

Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen

STUDIEN
BERICHT

Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen

Grit Braeseke
Stefan Huster
Claudia Pflug
Sandra Rieckhoff
Jonathan Ströttchen
Hans-Dieter Nolting
Sinja Henrike Meyer-Rötz

Abschlussbericht

für die Beauftragte der Bundesregierung für die
Belange der Patientinnen und Patienten

Berlin, April 2018

Autoren

Dr. Grit Braeseke
Dr. Sinja H. Meyer-Rötz
Hans-Dieter Nolting
Claudia Pflug
Sandra Rieckhoff

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Prof. Dr. Stefan Huster
Jonathan Ströttchen
Ruhr-Universität Bochum
Juristische Fakultät
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial-
und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie
Universitätsstraße 150
44801 Bochum

Inhalt

Zusammenfassung	9
1. Hintergrund und Ziel des Auftrags	12
2. Vorgehensweise	14
3. Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung und Anpassungserfordernisse	15
4. Grundlegende Begrifflichkeiten dieser Studie	20
4.1 PatientenlotsInnen (PL)	20
4.2 Fall- bzw. Case-Management	21
4.3 Versorgungsmanagement	24
5. Erfahrungen aus der Beratungspraxis: Welche Unterstützung brauchen PatientInnen?	26
6. Bewertung des bestehenden sozialrechtlichen Rahmens zum Case-Management	29
7. Erkenntnisse zum Einsatz von PL aus nationalen und internationalen Versorgungsmodellen	34
7.1 Ergebnisse und Erkenntnisse der systematischen Literaturrecherche	34
7.1.1 Zusammenfassung der Studienergebnisse für Kinder und Jugendliche	34
7.1.2 Zusammenfassung der Studienergebnisse für Erwachsene	36
7.1.3 Zusammenfassung der Studienergebnisse für Ältere	39
7.2 Ausgewählte Modellprojekte zum Einsatz von PL in Deutschland	41
7.3 Fazit zu den Ergebnissen der Literaturrecherchen	59
8. Vorschläge zu den Rahmenbedingungen für den Einsatz von PatientenlotsInnen für Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen	63
8.1 Internationale Versorgungskonzepten für PatientInnen mit komplexen Versorgungsbedarfen	63
8.2 Erkenntnisse aus den Interviews mit Vertretern der Modellprojekte	71
8.3 Konzeptionelle Überlegungen zum Einsatz von PatientenlotsInnen im Rahmen von SGB V	74
8.3.1 Bedarfe	74
8.3.2 Zielgruppen	75
8.3.3 Zugang zur Leistung von PL und Qualitätssicherung	77
8.3.4 Aufgaben der PatientenlotsInnen	78
8.3.5 Qualifikation der PatientenlotsInnen	79
8.3.6 Neutralität und Datenschutzerfordernisse	80
8.3.7 Sozialrechtliche Einbindung von PatientenlotsInnen	80

8.3.8	Finanzierung und grobe Kostenschätzung	82
8.4	Analyse der rechtlichen Implementationsmöglichkeiten	83
8.4.1	Regelungskompetenz	84
8.4.2	Ziel der Norm	84
8.4.3	Eckdaten	85
8.4.4	Anspruchsvoraussetzungen	92
8.4.5	Regelungsvorschlag	92
8.4.6	Weitere rechtliche Probleme	93
9.	Literaturverzeichnis	98
Anhang		108
Abbildungen		5
Tabellen		5
Abkürzungsverzeichnis		7

Abbildungen

Abbildung 1:	Zukunftskonzept der Versorgung	17
Abbildung 2:	Phasen des Case-Managements	22
Abbildung 3:	„Levels of Care“ für chronisch Kranke (Differenzierung nach erforderlicher Betreuungsintensität)	65

Tabellen

Tabelle 1:	Unterschiede bei der Versorgung von PatientInnen mit spezifischen Erkrankungen und mit Multimorbidität	15
Tabelle 2:	Übersicht zu Regelungen mit Leistungen zum Case-Management in chronologischer Reihenfolge	29
Tabelle 3:	Gegenstand der Regelungen zum Case-Management und Relevanz in der Praxis	30
Tabelle 4:	Übersicht zu den Studien für Kinder und Jugendliche	35
Tabelle 5:	Übersicht zu den Studien für Erwachsene	36
Tabelle 6:	Übersicht zu den Studien für Ältere	39
Tabelle 7:	Übersicht zu den strukturierten Kurzdarstellungen von Modellprojekten mit PL in Deutschland	42
Tabelle 8:	Kurzübersicht der Projekthalte von „Regionales Versorgungskonzept Geriatrie: Gesundheitshelfer (GH) in Lippe“ (NRW)	43
Tabelle 9:	Kurzübersicht der Projekthalte von „Casaplus®“ (bundesweit)	44
Tabelle 10:	Kurzübersicht der Projekthalte von „Hausarztpraxis-basiertes Case-Management für chronisch kranke Patienten (PraCMan)“ (Baden-Württemberg)	45
Tabelle 11:	Kurzübersicht der Projekthalte von „STROKE OWL - Sektorenübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Losten in Ostwestfalen-Lippe“ (NRW)	46
Tabelle 12:	Kurzübersicht der Projekthalte von „Vom Heim nach Hause – Nachbetreuung von Kurzzeitpflegegästen“ (Baden-Württemberg)	47
Tabelle 13:	Kurzübersicht der Projekthalte von „Demenz im Krankenhaus plus (Dem-i-K plus)“ in Saarlouis (Saarland)	48

Tabelle 14:	Kurzübersicht der Projekthalte von „Patientenzentrierte Lichtenberger Altersmedizinische Netzwerkarbeit (PLAN)“ (Berlin)	49
Tabelle 15:	Kurzübersicht der Inhalte des Versorgungsmodells „Mein AOK- Gesundheitsnetz® – seelische Gesundheit“ (Berlin und Brandenburg)	50
Tabelle 16:	Kurzübersicht der Projekthalte von „Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg (PRIMA-Studie)“	51
Tabelle 17:	Kurzübersicht der Projekthalte von „Lotse im Gesundheitsnetz im Altkreis Lingen (genial eG)“ (Niedersachsen)	52
Tabelle 18:	Kurzübersicht der Projekthalte von „Gemeindeschwester ^{PLUS} (Rheinland-Pfalz)“	53
Tabelle 19:	Kurzübersicht der Projekthalte von „Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“ (Bayern)	54
Tabelle 20:	Kurzübersicht der Projekthalte von „Lüneburger Alterslotsen“ (Niedersachsen)	55
Tabelle 21:	Elemente des CM in Modellprojekten mit PL in Deutschland	57
Tabelle 22:	Übersicht der Konzepthalte zum „Chronic Care Model (CCM)“	66
Tabelle 23:	Übersicht Konzepthalte zu „Improving Chronic Illness Care (ICIC)“	67
Tabelle 24:	Übersicht der Konzepthalte zu „Guided Care (GC)“	68
Tabelle 25:	Übersicht der Konzepthalte zu „Family Health Nursing (Familiengesundheitspflege)“ der WHO bzw.	69
Tabelle 26:	Übersicht der Konzepthalte des „Multimorbidity Care Model (MCM)“	70
Tabelle 27:	Schätzung jährliches Finanzierungsvolumen Patientenlotsen	83

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
Abs.	Absatz
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
ASZ	Alten- und Service Zentren
BA	Bachelor of Arts
BeKo	Beratungs- und Kontaktstelle
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BRK	Bayerisches Rotes Kreuz
BSG	Bundessozialgericht
BW	Baden-Württemberg
CCM	Chronic Care Model
CM	Case-Management
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V.
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
dip	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
Dipl.	Diplom
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DMP	Disease-Management-Programm
EQ5D	Standardisierter Fragebogen zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
FGP	Familiengesundheitspfleger/in
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GC	Guided Care
GCN	Guided Care Nurse
GG	Grundgesetz
GH	Gesundheitshelfer
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GPZ	Gerontopsychiatrisches Zentrum
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HÄVG	Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz 2017
Hs.	Hauptsache
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
ICIC	Improving Chronic Illnes Care-Modell

IG	Interventionsgruppe
IPP	Institut für Praxisforschung und Projektberatung
iso-Institut	Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V.
IV	Integrierte Versorgung
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KH	Krankenhaus
KHEntG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LPfA	Landesstelle Pflegende Angehörige
MA	Master of Arts
MCM	Multimorbidity Care-Modell
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PHB	Präventive Hausbesuche
PL	PatientenlotsInnen
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
PVP	Primärversorgungspraxis
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie (randomized controlled trial)
SBH	Sozialbürgerhaus
SF 12	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Kurzform (Short Form)
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
UPD	Unabhängige Patientenberatung
WHO	World Health Organization
ZIG	Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL

Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitssystem gilt im internationalen Vergleich als leistungsfähig, aber auch teuer. Das umfangreiche Spektrum der Leistungskataloge der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen ist für viele Akteure im System kaum zu überblicken und u. a. deshalb sind der „nichtindikations- und situationsbezogene Einsatz der jeweiligen Leistungen und ihre teilweise zu intensive Nutzung die zentralen medizinischen und fiskalischen Probleme“ (vgl. SVR 2014: 16).

Die Intransparenz der vielfältigen und segmentierten Versorgungssysteme und die daraus entstehenden Informationsdefizite bei PatientInnen und Leistungserbringern führen dazu, dass eine angemessene gesundheitliche Versorgung, insbesondere in komplexen Fällen, nicht oder nur teilweise oder erst verspätet stattfindet. Dies geht mit Einbußen bei der Lebensqualität der Versicherten einher und gefährdet auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Situation erfordert die konsequente Weiterentwicklung des Gesundheitssystems auf allen Ebenen mit dem Ziel einer patientenzentrierten, integrierten und populationsbezogenen Versorgung und unter Ausnutzung der verfügbaren technischen Möglichkeiten. Dies wird erst mittel- bis langfristig erreichbar sein.

Die demografische Entwicklung, die mit einer Zunahme von chronisch kranken, multimorbiden und hochaltrigen PatientInnen einhergeht, verschärft die Problematik noch, da dieser Personenkreis besonders viele Leistungen bei unterschiedlichen Akteuren in Anspruch nimmt, was hohe Anforderungen an Kommunikation, Koordination und Vernetzung stellt. Der Gesetzgeber hat auf den zunehmenden Beratungs- und Unterstützungsbedarf der PatientInnen in den letzten 15 Jahren mit punktuellen Regelungen zum Versorgungsmanagement für spezifische Patientengruppen mit komplexen Problemlagen bzw. mit Blick auf besondere Versorgungssituationen (Schnittstellenprobleme) reagiert. Diese greifen jedoch bisher aus unterschiedlichen Gründen (unklare Norminhalte oder mangelnde Umsetzung durch die Selbstverwaltung) zu kurz.

In der Praxis werden daher seit einigen Jahren zahlreiche Modellprojekte initiiert, die den Einsatz sogenannter „Patientenlotsen“ (PL) zur Unterstützung und Begleitung von vulnerablen Personengruppen, vor allem schwer kranken PatientInnen mit besonders komplexen Versorgungsbedarfen erproben. Das Spektrum der Konzepte reicht von präventiv ansetzenden Hausbesuchen bei Hochaltrigen zur frühzeitigen Erkennung von Versorgungsbedarfen mit dem Ziel der Vermeidung oder Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit bis zum Einsatz von Gesundheitsfachkräften bei PatientInnen nach spezifischen Akutereignissen (z. B. Schlaganfall), die im Sinne eines umfassenden Fallmanagements die Organisation der ambulanten Versorgung koordinieren, PatientInnen und deren Angehörige beraten und Anleiten sowie langfristig als kontinuierliche Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Die Finanzierung dieser Projekte erfolgt teilweise über öffentliche Fördermittel (Kommunen, Länder), teilweise über private Geldgeber (Stiftungen etc.) und teilweise durch Krankenkassen und Leistungserbringer.

Einige dieser Projekte werden nach erfolgreichem Abschluss weitergeführt und in der betreffenden Region dauerhaft in den Versorgungsalltag integriert (z. B. Gesundheitshelfer Lippe, präventive Hausbesuche in München (ASZ-plus)). Wissenschaftliche Evaluierungen der Modelle liegen bisher nur in Einzelfällen vor. Das Konzept zur Schlaganfall-Nachsorge wird derzeit im Rahmen des Innovationsfonds auf seine Übertragbarkeit in die Regelversorgung überprüft.

Die im Rahmen der Studie durchgeführte systematische Literaturrecherche ergab, dass, auch international, keine hinreichenden Befunde zu patientenbezogenen und wirtschaftlichen Outcomes vorliegen, die für einen breiten Einsatz von PL sprechen, auch wenn zahlreiche Indizien in Einzelfällen auf positive Effekte hinweisen. Einzelne Studien, die u. a. Case-Manager zur Unterstützung von (mehrfach) chronisch Kranken einsetzten, konnten eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit, auf organisatorischer Ebene der interdisziplinären Versorgung sowie Einsparungen von Kosten für stationäre Leistungen nachweisen.

Der Mangel an eindeutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Versorgungseffekten von PL bzw. Case-Managern für größere, nicht auf spezielle Diagnosen begrenzte Patientengruppen ist allerdings auch darauf zurückzuführen, dass es noch keine konsentierte Definition für Multimorbidität gibt und Studien daher nicht vergleichbar sind, und dass der Einsatz von PL in den meisten Studien in der Regel nur eine von mehreren Interventionen darstellte, dessen Effekt in den seltensten Fällen isoliert bewertet wurde bzw. aus methodischen Gründen überhaupt nur schwer gesondert gemessen werden kann.

Dennoch sind Case-Manager, international betrachtet, fester Bestandteil aller Versorgungskonzepte für die wachsende Gruppe multimorbider Personen aller Altersgruppen. Im Rahmen unterschiedlicher Ausprägungen von Modellen zur integrierten Versorgung werden in der Regel in einem gestuften System mit zunehmender Schwere des Krankheitsbildes zunehmend mehr Leistungen erbracht, ergänzt von einer intensiven Unterstützung, Anleitung und Begleitung bei PatientInnen mit besonders komplexen Problemlagen unter Einbezug der Angehörigen. Ein nicht zu vernachlässigender Effekt, der auch auf die Tätigkeit von Case-Managern zurückzuführen ist, ist die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Vernetzung regionaler Akteure im Versorgungsprozess. Dies wurde sowohl in einigen Studien als auch durch die befragten Experten in dieser Untersuchung explizit hervorgehoben. PL könnten also dabei helfen, die Desintegration im Gesundheitswesen zu überwinden.

