



Health System Watch

Mehrfache chronische Erkrankungen als Herausforderung der Zukunft – Modelle der integrierten Versorgung aus der europäischen Praxis

Thomas Czypionka, Markus Kraus, Michael Berger, Sophie Föbtleitner*

Zusammenfassung

In Europa leiden mittlerweile 50 Millionen Personen an mehr als einer chronischen Erkrankung. Gerade Personen mit drei oder mehr Erkrankungen können besonders von integrierter Versorgung profitieren. Entsprechende Programme wurden in einigen europäischen Ländern bereits entwickelt, oft als lokale Initiativen, die früher oder später auch bei der Politik Unterstützung fanden. Wir stellen Beispiele aus Österreich, Deutschland, den Niederlanden, Spanien und England vor.

Zusammenfassung

Einleitung

Der Umstand einer immer älter werdenden Bevölkerung und der damit verbundenen steigenden Prävalenz von Multimorbidität, hat in den letzten Jahren zu einem Umdenken in den Behandlungsweisen geführt und Modelle der integrierten Versorgung entstehen lassen. Mehrfach chronisch kranke Patient(inn)en weisen eine höhere altersangepasste Mortalität, eine erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und eine längere Verweildauer in Krankenhäusern auf, wodurch oftmals auch ihre Lebensqualität bedeutend niedriger ist.¹ Aus diesem Grund unterscheidet sich die Behandlung von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen verglichen mit Personen mit nur einer chronischen Erkrankung vor allem in der Hinsicht, dass Erstere einer Versorgung durch mehrere verschiedene Berufsgruppen sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus dem Sozialwesen bedürfen und ein personenzentrierter Ansatz in den Versorgungskonzepten notwendig ist. Diese Modelle integrierter Versorgung müssen zudem eine koordinierte, proaktive, kontinuierliche und multidisziplinäre Behandlung der Patient(inn)en sicherstellen sowie über das bereits existierende Konzept des Wagner'schen Versorgungsmodells² für chronisch Kranke hinausgehen.

Der im Vorjahr erschienene Health System Watch II/2016 bot eine theoretische Einführung in die Versorgung von Patient(inn)en mit mehrfachen chronischen Erkrankungen und beschäftigte sich mit der Frage, was integrierte Versorgung leisten kann. Im Folgenden soll dieses Thema wieder aufgegriffen und ein Konnex zwischen Theorie und Praxis hergestellt werden, indem Beispiele für Modelle integrierter Versorgung für Personen mit mehrfachen chronischen Erkrankungen in Österreich, Deutschland, den Niederlanden, Spanien und England näher beleuchtet werden.

Einleitung

* Alle: Institut für Höhere Studien, Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: health@ihs.ac.at
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind im Internet unter www.ihs.ac.at abrufbar.

1 Siehe Menotti et al. (2001), Fortin et al. (2006), Leijten et al. (2013), Hopman et al. (2015).

2 Siehe Health System Watch II/2016.





Österreich: das Gesundheitsnetzwerk Tennengau³

Eckdaten

Das Gesundheitsnetzwerk Tennengau versteht sich als Modell populationsorientierter integrierter Versorgung für die rund 59.500 Bewohner (Stand 2016) des Bezirks Tennengau und verfolgt laut eigener Website das Leitbild, durch intensivierte Zusammenarbeit der Kooperationspartner

- dem/der Gesunden das Gesundbleiben zu sichern,
- dem/der Kranken das Genesen zu ermöglichen,
- dem/der chronisch Kranken und
- dem/der Sterbenden die Würde seines Menschseins zu bewahren

Organisationsform und Finanzierung

Das Gesundheitsnetzwerk Tennengau wird seit dem Jahr 2002 als eingetragene Genossenschaft mit dem Status der Gemeinnützigkeit geführt und besteht derzeit aus 29 Genossenschaftsmitgliedern aus allen relevanten Bereichen des Gesundheits- und Sozialsystems des politischen Bezirkes Tennengau und des Landes Salzburg.

Die vorherrschende Organisationsstruktur als eingetragene Genossenschaft regionaler Gesundheitseinrichtungen, um die sich ein Netzwerk projektbezogener Stakeholder und Stakeholder-Kooperationen gruppiert, wird von den Mitgliedern als sinnvoll und hilfreich bewertet. Als besondere Bereicherung wird das Klima gleichberechtigter Kooperation zwischen kleinen und großen Netzwerkmitgliedern, wie etwa dem Krankenhaus Hallein und den beteiligten Ärzt(inn)en, immer wieder positiv hervorgehoben.

Fast schon typisch für österreichische Initiativen wurde das Gesundheitsnetzwerk trotz seiner innovativen und wichtigen Ansätze seit seiner Gründung vor allem durch die Finanzierung seiner einzelnen Projekte getragen, eine längerfristige, gesamtheitliche Finanzierung steht erst jetzt durch die Etablierung der Primärversorgung an.

Entstehungsgeschichte und Implementierung

Mit seiner 20-jährigen Geschichte gehört das Gesundheitsnetzwerk Tennengau zu den ersten in Österreich initiierten Programmen integrierter Versorgung chronisch kranker Patient(inn)en. Es entstand im Jahr 1995 aus einem Pilotprojekt des Ludwig Boltzmann Instituts für Gesundheitssoziologie zum Thema „medizinische Hauskrankenpflege“ und wird seitdem mittels eines Bottom-up-Ansatzes laufend weiterentwickelt.

Das Gesundheitsnetzwerk Tennengau stellt sich in der Perspektive der Initiatoren bzw. Organisatoren als ein erfahrungsgelitetes lernendes Projekt dar. Nach wie vor wird das Gesundheitsnetzwerk, ausgehend von einem holistischen Zeithorizont, Schritt für Schritt und Projekt für Projekt in einem iterativen Prozess weiterentwickelt. Zunächst werden dabei die Erfahrungen eines spezifischen Ausgangsproblems analysiert und entsprechende neue, innovative Projekte entwickelt, beschlossen und die dafür notwendige Förderung beantragt. Ergebnisse aus diesen so abgeleiteten Projekten werden routinemäßig nach einem festgelegten Zeitraum entweder intern oder extern evaluiert. Für die im Laufe des Projekts sichtbar gewordenen Versorgungslücken werden wiederum Nachfolgeprojekte konzipiert. Aktuell wird die Implementierung eines regional vernetzten Primärversorgungszentrums vorbereitet. Die Initiatoren bzw. Organisatoren sehen, auch gerade aufgrund der aktuellen Entwicklung, die Implementierung des Gesundheitsnetzwerks Tennengau als noch nicht abgeschlossen, sondern als ständig fortlaufend an.

Versorgungskonzept

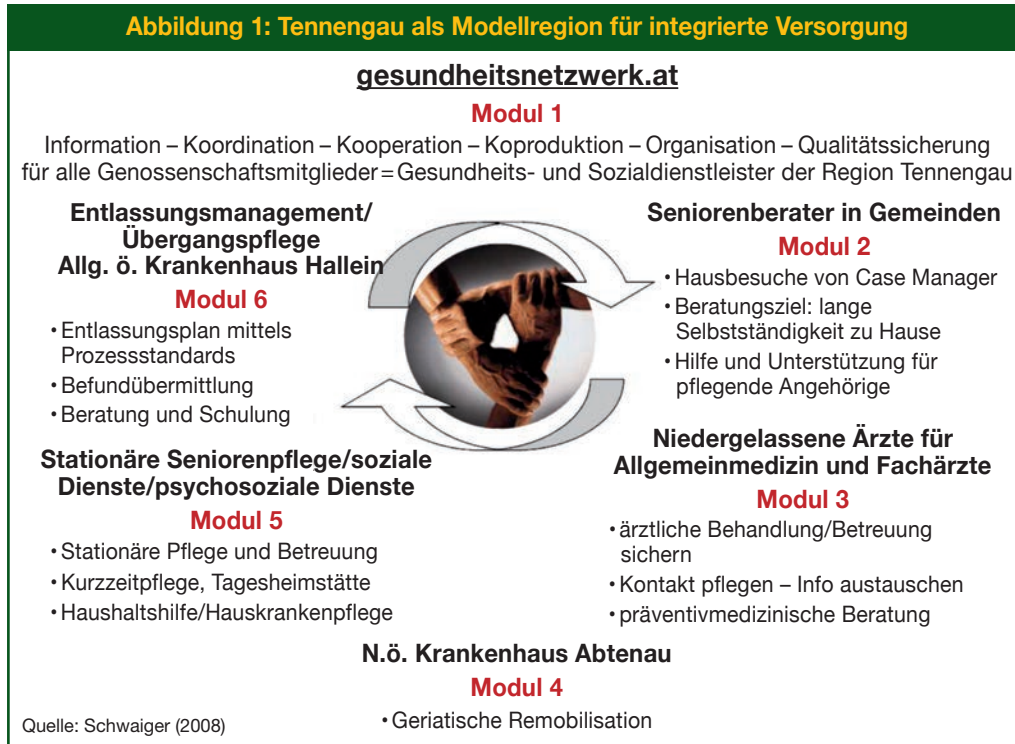
Das Gesundheitsnetzwerk Tennengau stellt die Patient(inn)en in den Mittelpunkt der Behandlung und Betreuung. Als Programm populationsbasierter integrierter Versorgung verfolgt es dabei das Ziel einer kontinuierlichen Optimierung der Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems für die Bevölkerung in der Region. Dies soll insbesondere durch eine effiziente Koordination der Dienstleistungen, eine verbesserte Information der Bevölkerung über die Angebote in der Region und durch die Kooperation der einzelnen Organisationen der Genossenschaft erreicht werden (siehe Abbildung 1). Auf diese Weise soll ein niederschwelliger Zugang zu den verschiedenen Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialsystem ermöglicht werden.⁴

³ Wenn nicht anders angegeben, beruht die Beschreibung des Gesundheitsnetzwerks Tennengau auf dem Research Report von Segert et al. (2016).

⁴ Siehe Schwaiger (2008).



