund um die Uhr zur Verfügung steht.
Interdisziplinäre und individualisierte Rehaberatung bei drohender Versorgungslücke sowie bei persistierenden Teilhabestörungen (Reha-Kompetenz)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2018 (4. Welle) • Konsortialführung: Medizinische Hochschule Hannover • Schwerpunkt: komplexe Gesundheitsstörung mit Reha-Bedarf (übergreifend) • Region: Niedersachsen, Hamburg, Berlin, NRW, Schleswig-Holstein 	Patienten mit komplexen Gesundheitsstörungen, wie z. B. nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder nach Amputation, benötigen eine individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplanung. Auch nach bereits erfolgter Rehabilitation ist in der hausärztlichen Versorgung eine professionelle Abklärung und Planung weiterführender Therapiemaßnahmen oftmals nicht möglich. Um den Rehabilitationsprozess für komplexe Krankheitsfälle zu optimieren, sollen an fünf Standorten „Reha-Kompetenzzentren“ (RKC) aufgebaut werden. Dort arbeitet ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, Therapeuten und Mitarbeitern des Sozialdienstes nach umfangreicher Untersuchung der Betroffenen einen passgenauen Rehabilitationsplan aus. Durch diese Angebote soll die Zufriedenheit der Patienten gestärkt und eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen erzielt werden.
Regionales Pflegekompetenzzentrum – Innovationsstrategie für die Langzeitversorgung vor Ort (ReKo)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2018 (4. Welle) • Konsortialführung: DAK • Schwerpunkt: Pflege • Region: k. A. 	Ziel des Projekts ReKo ist es, ein regionales Pflegekompetenzzentrum zu schaffen, das diesem Versorgungsproblem insbesondere im ländlichen Raum entgegenwirkt. Die spezialisierte Beratung, Betreuung und stationäre sowie ambulante Versorgung pflegebedürftiger betagter Menschen soll hier in einem Case-Management-Ansatz vereint und koordiniert werden. Dafür sollen auch bislang unausgelastete Krankenhausressourcen genutzt und auf neue Aufgaben zugeschnitten werden. Digitale Anwendungen unterstützen das Pflegekompetenzzentrum bei der Kommunikation (z. B. Informationen, Terminsetzung oder Benachrichtigungen) und der Koordination der einzelnen Versorgungsbereiche. Die Patienten und die Angehörigen sollen durch die Neue Versorgungsform eine kontinuierlichere, wohnortnahe und bedarfsgerechtere Betreuung erhalten
Fallbezogene Versorgung multimorbider Patient/innen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (FAMOUS)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2019 (5. Welle) • Konsortialführung: Kath. Hochschule Mainz • Schwerpunkt: multimorbide Patienten • Region: k. A. 	Die Ziele des Projektes sind: 1) Stabilisierung der Gesundheits- und häuslichen Versorgungssituation multimorbider Patienten, Reduktion der Notfallkontakte sowie insgesamt der Nutzung weiterer versorgender Institutionen (Krankenhaus, Facharzt, Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst etc.) 2) Herstellen von Versorgungskontinuität bei Wechseln zwischen Versorgern 3) Entlastung der Hausärzte, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Neue Versorgungsform: Fall-bezogene Versorgung von Patienten in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses
Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität (PSY-KOMO)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2019 (5. Welle) • Konsortialführung: Universitätsklinikum Düsseldorf • Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen • Region: NRW, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg 	Ziel von PSY-KOMO ist die Verbesserung der Behandlungs- und Prozessqualität durch Anwendung einer gestuften, leitliniengerechten somatischen Versorgung bei einer (somatischen) Hochrisikopopulation, deren Zugang zur und Verbleib in der Regelversorgung somatischer Erkrankungen aufgrund von krankheitsbezogenen Problemen und Defiziten im Versorgungssystem beeinträchtigt ist. PSY-KOMO schafft ein sektorenübergreifendes und interdisziplinäres Netzwerk als notwendige Maßnahme für die adäquate somatische Versorgung von Menschen, die sowohl an Barrieren auf Versorgerseite ansetzt (Bereitstellung von auf die Patientengruppe zugeschnittenen Screeningprozeduren, telemedizinische Konsile zur individuellen Psychopharmakamedikation und zum UAW-Risiko), als auch die adäquate Inanspruchnahme in der Regelversorgung auf Patientenseite unterstützt (Gesundheitsbegleiter als Netzwerk- und Case-Manager).
OncoCoaching und frühe palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen (OnCoPaTh)	<ul style="list-style-type: none"> • Start: 2019 (5. Welle) • Konsortialführung: Arbeitskreis Klinische Studien e.V. • Schwerpunkt: Onkologie • Region: Hessen 	Diese Ziele sollen erreicht werden durch vorbeugendes Krisenmanagement, intensivierete Patienten-Eduktion und die Realisierung palliativer Frühintegration. Methodisches Vorgehen: In onkologischen Zentren in Hessen wird ein OncoCoach etabliert, eine nach einem speziellen Curriculum fortgebildete MFA/Krankenschwester. Der OncoCoach begleitet die Patienten und schult sie zu Therapien und pflegerischen Maßnahmen. Zudem koordiniert er die Schnittstelle zu weiteren Versorgern. Insbesondere organisiert er die strukturierte Kooperation mit der palliativen Pflege im Sinne einer palliativen Frühintegration.

Laufende Innovationsfondsprojekte zur Erprobung von Patientenlotsen als Neue Versorgungsform, sortiert chronologisch nach Förderwelle. Quelle: Eigene Darstellung.