Will man ein politisches Signal hinsichtlich der Anerkennung der eingangs beschriebenen Versorgungsdefizite für PatientInnen mit komplexen Bedarfen und einer Stärkung der Patientenorientierung setzen, wäre der Einsatz von PL zumindest kurz- und mittelfristig ein Weg, die Unzulänglichkeiten des Systems für die PatientInnen mit besonders komplexen Problemlagen teilweise zu überbrücken und gleichzeitig Impulse in Richtung Vernetzung und Integration auf der Mesoebene auszulösen. Ein entsprechender Vorschlag findet sich bereits im Gutachten des Sachverständigenrates 2007: „In einer segmentierten Versorgungslandschaft sind

generalistisch ausgerichtete Berufsgruppen notwendig, die den Überblick über das Versorgungsgeschehen behalten und Lotsenfunktionen bzw. Gatekeeper-Rollen übernehmen (z. B. Hausärzte, Case Manager).“ (Deutscher Bundestag 2007: 54)

Die Studie enthält am Ende einen konkreten Gestaltungsvorschlag für ein Versorgungsmanagement durch PatientenlotsInnen einschließlich der rechtlichen Implementationsmöglichkeiten. Zielgruppe für diese Leistung könnten schwer, chronisch kranke und multimorbide PatientInnen sein, die zusätzlich in ihrer Selbstmanagementfähigkeit (aufgrund von Alter, funktionalen Beeinträchtigungen oder ungünstigen Umfeldbedingungen) vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind, deren soziales Umfeld die erforderliche Unterstützung nicht leisten kann und bei denen eine ausführliche Beratung nicht ausreichend ist.

Auf der Basis des Konzepts der Personenzentrierung sollten PL, die über eine Qualifikation in einem Gesundheitsberuf, langjährige Berufserfahrung und zusätzlich erworbene Kompetenzen im Case-Management verfügen, in enger Abstimmung mit dem Arzt/der Ärztin die individuellen Bedürfnisse und persönlichen Präferenzen der PatientInnen erfassen und eine zielorientierte Versorgung organisieren. Deren Handlungsbasis ist ein individueller Versorgungsplan, dessen Umsetzung von den PL überprüft und bei Bedarf angepasst wird. Die PL sollten weiterhin Unterstützung beim Selbstmanagement der PatientInnen leisten und Angehörige anleiten.

Die rechtliche Verankerung und Finanzierung der Leistung sollte im SGB V Gesetzliche Krankenversicherung erfolgen. Der konkret erarbeitete Regelungsvorschlag wurde ergänzt um Hinweise zur möglichen Einbindung in die bestehenden Vorschriften.

1. Hintergrund und Ziel des Auftrags

Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland ermöglicht allen Bevölkerungsschichten Zugang zu medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen auf einem im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohen Niveau. Der vergleichsweise hohe Einsatz personeller und materieller Ressourcen führt jedoch nicht zwangsläufig zu besseren Ergebnissen – bei zentralen Parametern wie der (gesunden) Lebenserwartung liegt Deutschland nur im Mittelfeld der 15 EU-Gründungsstaaten und nimmt bei Rückenschmerzen, ischämischen Herzerkrankungen und Depression einen hohen Rang ein (Plass *et al.* 2014).

Die infolge der Alterung der Bevölkerung komplexer werdenden Versorgungsbedarfe treffen in der Praxis auf immer stärker ausdifferenzierte Leistungsangebote. Hinzu kommen vielfältige Beratungsleistungen für spezifische Erkrankungen und ergänzende Ansprüche zur Unterstützung bei schwerer Krankheit – all dies ist jedoch für die PatientInnen immer schwerer zu überblicken. Das gilt auf der anderen Seite auch für die Leistungserbringer: Aus dem Patientenmonitor der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) 2016 geht hervor, dass in fast 30.000 Fällen (das entsprach über 50 % der dokumentierten Problemlagen) eine unzureichende Information und Beratung durch die einzelnen Akteure des Gesundheitssystems vorlag (UPD 2016:49).

Die Folgen von solchen Informationsdefiziten sind u. a. Versorgungsbrüche und unterlassene oder verspätet einsetzende Behandlungen, die sich wiederum negativ auf das Behandlungsergebnis und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung auswirken. Bereits 2003 konstatierte der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: „Bessere Information, Beratung und Schulung befähigt Versicherte und Patienten zu selbstbestimmterem Handeln, zur kritischeren Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und führt dazu, dass Betroffene sowohl zu einem effizienteren Umgang mit Ressourcen als auch zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen können.“ (SVR 2003: 104)

Dies aufgreifend, wurden in den letzten Jahren in der Praxis für einzelne Patientengruppen, insb. mit hohem Versorgungsbedarf, sogenannte PatientenlotsInnen (PL) etabliert. Sie sollen in erster Linie dafür sorgen, dass die PatientInnen die ihrer Situation/Erkrankung entsprechenden relevanten Informationen erhalten und dabei unterstützen, eine adäquate Versorgung zu organisieren. Außerdem sollen sie als kontinuierliche AnsprechpartnerInnen zur Verfügung stehen.

Die, allein in Deutschland, zahlreichen Modellkonzepte und -projekte zum Einsatz von PL unterscheiden sich bezüglich der Zielgruppen, der konkreten Zielsetzung, der Aufgaben und der Qualifikation der PL erheblich voneinander. Eine systematische Untersuchung zu Einsatzfeldern und Aufgabenbereichen und einer ggf. breiten Einführung von PL in die Regelversorgung liegt bisher nicht vor. Daher sollte die vorliegende Studie die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für einen Einsatz von PL für Menschen mit besonderen Bedarfen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung nach SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) zunächst umfassend aufarbeiten.

Auf dieser Grundlage wurden anschließend konzeptionelle Vorschläge zu den Rahmenbedingungen für den Einsatz von PatientenlotsInnen für Personen mit komplexen Versorgungsbedarfen entwickelt. Anhand dieser Vorschläge wurde abschließend ein Rechtsgutachten zu den Möglichkeiten der Umsetzbarkeit und flächendeckenden Integration der LotsInnen in die Patientenversorgung im Rahmen der GKV erstellt. Dieses enthält bereits einen konkret ausgearbeiteten Regelungsvorschlag und geht damit weit über die üblichen Handlungsempfehlungen hinaus.

Ziel des Auftrags war es letztlich, eine theoretische Grundlage dafür zu erarbeiten, „wie die Teilhabe von schwer erreichbaren Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem durch die Etablierung von Patientenlotsen gesteigert werden kann und wie dies organisiert sein muss, um den größtmöglichen patientenbezogenen Nutzen zu erzielen.“ (Leistungsbeschreibung des Auftraggebers).

2. Vorgehensweise

Im Rahmen der Untersuchung wurden sowohl empirische Methoden eingesetzt als auch Literaturanalysen.

Zur Klärung des Untersuchungsfeldes wurde zu Projektbeginn ein Workshop mit ExpertInnen aus dem Bereich Patientenberatung durchgeführt. Ziel dieses Workshops war es herauszuarbeiten, welche konkreten Beratungs- und Unterstützungsbedarfe PatientInnen haben, welche Probleme, die das Versorgungsziel gefährden können, häufig auftreten, für welche Patientengruppen ein besonders hoher Bedarf an Unterstützung besteht und anhand welcher Kriterien über den Einsatz von PL entschieden werden könnte.

Die Erkenntnisse des Workshops flossen u. a. in eine systematische, internationale Literaturrecherche und -analyse ein. Weiterhin erfolgte die Sichtung und strukturierte Auswertung der verfügbaren Unterlagen zu Modellprojekten mit PL in Deutschland. Ziel dieser Arbeitsschritte war die Ermittlung des aktuellen Kenntnisstands zum Einsatz von PL bzw. FallmanagerInnen, insb. hinsichtlich belastbarer Studien zur Wirksamkeit und Effektivität, zu ggf. noch fehlenden Erkenntnissen bzw. noch bestehenden Forschungsbedarfen.

Ergänzend zur Auswertung vorhandener Unterlagen zu Modellprojekten mit PL wurden sieben leitfadengestützte Interviews, teils persönlich, teils telefonisch mit an diesen Modellprojekten Beteiligten durchgeführt. Dies diente der Gewinnung vertiefter Erkenntnisse aus der praktischen Umsetzung, insbesondere zur Einschätzung der Nachfrage nach und zur Akzeptanz von PL, zu fachlichen Anforderungen an diese sowie zum zeitlichen Umfang der Lotsentätigkeit, zu Erfolgen und Misserfolgen sowie zu den Ergebnissen der Projekte.

Last but not least wurden die bestehenden sozialrechtlichen Regelungen zum Versorgungs- und Fallmanagement in den Sozialgesetzbüchern V (Gesetzliche Krankenversicherung GKV) und XI (Soziale Pflegeversicherung SPV) analysiert und deren Reichweite sowie praktische Relevanz bewertet. Dies diente als Grundlage für eine Einschätzung dahingehend, inwieweit bestehende Regelungen die gestiegenen Informations- und Unterstützungsbedarfe der PatientInnen bereits umfassend abdecken oder ob es ggf. Änderungs- bzw. ergänzenden Regelungsbedarf gibt.

3. Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung und Anpassungserfordernisse

“In my opinion, future research should not only focus on interventions, costs and outcomes of integrated care programmes and cases, but also on how to organise effective (local) governance that encompasses people’s integrative needs and perspectives.” (Minkman 2017)

Die Veränderung der Morbidität aufgrund der Alterung der Bevölkerung stellt zunehmend andere Anforderungen an die Art und Weise der medizinischen Behandlung, da Krankheiten immer häufiger chronisch verlaufen, mit weiteren Erkrankungen assoziiert sind und PatientInnen öfter einen dauerhaften Behandlungsbedarf haben, wobei mehrere Leistungserbringer gleichzeitig involviert sind. Dies wird an der Gegenüberstellung in Tabelle 1 verdeutlicht.

Tabelle 1: Unterschiede bei der Versorgung von PatientInnen mit spezifischen Erkrankungen und mit Multimorbidität

Spezifische Erkrankung	Multimorbidität
Krankheitsbezogene Perspektive	Patientenbezogene Perspektive
Krankheitsspezifische Diagnostik	„Krankheitslast“, funktioneller Status, Lebensqualität
Prävention von Begleit- und Folgeerkrankungen	Dekompensation vermeiden: Risikostratifizierung, Monitoring
Vorgegebene Zielparameter (z. B. RR, HbA1c, Gewicht)	Individuelle Zielerreichungskriterien unter Berücksichtigung sozialmedizinischer Aspekte
Umfassendes, evidenzbasiertes Therapiekonzept	Priorisierung (bewusstes Weglassen)
Arztzentrierte Kommunikation	Partizipative Entscheidungsfindung, Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten der PatientInnen
Versorgung durch einen bzw. wenige Leistungserbringer meist im Rahmen des SGB V	Versorgung durch viele Leistungserbringer gleichzeitig (multidisziplinäres Team, Vernetzung), oft Leistungsansprüche aus mehreren Sozialgesetzbüchern
„Komm-Struktur“ – PatientInnen suchen bei Bedarf den (richtigen) Arzt/Leistungserbringer auf	Proaktiver Ansatz zur umfassenden Ermittlung (Assessment) der gesundheitlichen und sozialen Bedarfe und Erarbeitung eines Versorgungsplans

Quelle: Szescenyi 2016 und Ergänzungen IGES

Die in der rechten Spalte beschriebene veränderte Herangehensweise an die gesundheitliche Versorgung zunehmend chronisch kranker und multimorbider PatientInnen setzt voraus, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe, allen voran

die ÄrztInnen, entsprechendes Wissen und entsprechende Kompetenzen haben bzw. in der Aus- und Weiterbildung erwerben. Weiterhin ist es erforderlich, dass auch die Versorgungsstrukturen und die Vergütung der Leistungserbringer den Entwicklungen angepasst werden.

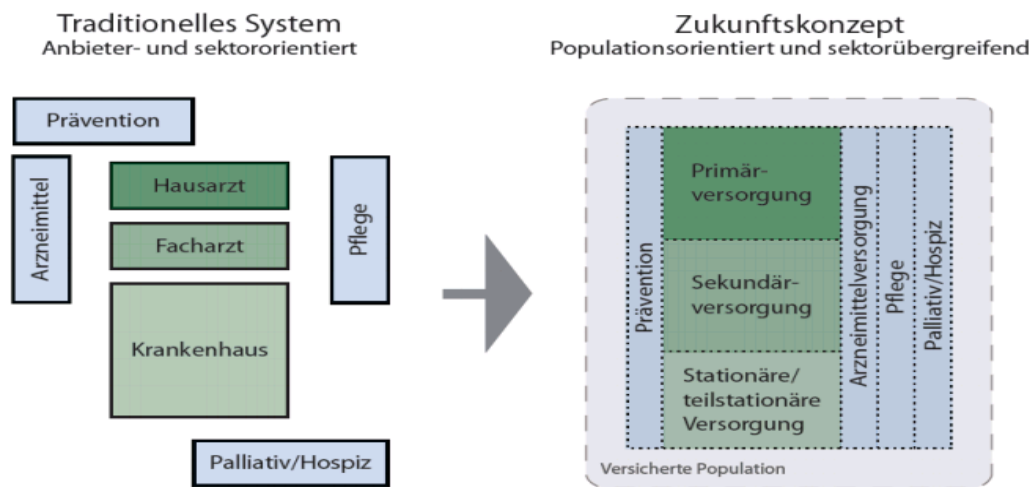
Diesen Herausforderungen stehen die Gesundheitssysteme weltweit gegenüber, denn die Prävalenz von Multimorbidität (definiert als zwei oder mehr chronische Erkrankungen) ist hoch und steigt mit zunehmendem Alter – eine europäische Studie ermittelte 11 % in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen und 44 % bei den über 85-Jährigen. In Deutschland lag die Prävalenz von Multimorbidität in der Bevölkerung ab 50 Jahren bei rund 30 % (Moreau-Gruet 2013, Befragung SHARE 2010 – 2011).

Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 2009 „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ verdeutlicht, dass die Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten PatientInnen in einer älter werdenden Bevölkerung ein anderes Versorgungskonzept erfordert: „Ein Hausarzt würde etwa 18 Stunden täglich benötigen, um alle empfohlenen Maßnahmen zur angemessenen Prävention und zur Betreuung seiner chronisch kranken Patienten umzusetzen. Unter anderem aus diesem Grund wird derzeit durchschnittlich weniger als die Hälfte einer evidenzbasierten Versorgung tatsächlich realisiert.“ (SVR 2009: 156).

Die derzeit vorhandene sektorale Abgrenzung und die starke Anbieterorientierung konterkarieren die Bemühungen um bedarfsgerechte Versorgungsprozesse. Die Versorgung muss künftig sektorenübergreifend (integriert) und populationsorientiert sowie unter Berücksichtigung regionaler Aspekte gestaltet werden (vgl. Abbildung 1).