Abbildung 1: Tennengau als Modellregion für integrierte Versorgung



Um die oben beschriebene Modellregion für integrierte Versorgung umzusetzen, wurden in der Region Tennengau bislang folgende Aktivitäten gesetzt:

- **Einführung der Übergabe- und Übernahmevisiten im Krankenhaus**, im Speziellen für Patient(inn)en, bei denen der Gesundheitszustand bzw. der Betreuungsaufwand das erforderlich machen
- **Übermittlung der Arztbriefe und Patientenbefunde direkt vom Krankenhaus an die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen** bei Entlassung der Patienten mittels EDV (derzeit rund 100 beteiligte niedergelassene Ärzte)
- **Etablierung der Hospizinitiative Tennengau** im Jahr 2001
- **Information der Bevölkerung des Tennengaues** über alle im Bezirk bestehenden Gesundheitsdienstleistungen über das Internetportal www.gesundheitsnetzwerk.at
- **Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen** zu aktuellen Themen aus den Bereichen Medizin, Pflege und Soziales mit über 1.000 Teilnehmern
- **Projekt „Pfundiges Abnehmen“**: erstes gesundheitsförderndes Projekt des Netzwerks, in dessen Zuge 30 übergewichtige Klient(inn)en unter ärztlich-wissenschaftlicher Aufsicht gezielt abnehmen konnten
- **Projekt „Demenz“**: Entwicklung eines Konzepts zur rechtzeitigen Behandlung von Demenz bei der Bevölkerung des Tennengaues sowie Schulungen für betroffene Angehörige
- **Projekt „Seniorenberatung Tennengau“**: beinhaltet die aufsuchende Beratung von Klienten im Alter von über 80 Jahren in gegenwärtig neun von 13 Gemeinden des Tennengaues durch zwei von den Leistungserbringern unabhängige Seniorenberatungen. Das Projekt entstand in engem Kontakt mit den Bürgermeisterinnen und Bürger über 80 Jahre zur Verfügung stellten und andererseits im Rahmen von Geburtstagsbesuchen den Jubilaren einen Flyer zur Seniorenberatung überreichen. Ziel der Seniorenberatung ist es, als zentrale Anlaufstelle mit niederschwelligem Zugang bei sämtlichen Fragen des Gesundheits- und Sozialsystems zu fungieren und bei Pflegebedürftigkeit sämtliche Dienstleistungen und Abläufe zu koordinieren bzw. zu optimieren.

Von allen am Projekt beteiligten Personen wird insbesondere dessen aufsuchender und prophylaktischer Charakter hervorgehoben. Im Zentrum der Beratung steht das persönliche Gespräch über die aktuelle gesundheitliche Situation der Klienten und die zu erwartenden Veränderungen. Auf diese Weise knüpft die Seniorenberatung direkt an die Pflegeerwartungen der Klienten sowie an deren Fähigkeiten und Wünsche zur eigenverantwortlichen Versorgung an. Sie erhält Kenntnis von den familiären und nachbarschaftlichen Ressourcen und kann sich



so ein individuelles Bild über mögliche Versorgungsbedürfnisse und deren zeitliche Horizonte machen. Zum Abschluss des Gesprächs werden Informationsmaterialien und vor allem die Kontaktdaten der Seniorenberatung hinterlassen, sodass die Klienten oder ihre Angehörigen sich im Akutfall selbstständig wieder melden können.

Wie aus Interviews hervorgeht, empfinden die Klienten die aufsuchende und interaktive Form der Information als sehr positiv.

- **Reformpoolprojekt „Case- und Caremanagement Tennengau“:** Im Krankenhaus Hallein angesiedelt, wurde es als zweijähriges Reformpool-Pilotprojekt begonnen und inzwischen in die Regelversorgung übernommen. Ziel des Case- und Caremanagements (dt.: Fall- und Versorgungsmanagement) ist es, über sämtliche nachstationäre Versorgungsangebote zu informieren, zu beraten und, sofern gewünscht, auch die betreffenden Leistungserbringer zu kontaktieren.

Bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus wird ein Assessment durchgeführt, ob die Person nach der Entlassung pflege- und/oder betreuungsbedürftig sein könnte. Zusätzlich wird während des Aufenthalts ein ausführliches Gespräch mit den Patienten und deren Angehörigen geführt. Auf Basis dessen wird folgende Fallunterscheidung vorgenommen: 1) Patient(in) wünscht Hilfe – Kontaktierung entsprechender Leistungserbringer, 2) Patient(in) braucht Informationen, die Angehörigen organisieren alles selbst, 3) Patient(in) braucht keine Hilfe oder wünscht keine Information – Dokumentation dieses Ergebnisses und Übermittlung in jedem Fall an die weiterbehandelnden Ärzte und Ärztinnen.

Wie Interviews mit Patienten zeigen, besteht hohe Zufriedenheit mit dieser Form der Kommunikation, wobei insbesondere der Umgangston und die Freiheit zur eigenen Entscheidung geschätzt werden.

- **Aufbau eines Schnittstellenmanagements** mit der Funktion einer Informations- und Koordinationsdrehscheibe. Das Internetportal www.gesundheitsnetzwerk.at wird wöchentlich hinsichtlich freier Kurz- und Langzeitpflegebetten in allen Alten- und Pflegeheimen in Stadt und Land Salzburg aktualisiert, wodurch die Suche nach freien Kapazitäten deutlich vereinfacht wird.
- **Ausarbeitung von Empfehlungen für das Bundesland Salzburg zur Reduktion von vermeidbaren Transporten aus den Seniorenheimen in die Ambulanzen der Salzburger Krankenhäuser**
- **Projekt „Save Hip“:** Hierbei handelt es sich um ein neueres Projekt, in dessen Rahmen sturzgefährdete Patient(inn)en und deren Angehörige während des Krankenhausaufenthalts über die Nutzung und die Vorteile von Hüftprotektorrhosens informiert werden. Bei Interesse erhalten die Patienten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zwei Hüftprotektorrhosens zur selbstständigen Nutzung. Diese Hosens sollen nicht nur die Folgen von Stürzen „abfedern“, sondern auch die Zahl der Stürze verringern. Nach den bisherigen Erfahrungen ist dies auch der Fall. Jene Patienten, die die Compliance mitbringen, die Hosens im eigenen Interesse zu tragen, haben weniger Angst, sich zu Hause allein zu bewegen, und stürzen schon deshalb seltener. Ziel des Projekts ist es, die Effektivität des Angebots zu belegen und so die Krankenversicherung zu veranlassen, einen Teil der Finanzierung zu übernehmen.

Involvierte Leistungserbringer

Zu den Leistungserbringern des Gesundheitsnetzwerks Tennengau zählen u. a. die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen des Bezirks Tennengau, das Krankenhaus Abtenau, das Krankenhaus Hallein, AVOS als Anbieter von präventiven und rehabilitativen ambulanten Leistungen, die Anbieter von Hauskrankenpflege und Haushaltshilfe wie der Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs, der Caritasverband der Erzdiözese Salzburg, die Diakonie.mobil Salzburg, das Hilfswerk Salzburg, das Österreichische Rotes Kreuz, einige Gemeinden als Rechtsträger von Alten- und Pflegeheimen, die Selbsthilfe Salzburg, der Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) und die Generali Versicherung AG.

Die Vernetzung zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Leistungserbringern wird von allen Beteiligten als zentrale Voraussetzung für ein funktionierendes Programm der integrierten Versorgung verstanden und war allen Beteiligten von Beginn an ein zentrales Anliegen, da sich das Gesundheitsnetzwerk Tennengau in seinem Kern nicht als rein medizinisches Programm der integrierten Versorgung versteht, sondern vielmehr als ein Netzwerk zwischen Ärzt(inn)en, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie diversen sozialen Einrichtungen.





Deutschland: Casaplus – das geriatrische Fallmanagementprogramm der MedicalContact AG⁵

Eckdaten

Um einerseits dem demografischen Trend und andererseits der steigenden Prävalenz von mehrfachen chronischen Erkrankungen entgegenwirken zu können, wurde im April 2007 in Deutschland das Programm „Casaplus“ gegründet, das als solches bisher einzigartig ist. Es zielt darauf ab, Gesundheitsdienstleistungen für ältere Personen mit mehrfachen chronischen Erkrankungen neu zu organisieren und zu verbessern und so eine umfassende, leicht zugängliche und qualitativ hochwertige Versorgung bereitzustellen. Das Casaplus-Programm richtet sich gezielt an Personen über 55 Jahre, die an mehrfachen chronischen Erkrankungen leiden und dadurch ein erhöhtes Risiko aufweisen, innerhalb der nächsten zwölf Monate in ein Krankenhaus aufgenommen zu werden.

Das Programm strebt danach, vermeidbare Krankenhausaufnahmen durch präventives Fallmanagement und erhöhte Eigenverantwortlichkeit zu verringern. Geschulte Fallmanager informieren, beraten, unterstützen und überwachen dabei das Wohlergehen der registrierten älteren, mehrfach chronisch kranken Personen und stimmen alle relevanten Gesundheitsdienstleistungen miteinander ab bzw. koordinieren sie.

Die Wirksamkeit des Programms wurde anhand mehrerer interner und externer Evaluationen sowie einer Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) belegt. So reduziert das Programm nicht nur nachhaltig die Krankenhauskosten – im Jahr 2016 kam es beispielsweise zu einer Einsparung von 591 Euro pro Person –, sondern es wird auch von den Klienten geschätzt: 97 Prozent sind mit dem Programm zufrieden. Die Ergebnisse der Evaluierung gelten zudem als Grundlage für Verbesserungen und geben Hinweise auf zukünftige Entwicklungen innerhalb des Programms.

Organisationsform und Finanzierung

Das geriatrische Fallmanagementprogramm Casaplus ist im Besitz der MedicalContact AG (MeCo) und stellt eine freiwillige Zusatzleistung der Krankenversicherungen dar. Dies bedeutet einerseits, dass keine weiteren Gebühren für die im Casaplus-Programm registrierten Versicherten anfallen und sie jederzeit wieder austreten können, andererseits impliziert dies auch, dass es keinen finanziellen Anreiz für mehrfach chronisch kranke Patient(inn)en zur Teilnahme am Programm gibt.

Im Jahr 2016 gab es in ganz Deutschland 17 aktive Dienstleistungsverträge zwischen der MeCo und gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherungen, der Großteil davon bestand jedoch mit Betriebskrankenkassen. Der Vertrag zwischen der jeweiligen Krankenversicherung und der MeCo hat in der Regel eine Mindestlaufzeit von zwei Jahren und sieht eine mögliche Erfolgsbeteiligung an den jährlichen durchschnittlichen Einsparungen durch die durch das Programm vermiedenen Krankenhausaufenthalte vor.⁶ Nach einer kurzen Periode der Abrechnung über ein Pay-for-Performance-Modell, das nicht die angenommenen und gewünschten Ergebnisse liefern konnte, wird nun mittels eines gedeckelten Budgets abgerechnet. Das gewährleistet nicht nur eine Kostenkontrolle aufseiten der Krankenversicherung, sondern verhindert auch allzu große Kostenschwankungen.