„Der Gesundheitsversorgung stellt sich damit die in integrativer Hinsicht anspruchsvolle Aufgabe, hausärztliche und fachärztliche, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen.“ (ebd.: 13)

Abbildung 1: Zukunftskonzept der Versorgung



Quelle: SVR 2009: 165

Der SVR hebt hervor, dass diese Ziele nicht durch punktuelle Maßnahmen erreicht werden können, sondern es einer systematischen Fortentwicklung aller Komponenten des Versorgungsprozesses bedarf – auf der Ebene der direkten Interaktion von PatientIn und Leistungserbringer, auf der Meso-Ebene der Organisation der Leistungserbringer und auf der Ebene des gesamten Gesundheitssystems. Richtschnur müssen über verschiedene Versorgungsstufen hinweg koordinierte Versorgungskonzepte sein, die an den gesundheitlichen Bedürfnissen der PatientInnen auszurichten sind. Wesentliche Erfolgsbedingung sei dabei eine gute Primärversorgung mit der Aufrechterhaltung einer persönlichen Kontinuität der Arzt-Patienten-Orientierung (SVR 2009: 150 f.).

Letzteres sei, wie auch internationale Entwicklungen zeigten, nur erreichbar, wenn die ambulante Versorgung „zunehmend durch entwickelte Organisationen übernommen“ wird. Deshalb schlägt der SVR die Weiterentwicklung der kleinen, traditionellen Hausarztpraxen hin zu sog. „Primärversorgungspraxen“ (PVP) vor (vgl. dazu ausführlich SVR 2009: 156 ff.). Mit Blick auf die Thematik dieser Studie sei an dieser Stelle nur hervorgehoben, dass PVP aus Zusammenschlüssen bisher unabhängig arbeitender HausärztInnen bestehen und die Arbeit in großen Praxisteamen organisiert wird. Dabei übernehmen nichtärztliche Teammitglieder wie medizinische Fachangestellte und Gesundheits- und KrankenpflegerInnen neue, den/die Arzt/Ärztin entlastende Rollen in der Koordination und Betreuung chronisch Kranker, zur Sicherstellung der persönlichen Kontinuität gegenüber den PatientInnen (ebd.: 155).

Auch die ExpertInnen des 7. Altenberichtes kommen zu dem Schluss, dass derzeit „die Steuerungs- und Lotsenfunktion von Hausärzten ... nicht in ausreichendem Maße wahrgenommen werden können, [und daher] auf andere, hierfür zusätzlich qualifizierte Professionen (z. B. Fachkräfte aus der Pflege und der sozialen Arbeit

als Case-Manager und -Managerinnen) ... übertragen [werden sollten]. ... diese könnten unter Umständen sinnvoll in Allgemeinarztpraxen, Pflegestützpunkten und geriatrischen Zentren angesiedelt sein. Eine zielgenaue, den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten gerecht werdende Fallsteuerung wäre durch eine institutionalisierte (leistungsrechtlich zu berücksichtigende) Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und kooperierenden Professionen zu fördern.“ (Deutscher Bundestag 2016: 151)

Hersteller und Anbieter von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln haben die Lücken im Versorgungsmanagement von insb. chronisch Kranken längst erkannt und bieten teilweise umfassende Beratung und Betreuung kostenlos an. Für die PatientInnen ist diese Unterstützung im „Versorgungsdschungel“ meist sehr hilfreich, aber es ist für sie kaum zu erkennen, dass es sich dabei **nicht** um anbieterneutrale Beratung handelt. Insofern ist es dringend geboten, dass solche Leistungen künftig auf Basis sozialrechtlich definierter Anforderungen erbracht werden müssen.

Die bisherigen Ausführungen sollen zunächst verdeutlichen, dass

- ♦ die mit der demografischen Entwicklung einhergehenden Erfordernisse hinsichtlich der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung erkannt, aber bislang noch nicht umfassend umgesetzt wurden,
- ♦ die bedarfsgerechte Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung nur erreicht werden kann, wenn das Versorgungskonzept Abstimmungen auf allen drei Ebenen (individuelle, Organisation- und Systemebene) berücksichtigt und neben der medizinischen Versorgung auch pflegerische und soziale Aspekte stärker berücksichtigt werden und
- ♦ neben den ÄrztInnen auch andere Gesundheitsberufe einbezogen werden müssen, um den gestiegenen Betreuungs- und Koordinierungsbedarf chronisch kranker und multimorbider PatientInnen decken zu können.

Vor diesem Hintergrund sei an dieser Stelle bereits darauf hingewiesen, dass eine einzelne Maßnahme wie der Einsatz von PL den notwendigen Systemwandel nicht realisieren kann. Deshalb wird im Folgenden nur betrachtet werden können, inwieweit eine solche Intervention geeignet ist, bestehende Systemmängel zu lindern und falls ja, ob sie das Gebot der Wirtschaftlichkeit gem. § 12 SGB V erfüllt.

Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren mit einer Reihe von punktuellen sozialrechtlichen Regelungen auf die sich ändernden Versorgungserfordernisse reagiert. Einige dieser Vorschriften greifen mehr oder weniger umfassend auch die Thematik der Versorgungssteuerung auf. Daher ist es notwendig, sie bezüglich ihrer (normativen) Reichweite genauer zu betrachten und hinsichtlich ihrer praktischen Auswirkungen zu bewerten (siehe Kapitel 6).

Zuvor sollen jedoch im Kapitel 4 zunächst zentrale Begrifflichkeiten dieser Studie näher ausgeführt werden, da im weiteren Verlauf auf diese immer wieder zurück-

gegriffen wird. Danach werden in Kapitel 0 die Ergebnisse des Workshops mit VertreterInnen der Patientenberatung hinsichtlich der Bedarfe von Menschen mit gesundheitlichen Problemen zusammengefasst.

4. Grundlegende Begrifflichkeiten dieser Studie

4.1 PatientenlotsInnen (PL)

Der Begriff „Patientenlotse“ (PL) ist kein einheitlich genutzter Fachausdruck. Er wird für vielfältige Aufgaben und Einsatzgebiete verwendet:

Am häufigsten findet man PL in Krankenhäusern, wo sie PatientInnen und Angehörige bei der Orientierung auf dem Gelände unterstützen, auf einzelnen Stationen (z. B. Notaufnahme) das ärztliche und pflegerische Personal entlasten oder insb. bei älteren PatientInnen mit komplexen Versorgungsbedarfen individuelle Versorgungspfade während des stationären Aufenthaltes koordinieren.

Weiterhin gibt es PL, die für PatientInnen mit spezifischen Erkrankungen, die mit einem komplexen Versorgungsbedarf einhergehen (z. B. nach Schlaganfall, bei Krebs, Diabetes oder psychischen Erkrankungen), ausgebildet werden, um den PatientInnen insbesondere direkt nach Eintritt bzw. Diagnose der Krankheit bei der Organisation der Versorgung beratend und koordinierend zur Seite zu stehen. Dabei gibt es unterschiedliche Arbeitsweisen – professionell tätige LotsInnen mit unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen bei verschiedenen Leistungserbringern oder ehrenamtlich tätige PL (z. B. Schlaganfall-HelferInnen). Letztere können auch sog. Peer-BeraterInnen sein, d. h. Menschen mit den gleichen Erkrankungen geben das aus eigenem Erleben entstandene Erfahrungswissen an andere weiter.

Darüber hinaus findet man PL als BeraterInnen bei Krankenkassen oder in unterschiedlichen Beratungsstellen. Die Hilfestellung liegt hier primär in der Beratung der PatientInnen bzw. Versicherten zu leistungsrechtlichen Ansprüchen und verschiedenen Möglichkeiten der Leistungsanspruchnahme.

Mit dem Schlagwort PL werden aber auch Auskunfts- und Beratungsangebote im zweiten Gesundheitsmarkt (Selbstzahlermarkt, z. B. Schönheitschirurgie) oder Hotlines von Kassenärztlichen Vereinigungen beworben und nicht zuletzt wird der Begriff für schriftliche Informationsangebote (Ratgeber, Broschüren, Webseiten, etc.) genutzt.

Ähnlich verwendete Begriffe wie „Patientenlotse“ sind „Gesundheitslotse“ und „Versorgungslotse“, die teilweise ein etwas breiteres Aufgabenspektrum implizieren – z. B. auch den präventiven Aspekt bei Gesundheitslotsen oder über gesundheitliche Fragen hinaus auch soziale Belange und Teilhabe einschließen (Versorgungslotsen).

Allgemein gefasst sind PL i. d. R. Personen, die PatientInnen unterstützen, indem sie ihnen im weitesten Sinne „den richtigen Weg weisen“ - sei es in einer neuen Umgebung (Krankenhaus, Rehaklinik) und/oder in einer neuen Lebenssituation (Krankheit, nach einem Unfall etc.). Je nach konkreter Ausgestaltung koordinieren PL dabei auch die Versorgung innerhalb eines Versorgungsbereichs oder sektorenübergreifend und begleiten PatientInnen im Behandlungsverlauf.

Ohne die Ergebnisse der Untersuchung und eine Abgrenzung möglicher Aufgaben für PL vorzugreifen, wird in dieser Studie der Begriff „Patientenlotse“ bzw. „Patientenlotsin“ ausschließlich für professionell tätige Personen verwendet, die PatientInnen begleiten mit dem Ziel, deren gesundheitliche Versorgung zu verbessern.

Unter „PatientIn“ versteht man eine Person, die Dienstleistungen von ÄrztInnen oder anderen Menschen, die Heilbehandlungen ausführen, in Anspruch nimmt (vgl. www.juraforum.de). Dabei handelt es sich i. d. R. um eine Krankheit oder die Folgen eines Unfalls, aber auch gesunde Personen können PatientInnen werden, z. B. Schwangere und Neugeborene, Personen die zum Impfen oder zu Vorsorgeuntersuchungen gehen und nicht zuletzt sich einer Schönheits-OP unterziehen.

Mit Ausnahme von Schönheitsoperationen ist das Behandlungsziel immer die Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit. Leistungen in diesem Sinne sind in Deutschland maßgeblich im Sozialgesetzbuch V Gesetzliche Krankenversicherung geregelt, das die Rechte und Pflichten von gesetzlichen Krankenkassen, gesetzlich Versicherten und den Leistungserbringern (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Krankenhäuser etc.) definiert. Aber auch andere Sozialgesetzbücher, wie das SGB VII Gesetzliche Unfallversicherung und das SGB XI Soziale Pflegeversicherung, enthalten relevante Vorschriften. Da die gesetzliche Unfallversicherung nur für ausgewählte Personengruppen (insb. ArbeitnehmerInnen, vgl. § 2 SGB VII) und für spezifische Versicherungsfälle (Berufskrankheiten, Arbeits- und Wegeunfälle) zuständig ist, fokussiert die weitere Betrachtung auf den rechtlichen Rahmen von SGB V, wo mit rund 72 Mio. Personen fast 90 % der deutschen Bevölkerung versichert sind.

PL sollen also kranke Menschen unterstützen und, so zumindest eine weit verbreitete Erwartung, primär die Interessen der PatientInnen vertreten. Insbesondere dann, wenn PatientInnen im Versorgungsprozess mit vielen unterschiedlichen Leistungserbringern konfrontiert sind, die sich untereinander nicht abstimmen, ist ein/e kontinuierliche/r AnsprechpartnerIn von Vorteil. In diesem Zusammenhang taucht häufig der Begriff des Fall- bzw. Case-Managements auf, welches PL leisten bzw. leisten sollen. Dieser Begriff wird im nächsten Kapitel erläutert.

4.2 Fall- bzw. Case-Management

Fallmanagement (engl. case management) ist eine Methode zur systematischen Vorgehensweise in der Betreuung eines Menschen mit Unterstützungsbedarf aus der sozialen Arbeit.

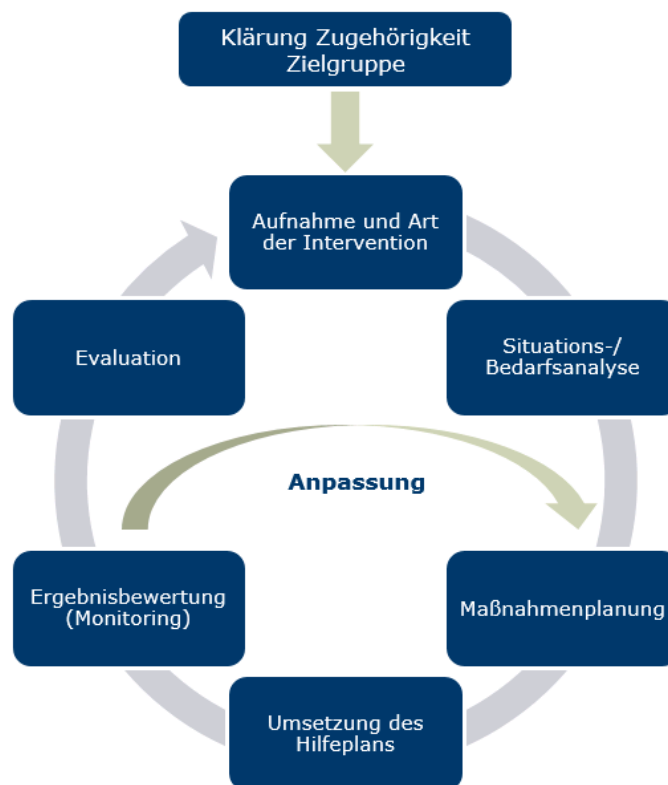
Ruckstuhl (2004) definiert Case-Management (CM) wie folgt: "Case-Management ist eine Betreuungsmethode im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. Sie soll bei komplexen Fragestellungen und hohem Koordinationsbedarf im Einzelfall Qualität und Effizienz der Betreuung in Abstimmung mit den Bedürfnissen der betreuten Menschen optimieren".

Das Fallmanagement führt zur Zielerreichung grundsätzlich zwei Ebenen zusammen:

- ♦ die individuelle Ebene der PatientInnen, in dem durch persönliche Interaktion des/der FallmanagerIn mit dem/der PatientIn die Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten und die Stärkung der Selbstverantwortung erreicht werden soll, und
- ♦ die institutionelle Ebene, wo es um die Unterstützung bei der Inanspruchnahme und die Koordination von Leistungen sowie den Aufbau von Kooperationsbeziehungen zu verschiedenen Leistungserbringern geht.

In Abbildung 2 sind die verschiedenen Phasen des Case-Managements dargestellt. Der Case-Management-Prozess beginnt mit der Klärung der Zugehörigkeit eines/einer potentiellen PatientIn/KlientIn zur Zielgruppe, für die eine intensivere Beratung und Begleitung erforderlich ist. Danach erfolgt eine Abstimmung zu Art und Dringlichkeit des CM (z. B. Krisenintervention, Mediation oder Fallbegleitung im eigentlichen Sinne). Es folgen die Situationsanalyse (Assessment), die Maßnahmenplanung, die im ersten Schritt eine gemeinsame Zielformulierung mit dem/der PatientIn (Shared decision making) beinhaltet, die Umsetzung des Maßnahmen- bzw. Hilfeplans, eine periodische Ergebnisbewertung (Monitoring), die ggf. zu Anpassungen der Ziele und/oder Maßnahmen führt (kleiner Regelkreis), sowie die abschließende Evaluation des CM mit Blick auf Lerneffekte für künftige CM-Prozesse.

Abbildung 2: Phasen des Case-Managements



Im Ergebnis eines guten Case-Managements werden folgende Ziele erreicht:

- ◆ besser informierte Entscheidungsfindung auf Seiten der PatientInnen
- ◆ rechtzeitige und angemessene Umsetzung der Versorgung
- ◆ verbesserte Bewältigungsfähigkeit und höheres Wohlbefinden der PatientInnen
- ◆ Vermeidung unnötiger und ggf. schädlicher Verzögerungen.

Das Erreichen dieser Versorgungsziele geht in der Regel auch einher mit der Erfüllung des Wirtschaftlichkeitsgebots gem. § 12 SGB V.

Das Fall- bzw. Case-Management als methodisches Vorgehen ist mittlerweile auch in der Gesundheits- und pflegerischen Versorgung weit verbreitet und konzentriert sich auf einzelne komplizierte und kostenintensive Krankheits-/Pflegefälle. Es dient in dieser Studie als Richtschnur für die Bewertung einzelner Modellprojekte mit PL.

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) hat 2012 folgende Definition des Begriffs Case-Management veröffentlicht (<https://www.dgcc.de/case-management/>):

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“

Anhand dieser Definition wird deutlich, dass Case-Management als Methode nicht nur auf der individuellen Ebene für einzelne Fälle zielführend ist, sondern auch auf der Systemebene beim Aufbau effizienter Versorgungsstrukturen handlungsleitend sein sollte.

Bei der Organisation eines optimalen Hilfemixes für den Einzelfall kann der/die Case-ManagerIn sozusagen „von unten“ nur in sehr begrenztem Umfang eine gezielte Zusammenarbeit der Leistungserbringer initiieren. Ein erfolgreiches Case-Management im Einzelfall ist daher abhängig von verbindlichen, fallübergreifenden Kooperationsstrukturen vor Ort, die auf der Ebene der Einrichtungen und Träger zu etablieren sind. Die verschiedenen Leistungserbringer und Berufsgruppen müssen die Aufgaben, Standards und Arbeitsweisen sowie die Möglichkeiten und Grenzen der jeweils anderen kennen und respektieren und sich auf verbindliche Formen der Kooperation mit ihnen einlassen.

Für das CM auf Systemebene wird der Begriff Versorgungsmanagement (oder auch Care-Management) verwendet, der im folgenden Abschnitt näher erläutert wird.

4.3 Versorgungsmanagement

Eine einheitliche Definition von Versorgungsmanagement (engl.: Care Management) existiert bis dato nicht (vgl. Weatherly und Knetsch 2017; Birkner 2015).

Weitgehend Einigkeit besteht jedoch dahingehend, dass hierzulande angesichts der immer noch starren sektoralen Trennung im Gesundheitswesen und zur Minimierung von Effizienzverlusten die Integration und Kontinuität der Versorgung die Ziele des Versorgungsmanagements sind (vgl. u. a. Schaeffer & Ewers 2006: 199). Versorgungsmanagement geht über die individuelle Ebene hinaus (s. Gruber & Holtgrewe 2017: 9). Es setzt an der institutionellen bzw. organisatorischen mittleren Systemebene an und „ist ein Instrument zur disziplin- und sektorenübergreifenden Versorgungssteuerung und -koordination“ (Birkner 2015: 6).

Im Rahmen des Versorgungsmanagements werden von Krankenkassen und Gruppen oder Verbänden der Leistungserbringer gesetzliche Vorgaben (Pflichtleistungen oder freiwillige Angebote) umgesetzt, indem für spezifische Patientengruppen die Bedarfe ermittelt, Steuerungsinstrumente und Leistungserbringer ausgewählt und vertragliche und wirtschaftliche Zielvereinbarungen getroffen werden. Vorherrschende Instrumente des Versorgungsmanagements sind (vgl. dazu ausführlich Birkner 2015):

- ◆ Disease-Management (strukturierte, diagnosespezifische Behandlungsprogramme für i. d. R. chronisch kranke Menschen)
- ◆ Case-Management (individuelle Koordinierung der Versorgung eines/einer PatientIn unabhängig von der Erkrankung und unter Berücksichtigung angrenzender Bereiche wie Pflege und Sozialrecht)
- ◆ Gatekeeping bzw. Hausarztmodell (Zugang zur Versorgung nur über einen zuvor festgelegten Akteur, meist Hausarzt/-ärztin, der/die die weitere Versorgung koordiniert).

Flankierend kommen medizinische Leitlinien und standardisierte Behandlungspfade zum Einsatz.

„Patientensteuerung im Sinne einer geordneten, wissenschaftlich begründbaren und folglich nicht arbiträren Zuweisung zur Versorgung ist das zentrale Element jedes Versorgungsmanagements.“ (Birkner 2015: 29)

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des Leistungsanspruchs auf Versorgungsmanagement in das SGB V (§ 11 Abs. 4) im Jahr 2007 vor allem die Sicherstellung eines reibungslosen Übergangs der PatientInnen zwischen den einzelnen Sektoren im Blick gehabt („Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung“) und Leistungserbringer sowie Krankenkassen zum Austausch der dafür erforderlichen Informationen verpflichtet (vgl. dazu die juristischen Ausführungen im Anhang 1).

Auch wenn das Versorgungsmanagement die Überwindung von Schnittstellenproblemen zwischen den Versorgungsbereichen für die Versicherten in den Vor-

dergrund stellt (und damit auf ein Case-Management abstellt), sind sich die ExpertInnen darin einig, dass es auch Ziel des Gesetzgebers ist, die Integration der Versorgung auf institutioneller bzw. Systemebene für ganze Patientengruppen voranzutreiben und sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die Qualität der Leistungserbringung und die Gesundheit der PatientInnen zu verbessern (Weatherly und Knetsch 2017: 11 f.). Die spätere, explizite Ergänzung der Vorschrift um die Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen und die Pflegeberatung bestärkt diese Interpretation.

Das Hausarztmodell muss in Deutschland seit 2007 von allen Krankenkassen als Option angeboten werden. Disease-Management-Programme, DMP, sind derzeit für sechs chronische Krankheiten etabliert (Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 sowie Asthma bronchiale und chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen). Weitere fünf DMP sind in Vorbereitung (Rheumatoide Arthritis, Chronische Herzinsuffizienz, Osteoporose, Rückenschmerz, Depressionen, s. Website des Gemeinsamen Bundesausschusses <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/dmp/>).

PatientInnen, die in den DMP eingeschrieben sind, erhalten „eine interdisziplinäre, professionen- und sektorenübergreifende Betreuung in qualifizierten Einrichtungen [bei Vertragsärzten und Krankenhäusern, die an regionalen DMP-Verträgen mit den Krankenkassen teilnehmen, Anm. d. Verf.] Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein“ (DMP-Richtlinie). Explizit ist eine patientenzentrierte Vorgehensweise zu wählen, bei der letzterer ausführlich informiert und angeleitet werden soll. Dies verdeutlicht, dass im Rahmen der DMPs nicht nur die Interessen der Kostenträger zu berücksichtigen sind, sondern auch die Interessen der PatientInnen.

Ein sehr weitgehend vorgeschriebenes, individuelles Fall- bzw. Case-Management wurde für Personen mit Pflegebedarf 2008 im Rahmen des SGB XI Soziale Pflegeversicherung implementiert. Weitere Ausführungen dazu finden sich, wie auch die komplette Bestandsaufnahme der leistungsrechtlichen Vorschriften zum Versorgungsmanagement in den Sozialgesetzbüchern V (Gesetzliche Krankenversicherung) und XI (Soziale Pflegeversicherung), in Kapitel 6 (Überblick) sowie ausführlich im Anhang 1.

5. Erfahrungen aus der Beratungspraxis: Welche Unterstützung brauchen PatientInnen?

Im Rahmen eines eintägigen Workshops wurden Ende November 2017 die Erfahrungen von zehn ExpertInnen aus der Patientenberatung (mit unterschiedlicher Spezialisierung) zusammengetragen. Ziel war es herauszuarbeiten, welche PatientInnen aufgrund welcher Probleme einen über eine ausführliche Beratung hinausgehenden Unterstützungsbedarf bei der Organisation ihrer Gesundheitsversorgung haben. Weiterhin wurden geeignete Lösungsansätze diskutiert – warum treten die Probleme auf, wer könnte welche Aufgaben übernehmen, braucht man neue Akteure wie die PL, wie müssten diese qualifiziert sein?

Die WorkshopteilnehmerInnen waren übereinstimmend der Ansicht, dass das Gesundheitssystem generelle Mängel aufweist und in erster Linie die Trennung der Sektoren überwunden werden muss, um langfristig eine effektive Versorgung zu ermöglichen. Die nur auf den eigenen Bereich ausgerichtete Verantwortungsübernahme der Leistungserbringer derzeit führe zu den zahlreichen Schnittstellenproblemen, die für viele PatientInnen mit Versorgungsbrüchen einhergingen. Es bedürfe daher einer grundlegenden Reform des gesamten Versorgungssystems – ein Einsatz von PL allein würde nicht ausreichen.

Die ExpertInnen nannten folgende **Probleme**, die in der Praxis dazu führen, dass eine sachgerechte Versorgung der PatientInnen nicht oder erst verspätet zustande kommt:

- ◆ Informationsdefizite zu vorhandenen Angeboten und Leistungsansprüchen – gerade Personen mit komplexen Problemlagen sind häufiger schlecht informiert bzw. kaum in der Lage, sich Informationen selbst zu beschaffen und diese zu verstehen
 - ◆ Unübersichtlichkeit bezgl. der verschiedenen Kostenträger (Trägervielfalt im Bereich der Sozialversicherung und aufgeteilte Zuständigkeiten in den Kommunen) und Leistungszugänge (was muss von wem verordnet werden, was muss wo beantragt werden, an wen kann man sich wenden?)
 - ◆ Intransparenz der Versorgungsangebote – Anbietervielfalt, Wahlfreiheit ohne konkrete Kriterien zur Unterstützung der Entscheidungsfindung, Unterschiede bei den Kosten und der Qualität der Leistungen
 - ◆ Mangelnde Beratung zu (nicht-medikamentösen) Behandlungsalternativen, Heil- und Hilfsmittelversorgung etc. durch die HausärztInnen
 - ◆ Nicht-Gewährung von Leistungen im Bereich häusliche Krankenpflege bei PatientInnen mit Pflegebedürftigkeit mit Verweis auf Übernahme durch pflegende Angehörige
 - ◆ Sicherstellung einer 24-Stunden-Betreuung bei Menschen mit Demenz
-

- ◆ Probleme nach Krankenhausaufenthalten – Organisation der ambulanten Versorgung (z. T. Entlassung ohne gesicherte Weiterversorgung), keine zeitnahen Termine bei FachärztInnen
- ◆ Bei psychischen Beeinträchtigungen – Umgang mit Zwangsmaßnahmen sehr unterschiedlich (Psychiatrie, Pflegeheim), Einschränkungen beim Zugang zur somatischen Versorgung
- ◆ Mobilitätseinschränkungen – HausärztInnen machen keine Hausbesuche, Krankenkasse übernimmt keine Fahrtkosten (Probleme insb. im ländlichen Bereich)
- ◆ Mangelnde Kenntnis über Patientenrechte und deren Durchsetzung
- ◆ Thema Überversorgung – wenn Leistungserbringer offensiv Privatzahlerleistungen (IGeL) anbieten

Die Teilnehmer diskutierten, dass die genannten Probleme sowohl systembedingt (Träger- und Normenvielfalt, Sektorentrennung, Fehlanreize durch unterschiedliche Vergütungssysteme) seien als auch auf mangelnde Aufgabenerfüllung der Leistungserbringer zurückzuführen seien. Hier wurden insb. die Haus- und FachärztInnen, aber auch die Krankenhäuser genannt.

Zur Frage, welche **Patientengruppen** in besonderem Maße Unterstützung und Begleitung benötigen, wurden folgende Vorschläge gemacht:

- ◆ Ein rein diagnosespezifischer Bezug sei, so die übereinstimmende Meinung der WorkshopteilnehmerInnen, nicht sinnvoll – der Unterstützungsbedarf mache sich vielmehr an anderen Aspekten wie den individuellen Ressourcen zur Krankheitsbewältigung, der „Durchsetzungsfähigkeit“ der eigenen Interessen, der individuellen Lebenssituation (z. B. alleinlebend, zusätzlich mit Pflegebedarf) und dem sozialen Umfeld etc. fest.
- ◆ Dennoch wurden typische Krankheiten/Diagnosen genannt, wo i. d. R. ein besonderer Beratungs- und Begleitungsbedarf besteht: nach Schlaganfall, Multiple Sklerose (MS), Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), nach Herzinfarkt, psychisch Kranke.
- ◆ Eine besondere Gruppe stellen schwer/chronisch kranke Kinder dar – hier müssen die Eltern/Erziehungsberechtigten aktiviert und angeleitet werden, häufig ist auch die Schule einzubeziehen.
- ◆ Ein hoher Unterstützungsbedarf besteht auch bei hochaltrigen, multimorbiden PatientInnen, insb. bei gleichzeitig kognitiven Einschränkungen.
- ◆ Ein PL sollte allen PatientInnen zur Verfügung stehen, „die allein nicht weiterkommen“ – in einer Abstufung des Dreiklangs „Informieren-beraten-begleiten“ sollten PL nur infrage kommen, wenn Information und Beratung nicht ausreichend sind.

- ♦ Auch regionale Faktoren können zusätzlich ausschlaggebend sein, wenn die Organisation der Versorgung aufgrund fehlender wohnortnaher Angebote schwierig ist.