Weitere Kooperationen innerhalb des Programms bestehen mit 177 lokalen Anbietern von mobilen Diensten des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) sowie des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) und unabhängigen lokalen Anbietern von mobilen Diensten. Neben den speziell geschulten Fallmanagern arbeiten auch Fachpflegekräfte sowie Pharmazeut(inn)en, Fachärzte bzw. Fachärztinnen und IT-Expert(inn)en für das Casaplus-Programm.

Entstehungsgeschichte und Implementierung

Die MeCo kann eine jahrelange Erfahrung als Dienstleistungspartner von Krankenversicherungen vorweisen und wurde deswegen im Jahr 2006 von mehreren Betriebskrankenkassen kontaktiert, um ein Programm zu entwickeln, das auf ältere, mehrfach chronisch kranke Patient(inn)en zugeschnitten ist und auf eine Stabilisierung der Krankenhauskosten abzielt. Nach

⁵ Wenn nicht anders angegeben, beruht die Beschreibung von Casaplus auf dem Research Report von Struckmann et al. (2016).

⁶ Siehe Fleckenstein (2010).

Deutschland:
Casaplus – das
geriatrische Fall-
management-
programm der
MedicalContact
AG





einer gelungenen Pilotphase in Kooperation mit der Betriebskrankenkasse Audi wurde das Casaplus-Programm im Jahr 2007 allen Krankenversicherungen zugänglich gemacht. Seit Jänner 2016 haben sich auch gesetzliche Krankenversicherungen vertraglich zur Teilnahme am geriatrischen Fallmanagementprogramm verpflichtet, wodurch das Casaplus-Programm deutschlandweit implementiert werden konnte.

Eine in diesem Zusammenhang bedeutende Rolle spielte die Tatsache, dass die Krankenversicherungen die Notwendigkeit eines zusätzlichen Versorgungsbedürfnisses für ihre mehrfach chronisch kranken Versicherten erkannten und deshalb die Implementierung des Fallmanagementprogramms positiv beeinflussten.

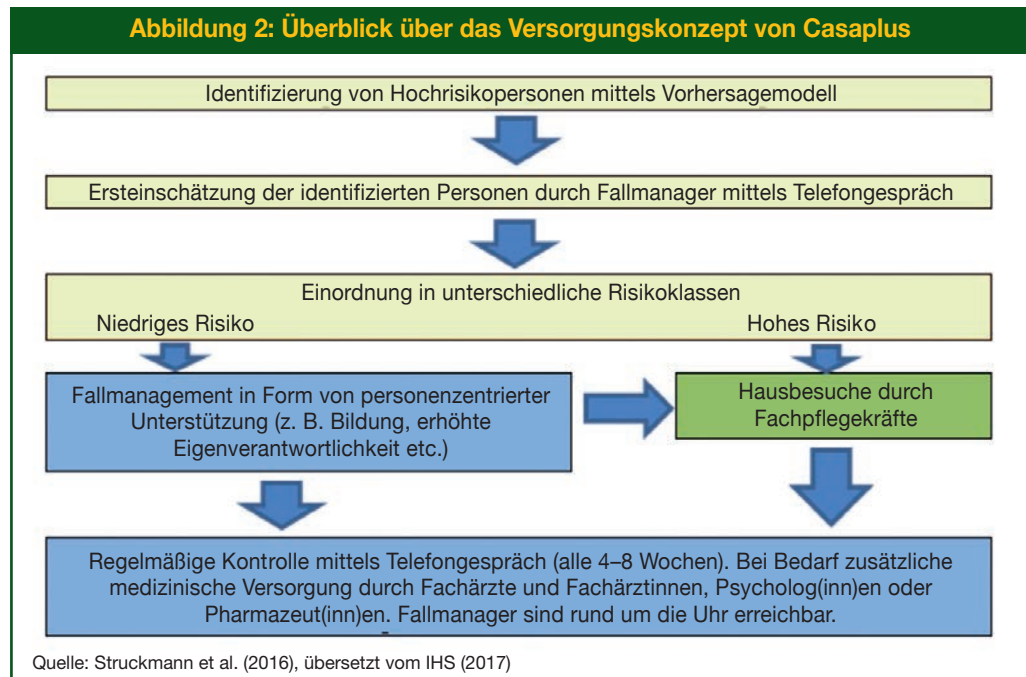
Versorgungskonzept

Das systematische Fallmanagementprogramm Casaplus will älteren Personen die Möglichkeit geben, so lange wie möglich gesund und selbstbestimmt in ihrer häuslichen Umgebung zu leben und dabei chronische Erkrankungen und physiologische Alterungsprozesse durch präventive Maßnahmen zeitlich hinauszuschieben.⁷

Das Versorgungskonzept des Casaplus-Programms beinhaltet die Identifizierung von Hochrisikopersonen, eine medizinische, aber auch soziale Ersteinschätzung der Patient(inn)en und die daraus resultierende Einordnung in unterschiedliche Risikoklassen sowie ein auf das individuelle Bedürfnis der Personen maßgeschneiderte Fallmanagement. Abbildung 2 soll einen groben Überblick über das Versorgungskonzept liefern.

Die Identifizierung der Hochrisikopersonen erfolgt proaktiv vonseiten der Krankenversicherung über ein computerbasiertes Vorhersagemodell, mit dessen Hilfe die Wahrscheinlichkeit für über 55-jährige Versicherte, innerhalb der nächsten zwölf Monate ins Krankenhaus eingewiesen zu werden, berechnet wird.⁸ Nach der Identifizierung folgt der Erstkontakt mit den potentiellen Versicherten auf schriftlichem und telefonischem Wege, wobei eine ganzheitliche Ersteinschätzung – auf sozialer wie auch auf medizinischer Ebene – durchgeführt wird.⁹ Fällt der Patient bzw. die Patientin aufgrund einer erhöhten Sturzgefahr, der Gefahr einer Mangelernährung oder der Gefahr gesellschaftlicher Ausgrenzung in eine sogenannte Hochrisikoklasse, wird von entsprechend geschulten Pflegekräften des kooperierenden lokalen Anbieters von mobilen Diensten ein Hausbesuch durchgeführt. Der Anbieter gibt eine Einschätzung der häuslichen Situation, bietet weiterführende Informationen und praktische Unterstützung für pflegende Angehörige an und soll ei-

Abbildung 2: Überblick über das Versorgungskonzept von Casaplus



7 Siehe Fleckenstein (2010).

8 Siehe Fleckenstein (2010).

9 Siehe Fleckenstein (2010).





ne angemessene Versorgung sicherstellen. Danach erhalten alle am Programm teilnehmenden Patient(inn)en eine telefonische Schulung durch die Casaplus-Betreuer(innen) hinsichtlich gesundheitlicher Risiken und deren Vermeidung, weitere Kontakte erfolgen im Acht-Wochen-Rhythmus.¹⁰ Bei diesen Gesprächen wird nicht nur das allgemeine Wohlergehen des Patienten mittels eines standardisierten Fragebogens abgefragt, sondern es werden auch offene Fragen geklärt, anstehende oder vergangene Arztbesuche besprochen und informelle Themen, die die am Programm teilnehmenden Patient(inn)en besonders beschäftigen, angeschnitten. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass das Fallmanagementprogramm nicht die Beratung durch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen oder erforderliche Arztbesuche ersetzen kann und will, sondern vielmehr das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis stärken und ambulante Arztbesuche gemeinsam mit den Versicherten vor- und nachbereiten soll.¹¹

Involvierte Leistungserbringer

Eine Besonderheit des Konzepts von Casaplus stellt die Diversität der Arbeitskräfte dar. Die bereits erwähnten Fallmanager stehen im Kern der Leistungserbringung medizinischer Dienstleistungen, weswegen sie nicht nur eine pflegerische Ausbildung vorweisen, sondern auch über jahrelange einschlägige Berufserfahrung verfügen und sich laufend weiterbilden müssen. Sie arbeiten in Übereinstimmung mit der gängigen medizinischen Leitlinie, passen sich den (wechselnden) Bedürfnissen der mehrfach chronisch kranken Patient(inn)en an und treffen Entscheidungen in Absprache mit allen Beteiligten. Zum Versorgungsteam des Casaplus-Programms werden neben den Berater(inne)n noch das pflegerische Fachpersonal, welches die Hausbesuche durchführt, sowie pflegende Angehörige gezählt. Bei Bedarf werden zusätzlich noch Allgemeinmediziner(innen), Fachärzte und Fachärztinnen, Psycholog(inn)en, Pharmazeut(inn)en sowie Pflegemanager(innen) der Krankenversicherungen hinzugezogen.

Niederlande: Ketenzorg Kwetsbare Ouderen¹² (Integrierte Versorgung gebrechlicher älterer Personen)

Eckdaten

Die „Ketenzorg Kwetsbare Ouderen“ (KKO, dt.: „Integrierte Versorgung gebrechlicher älterer Personen“) ist der Versuch, das niederländische Konzept der „Keten-DBC“ („Ketten-Diagnose-Behandlungs-Kombinationen“; eine Komplexpauschale für die Erbringung einer Reihe von Leistungen für chronisch Kranke) auf die komplexen Behandlungsbedürfnisse gebrechlicher älterer Personen anzuwenden. Im Rahmen solcher Ketten-DBC kaufen Krankenversicherungen die jährlichen gebündelten Leistungen für Patient(inn)en mit ausgewählten chronischen Krankheitsbildern (z. B. COPD, Diabetes etc.) von sogenannten „Zorggroepen“ (Versorgungsgruppen). Die KKO zielt darauf ab, die von gebrechlichen älteren Personen benötigten Gesundheitsdienstleistungen zu bündeln und den Patienten und ihren pflegenden Angehörigen eine zentrale Anlaufstelle in Gesundheitsfragen zu bieten. Das übergeordnete Ziel ist es, durch gezieltes Fallmanagement gebrechlichen älteren Personen so lange wie möglich eine hohe Lebensqualität im eigenen Zuhause zu ermöglichen. Aus Sicht der Zahler besteht das zusätzliche Ziel, eine strukturierte multidisziplinäre Primärversorgung zu entwickeln, die den Bedarf an Sekundärversorgung reduziert, die Notwendigkeit der Aufnahme in ein Pflegeheim so lange wie möglich vermeidet und, in weiterer Folge, so die Gesundheitsausgaben als Ganzes senkt. Der innovative Charakter der KKO liegt dabei einerseits in der verbesserten Koordination zwischen den verschiedenen Dienstleistern (besserer Transfer der Krankengeschichte der Patienten über Gesundheitsdienstleister hinweg, Informationen über Polypharmazie etc.), andererseits erlaubt die Einbeziehung der psychologischen und sozialen Lebensumstände den Patienten möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Ein wichtiges Element im KKO-Programm ist das sogenannte „Gemeindenetzwark“, ein Netzwerk aus Gesundheitsdienstleistern sowie Wohlfahrts- und Sozialeinrichtungen einer Gemeinde, die an der medizinischen und sozialen Betreuung älterer Personen beteiligt sind. Die KKO zielt jedoch nicht nur auf eine verbesserte Koordinierung der Leistungserbringung innerhalb dieses

¹⁰ Siehe Fleckenstein (2010).

¹¹ Siehe Fleckenstein (2010).

¹² Wenn nicht anders angegeben, beruht die Beschreibung der Ketenzorg Kwetsbare Ouderen auf dem Research Report von Hoedemakers et al. (2016).

Niederlande:
Ketenzorg
Kwetsbare
Ouderen
(Integrierte
Versorgung
gebrechlicher
älterer Personen)





Gemeindenetzwerks ab. Vielmehr findet bereits die Identifizierung von Patient(inn)en, die von einer Aufnahme ins KKO-Programm profitieren könnten, innerhalb des Gemeindenetzwerks statt. Anstelle eines herkömmlichen Screening-Prozesses wird eine sogenannte Fallauswahl eingesetzt, die an späterer Stelle detaillierter beschrieben wird. Mit Stand Februar 2016 befanden sich 3.439 gebrechliche ältere Personen im KKO-Programm.

Organisationsform und Finanzierung

Aktuell sind drei Non-Profit-Zorggroepen am KKO-Programm beteiligt, die zusammen an der Weiterentwicklung des Programms arbeiten. Hausärzte und Hausärztinnen und Fachpflegekräfte sind entweder direkt bei den Zorggroepen angestellt oder arbeiten auf Vertragsbasis. Insgesamt umfassen die drei Zorggroepen etwa 200 Arztpraxen. Es besteht zudem auch eine Zusammenarbeit mit anderen Primärversorgungsanbietern sowie mit Sekundärversorgungseinrichtungen und mobilen Diensten.

Die Finanzierung der KKO erfolgte ursprünglich über das regelfinanzierte Modul der Altenversorgung, das Hausärzten finanzielle Anreize zu multidisziplinärer Arbeit und proaktiver Betreuung älterer Patient(inn)en bietet. Die Abrechnung erfolgte direkt über die Hausarztpraxen und nicht über die Care Groups. Das führte zum Problem der fehlenden Abgeltung von Gemeinkosten, wodurch die Zorggroepen keine organisatorischen bzw. administrativen Tätigkeiten übernehmen konnten.

Da diese Form der Finanzierung als unzureichend befunden wurde, wechselte man auf einen Bündeltarif (englisch: „bundled payments“) in Form von Ketten-DBC, wie es sie in den Niederlanden bereits für ausgewählte chronische Erkrankungen (u. a. COPD, Diabetes) gibt. Zu diesem Zweck wurde eine neue Ketten-DBC für gebrechlichere ältere Patienten eingeführt, die sich noch in der Pilotphase befindet. Dabei erhalten die Zorggroepen ein fixes jährliches Budget, das die Kosten der im Rahmen der Ketten-DBC anfallenden Behandlungen abdeckt. Dieses Budget setzt sich aus einem durchschnittlichen Betrag pro Patient(in) (basierend auf den insgesamt für die Versorgung voraussichtlich aufzuwendenden Minuten), Gemeinkosten und der Anzahl der KKO-Patienten (wobei diese nicht mehr als ein Prozent der gesamten Patienten der Hausarztpraxis ausmachen sollen) zusammen.

Entstehungsgeschichte und Implementierung

In der Zeit von 2008 bis 2010 arbeitete die regionale Arbeitsgruppe „Committee Elderly Care“ daran, Probleme und Herausforderungen in der Versorgung älterer Personen in der niederländischen Provinz Nordbrabant (oft verkürzt nur als Brabant bezeichnet) zu identifizieren. Dies führte zur Gründung eines regionalen Netzwerks aus Patientenvertretern, der PoZoB Zorggroep („Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant“, dt.: „Praxisunterstützung Südost-Brabant“), Geriater(inne)n, Ärzt(inn)en mit Spezialisierung auf die Versorgung älterer Personen, Anbietern von mobilen Diensten, Wohlfahrts- und Sozialabteilungen der Gemeinden sowie einer Primärversorgungsunterstützungsorganisation (Primary Care Support Organisation). Basierend auf den Erkenntnissen und Erfahrungen der regionalen Arbeitsgruppe wurde 2011 die KOMPLEET-Projektphase („Keten zorg Ouderen Met Partners in Laagdrempelig Eerstelijns Thuiszorg“, dt.: „Integrierte Versorgung für ältere Personen und deren Partner in zugänglicher Hauspflege“) gestartet, die auf die Etablierung von Versorgungsketten in der Behandlung älterer Personen abzielte. Daraus ging die KKO hervor. Ab dem Jahr 2013 wurde die KKO auf zwei weitere Zorggroepen ausgeweitet, im Zuge dessen wurde auch das Finanzierungssystem auf Bündeltarife umgestellt.

Versorgungskonzept

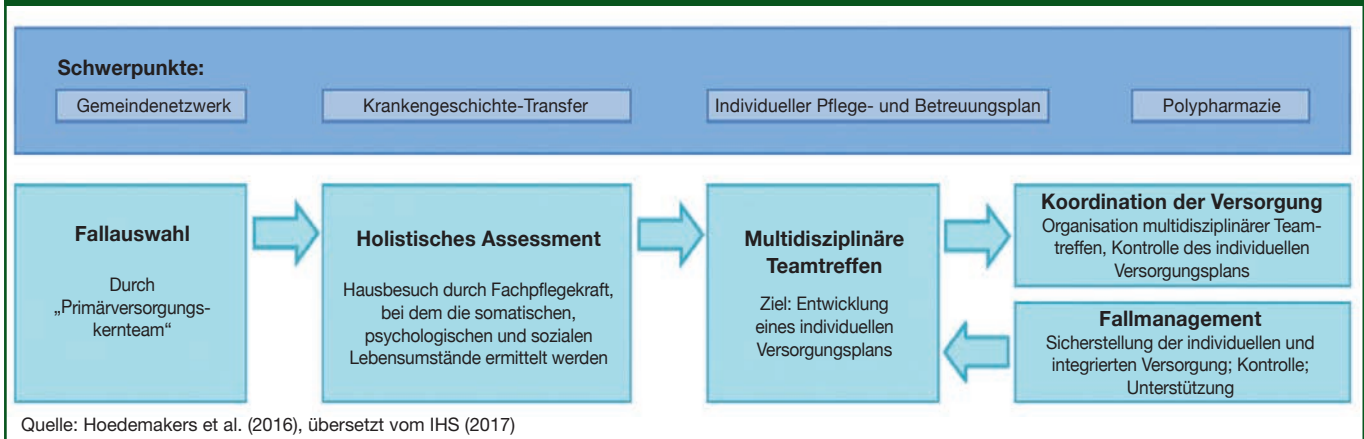
Der Ablauf der KKO ist im Wesentlichen in vier Phasen unterteilt: (1) Fallauswahl, (2) holistisches Assessment und Bewertung des Falles, (3) multidisziplinäre Teamtreffen und (4) Koordination der Versorgung und Fallmanagement. Ein wesentlicher Bestandteil des KKO-Versorgungsprozesses ist das von Hausarzt(inn)en und Fachpflegekräften aufgesetzte Gemeindenetzwerk. Dieses soll durch verbesserte Kommunikation und Vernetzung die Fallauswahl und das Arbeiten in interdisziplinären Teams im Allgemeinen erleichtern (Abbildung 3).

Bei der Fallauswahl identifizieren die am Gemeindenetzwerk teilnehmenden Hausärzte und Hausärztinnen, Fachpflegekräfte und Bezirkspflegekräfte proaktiv ältere Patient(inn)en, die Anzeichen von Gebrechlichkeit aufweisen. Die grundlegende Idee dahinter ist, dass medizinisches Personal, das regelmäßig ältere Patienten versorgt, einerseits einen umfassenden Überblick über potentielle Patienten besitzt und andererseits am besten in der Lage ist festzustellen, welche Pa-





Abbildung 3: Überblick über das Versorgungskonzept der KKO



tienten am meisten von der Aufnahme in das KKO-Programm profitieren könnten. Anschließend werden die identifizierten potentiellen Patienten im „Primärversorgungskernteam“ (niederländisch: „eerstelijns kernteam“) besprochen und die Komplexität des Falles und der Versorgungsbedürfnisse eruiert. Ein solches Kernteam setzt sich aus einem Hausarzt bzw. einer Hausärztin, einer Fachpflegekraft und einer Bezirkspflegekraft zusammen. Wird im Kernteam der Beschluss gefasst, den Patienten bzw. die Patientin in das KKO-Programm aufzunehmen, tritt die Fachpflegekraft mit dem Patienten in Kontakt, um einen Hausbesuch zu vereinbaren.

Der im Anschluss an die Fallauswahl durchgeführte Hausbesuch dient einem holistischen Assessment des Patienten vor Ort durch die Fachpflegekraft. Dabei werden die somatischen, psychologischen und sozialen Lebensumstände der Patienten sowie ihre Fähigkeit zur Selbstversorgung ermittelt. Die in diesen Bereichen bestehenden Probleme werden strukturiert erfasst und unter Einbeziehung des Patienten und der pflegenden Angehörigen priorisiert. Durch den Einsatz von standardisierten Bewertungsinstrumenten soll das holistische Assessment so weit wie möglich objektiviert werden. Die durch den Hausbesuch gewonnenen Erkenntnisse werden im Anschluss mit dem zuständigen Hausarzt bzw. der zuständigen Hausärztin und einem weiteren Arzt mit Spezialisierung auf die Versorgung älterer Personen besprochen und münden in einen ersten Entwurf eines individualisierten Pflege- und Betreuungsplans, der von der Fachpflegekraft verfasst wird.