Die klare Identifizierung von Zielgruppen erwies sich als schwierig, da sehr unterschiedliche Ansichten bzw. Erwartungen an die Aufgaben von PL in Abgrenzung zu vorhandenen Beratungsstellen bestehen. Betont wurde immer wieder, dass durch PL keine Doppelstrukturen entstehen dürften und diese in erster Linie den Zugang zu den vorhandenen Leistungen ermöglichen sollten. Als weitere Aufgaben, die PL leisten sollten, wurden genannt:

- ♦ Langfristige Begleitung als kontinuierliche Ansprechperson bei vielen/wechselnden Leistungserbringern zur Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung
- ♦ PL sollen vom individuellen Bedarf der PatientInnen ausgehen bzw. diesen zunächst erfassen (gemeinsame Zieldefinition, Patientenzentrierung)
- ♦ PL sollen die Gesundheitskompetenz der PatientInnen stärken, damit diese künftig ihre Anliegen selbst regeln können, aber in Krisensituation manchmal einfach auch „die PatientInnen an die Hand nehmen“.
- ♦ PL sollen sich um Anträge bei Kostenträgern kümmern, die Rechte der Versicherten durchsetzen.
- ♦ Unterstützung des Medikamentenmanagements, Absetzberatung bei Psychopharmaka, Motivierung zur Änderung des Lebensstils
- ♦ PL müssen die regionalen Akteure kennen
- ♦ Die Tätigkeit von PL sollte prinzipiell am Case-Management ausgerichtet sein.

Letztlich wurde festgestellt, dass diejenige Instanz, die PL beauftragt (und finanziert) auch den Handlungsrahmen bestimmt. Es müsse die „Reichweite“ der Beratung geklärt werden (nur im Rahmen von SGB V oder darüber hinaus? Unterstützung auch bei PatientInnen in stationären Pflegeeinrichtungen?).

Keine eindeutige Meinung bestand bei den TeilnehmerInnen hinsichtlich des Zugangs zu Leistungen von PL: Während einige dafür plädierten, den Bedarf durch Leistungserbringer (niedergelassene ÄrztInnen, Krankenhaus) anhand eines Screenings vorzunehmen, gab es bei anderen Vorbehalte, dass Leistungserbringer das hinzuziehen eines PL als „Überwachung“ empfinden könnten und daher nicht neutral seien.

Einigkeit bestand dagegen dahingehend, dass PL „neutral“ sein müssten und es eine bundesweit einheitliche Lösung geben sollte (bezgl. der Qualifikationsanforderungen und einer Finanzierung durch mehrere Sozialversicherungszweige). Lediglich bei psychischen Erkrankungen sollten länderspezifische Lösungen umgesetzt werden. Als Träger von PL wurde die Selbsthilfe ins Spiel gebracht, die trägerunabhängig sei und „außerhalb des Systems“ liege.

6. Bewertung des bestehenden sozialrechtlichen Rahmens zum Case-Management

Die Politik hat in der Vergangenheit bereits mit einer ganzen Reihe von Regelungen im Sozialrecht auf den steigenden Bedarf an Beratung und Koordination in der Gesundheits- und pflegerischen Versorgung reagiert. Die folgende Tabelle 2 listet die vorhandenen Vorschriften zum Versorgungsmanagement in chronologischer Reihenfolge auf. Sowohl im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) als auch an den Schnittstellen zum SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) gibt es bereits eine Reihe von Vorschriften, die ein teilweise sehr umfassendes Case-Management für einzelne Zielgruppen vorsehen.

Tabelle 2: Übersicht zu Regelungen mit Leistungen zum Case-Management in chronologischer Reihenfolge

Jahr	Norm	Zielgruppe
2000	§ 37 a SGB V Soziotherapie	Schwer psychisch Kranke
2000/2010	§ 65 b SGB V Unabhängige Patientenberatung	PatientInnen und VerbraucherInnen
2003/2008	§ 43 Abs. 2 SGB V sozialmedizinische Nachsorge für schwerkranke Kinder	Schwer kranke Kinder bis 13 (in Ausnahmen 18) Jahre
2007	§ 11 Abs.4 SGB V Versorgungsmanagement	GKV-Versicherte
2008/2015	§ 7 a SGB XI Pflegeberatung	LeistungsbezieherInnen der Pflegeversicherung
2011/2015	§ 39 Abs. 1 a SGB V Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung	Versicherte beim Übergang in die ambulante Versorgung nach Krankenhausbehandlung
2015	§ 44 Abs. 4 SGB V Krankengeldfallmanagement	Versicherte, die arbeitsunfähig sind
2015	§ 132 g SGB V gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Stationäre Pflege- und Behinderteneinrichtungen (Bewohner)

Quelle: IGES

Die Auflistung macht bereits deutlich, dass

- ♦ in den letzten zehn Jahren immer häufiger Regelungen erlassen wurden, die auch (teilweise) Case-Management beinhalten,
- ♦ allein bei vier von acht Regelungen zu einem späteren Zeitpunkt „nachgebessert“ werden musste, weil die ursprüngliche Regelung zu kurz griff,
- ♦ sich die meisten Regelungen (sechs von acht) an relativ eng abgegrenzte Personenkreise (schwer psychisch Kranke, chronisch kranke Kinder, Pfl-

gebedürftige und ihre Angehörigen) richten bzw. auf einzelne Schnittstellen beschränken (Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung, sozialmedizinische Nachsorge für Kinder).

Lediglich die Regelungen zum Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V) sowie zur Unabhängigen Patientenberatung (§ 65 b SGB V) adressieren jeweils alle Versicherten ohne Einschränkungen.

In der folgenden Tabelle 3 sind die Inhalte der Normen kurz zusammengefasst, ergänzt um eine allgemeine Bewertung zur Relevanz der Regelung in der Versorgungspraxis. Eine ausführliche Erläuterung der Vorschriften und ihrer Bewertungen findet sich in Anhang 1.

Tabelle 3: Gegenstand der Regelungen zum Case-Management und Relevanz in der Praxis

Norm	Gegenstand	Relevanz in der Praxis
§ 11 Abs. 4 SGB V Versorgungsmanagement	Versicherte haben in der GKV einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; Leistungserbringer sorgen für sachgerechte Anschlussversorgung und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen	unklare Vorgaben bzgl. der Anspruchsinhalte und der zur Leistungserbringung Verpflichteten
§ 39 Abs. 1 a SGB V Entlassmanagement	Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung	eng abgegrenzter Bereich mit kurzfristiger Ausrichtung, Unklarheit bzgl. des Verpflichteten
§ 37 a SGB V Soziotherapie für schwer psychisch Kranke	Versicherte mit schwerer psychischer Erkrankung, die nicht in der Lage sind, ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Koordination der Leistungen nach einem Behandlungsplan sowie Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme der Leistungen	mangelnde Durchsetzung der Regelung in der Praxis
§ 44 Abs. 4 SGB V Krankengeldfallmanagement	Versicherte, die Krankengeld beziehen, haben Anspruch auf individuelle Beratung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind	Nur für Krankengeldfälle, es bestehen datenschutzrechtliche Bedenken, Evaluation bis 12/2018

Norm	Gegenstand	Relevanz in der Praxis
§ 43 Abs. 2 SGB V Sozialmedizinische Nachsorge für chronisch kranke Kinder	Krankenkasse erbringt aus medizinischen Gründen im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke/schwerstkranke Kinder (bis 14, in Ausnahmen 18 J.), Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung/Motivation zur Inanspruchnahme	bundesweit ca. 90 Leistungserbringer, Leistung erst nach Krankenhausaufenthalt verfügbar
§ 65 b SGB V Unabhängige Patientenberatung	Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert Einrichtungen, die VerbraucherInnen sowie PatientInnen in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten	i. d. R. Telefonberatung zu allg. Leistungsansprüchen und Problemen, keine Koordination
§ 132 g SGB V Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in stat. Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe, Beratung über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase, externe Vernetzung als Leistungsinhalt	Vereinbarung der Spitzenverbände erst am 13.12.2017 zustande gekommen
§ 7 a SGB XI Pflegeberatung	LeistungsbezieherInnen haben gegenüber ihrer Pflegekasse Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine/n PflegeberaterIn, die aufgeführten Aufgaben der Pflegeberatung entsprechen einem Case-Management	Unabhängigkeit der Beratung fraglich, Anspruch erst nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit, Fokus auf pflegerischer Versorgung

Quelle: IGES

Weiterhin wird im § 73 Abs. 1 SGB V den HausärztInnen unter anderem ein umfassender, aber nicht näher bestimmter Koordinationsauftrag zugewiesen („Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, ...“). Im Rahmen sog. (Betreuungs-) Strukturverträge nach § 73 a SGB V (alt, jetzt Besondere Versorgung nach § 140 a SGB V) zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen wurde dieser Aspekt teilweise aufgegriffen, indem für eine „Erhöhung der Beratungsintensität“ oder für spezielle Angebote im Versorgungsmanagement für chronisch kranke Versicherte mit ausgewählten Diagnosen gesonderte Vergütungen vereinbart wurden (zwischen 4,00 und 12,00 Euro pro PatientIn und Quartal, s. beispw. KV Berlin 2013). Diese beinhalten jedoch keine sektorenübergreifende Koordination (Wille & Thüsing 2012). Außerdem wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass hier die Beeinflussung der Kodierpraxis von VertragsärztInnen im Vordergrund stehe. Dies sei primär dem betriebswirtschaftlichen Ansinnen der Krankenkassen geschuldet, höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten (IKK e. V. 2017). Deshalb standen solche Verträge auch politisch in der Kritik und sind durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) explizit untersagt worden (Deutscher Bundestag 2017).

Ein Anspruch der Versicherten auf Case-Management ist zwar in den §§ 11 Abs. 4 SGB V und 7 a SGB XI grundsätzlich gegeben. Da aber das Versorgungsmanagement im Rahmen der Krankenversicherung weder inhaltlich näher spezifiziert ist, noch klar geregelt wird, gegen wen sich der Leistungsanspruch richtet (vgl. dazu die Ausführungen im Anhang 1), bestehen begründete Zweifel an der Verbindlichkeit und Wirksamkeit dieser Vorschrift.

Das Fallmanagement im Rahmen der **Pflegeberatung** dagegen wird bereits im Wortlaut des Gesetzestextes sehr detailliert niedergelegt. Es soll folgende Schritte beinhalten (vgl. § 7 a Abs. 1 SGB XI):

1. den Hilfebedarf ... systematisch erfassen und analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

Diese Vorschrift greift allerdings nur für PatientInnen mit attestiertem Pflegebedarf und setzt daher im Hinblick auf die Erschließung von Effizienzreserven **sehr spät** im Krankheitsverlauf an.

Nach ersten Ergebnissen der Evaluation zur Pflegeberatung 2011 war der überwiegende Anteil der Beratungsvorgänge nach einem (84 %) bzw. zwei (7 %) Kontakten beendet und die Umsetzung eines individuellen Fallmanagements bildete zu diesem Zeitpunkt „noch die Ausnahme“ (GKV-Spitzenverband 2012: 105ff.). Laufende Erhebungen des IGES Instituts zur Pflegeberatung deuten darauf hin, dass es bundesweit betrachtet auch derzeit noch ein sehr unterschiedliches Verständnis bezüglich der Leistungen eines Fallmanagements gibt (z. B. gibt es Fallmanagement-Fälle ohne Versorgungsplan, Anpassungen des Versorgungsplans erfolgen „nur auf Wunsch der Beratenen“).

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die PflegeberaterInnen der Pflegekassen häufig als Sozialversicherungsfachangestellte oder SozialpädagogInnen ausgebildet sind und nicht über einen Abschluss in einem Gesundheitsberuf verfügen. Die weit reichenden fachlichen Anforderungen an die Erstellung und Umsetzung eines Versorgungsplans (s. Punkte 2. bis 4.) könnten dann nur in enger Kooperation mit medizinischen Fachkräften erfolgen.

Auch für die Gruppe der schwer psychisch Kranken besteht seit dem Jahr 2000 mit der Möglichkeit der Verordnung von **Soziotherapie** bereits prinzipiell die Option, ein umfassendes Case-Management zu Lasten der Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen (vgl. ausführlich Anhang 1). In der Praxis ist dieser Vorschrift jedoch mangelnde Durchsetzung zu bescheinigen und vereinzelt wird von einem Scheitern gesprochen (vgl. Rössler *et al.* 2012). Ursachen seien primär unrealistisch hohe Ansprüche der Krankenkassen an die Qualifikations- und Erfahrungsprofile der zuzulassenden Leistungserbringer und zu niedrige Vergütungssätze (zwischen 28,00 und 44,90 Euro pro Stunde) (ebd.: 107). Die Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL) wurde in den letzten Jahren mehrfach, zuletzt im März 2017, geändert: 2015 wurde eine Öffnungsklausel für begründete Einzelfälle außerhalb der Regelversorgung aufgenommen und der Kreis der anspruchsberechtigten PatientInnen erweitert und seit 1. April 2018 dürfen nun auch psychologische PsychotherapeutInnen Soziotherapie verordnen. Inwieweit diese Änderungen nun die flächendeckende Etablierung der Angebote fördern bleibt abzuwarten.

Relativ eng begrenzt ist auch die Vorschrift zur **sozialmedizinischen Nachsorge für Kinder und Jugendliche** (§ 43 Absatz 2 SGB V). Dabei geht es im Kern um die Begleitung von chronisch oder schwerstkranken Kindern (bis 13, im Einzelfall 18 Jahre) und deren Familien nach einem Klinikaufenthalt. Damit ist ein Zugang zu diesen Leistungen aus der ambulanten Versorgung heraus nicht möglich. Weitere Angebote wie Palliativbegleitung, Geschwisterkinderarbeit oder Selbsthilfegruppen sind ebenfalls nicht erfasst. Nachdem die Leistung ab 2009 von einer „Kann-Leistung“ in einen Rechtsanspruch (Regelleistung) umgewandelt wurde, haben sich bundesweit deutlich mehr Angebote etabliert (88 Standorte, Mai 2017, vgl. www.bunter-kreis-deutschland.de). Der Bundesverband Bunter Kreis e. V. wies in einer Pressemitteilung vom 19. Mai 2017 darauf hin, dass die erbrachten Leistungen zur sozialmedizinischen Nachsorge seitens der Krankenkassen nicht auskömmlich vergütet würden und einzelne Standorte von Insolvenz bedroht seien. Leistungen zur sozialmedizinischen Nachsorge werden derzeit schwerpunktmäßig für Frühgeborene (über 50 % der Fälle) bzw. Kinder unter einem Jahr erbracht (mehr als drei Viertel aller Fälle, vgl. Porz 2013).

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass die vorhandenen sozialrechtlichen Regelungen den epidemiologisch bedingt steigenden Bedarf an Case-Management entweder nur sehr pauschal und unspezifisch (§ 11 Abs. 4 SGB V) bzw. nur punktuell (für sehr eng definierte Patientengruppen bzw. nur für einzelne Schnittstellen oder Aspekte wie Beratung) aufgreifen und darüber hinaus einige dieser Vorschriften in der Praxis aus unterschiedlichen Gründen (Unklarheiten bezgl. der Norminhalte und -adressaten oder mangelnde Umsetzung durch die Selbstverwaltung) kaum zum Tragen kommen.