Im nächsten Schritt wird von der Fachpflegekraft ein multidisziplinäres Teamtreffen organisiert, das zur weiteren Ausarbeitung des individualisierten Pflege- und Betreuungsplans dient. Die Zusammensetzung des Teams ist auf die Behandlungsbedürfnisse der jeweiligen Patienten abgestimmt. Typischerweise setzt sich das multidisziplinäre Team aus einer Fachpflegekraft, einem Hausarzt, einem Arzt mit Spezialisierung auf die Versorgung älterer Personen und – falls nötig – einem Demenz-Fallmanager zusammen. Fallweise können auch weitere medizinische Fachkräfte, die bereits in die Patientenbetreuung involviert sind (z. B. Physiotherapeut(inn)en), in das Meeting einbezogen werden. Diese auf den Patienten bzw. die Patientin zugeschnittene Zusammensetzung des Teams bedeutet auch, dass pro Treffen lediglich ein Patient besprochen werden kann. Ein besonderes Merkmal ist, dass sowohl die Patienten selbst als auch deren pflegende Angehörige an den Treffen teilnehmen können, sofern es die gesundheitlichen Umstände erlauben. Die multidisziplinären Teamtreffen bieten die Möglichkeit eines regen Informationsaustausches und damit einer verbesserten Koordinierung der am Behandlungsprozess beteiligten Personen. Das übergeordnete Ziel bleibt dabei, den Patienten ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Multidisziplinäre Teamtreffen finden je nach Bedarf, meist jedoch einmal pro Jahr statt. In den Folgetreffen sind typischerweise weniger Personen involviert.

In weiterer Folge werden die Zuständigkeiten für das Fallmanagement und die Fallkoordination zugewiesen. Die Fallkoordination wird immer von der Fachpflegekraft übernommen, in deren Zuständigkeit auch der anfängliche Hausbesuch, der Entwurf des individualisierten Pflege- und Betreuungsplans und das Arrangieren der multidisziplinären Teamtreffen fallen. Das Fallmanagement hingegen kann von Fachpflegekräften, Bezirkspflegekräften oder Demenz-Fallmanagern übernommen werden – je nach den Bedürfnissen der Patient(inn)en. In der Praxis fällt diese Rolle aber auch den Fachpflegekräften zu. Der Aufgabenbereich im Fallmanagement



inkludiert die Überwachung des individualisierten Pflege- und Betreuungsplans sowie der Lebenssituation der Patienten. Die medizinische Verantwortung tragen aber in jedem Fall die behandelnden Hausärzte.

Involvierte Leistungserbringer

Das KKO-Programm legt großen Wert auf multidisziplinäres Arbeiten, was sich konsequenterweise auch in den Leistungserbringern, die in das Programm eingebunden sind, widerspiegelt. Das zentrale Element ist das Zusammenwirken von Fachpflegekräften und Hausärzt(inn)en in der jeweiligen Zorggroep, denen die Schlüsselaufgaben zufallen. Für das Berufsbild der Fachpflegekräfte in den Niederlanden gibt es im österreichischen Gesundheitswesen kein Äquivalent. Sie müssen nicht notwendigerweise diplomierte Krankenpfleger(innen) sein, besitzen aber eine ein- bis zweijährige Ausbildung, mit der Möglichkeit der Spezialisierung auf ein Fachgebiet (u. a. die Versorgung von älteren Patient(inn)en) und sind direkt in Hausarztpraxen angestellt. Da die medizinische Verantwortung über die Patienten schlussendlich bei den jeweiligen Hausärzten liegt, fungieren diese oft als Supervisor für die Fachpflegekräfte.

Sofern es die Behandlungsbedürfnisse der Patienten erfordern, können auch Bezirkspflegekräfte oder Demenz-Fallmanager das Fallmanagement übernehmen. Die Bezirkspflegekräfte sind diplomierte Krankenpfleger, die in der mobilen Pflege tätig sind. Demenz-Fallmanager werden in der Kettenversorgung von Demenzpatient(inn)en eingesetzt, wo sie die Kontinuität in der Versorgung sicherstellen sollen. Sie dienen auch als Anlaufstelle für pflegende Angehörige. Sie sind entweder bei Anbietern von mobilen Diensten, bei Pflegeheimen oder direkt bei den Zorggroepen angestellt. Ärzte und Ärztinnen mit Spezialisierung auf die Versorgung älterer Personen bzw. in der Sekundärversorgung tätige Geriater(innen) werden hinzugezogen oder konsultiert, damit diese mit ihrem Fachwissen und ihrer Erfahrung die Hausärzte im Hinblick auf die speziellen Betreuungsbedürfnisse der Patienten unterstützen.

Spanien: Badalona Serveis Assistencials (BSA)¹³

Eckdaten

Das Programm „Badalona Serveis Assistencials“ (BSA, dt.: „Badalona-Gesundheits- und Pflegedienstleistungen“) ist ein Versorgungsmodell für Patient(inn)en mit komplexen chronischen Erkrankungen. Seit 2004 in Betrieb, versorgt es über 230.000 Personen in der sogenannten „Badalona-Region“, die sich im Norden von Barcelona (Spanien) befindet und die Städte Badalona, Montgat und Tiana einschließt. Die Zielgruppe des Programms sind sowohl gebrechliche ältere Personen als auch Personen mit mehrfachen chronischen Erkrankungen und kognitiven Einschränkungen. Das Programm stellt die teilnehmenden Patienten in den Mittelpunkt und kombiniert medizinische Behandlung mit sozialer Unterstützung sowie einer Rund-um-die-Uhr-Notfallbetreuung.

Badalona Serveis Assistencials zielt darauf ab, mehrfach chronisch kranke Personen zu identifizieren, ein Fortschreiten der Krankheit zu verhindern bzw. diese möglichst zeitnah und effizient zu therapieren. Dadurch sollen in weiterer Folge Krankenhausaufnahmen vermieden und die durch Krankenhausaufenthalte verursachten Kosten reduziert werden. Ein weiteres Bestreben von BSA ist es, jedes spezielle Bedürfnis der Klient(inn)en zu erkennen und damit einen ganzheitlichen Versorgungsansatz entwickeln und implementieren zu können, um den Patienten ein unabhängiges, qualitativ hochwertiges Leben zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, ist nicht nur ein aufeinander abgestimmtes Handeln der unterschiedlichen in die Versorgung involvierten Leistungserbringer notwendig, sondern auch der Ansatz einer ganzheitlichen Versorgung der mehrfach chronisch Erkrankten. Dieser erstreckt sich über sechs verschiedene Ebenen – von der funktionalen und der organisatorischen Ebene über die sachkundige und die klinische Ebene bis hin zu einer normativen und einer systemischen Ebene. Während es auf der funktionalen und der organisatorischen Stufe zu einer Koordinierung aller eingebundenen Leistungserbringer durch die Dachorganisation Badalona Serveis Assistencials, die für die Bereitstellung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung zuständig ist, kommt, ist die sachkundige und die klinische Ebene darauf ausgerichtet, ein multidisziplinäres Team zusammenzustellen und dessen Mitglieder aufeinander abzustimmen und so einen einheitlichen, ineinander übergreifenden Versorgungsverlauf sicherzustellen. Die normative bzw. systemische Verflechtung zielt hingegen auf gemeinsam geteilte Werte und Ziele sowie auf die Anpassung von Leistungsanreizen auf dem organisatorischen Niveau ab.

¹³ Wenn nicht anders angegeben, beruht die Beschreibung von Badalona Serveis Assistencials auf dem Research Report von Vallve et al. (2016).

Spanien:
Badalona Serveis
Assistencials
(BSA)





Das Programm Badalona Serveis Assistencials ist personenzentriert, das bedeutet, dass die Patienten im Zentrum der Bereitstellung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung stehen. Aus diesem Grund ist die Koordinierung aller in den Versorgungsprozess eingebundenen Personen – von den Ärzten und Ärztinnen über die Krankenpfleger(innen) bis hin zu den pflegenden Angehörigen – von höchster Bedeutung, da nur so das Ziel einer ganzheitlichen, allumfassenden Versorgung erreicht werden kann.

Organisationsform und Finanzierung

Badalona Serveis Assistencials ist eine private Organisation in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft und wird komplett aus öffentlichen Mitteln finanziert. Seit dem Jahr 2000 ist BSA für Gesundheitsdienstleistungen und Sozialdienste in der Badalona-Region zuständig und verwaltet das Krankenhaus „Hospital Municipal de Badalona“, die mobilen Krankenpflege- und Gesundheitsdienste, das Sozialgesundheitszentrum „El Carme“, sieben Primärversorgungszentren sowie ein Zentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit.

Die Finanzierung des Programms hängt von der jeweiligen Versorgungsstufe (Primär-, Sekundär- oder Tertiärversorgung) ab und erfolgt größtenteils über das staatliche bzw. das regionale Gesundheits- und Sozialsystem, sodass die Klienten nur einen kleinen Teil in Form von Zuzahlungen beitragen müssen.

Entstehungsgeschichte und Implementierung

Das BSA-Programm ist das Ergebnis eines langen Prozesses von verschiedenen Initiativen zur Verflechtung des Gesundheits- und Sozialsystems, die seit 1999 kontinuierlich implementiert wurden. Im Entstehungsprozess lassen sich zwei Phasen identifizieren: die Entwurf- und Anfangsphase (2000–2006) und die Zusammenführung zu einem ganzheitlichen Versorgungskonzept (ab 2006). In den ersten Jahren wurde nicht nur das ganzheitliche Behandlungskonzept sowohl für Gesundheitsdienstleistungen als auch für Sozialdienste entwickelt, sondern auch spezifische erste Programme wie die Fallmanagement-Pflegekräfte, die ambulante Pflege oder „Essen auf Rädern“ umgesetzt. Im zweiten Stadium kam es dann zur Implementierung von weiteren Leistungen wie etwa der ganzheitlichen Krankenhauspflge in den eigenen vier Wänden der Patient(inn)en, einem Reinigungsservice oder der Behandlung in Pflegeheimen durch das BSA-Programm, sowie zur Planung und Einführung eines häuslichen Gesundheits- und Pflegemodells.

Der Zusammenschluss von mehreren Leistungen bzw. des Gesundheits- und Sozialsystems wurde ursprünglich durch den politischen Willen zur Implementierung eines personenzentrierten Versorgungsmodells, das einen durchgängigen Behandlungspfad ermöglicht, vorangetrieben. Dieser Umstand führte zu einer Neustrukturierung und Umgestaltung der Bereitstellung von öffentlichen Leistungen und somit zu einer Zusammenarbeit der unterschiedlichen Versorgungsstufen sowie des Gesundheits- und Sozialdienstes. Allerdings kam es im Implementierungsprozess immer wieder zu kleineren und größeren Problemen, zu denen vor allem Kürzungen der Gesundheits- und Sozialleistungen aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Lage, aber auch der fehlende (Reform-)Wille, der Widerstand der involvierten Berufsgruppen und die doch recht unterschiedlichen Auswirkungen der Umstrukturierungen auf das Sozial- bzw. das Gesundheitssystem gezählt werden können.

Versorgungskonzept

Das Versorgungskonzept von Badalona Serveis Assistencials zielt darauf ab, die generellen Zielsetzungen des Programms zu erreichen und so Krankenhausaufenthalte und Institutionalisierungen zu vermeiden, eine kontinuierliche Behandlung sicherzustellen sowie die Patient(inn)en zu einer eigenverantwortlichen Versorgung zu „erziehen“.

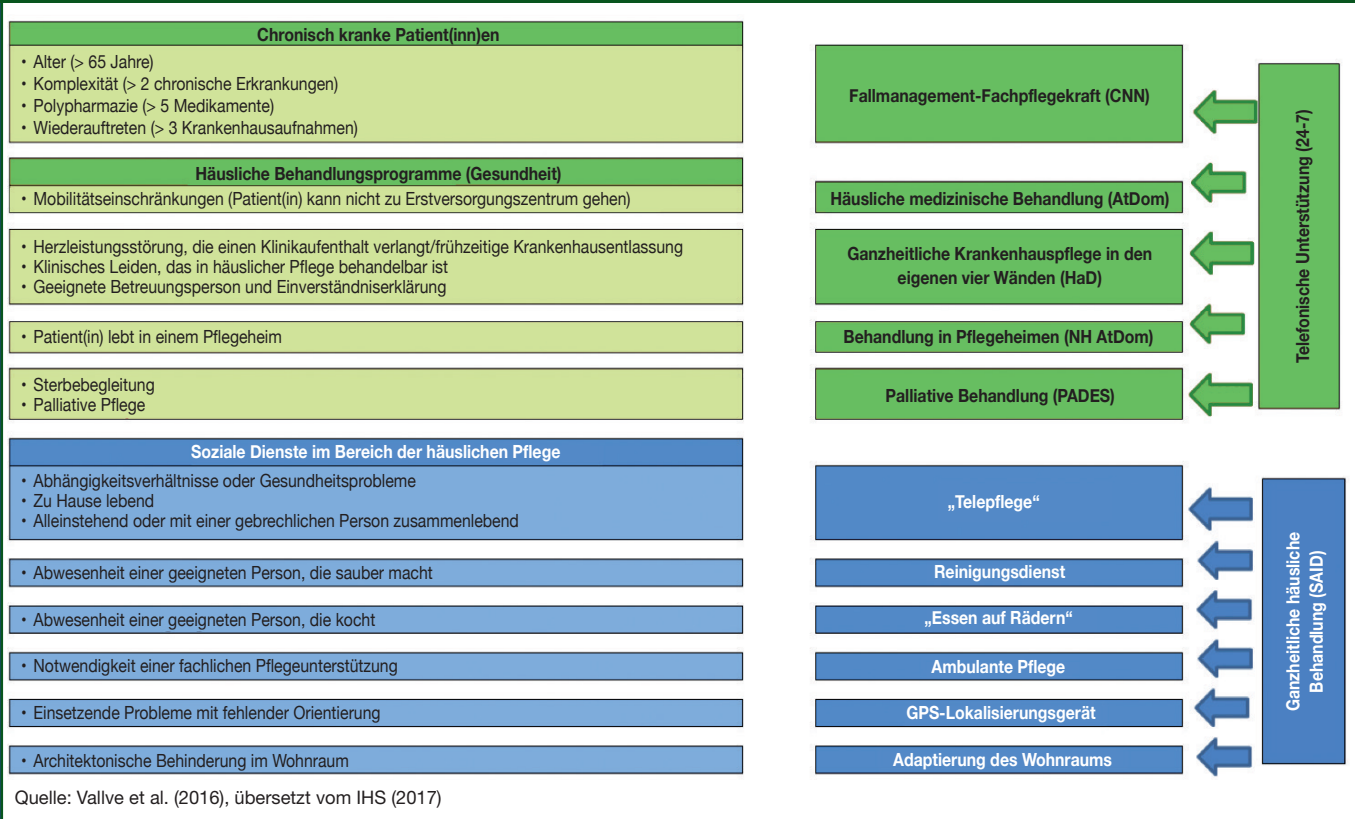
Bevor auf das spezielle Konzept des BSA-Programms eingegangen wird, soll noch kurz eine Definition des programminternen Verständnisses von „Multimorbidität“ sowie von „Gebrechlichkeit“ gegeben werden, da diese Kriterien das Ausmaß der erforderlichen Pflege/Betreuung und Behandlung festlegen. Ein Patient bzw. eine Patientin gilt als gebrechlich, wenn er bzw. sie über 85 Jahre alt ist, nicht mehr selbstständig die Primärversorgungszentren aufsuchen kann und dadurch geriatrische Einschränkungen aufweist, mehr als zehn verschiedene Medikamente einnimmt, im vergangenen Jahr mehr als zweimal in ein Krankenhaus oder ein Sozialgesundheitszentrum eingewiesen wurde sowie einem sozialen Risiko ausgesetzt ist. Um den Grad der Multimorbidität bzw. die mehrfach chronisch Erkrankten zu identifizieren, die im Mittelpunkt des BSA-Programms stehen, gelten folgende Kriterien als ausschlaggebend: Die Person ist über 65



Jahre alt, leidet an drei oder mehr chronischen Erkrankungen, nimmt mehr als fünf verschiedene Medikamente ein und wurde mindestens dreimal aufgrund derselben Erkrankung stationär aufgenommen.

Im Zentrum der medizinischen Versorgung durch Badalona Serveis Assistencials steht eine sogenannte Fallmanagement-Pflegekraft, welche die erste Anlaufstelle für alle mehrfach chronisch Erkrankten ist und deren kontinuierliche Behandlung sicherstellt. Dazu kommen verschiedene Programme, die gezielt auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten sind und darauf abzielen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Zusätzlich stehen eine telefonische Unterstützung, die jeden Tag rund um die Uhr erreichbar ist, und diverse Sozialdienste bereit, die die Klient(inn)en bei Bedarf regelmäßig aufsuchen und sie wie auch die pflegenden Angehörigen im täglichen Leben unterstützen. Abbildung 4 soll einen groben Überblick über das Versorgungskonzept von Badalona Serveis Assistencials geben.

Abbildung 4: Überblick über das Versorgungskonzept von Badalona Serveis Assistencials



Im Folgenden soll nun kurz auf die Eckpunkte des Versorgungsmodells eingegangen werden: Die **Fallmanagement-Fachpflegekräfte (CNN)** spielen eine zentrale Rolle innerhalb des BSA-Programms, da sie nicht nur, wie schon erwähnt, für die ganzheitliche Versorgung der Klient(inn)en zuständig sind, sondern auch vorausschauend, um z. B. Krankenhausaufenthalte zu verhindern, sowie bedarfsgerecht und zeitnah in Notfällen handeln. Nach der Aufnahme in das BSA-Programm werden die Erkrankten einer Fallmanagement-Fachpflegekraft zugewiesen; diese macht anschließend einen Hausbesuch, um eine Ersteinschätzung der medizinischen und sozialen Bedürfnisse zu geben. Fortan dient sie als Erstanlaufstelle für die Patienten.

Die **häusliche medizinische Behandlung (AtDom)** richtet sich vor allem an jene mehrfach chronisch Erkrankten, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig ein Primärversorgungszentrum aufzusuchen. Im Normalfall besteht ein AtDom-Team aus einem Arzt bzw. einer Ärztin sowie einer Pflegekraft, bei besonders komplexen Fällen werden auch die Fallmanagement-Fachpflegekraft sowie Fachärzte zur Unterstützung hinzugezogen.

Die **ganzheitliche Krankenhauspflege in den eigenen vier Wänden (HaD)** ist auf jene Patient(inn)en zugeschnitten, die an einer chronischen Erkrankung leiden, welche bei einer Verschlimmerung des Krankheitszustands auch zu Hause behandelt werden kann. Dabei wird versucht, Gesundheitsdienstleistungen, die normalerweise im Krankenhaus erbracht werden, im





Umfeld des Patienten zu erbringen und somit einen notwendigen Krankenhausaufenthalt zu verkürzen oder ganz zu vermeiden. Dieses Programm stellt somit eine große Verbesserung für die Erkrankten dar, denn es ermöglicht, sie nicht nur bei stabilen Verhältnissen, sondern auch unter unsicheren Bedingungen zu Hause zu behandeln, wodurch sie bessere Genesungschancen haben. Zudem wird auch eine Kosteneinsparung für das Gesundheitssystem erzielt, da eine Behandlung in den eigenen vier Wänden der Patienten um einiges kosteneffektiver ist als jene im Krankenhaus. Im Normalfall dauert eine solche Behandlung zwischen 15 und 30 Tage und setzt ein soziales Umfeld sowie geschulte pflegende Angehörige, die den Herausforderungen dieses Programms gewachsen sind, voraus.

Ein weiteres Teilprogramm des Versorgungskonzepts von Badalona Serveis Assistencials ist auf die **Behandlung in Pflegeheimen (NH AtDom)** ausgerichtet. Ein Betreuungsteam, bestehend aus zwei Ärzt(inn)en, einer Pflegekraft sowie einer Person, die sich um administrative Angelegenheiten kümmert, ist für die Behandlung von älteren Personen, die in Pflegeheimen in der Badalona-Region leben, zuständig, wobei die Klienten dieses Programms normalerweise an mehrfachen chronischen Erkrankungen mit funktionalen Abhängigkeiten und einem Rückgang der geistigen Leistungen leiden.

Ziel der **palliativen Behandlung (PADES)** von BSA ist es, mehrfach chronisch kranken sowie geriatrischen Patient(innen) am Ende ihres Lebens Beistand zu leisten. Die Patient(inn)en werden von einem multidisziplinären Team betreut; die Behandlung kann sowohl in den eigenen vier Wänden der Klient(inn)en als auch in Pflegeheimen stattfinden. Patienten, die an einem der oben genannten Programme teilnehmen, können zudem auf einen 24-Stunden-**Telefondienst** zugreifen, der mit einem Bereitschaftsarzt besetzt ist und eine breite Unterstützung bietet – von reiner telefonischer Unterstützung über das Aktivieren von Notfallservices bis hin zum Entsenden eines Rettungswagens.