7. Erkenntnisse zum Einsatz von PL aus nationalen und internationalen Versorgungsmodellen

In den letzten 20 Jahren wurden sowohl in Deutschland als auch international viele innovative Versorgungsmodelle entwickelt, die auf eine bessere Steuerung und Koordination der Leistungen bei Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen abzielen und dabei u. a. explizit PL bzw. Case-ManagerInnen einsetzen. Diese wurden teilweise bezgl. ihres spezifischen Nutzens evaluiert. Zur Identifikation dieser Studien wurden sowohl eine systematische Literaturrecherche über PubMed als auch ergänzende Internetrecherchen bezgl. „grauer“ Literatur durchgeführt, deren Methodik und Ergebnisse ausführlich in den Anhängen 2 (PubMed-Recherche) und 3 (ergänzende Internetrecherche) beschrieben und aufgeführt werden.

Die folgenden Abschnitte enthalten eine überblicksartige Zusammenfassung der Ergebnisse und deren Bewertung.

7.1 Ergebnisse und Erkenntnisse der systematischen Literaturrecherche

Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem Workshop mit VertreterInnen aus der Beratungspraxis wurde die systematische Literaturrecherche nach dem PICO-Schema (Population/Intervention/Comparison/Outcome) getrennt für die drei Altersgruppen Kinder- und Jugendliche, Erwachsene und ältere/hochaltrige PatientInnen vorgenommen. Hinsichtlich der Studienpopulation wurde insb. auf chronische Erkrankung und komplexe Versorgungsbedarfe (ohne Berücksichtigung von Behinderung) abgestellt, als Intervention standen Case/Disease- und Care-Management im Vordergrund. Als Outcome-Parameter wurden die Patientenzufriedenheit, klinische Parameter sowie die Qualität und Kosten der Versorgung einbezogen (vgl. ausführlich Anhang 2).

Nach der Selektion der Suchergebnisse anhand weiterer Ein- und Ausschlusskriterien (u. a. Einsatz eines PL) wurden insgesamt 25 Studien identifiziert:

- ◆ Kinder- und Jugendliche: 5 Studien
- ◆ Erwachsene: 12 Studien
- ◆ Ältere: 8 Studien

Die Inhalte und Ergebnisse der 25 Studien sind im Anhang 2 strukturiert zusammengefasst. Im Folgenden wird für jede Altersgruppe eine zusammenfassende Bewertung vorgenommen.

7.1.1 Zusammenfassung der Studienergebnisse für Kinder und Jugendliche

Die folgende Tabelle listet die fünf identifizierten Studien mit Zielgruppe Kinder und Jugendliche überblicksartig auf.

Tabelle 4: Übersicht zu den Studien für Kinder und Jugendliche

Autor/Jahr	Zielgruppe, Land	Intervention	Ergebnis
Britto <i>et al.</i> 2014	Jugendliche mit Asthma und schlechter Symptomkontrolle, USA	Mehrere Maßnahmen (evidenzbasierte Behandlung, Self-Management-Support etc.) Care-Coordination durch Nurse Practitioner, Ausbildung Eltern zum Parent Coordinator	Anzahl „gut kontrollierter“ Fälle nahm zu, Patientenzufriedenheit und Asthmabedingte Notfallaufnahmen blieben stabil, techn. Interventionsmögl. werden geprüft
Goldhagen & Fafard 2016	Ki/Ju mit lebensverkürzender Erkrankung, USA	Umsetzung des Konzepts Community-based pediatric palliative care (CBPPC) durch interdisziplinäres Palliative-Care-Team	Health-related Quality of Life der Eltern konnte stabil gehalten werden, Verringerung der KH-Aufenthalte der Kinder, Kostensenkung für Diagnostik und stationäre Versorgung – daher Fortführung des Konzepts
Kelly <i>et al.</i> 2015	Kinder mit Asthma, USA	Verschiedene, an unterschiedl. Settings angepasste Modelle von Care-Coordination, Einsatz eines Asthma-Care-Coordinators (Qualifikation n. n.)	Zielte v. a. auf die Optimierung der Organisation und Zusammenarbeit auf Ebene der Akteure, keine Angaben zum patientenbezogenen Outcome
Ronis <i>et al.</i> 2015	Kinder mit ADHS, USA	Einsatz von Personal-Health-Records (PHR) zur Unterstützung der Koordination der Versorgung durch die Eltern	Ein Viertel der befragten Eltern nutzte PHR und wollte dies zu 82 % auch weiter nutzen, keine Aussagen zu patientenbezogenen Outcomes
Statile <i>et al.</i> 2016	Kinder mit komplexen med. Anforderungen, USA	Verbesserung des Entlassmanagements durch multidisziplinäres Team (mT) mit Einbezug der Eltern	Zielgruppe profitiert von der Intervention

Quelle: IGES

Bei der Analyse der Studien für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen wurde deutlich, dass die Versorgungsprogramme eher diagnosespezifisch sind (Asthma, ADHS). Ein weiterer Fokus dieser Programme liegt auf der palliativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Einbeziehung der Eltern und teilweise auch Geschwister ist essentiell. Der Fokus „Familie“ wird in mehreren Studien explizit erwähnt und setzt mit der Intervention parallel bei dem/der PatientIn und seinem/ihrer familiären Umfeld an. Des Weiteren werden die Akteure als interdisziplinäre Teams, meistens mit einer Art Hauptkoordinator, beschrieben. Die

LotsInnen bzw. KoordinatorInnen sind sowohl Pflegekräfte und ÄrztInnen, aber auch die Eltern werden teilweise speziell für diese Rolle geschult. In einer Studie wird abschließend sogar vorgeschlagen, dass Eltern als Ko-Akteure in das Versorgungsteam aufgenommen werden könnten und dies als Untersuchungsgegenstand in weiteren Studien überprüft werden sollte.

Zu den Ergebnissen von Versorgungskoordination bzw. Case-Management hinsichtlich der patientenbezogenen Outcomes sind die Angaben der Studien wenig aussagekräftig. Das gilt auch bezgl. der konkreten Aufgaben der Case-ManagerInnen.

7.1.2 Zusammenfassung der Studienergebnisse für Erwachsene

Die folgende Tabelle listet die 12 identifizierten Studien mit Zielgruppe Erwachsene überblicksartig auf.

Tabelle 5: Übersicht zu den Studien für Erwachsene

Autor/Jahr	Zielgruppe, Land	Intervention	Ergebnis
Askew <i>et al.</i> 2016	Aborigines, Torres-Strait-Islander mit chronischen Erkrankungen, Australien	Case-Management durch Pflegefachkräfte	Zufriedenheit der PatientInnen mit dem Modell, Verringerung der Depressionsrate, Verbesserung des Blutdrucks und der Diabeteskontrolle
Battersby <i>et al.</i> 2007	Erwachsene mit chronischen Erkrankungen, Australien	Case-Management durch „Service-Coordinators“ (Pflegekräfte, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen)	Gesundheitszustand der Interventionsgruppe verbesserte sich gegenüber der Kontrollgruppe, teilw. verringerte/erhöhte Nutzungshäufigkeit von Gesundheitsleistungen – keine Nettoeinsparungen
Berthold <i>et al.</i> 2011	PatientInnen mit Diabetes, Deutschland	Datenanalyse zum Vergleich von PatientInnen mit und ohne DMP, Hausarzt/-ärztin als LotsIn	DMP verbessern klinische Parameter nur partiell
Fireman <i>et al.</i> 2004	PatientInnen in DMPs (3 Mio.), USA	Unterstützung durch krankheitsspezifisch weitergebildete Care-ManagerInnen	Die erreichte Qualitätsverbesserung erhöhte auch (kurzfristig) die Versorgungskosten, Angaben zum Nutzen fehlen
Hendricks <i>et al.</i> 2014	PatientInnen mit chronischer Herzinsuffizienz, Deutschland	Case-Management „CorBene“ (Qualifikation n. n.)	PatientInnen der Interventionsgruppe hatten weniger Krankenhausaufenthalte und geringere Behandlungskosten als PatientInnen der Regelversorgung, CM wurde fortgeführt

Autor/Jahr	Zielgruppe, Land	Intervention	Ergebnis
Hochman <i>et al.</i> 2013	Erwachsene internistische PatientInnen, USA	Umsetzung eines „Patient-centred medical Home“, Koordination als Telefonservice (2 Koordinatoren, Pflegekräfte, med. AssistentInnen, ein/e Arzt/Ärztin) u. CM	Steigerung der Patientenzufriedenheit, besserer Zugang zur Versorgung, Zahl der KH/Notfall-Aufenthalte blieb unverändert
Jansen <i>et al.</i> 2015	Chronisch kranke Erwachsene, Niederlande	Untersuchung zur Nutzung eines Individual Care Plans (ICP) in Hausarztpraxen	Nur 10 % der chronisch Kranken haben einen ICP, bei Teilnahme an DMPs etwas häufiger, PatientInnen mit ICP empfinden Behandlung patientenzentrierter, proaktiver und problemlösungsorientierter, bessere Unterstützung
McCall & Cromwell 2011	PatientInnen in 8 verschiedenen DMPs, USA	Betreuung der DMP-PatientInnen mittels CallCenter durch Pflegekräfte	Verbesserungen in der Interventionsgruppe in 14 von 40 Behandlungsprozessen, bei einem DMP Verringerung von KH-Einweisungen, bei einem DMP geringere Nutzung ambulanter Leistungen, Kostensenkung für alle DMP < 5 %
Passey <i>et al.</i> 2007	Drogenabhängige Frauen im ländlichen Australien	CM mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität, Case-ManagerInnen waren Beschäftigte des öffentl. Gesundheitsdienstes (mit Schulung)	Reduzierung der Schwere der Abhängigkeit und der Tage mit psychologischen Problemen, Steigerung der Lebensqualität (insb. infolge gesteigerter Selbstachtung)
Peters-Klimm <i>et al.</i> 2010	PatientInnen mit chronischer Herzinsuffizienz, Deutschland	Case-Management (vier Elemente des Chronic Care Model), ArzthelferInnen als CM (nach Schulung)	Weder Verbesserung der allgemeinen noch der krankheitsbezogenen Lebensqualität und der Selbstpflege der PatientInnen, höherer Arztkontakt (nicht zu Kardiologen)
Stock <i>et al.</i> 2010	DMP-PatientInnen Diabetes, Deutschland	Datenanalyse DMP-PatientInnen bei dem/der Hausarzt/-ärztin vs. Kontrollgruppe (Regelversorgung)	Kontrollgruppe: doppelt höhere Mortalitätsrate im Untersuchungszeitraum, Behandlungskosten der Interventionsgruppe geringer
Wise <i>et al.</i> 2006	Multimorbide, chronisch Kranke, USA	Disease- und CM zusammen, CM durch Pflegekräfte u. SozialarbeiterInnen	Angestrebte Kosteneinsparung konnte erreicht werden

Quelle: IGES

Eine weitere Studie, die auf Basis von Inputdaten aus der Literatur und Expertenmeinungen mit einem Entscheidungsbaummodell unterschiedliche Patientenpfade für SchlaganfallpatientInnen in der Nachsorge verglich (Reichert *et al.* 2017), kam u. a. zu dem Ergebnis, dass ein um CM erweitertes Versorgungsmanagement mit größeren positiven Wirkungen bezüglich der Ausschlussevents Langzeitpflege, Reinsult und Todesfälle einhergeht. Die AutorInnen schlussfolgern, dass ein systematischer Betreuungsprozess mit CM-Elementen und geeignete Hilfsmittel dazu beitragen, die PatientInnen in ihren alltäglichen Funktionen zu unterstützen, ihre verbliebenen Potenziale zu aktivieren und den Rehabilitationsprozess nach dem stationären Aufenthalt weiterzuführen (ebd.: 303).

Im Mittelpunkt der Studien mit der Zielgruppe Erwachsene stehen chronisch kranke PatientInnen (Diabetes, Herzinsuffizienz) und die Wirksamkeit von Disease-Management-Programmen bezgl. des Erreichens bestimmter klinischer Zielparame-ter. Case-ManagerInnen oder KoordinatorInnen wurden häufig eingesetzt, aber deren Aufgaben meist nicht näher ausgeführt. Die beruflichen Qualifikationen waren breiter als bei der Zielgruppe der Kinder – neben Pflegefachkräften und (Haus)ÄrztInnen waren auch SozialarbeiterInnen und ArzthelferInnen involviert.

Die Ziele der Versorgungssteuerung ließen sich (mit den DMP) in der Regel erreichen (Verbesserung der klinischen Parameter, verringerte Mortalität und verbesserte Lebensqualität). Auch Kosteneinsparungen und die Verringerung von Krankenhausaufenthalten waren teilweise zu verzeichnen.

Mehrere Studienergebnisse verdeutlichen, dass allein die Umsetzung von Case-Management kurzfristig auch mit einer punktuell erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (z. B. Hilfsmittelkosten) einhergehen kann, die auf das Erreichen eines besseren Leistungszugangs hindeutet. Aber auch gegenläufige Effekte wurden beschrieben.

7.1.3 Zusammenfassung der Studienergebnisse für Ältere

Die folgende Tabelle listet die acht identifizierten Studien mit Zielgruppe Ältere überblicksartig auf.