Im Bereich des Sozialdienstes findet eine **ganzheitliche häusliche Behandlung (SAID)** statt, die aus mehreren Teilprogrammen besteht und Unterstützung in jenen Momenten bieten soll, in denen die Belastung für die pflegenden Angehörigen am höchsten ist. Die „**Telepflege**“ ist das weitläufigste Service von Badalona Serveis Assistencials. Sie läuft über das spanische Rote Kreuz und besteht aus einer Kommunikationseinrichtung (z. B. einem Notfallknopf in Armbandform), die der Patient bzw. die Patientin ständig bei sich trägt und die im Notfall aktiviert werden kann, wodurch die Rettungskette in Gang gesetzt wird. Während der **Reinigungsdienst** und „**Essen auf Rädern**“ sich an jene Klienten richten, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig sauber zu machen bzw. zu kochen, stellt die **ambulante Pflege (SAD)** einen Sozialdienst bereit, der die Erkrankten oder auch pflegende Angehörige in der Pflege sowie im täglichen Leben unterstützt. Zusätzlich soll ein **GPS-Lokalisierungsgerät** vor allem jene Erkrankte, die an kognitiven Einschränkungen leiden, in ihrem täglichen Leben unterstützen. Eine **Adaptierung des Wohnraums**, wie z. B. die Beseitigung von Teppichen zur Sturzprophylaxe oder die Verlegung des Schlafrums ins Erdgeschoß, wird bei jenen Klient(inn)en vorgenommen, die sich aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht mehr uneingeschränkt in ihren eigenen vier Wänden bewegen können.

Abschließend sei noch auf die Verwendung weiterer Informations- und Kommunikationstechnologien im Versorgungskonzept des BSA-Programms hingewiesen. So kommt es zur Anwendung einer ganzheitlichen elektronischen Gesundheitsakte (EHR), die die kontinuierliche Abfolge der Behandlung durch den Austausch von Informationen zwischen allen beteiligten Leistungserbringern sicherstellen soll, sowie elektronischer Verordnungen, die vor allem für chronisch Kranke eine wesentliche Erleichterung darstellen, da sie so nicht immer ihren Arzt aufsuchen müssen, um sich ein Medikament verschreiben zu lassen. Auch die bereits erwähnte „Telepflege“ fällt in den Bereich der technologischen Aspekte des Versorgungskonzepts.

Involvierte Leistungserbringer

Im Rahmen der Leistungserbringung von Badalona Serveis Assistencials sind viele unterschiedliche Berufsgruppen und Disziplinen involviert, um den komplexen Bedürfnissen der mehrfach chronisch Kranken gerecht werden zu können. So kommen nicht nur Krankenpfleger(innen), Hausärzte und Hausärztinnen zum Einsatz, sondern auch Sozialarbeiter(innen), Fachärzte und Fachärztinnen, sowie mithelfende bzw. pflegende Familienangehörige.

Eine Besonderheit des BSA-Programms stellt die Einführung von zwei neuen Berufsgruppen dar – einerseits der bereits erwähnten Fallmanagement-Pflegekraft und andererseits dem sogenannten „häuslichen medizinischen Behandlungsdienst“.



England: South Somerset Symphony Programme

Die Fallmanagement-Pflegekraft koordiniert die gesamte Behandlung des Patienten, unterstützt die Klienten bzw. ihre pflegenden Angehörigen während des gesamten Pflegeverlaufes und steht mit allen involvierten Berufsgruppen in Kontakt. Zudem ist sie für die Bildung und die Stärkung des Selbstmanagements der Klienten sowie für deren Überwachung verantwortlich, besucht sie regelmäßig und muss in Notfällen unverzüglich und bedarfsgerecht handeln.

Der häusliche medizinische Behandlungsdienst (AtDom) hingegen soll die chronisch Kranken in demselben Ausmaß in ihren eigenen vier Wänden behandeln, wie sie auch in einem Primärversorgungszentrum oder in einem Krankenhaus behandelt werden würden. Dieses Programm erfordert ein hohes Maß an Koordinierungsfähigkeit, denn die Behandlung muss mit den anderen Leistungserbringern des Gesundheits- und Sozialwesens und mit den pflegenden Angehörigen abgestimmt werden. Es stellt für die Mitarbeiter des häuslichen medizinischen Behandlungsdienstes aufgrund der großen Verantwortung, die sie zu tragen haben, selbst ein gewisses Risiko dar und verlangt ein Grundvertrauen in die Compliance der Klienten.

England: South Somerset Symphony Programme¹⁴

Eckdaten

Die Region South Somerset liegt im Südwesten Englands und hat einen hohen Anteil an über 65-Jährigen (25 Prozent), der in Zukunft noch stark steigen wird. In der Region gibt es 19 Hausarztpraxen, vier Gemeindespitäler, ein psychiatrisches Krankenhaus und ein größeres Spital in Yeovil. Die Grundidee ist, die Wohnbevölkerung von South Somerset nach dem Risiko bzw. der Komplexität zu stratifizieren und je nach Bedarf einen unterschiedlichen Level an Diensten anzubieten. Hierzu werden die Patientenakten mit einem Computerprogramm analysiert. Die Versorgung findet dann durch eine oder mehrere Untereinheiten des Programms statt, sogenannte „Enhanced Primary Care“ (EPC)-Einheiten und „Complex Care Hubs“.

Die versorgte Bevölkerung umfasst rund 200.000 Personen, von denen rund 1.500 drei oder mehr chronische Erkrankungen haben. Diese Personen stellen die Zielgruppe des South Somerset Symphony Programme dar. Das Programm wurde als Pilotprojekt ausgewählt, da es ein Vorzeigemodell für integrierte Versorgung darstellt.

Entstehungsgeschichte und Implementierung

Das englische Gesundheitssystem implementiert seit dem Jahr 2015 ein neues Programm zur Reform des Systems, den sogenannten „NHS Five Year Forward View“. Dieser sieht eine Stärkung der Primärversorgung mit umfangreichen Investitionen vor, aber auch eine bessere Integration der Versorgung. Zu diesem Zweck werden 50 „vanguards“ unterstützt, also Testregionen, in denen verschiedene Typen von Modellen konkret implementiert werden. Zu diesen „vanguards“ zählen zum einen die „Multispecialty Community Providers“ (MCPs) und zum anderen die „Primary and Acute Care Systems“ (PACS).

In den 14 bestehenden MCPs soll mit der Primärversorgung als Herzstück ambulante medizinische, psychische und soziale Versorgung integriert werden. Die kleinste Einheit ist dabei der Care Hub, der 30.000 bis 50.000 Personen versorgt. Die personelle Zusammensetzung eines Care Hubs wird lokal angepasst. Die Care Hubs einer Region sind wiederum vernetzt und bilden den MCP, der 100.000 und mehr Personen versorgt.

Im Gegensatz zu den MCPs gehen die PACS noch einen Schritt weiter und integrieren zusätzlich die stationäre Versorgung, Spitäler sind also Teil der PACS. Beide Modelle werden nach dem Prinzip „a mile deep and an inch wide“ implementiert, gehen also zuerst nicht in die Fläche, sondern in die Tiefe und entwickeln Care Hub um Care Hub. Damit die lokalen Initiativen diese Entwicklung meistern können, erhalten sie umfangreiche Unterstützung vom NHS in Hinblick auf Design, Evaluierung, Prozessgestaltung, Organisationsgestaltung, Entwicklung der Governance (im Sinne von Lenkungsform), Patienten-Empowerment-Maßnahmen, Technologieimplementierung, Kommunikation im Team und mit der Bevölkerung sowie Training in Führung.

Schon 2012 gab es in South Somerset erste Überlegungen, die Versorgung von (mehrfach) chronisch Kranken zu verbessern. Inspiriert von internationalen Vorbildern, gründeten die lokalen Leistungserbringer im Gesundheitsbereich das South Somerset Symphony Programme, das sie

¹⁴ Wenn nicht anders angegeben, beruht die Beschreibung South Somerset Symphony Programme auf dem Research Report von Stokes et al. (2016), Balian (2016) und der Website des South Somerset Symphony Programme (www.symphonyintegratedhealthcare.com).





aus eigenen Mitteln finanzierten. Im Jahr 2013 führte das Health Economics Research Centre der Universität von York ein Forschungsprojekt mit Daten der Leistungserbringer durch. Der Schluss war, dass Personen mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen am meisten von einem Programm der integrierten Versorgung profitieren würden. Zusammen mit Patient(inn)en und deren Angehörigen wurde in der Folge ein neues Versorgungskonzept erarbeitet. Die „Clinical Commissioning Group“ in South Somerset setzte darauf aufbauend Pilotprojekte auf. Aus Förderungsmitteln für Primärversorgung wurden Ende des Jahres 2014 schließlich 200.000 Pfund zur Verfügung gestellt, um den ersten Complex Care Hub aufzubauen, der im März des folgenden Jahres seine Arbeit aufnahm. Zur gleichen Zeit wurde das South Somerset Symphony Programme als „vanguard“ ausgewählt und eine entsprechende Förderung zuerkannt.

Organisation und Finanzierung

Das Programm selbst funktioniert als eine Art Gemeinschaftsprojekt zwischen dem Krankenhaus in Yeovil (Sekundärversorger), der lokalen Clinical Commissioning Group (dem lokalen Einkäufer von Gesundheitsleistungen), der lokalen Allgemeinmedizinervereinigung und der Regionalverwaltung von Somerset (soziale Dienste). Diese erhalten ein Globalbudget für die Versorgung der lokalen Bevölkerung. Nach der Auswahl als „vanguard“ wurden aus dem „Five Year Forward View“-Programm 4,9 Mio. Pfund zur Verfügung gestellt, im Jahr 2016 wurde die Summe verdoppelt. Hierdurch werden der Aufbau und die zusätzlichen Leistungen abgegolten, während die Standardversorgung weiterhin über die normalen Verträge bezahlt wird. Langfristig ist eine gesamtheitliche Finanzierung im Sinne eines Gesamtbudgets geplant.