Tabelle 6: Übersicht zu den Studien für Ältere

Autor/Jahr	Zielgruppe, Land	Intervention	Ergebnis
Boltz <i>et al.</i> 2014	SeniorInnen im Krankenhaus, USA	Familienzentrierte Versorgung: Teilnahme der Familie an Pflegeplanung im KH und post-akutes Follow-up durch geschulte Pflegekräfte (Machbarkeitsstudie)	Signifikante Abnahme des Schweregrades des Delirs, bessere ADL-Leistung und Gehfähigkeit in Interventionsgruppe, etwas niedrige Re-Hospitalisierungsrate, signifikant höheres ADL-Niveau nach Entlassung, bei pfleg. Angehörigen bessere Pflegeplanung, weniger Ängstlichkeit und Depression
Boyd <i>et al.</i> 2008	Chronisch kranke Ältere mit Risikopotential, USA	Anwendung des Guided Care Modells, Pflegekräfte als Case-ManagerInnen, Kooperation mit HausärztInnen (Machbarkeitsstudie)	Guided Care verbesserte die erlebte Qualität der Versorgung, Aussagen zur Nachhaltigkeit der verbesserten Pflegequalität konnten nicht getroffen werden.
Counsell <i>et al.</i> 2009	SeniorInnen ab 65 Jahren mit niedrigem Einkommen, USA	Pflegekräfte als CM, individualisierte Pflege und Einbindung des sozialen Umfeldes	Verbesserte Pflegequalität bei gleichbleibenden Ausgaben, erhöhte Pflegekosten infolge präventiver Maßnahmen
Fagan <i>et al.</i> 2010	Über 65-Jährige mit Diabetes, Typ II, USA	Zusätzlicher Care-Coordinator in Arztpraxen und Pay-for-Performance innerhalb eines DMP	Keine Unterschiede bei Interventions- und Kontrollgruppe (Verbesserungen der Versorgungsqualität in beiden Gruppen)
Hawkins <i>et al.</i> 2015	Über 65-Jährige mit AARP Medicaid Versicherung, USA	Case-Management (Qualifikation n. n.) – persönlich vor Ort, telefonische oder postalische Informationen	Mit Anstieg der Teilnahmedauer verringerte sich die Re-Hospitalisierungsrate, bessere Compliance, steigende Kosteneinsparungen

Autor/Jahr	Zielgruppe, Land	Intervention	Ergebnis
Iliffe <i>et al.</i> 2014	Demenzkranken in England	Es wurde die Machbarkeit von CAREDEM - CM für Demenzkranke untersucht, CM durch Pflegekräfte und SozialarbeiterIn	Umsetzung des Konzeptes aufgrund unterschiedlicher Schwierigkeiten nicht gelungen, weitere konzeptionelle Arbeiten erforderlich
Morgan <i>et al.</i> 2015	Demenzkranken Ältere und deren BetreuerInnen, USA	Telefonbasierte Versorgungskoordination und Coaching, CM durch Dementia Care Coordinator (Pflegekräfte, SozialarbeiterInnen)	Kosten für die Interventionsgruppe nicht signifikant höher als für Kontrollgruppe, Interventionsgruppe hatte bessere Outcomes
Stokes <i>et al.</i> 2016	Personen mit erhöhten KH-Risiko, Großbritannien	CM durch ein multidisziplinäres Team (HausärztInnen, Pflegekräfte und SozialarbeiterInnen)	PatientInnen profitierten nicht von der Intervention (sogar leichter Anstieg der KH-Einweisung und Verweildauer)

Quelle: IGES

Die identifizierten Studien unterscheiden sich insbesondere im Umfang der Maßnahmen, dem Einbezug der Professionen, der Fokussierung auf bestimmte chronische Erkrankungen, bspw. Diabetes Typ II, Demenz, dem Zeitraum der Maßnahmen und dem Einsatzzeitpunkt der Maßnahmen. So umfassen manche Studien nur eine kurzfristige Unterstützung, bspw. in Form einer einmaligen Beratung, andere Studien umfassen alle Maßnahmen eines Case-Management-Prozesses.

Im Vergleich zu den Ergebnissen bei der Zielgruppe der Erwachsenen wurden mehr Studien identifiziert, die ältere Menschen mit komplexen medizinischen Bedarfen berücksichtigen. Bei den Qualifikationen der LotsInnen bzw. KoordinatorInnen handelte es sich überwiegend um Pflegekräfte und SozialarbeiterInnen. Ein weiterer wichtiger Unterschied ist der Einsatzzeitpunkt der Unterstützung. Einige Studien initiieren einen recht frühen Erstkontakt, so dass teilweise auch präventive Aspekte einbezogen werden. Andere Studien sind so ausgelegt, dass der Initialkontakt erst zu einem sehr späten Zeitpunkt, bspw. bei Krankenhauseinweisung nach einem Akutereignis, stattfindet.

Hinsichtlich der Effektivität von CM insgesamt ergeben sich auch mit Blick auf die Zielgruppe ältere, chronisch kranke PatientInnen keine eindeutigen Erkenntnisse. Die positiven Ergebnisse hinsichtlich eines intensiv begleiteten Entlass- und Überleitungsmanagements bei Krankenhausaufenthalten von SeniorInnen bestätigen die auch von den PatientenberaterInnen im Workshop getroffenen Hinweise auf die Bedeutung des Schnittstellenmanagements (vgl. Kapitel 0).

7.2 Ausgewählte Modellprojekte zum Einsatz von PL in Deutschland

Im Rahmen der Internetrecherche nach Modellprojekten zum Einsatz von PL in Deutschland wurden insgesamt 19 Projekte identifiziert, für die aussagekräftige Informationen/Berichte/Evaluationen vorlagen, darunter allein sechs Projekte zum Konzept des präventiven Hausbesuchs (PHB). Eine ausführliche Darstellung der Projektziele, -inhalte und -ergebnisse findet sich in Anhang 3.

Die folgende Tabelle 7 enthält eine Übersicht zu den nachfolgenden 13 Modellprojekten mit Angaben zum Bundesland und den jeweiligen Zielgruppen.

Anschließend folgen, um einen ersten Einblick zu vermitteln, strukturierte Kurzübersichten zu 13 Modellprojekten mit jeweils folgenden Angaben:

- ◆ Zielgruppe
 - ◆ Inhalt und Ziele des Projektes
 - ◆ Zugang zur Zielgruppe
 - ◆ Qualifikation der LotsInnen
 - ◆ Träger/Netzwerkpartner
 - ◆ Finanzierung
 - ◆ Projektergebnisse
 - ◆ Verstetigung
-

Tabelle 7: Übersicht zu den strukturierten Kurzdarstellungen von Modellprojekten mit PL in Deutschland

Projektname	Bundesland	Zielgruppe
Regionales Versorgungskonzept Geriatrie: Gesundheits-helfer (GH) in Lippe	Nordrhein-Westfalen	Ältere und multimorbide PatientInnen
Casaplus®	bundesweit	Versicherte von Krankenkassen ab 55 Jahren mit erhöhten Risiko für einen Krankenhausaufenthalt
Hausarztpraxis-basiertes CM für chronisch kranke Patienten (PraCMan)	Baden-Württemberg	Chronisch kranke PatientInnen ab dem 18. Lebensjahr
STROKE OWL - Sektorenübergreifende Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Losten in Ostwestfalen-Lippe	Nordrhein-Westfalen	SchlaganfallpatientInnen, Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt
Vom Heim nach Hause – Nachbetreuung von Kurzzeitpflegegästen	Baden-Württemberg	Kurzzeitpflegegäste mit Klärungsbedarf bezgl. der weiteren, ambulanten Versorgung
Demenz im Krankenhaus plus (Dem-i-K plus)	Saarland	Demenzkranken PatientInnen nach Krankenhausaufenthalt
Patientenzentrierte Lichtenberger Altersmedizinische Netzwerkarbeit (PLAN)	Berlin	Geriatrische PatientInnen beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung
Mein AOK-Gesundheitsnetz® – seelische Gesundheit	Berlin und Brandenburg	Versicherte, die aufgrund einer chronischen psychischen Erkrankung eine Behandlung durch eine/n spezialisierte/n Facharzt/-ärztin benötigen
Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg (PRIMA-Studie)	Nordrhein-Westfalen und Bayern	Frühgeborene und kranke neugeborene Kinder und deren Familien
Lotse im Gesundheitsnetz im Altkreis Lingen (genial eG)	Niedersachsen	Berufstätige PatientInnen
Gemeindeschwester ^{PLUS}	Rheinland-Pfalz	Hochaltrige Menschen ohne Pflegebedarf
Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner	Bayern	Isoliert lebende oder von Armut bedrohte SeniorInnen ab 75 (bzw. MigrantInnen ab 65 Jahren)
Lüneburger Alterslotsen	Niedersachsen	SeniorInnen ab 65 Jahren

Quelle: IGES

Tabelle 8: Kurzübersicht der Projektinhalte von „Regionales Versorgungskonzept Geriatrie: Gesundheitshelfer (GH) in Lippe“ (NRW)

Gesundheitshelfer Lippe	
Zielgruppe	Ältere und multimorbide PatientInnen, in der eigenen Häuslichkeit lebend
Inhalt und Ziele des Projektes	Unterstützung im Aufbau und der Implementierung eines sektorenübergreifenden CM, welches durch rechtzeitige Koordinierung und Implementierung entsprechender Maßnahmen die Pflegebedürftigkeit senken bzw. hinauszögern soll, so dass die Selbstständigkeit der PatientInnen lange erhalten bleibt und die Zahl der Krankenhauseinweisungen reduziert wird; Durchführung von Assessments und Re-Assessments während der Hausbesuche, um Ressourcen und Bedarfe zu ermitteln und Erstellung eines Hilfeplans, der mit Haus- und FachärztInnen umgesetzt wird; GH sind ständige Ansprechpersonen aller Akteure, Betroffenen und Angehörigen, übernehmen Organisation und Koordination des Versorgungsprozesses, informieren und beraten zu Unterstützungs- und Versorgungsangeboten.
Zugang zur Zielgruppe	Die GH sind im Klinikum angesiedelt; der Kontakt zur Zielgruppe erfolgt ausschließlich über den medizinischen Bereich, indem niedergelassene HausärztInnen bzw. die (Fach-)ÄrztInnen aus der Akutklinik die infrage kommenden PatientInnen dem Case-Management zuführen und die GH anschließend den Kontakt aufnehmen und die Versorgungssituation im häuslichen Umfeld erfassen
Qualifikation der LotsInnen	Grundqualifikation: Pflegefachkräfte oder medizinische Fachangestellte (mit mehrjähriger Berufserfahrung); Zusatzqualifikation: Weiterbildung in Case-Management oder ein Studium in Gesundheitsmanagement; gute Kenntnisse der regionalen ambulanten und stationären Versorgungsstruktur; sozialrechtliche Kenntnisse; Fähigkeit zur multidisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit; Beratungs- und Problemlösungs- sowie ausgeprägte Moderations- und Vermittlungskompetenz
Träger/Netzwerkpartner	GH arbeiten innerhalb des „Geriatrischen Netzwerkes“ (Geriatrischer Versorgungsbund), das aus dem Klinikum Lippe, dem Ärztenetz Lippe und der Gerontopsychiatrie (GPZ Lippe) besteht
Finanzierung	Das Modellprojekt (2010 bis 2013) wurde zu je 50 % aus Fördermitteln des Landes Nordrhein-Westfalen sowie von den Projektpartnern finanziert.
Projektergebnisse	Die koordinativen Leistungen der GH stellten sich als zentral für eine erfolgreiche Versorgung heraus; sie unterstützen die Versorgung quer zu den Strukturen (ambulant und stationär; über Organisations- und Professionsgrenzen) und über den gesamten Versorgungsverlauf hinweg; GH leisten keine Pflege- oder Wohnraumberatung, sondern klären auf, vermitteln bzw. übernehmen die Koordination
Verstetigung	Ja: Gründung der „RVL – Regionales Versorgungskonzept Lippe GmbH“, das Verträge mit den Kostenträgern abschließt.

Quelle: Assmann *et al.* 2013; Zusammenstellung IGES

Tabelle 9: Kurzübersicht der Projektinhalte von „Casaplus®“ (bundesweit)

Casaplus®	
Zielgruppe	Versicherte einer Krankenkasse ab dem 55. Lebensjahr mit hohem Risiko eines Krankenhausaufenthaltes
Inhalt und Ziele des Projektes	Ein Präventionsprogramm, das als Fallmanagement konzipiert wurde und seit April 2007 von verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen als kostenfreie Zusatzleistung angeboten wird; es erfüllt gleichzeitig den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche; es wurde aus langjähriger Erfahrung mit telefongestützten Versorgungsprogrammen entwickelt und mit Erkenntnissen aus den PHB bei SeniorInnen kombiniert; zum Programm gehören ein speziell entwickeltes Prädiktionsmodell, das prospektiv und zielgenau PatientInnen anhand von Routinedaten identifiziert und die Wahrscheinlichkeit für eine zukünftige Krankenhauseinweisung berechnet, ein/e FallmanagerIn, eine Risknurse sowie eine Software, die alle Daten in einer elektronischen Akte zusammenführt und Interventionsmöglichkeiten vorschlägt. Das CM umfasst telefonische Beratung zur Steigerung der Selbstmanagementkompetenz sowie präventive Hausbesuche durch erfahrene FallmanagerInnen bei sturzgefährdeten und mangelernährten TeilnehmerInnen.
Zugang zur Zielgruppe	Nach dem Screening werden infrage kommende Versicherte im Namen der Krankenkasse angeschrieben; nach Einverständniserklärung erfolgt umfassendes telefonisches Eingangsassessment, auf dessen Grundlage entschieden wird, ob ein Hausbesuch durch eine Risknurse vorgenommen wird; nach vier Wochen erfolgt telefonische Schulung hinsichtlich gesundheitlicher Risiken und deren Vermeidung; regelmäßige Kontakte erfolgen alle zwei Monate; das Fallmanager-Team ist rund um die Uhr telefonisch erreichbar.
Qualifikation der LotsInnen	Grundqualifikation der Fallmanager: medizinisches Fachpersonal (Gesundheits- und Krankenpflege); Zusatzqualifikation: jahrelange Erfahrung im Umgang mit PatientInnen, Fortbildung und ständiger Dialog, Weiterbildung in Sturzprophylaxe
Träger/Netzwerkpartner	MedicalContact AG in Verbindung mit der teilnehmenden Krankenkasse; der bundesweit agierende Pflegedienst des DRK; der DBfK als weiterer Kooperationspartner, der mit seinen Mitgliedsunternehmen weitere Regionen abdeckt; IGES (Evaluation)
Finanzierung	Durch die jeweils teilnehmenden Krankenkassen
Projektergebnisse	Die Evaluationsergebnisse von Casaplus® belegten die Wirksamkeit des geriatrischen Fallmanagements mit Blick auf die durchschnittliche Zahl der Krankenhaufälle und die damit verbundenen Krankenhausaufgaben. Bei den PatientInnen bestand eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm - sie fühlen sich zu Hause sicherer, nehmen regelmäßiger ihre Medikamente, können gezielter mit dem/der Arzt/Ärztin kommunizieren, Hilfsmittel besser anwenden.
Verstetigung	Ja: Teilnahme weiterer Krankenkassen jederzeit möglich
Quelle:	Medical Contact AG 2008 und Hildebrandt <i>et al.</i> 2011; Zusammenstellung IGES

Tabelle 10: Kurzübersicht der Projekthinhalte von „Hausarztpraxis-basiertes Case-Management für chronisch kranke Patienten (PraCMan)“ (Baden-Württemberg)