Versorgungskonzept

Das Versorgungskonzept ist stufenweise organisiert und teilt die Bevölkerung nach ihren Bedürfnissen den einzelnen Versorgungsformen zu. Hierzu werden die Patientenakten mit einem Computerprogramm analysiert. Die Versorgung findet dann durch eine oder mehrere Untereinheiten des Programms statt. Personen mit geringem Risiko werden nur in EPC-Einheiten betreut. Diese bestehen aus einem Kernteam (Hausarzt, Pflegekraft, Gesundheitscoach und Patient), einem erweiterten Team (psychische und soziale Dienste) und speziellen Programmen für chronische Erkrankungen (siehe Abbildung 5).

In der nächsthöheren Risikostufe erhält die Person zusätzlich zur Betreuung in der EPC-Einheit einen Versorgungskoordinator beigelegt. Für noch komplexere Fälle wechselt man zu einem von drei Complex Care Hubs, die über zusätzliche Sekundärversorgungsangebote und speziell geschultes Personal für Patient(inn)en mit Multimorbidität verfügen. Bei der Zuordnung wird mit den Patienten und den sie pflegenden Angehörigen ein Versorgungskonzept erstellt. Dieses individualisierte Versorgungskonzept können die Patienten auf einer Online-Plattform namens „Patients Know Best“ ihren Verwandten oder anderen Leistungserbringern zugänglich machen. Sowohl die Patienten als auch ihre pflegenden Angehörigen erhalten ein Coaching darüber, welche Ressourcen zur Verfügung stehen, welche Schritte man selbst setzen kann, um die mehrfachen chronischen Erkrankungen am besten managen zu können, und was bei einer Verschlechterung des Zustands zu tun wäre. Dabei spielen auch gesundheitsedukative Maßnahmen eine große Rolle. Je nach Schweregrad werden mehr oder weniger häufige Kontrollen des Gesundheitszustands proaktiv vom Personal durchgeführt (Abbildung 6).

Abbildung 5: Enhanced Primary Care Modell des South Somerset Symphony Programme

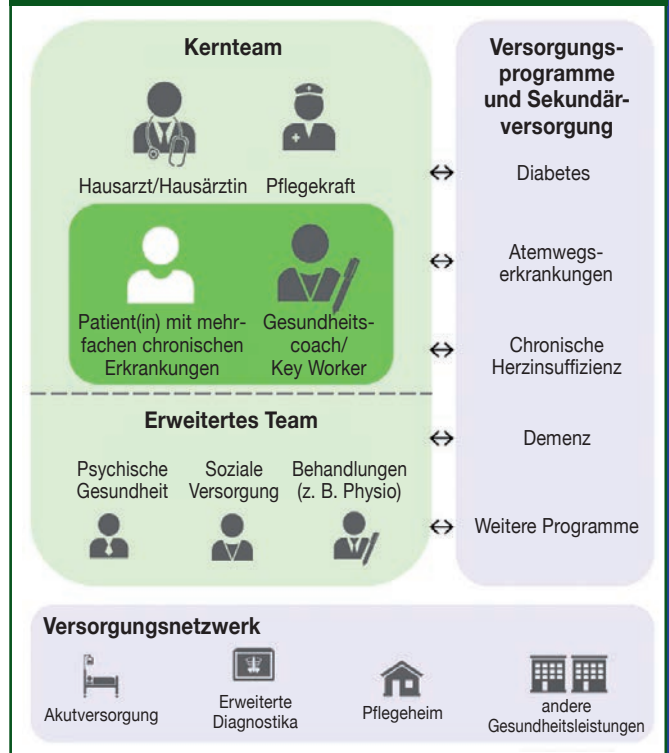
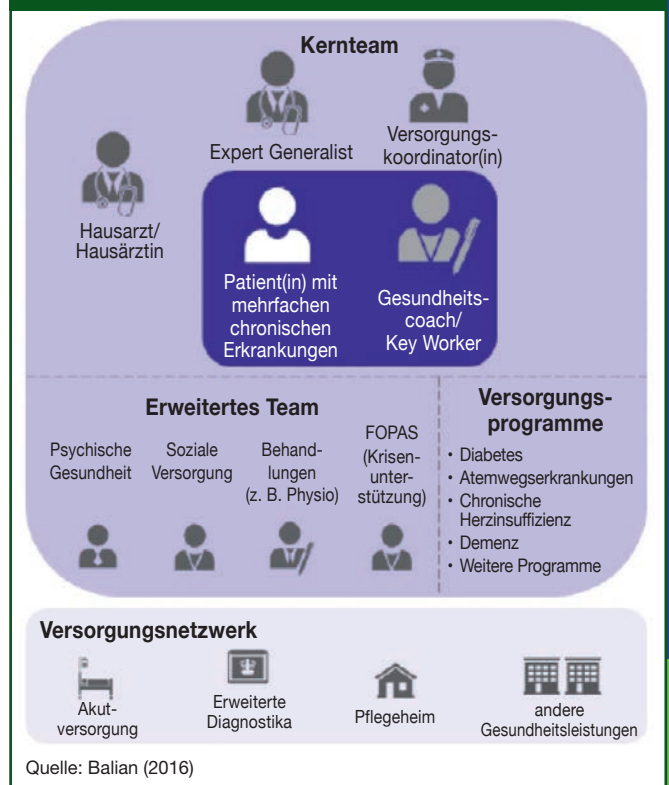


Abbildung 6: Complex Care Hub



Quelle: Balian (2016)



In jedem Complex Care Hub erfolgt eine tägliche Teambesprechung, in der vorwiegend die in der höchsten Risikoklasse eingestufteten Patient(inn)en besprochen werden. Einige Male die Woche gibt es auch in den EPC-Einheiten Teambesprechungen, je nach Situationslage auch telemedizinisch unterstützt.

Involvierte Leistungserbringer

In den EPC-Einheiten und den Complex Care Hubs arbeiten eine Reihe von Gesundheitsberufen zusammen. Besonders hervorzuheben sind die Versorgungskordinatoren, die im Sinne eines Fallmanagements arbeiten und für mehrfach chronisch Kranke den Behandlungsplan koordinieren. Als erste Anlaufstelle fungieren die sogenannten „Key Workers“, die versuchen, den mehrfach chronisch Kranken und ihren Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung zu helfen. Neu ist auch, dass in der „eskalierten“ Versorgungsstufe, dem Complex Care Hub, ein Hausarzt mit besonderer Erfahrung im Chronikermanagement involviert ist, der sogenannte „Expert Generalist“. Die Vielzahl an involvierten Personen stellt große Herausforderungen an die Kommunikationsfähigkeiten, dürfte aber eine der Stärken des Projekts sein.

Fazit

Die Problematik, dass mit zunehmendem Alter auch die Zahl der Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen zunimmt, wird in den europäischen Gesundheitssystemen zunehmend ernst genommen. Spezielle Formen der integrierten Versorgung können helfen, die Versorgung gerade dieser Bevölkerungsgruppe zu verbessern. Interessanterweise finden wir hier Pionierleistungen nach dem Prinzip des Bottom-up-Ansatzes, vor allem von den Leistungserbringern selbst, denen das Problem in der täglichen Arbeit begegnet. Die Gesundheitspolitiken einiger europäischer Staaten haben früher oder später darauf reagiert. So wurden die notwendigen regulatorischen Rahmenbedingungen geschaffen und Förderprogramme ins Leben gerufen. Erst durch dieses Zusammentreffen von dezentralen Initiativen und der Unterstützung durch visionäre Entscheidungsträger sind solche Programme integrierter Versorgung möglich. Mit der laufenden Gesundheitsreform ist auch Österreich auf diesen Zug aufgesprungen, wenn auch wesentlich zögerlicher, als dies in den beschriebenen Beispielen der Fall ist. Aus den gezeigten Fallbeispielen können wir sowohl Anregungen in sachlich-organisatorischer Hinsicht mitnehmen, als auch die Inspiration, wie anders Versorgung gestaltet sein kann, wenn die Möglichkeiten dies zulassen. Es mag sein, dass in zehn Jahren das eine oder andere Modell in dieser Form nicht mehr existieren wird, dennoch sind solche Testmodelle unerlässlich, denn ohne sie kann es zu keiner Innovation im Sinne der Patienten und Patientinnen kommen.

Fazit

LITERATUR

- Balin, B. (2016): The Symphony Programme A New Vision for South Somerset, Präsentation: The Symphony Programme.
Berge, B. (2016): The Symphony Programme: A new vision for South Somerset. Downloadbar unter: <http://psnc.org.uk/somerset-lpc/wp-content/uploads/sites/55/2016/11/Symphony-Pharmacy-presentationBerge-1.pdf>.
- Fleckenstein, J. (2010): Drei Jahre Casaplus. Das geriatrische Fallmanagement-Programm der MedicalContact AG.
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Lapointe, L., Almirall, J., Dubois, M. F., et al. (2006): Relationship between multimorbidity and health-related quality of life in patients in primary care. *Qual Life Res.* 2006; 15 (1): 83–91.
- Hoedemakers, M., Leijten, F., Boland, M., Tsiachristas, A., de Bont, A., Bal, R., Rutten-van Mölken, M. (2016): Work Package 2 Report The Netherlands, SELFIE Research Report.
- Hopman, P., Heins, M. J., Rijken, M., Schellevis, F. G. (2015): Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in The Netherlands: Differences and underlying factors. *Eur J Intern Med.* 2015; 26 (3): 190–196.
- Leijten, F. R. M., van den Heuvel, S. G., Ybema, J. F., Robroek, S. J., Burdorf, A. (2013): Do work factors modify the association between chronic health problems and sickness absence among older employees? *Scand J Work Environ Health.* 2013; 39 (5): 477–485.
- Menotti, A., Mulder, I., Nissinen, A., Giampaoli, S., Feskens, E. J., Kromhout, D. (2001): Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male population and their impact on 10-year all-cause mortality: the FINE study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly). *J Clin Epidemiol.* 2001; 54 (7): 680–686.
- Schwaiger, K. (2008): Hausbesuche bei Hochbetagten im Salzburger Tennengau – Österreich, zur Förderung des unabhängigen Lebens. Magisterarbeit. Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik.
- Segert, A., Ulinski, S., Czypionka, T., Kraus, M. (2016): Work Package 2 Report Austria, SELFIE Research Report.
- Stokes, J., Cheraghi-Sohi, S., Kristensen, S. R., Sutton, M. (2016): Work Package 2 Report England, SELFIE Research Report.
- Struckmann, V., Spranger, A., Fuchs, S., van Ginneken, E. (2016): Work Package 2 Report Germany, SELFIE Research Report.
- Vallve, C., Piera, J., Contel, J. C., Cano, I., Baltaxe, E., Hernandez, C., Roca, J. (2016): Work Package 2 Report Spain, SELFIE Research Report.