PraCMan	
Zielgruppe	Chronisch kranke PatientInnen ab dem 18. Lebensjahr; Diabetes mellitus Typ 2 und/oder COPD und/oder Herzinsuffizienz; mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt (Vorhersagemodell); Ausschlusskriterien: mittelschwere bis schwere Demenz, bösartige Neubildungen unter Chemo- oder Radiotherapie, Pflegestufe 3
Inhalt und Ziele des Projektes	Hausarztpraxis-basiertes CM wird durch das CM-Team (Hausarzt/-ärztin und MFA) umgesetzt: Casefinding (Prädiktionsmodell der AOK BW), Durchführung eines Assessments durch MFA, gemeinsames Planen von Zielen und Maßnahmen mit dem/der PatientIn, Unterstützung bei Interventionen durch Patiententagebuch, Monitoring (unterstützt durch prozessunterstützende PraCMan-Software); durch PraCMan soll die Lebensqualität multimorbider PatientInnen verbessert und Krankenhauseinweisungen vermieden werden
Zugang zur Zielgruppe	Zugang der Hausarztpraxen zu PraCMan erfolgt über Teilnahme am HZV-Vertrag mit der AOK BW mit Nutzung der PraCMan-Software, die von der AOK genutzt wird, um ein Vorscreening infrage kommender PatientInnen vornehmen zu können – nachfolgend wird ein Informationsbrief an die HausärztInnen geschickt, die final entscheiden, ob der/die PatientIn an dem Programm teilnimmt; die Aufklärung und Einwilligung der PatientInnen erfolgt über ein persönliches Gespräch mit dem/der Ärztin
Qualifikation der LotsInnen	Grundqualifikation: MFA als VERAH; Zusatzqualifikation: Teilnahme an PraCMan-Einsteigerschulung (zusammen mit Hausarzt/-ärztin)
Träger/Netzwerkpartner	AOK Baden-Württemberg und Hausarztpraxen mit PraCMan-Berechtigung
Finanzierung	Interventionsstudie: Förderung durch AOK BV und AOK BW; Anschließend: Im Rahmen des HZV-Vollversorgungsvertrags Abrechnungsziffer in HZV-Vertragssoftware mit 80 €/PatientIn und Quartal; Leistung kann nur für PatientInnen abgerechnet werden, die die AOK vorgeschlagen und übermittelt hat
Projektergebnisse	2-jährige Interventionsstudie (Cluster-randomisiert, kontrolliert) mit 115 Hausarztpraxen und 2.076 PatientInnen ergab, dass sich die Lebensqualität (SF 12) und der Gesundheitsstatus (EQ5D) der Teilnehmer signifikant verbesserte; KH-Aufenthalte wurden reduziert (z. B. COPD-bedingte KH-Aufenthalte)
Verstetigung	Ja: Bereits in den HZV-Vollversorgungsvertrag (AOK und HÄVG) in BW übernommen; weitere Regionen und Kostenträger sollen zukünftig erreicht werden; Evaluation der Implementierungsphase steht noch aus

Quelle: Freund *et al.* 2016 und Szecsenyi 2016, Zusammenstellung IGES

Tabelle 11: Kurzübersicht der Projektinhalte von „STROKE OWL - Sektorenübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe“ (NRW)

Schlaganfall-Lotsen	
Zielgruppe	Schlaganfall-PatientInnen nach Krankenhausaufenthalt
Inhalt und Ziele des Projektes	Schlaganfall-LotsInnen begleiten PatientInnen und Angehörige während des gesamten Behandlungsprozesses bis in die Rehabilitationsphase im häuslichen Umfeld; Ziel ist eine Verringerung der Rate wiederholter Schlaganfälle innerhalb eines Jahres und die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen durch eine sektorenübergreifende Versorgung; mit diesem Modellprojekt möchte die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe nachweisen, dass eine intensive Schlaganfall-Nachsorge die Lebensqualität der Betroffenen erhöht (schlaganfall-hilfe.de).
Zugang zur Zielgruppe	Niedrigschwelliges Angebot direkt in der Klinik als persönliche Beratung
Qualifikation der LotsInnen	Grundqualifikation: Gesundheitsberuf (z. B. PflegerIn, TherapeutIn); Zusatzqualifikation in Case-Management
Träger/Netzwerkpartner	Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe; einzelne Krankenkassen und beteiligte Kliniken; Universität Bielefeld (Evaluation)
Finanzierung	7 Mio. Euro durch Innovationsfonds der Bundesregierung für die Projektdauer von drei Jahren (2017 bis 2020)
Projektergebnisse	In Ostwestfalen-Lippe zeigte das erste Schlaganfall-Lotsen-Projekt bereits Erfolge (hohe Zufriedenheit der betroffenen Personen mit dem Angebot), so dass aktuell das Anschlussprojekt STROKE OWL durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert wird, damit das Angebot in die Regelversorgung übergehen kann; im Erfolgsfall (erwartet werden u. a. bessere Rehabilitationsergebnisse, geringere Pflegebedarfe, weniger wiederholte Schlaganfälle) kann das Modell auf andere (chronische) Krankheitsbilder angepasst und übertragen werden.
Verstetigung	Ist geplant. Es gibt darüber hinaus bereits Schlaganfall-LotsInnen in anderen Region und Städten (z. B. Dresden, Chemnitz, Berlin, Ravensburg am Bodensee).

Quelle: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2016 und Gemeinsamer Bundesausschuss – Innovationsausschuss (o. J.), Zusammenstellung IGES

Tabelle 12: Kurzübersicht der Projektinhalte von „Vom Heim nach Hause – Nachbetreuung von Kurzzeitpflegegästen“ (Baden-Württemberg)

Vom Heim nach Hause	
Zielgruppe	Kurzzeitpflegegäste, deren Allgemeinzustand sich krankheitsbedingt so verändert hat, dass sie nur mithilfe ambulanter Dienstleistungen und Beratungsangeboten nach Hause zurückkehren können; Ausschluss: Kurzzeitpflegegäste, für die eine häusliche Versorgungsstruktur besteht und die aufgrund Verhinderung der Pflegeperson in eine KZP-Einrichtung musste und/oder für die feststehen, dass sie nicht wieder nach Hause zurückkehren und auf einen Dauerpflegeplatz warten
Inhalt und Ziele des Projektes	Professionelle und umfassende Unterstützung durch persönliche Beratung von Kurzzeitpflegegästen bei ihrem Wunsch nach ihrem Aufenthalt nach Hause zurückzukehren und so lange wie möglich selbstbestimmt zu leben; Versorgungsabbrüche sollen verhindert, vollstationäre Pflege vermieden und Ergebnisqualität der in der KZP-Einrichtung erbrachten Leistung verbessert und gesichert werden
Zugang zur Zielgruppe	Niedrigschwelliges Beratungsangebot für diejenigen Kurzzeitpflegegäste in einer der fünf Einrichtungen der Altenhilfe; es wird zum Teil auf die PatientInnen zugegangen, um auf das Angebot aufmerksam zu machen, zudem wurde das Projekt durch regionale Zeitungsartikel und einen Flyer/Aushang in den Einrichtungen publik gemacht
Qualifikation der LotsInnen	Eine Lotsin mit Doppelqualifikation: Sozialarbeiterin und Pflegefachperson (0,75 Stelle)
Träger/Netzwerkpartner	Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH mit fünf stationären Pflegeeinrichtungen; Zusammenarbeit mit Pflegestützpunkten der Stadt Heidelberg und des Rhein-Neckar-Kreises
Finanzierung	Unterstützt aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
Projektergebnisse	Das Projekt wurde vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg wissenschaftlich begleitet: Bei 60 % der Projektteilnehmer war mit unterschiedlichen Hilfestellungen eine erfolgreiche Rückkehr in die häusliche Wohnsituation möglich. Laufzeit April 2013 bis März 2015
Verstetigung	Nein, bzw. unklar

Quelle: Bär et al. 2015, Zusammenstellung IGES

Tabelle 13: Kurzübersicht der Projektinhalte von „Demenz im Krankenhaus plus (Dem-i-K plus)“ in Saarlouis (Saarland)

Dem-i-K plus	
Zielgruppe	Demenzkranken Patienten
Inhalt und Ziele des Projektes	Das Projekt (von 2013 bis 2015) knüpfte an das Modellprojekt Dem-i-K (von 2010 bis 2014) an und sollte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung von demenzkranken PatientInnen nach ihrem Krankenhausaufenthalt beitragen sowie Schnittstellenprobleme reduzieren; eingerichtete Konsiliar- und Liaisondienste, die mit FachärztInnen für Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie einer Altenpflegefachkraft für Psychiatrie ausgestattet waren, boten neu identifizierten DemenzpatientInnen eine zusätzliche modellhafte Beratungsleistung, z. B. in Form einer interdisziplinären Angehörigenvisite während des Krankenhausaufenthaltes, einer strukturierten Entlassungsplanung und einer weiterführenden multiprofessionellen Beratung in der eigenen Häuslichkeit an; Im Zentrum des Konzeptes standen der Aufbau von demenzbezogenem Hintergrundwissen bei FachärztInnen, Fallbegleitung und fachärztliche Mitbetreuung
Zugang zur Zielgruppe	Niedrigschwelliges Angebot direkt in der Klinik nach Diagnose Demenz
Qualifikation der LotsInnen	FachärztInnen und Altenpflegefachkräfte (siehe oben)
Träger/Netzwerkpartner	Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland, St. Nikolaus Hospital Wallerfangen, Demenzverein Saarlouis
Finanzierung	Die wissenschaftliche Begleitung wurde mit 33.000 Euro durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen des Saarlandes und mit 75.000 Euro durch den Landkreis Saarlouis unterstützt; der Aufwand zur Durchführungen des Projektes wurde von den Trägern selbst aufgebracht.
Projektergebnisse	Das Projekt wurde wissenschaftlich durch das iso-Institut begleitet, welches aufzeigte, dass eine hohe Zufriedenheit der Angehörigen mit der Unterstützung festgestellt werden konnte, eine Stabilisierung der Pflegehaushalte durch sektorenübergreifende Hilfen stattfand und dass die Anzahl an Einweisungen in psychiatrische Kliniken reduziert werden konnte.
Verstetigung	Hinsichtlich einer Verstetigung bedarf es noch der Verhandlung versorgungsstruktureller Aspekte (z. B. Abrechnung sektorenübergreifender Leistungen)

Quelle: Kirchen-Peters & Ischebeck 2016, Zusammenstellung IGES

Tabelle 14: Kurzübersicht der Projektinhalte von „Patientenzentrierte Lichtenberger Altersmedizinische Netzwerkarbeit (PLAN)“ (Berlin)

PLAN	
Zielgruppe	Multimorbide chronisch-krankte PatientInnen höheren Alters, wohnhaft in den Berliner Bezirken Lichtenberg oder Marzahn-Hellersdorf, die nach Behandlung eines Schlaganfalls, einer Oberschenkelhalsfraktur, einer Herzmuskelschwäche, einer Krebserkrankung oder Durchblutungsstörung aus der Geriatrie entlassen werden.
Inhalt und Ziele des Projektes	Für jede/n PatientIn wird vom therapeutischen Team der Geriatrie ein individuelles Gesundheitsmanagement entwickelt, das beinhaltet: Begleitung der PatientInnen aus der Geriatrie im Rahmen der Krankenhausentlassung, Unterstützung der PatientInnen und deren Angehörigen, Überwachung des Behandlungserfolges der Klinik und der angestrebten Therapieziele, Vermeidung und/oder Verzögerung nicht erwünschter Umzüge ins Pflegeheim, Verlangsamung des sogenannten Drehtüreffektes, Verbesserung der Versorgungsstrukturen durch Vernetzungsarbeit; darüber hinaus wird ein Überleitungsbogen an alle beteiligten Partner der ambulanten Weiterversorgung weitergeleitet und der/die Stationsarzt/-ärztin setzt sich mit dem/der Hausarzt/-ärztin in Verbindung; zusätzlich bietet das Klinikum ÄrztInnen eine persönliche Übergabe „am Bett“ an und die zuständige Pflegekraft der Klinik kontaktiert das Pflegeteam für die häusliche Versorgung oder im Heim; alle Umsetzungen der Empfehlungen des therapeutischen Teams werden durch eine/n ProjektmitarbeiterIn begleitet
Zugang zur Zielgruppe	Niedrigschwelliges Beratungsangebot im Rahmen der Krankenhausentlassung
Qualifikation der LotsInnen	u. a. als SozialarbeiterIn
Träger/Netzwerkpartner	PLAN ist ein Gemeinschaftsprojekt des Pflegestützpunktes Lichtenberg und der Volkssolidarität LV Berlin mit dem Sana Klinikum Lichtenberg; weitere Netzwerkpartner: GeriNet Lichtenberg, geriatrisch-gerontopsychiatrischer Verbund Lichtenberg (GGV), demenzfreundliche Kommune Lichtenberg
Finanzierung	Ausschließlich gefördert aus Mitteln der Parität; insgesamt stellte die Stiftung Parität 130.000 Euro für den gesamten Projektzeitraum (08/2009 bis 12/2011) zur Verfügung
Projektergebnisse	Erste Resultate lassen den Schluss zu, dass in einigen Fällen Wiedereinweisungen in die Klinik und Heimeinzüge vermieden werden können (politik-bei-uns.de; Arbeitsgruppe Alter und Gesundheit 2011)
Verstetigung	Nein: aufgrund fehlender Weiterfinanzierung der zusätzlichen Personalstelle nach Projektende

Quelle: Papadopoulos & Vahrenhorst 2011, Zusammenstellung IGES

Tabelle 15: Kurzübersicht der Inhalte des Versorgungsmodells „Mein AOK-Gesundheitsnetz® – seelische Gesundheit“ (Berlin und Brandenburg)

AOK-Gesundheitsnetz® – seelische Gesundheit	
Zielgruppe	Psychisch Erkrankte, die zugleich an somatischen Erkrankungen leiden und eine Behandlung durch eine/n spezialisierte/n Facharzt/-ärztin benötigen
Inhalt und Ziele des Projektes	Ziel ist ganzheitliche Behandlung psychisch Kranker; Die ambulante Komplexbehandlung und die kontinuierliche Begleitung sollen Krankenhausaufenthalte, Rückfälle und Chronifizierung bei bestehenden seelischen Erkrankungen vermeiden. PsychiaterInnen übernehmen Funktion von LotsInnen und legen Augenmerk auf psychische sowie körperliche Symptome; der/die Facharzt/-ärztin kann bei seiner/ihrer Arbeit auf ein Arztnetz zurückgreifen, in dem teilnehmende Praxen, MVZ, TherapeutInnen, weitere FachärztInnen, Pflegedienste, psychosoziale Träger und fachpsychiatrische Pflegekräfte beteiligt sind; zusätzlich zur ärztlich-psychiatrischen Behandlung erfolgt bei Bedarf eine bezugstherapeutische Begleitung seitens eines/einer SoziotherapeutIn oder einer psychiatrischen Fachpflegekraft; weitere Maßnahmen wie Psycho- oder Ergotherapie unterstützen die Behandlung
Zugang zur Zielgruppe	Behandelnde/r PsychiaterIn veranlasst die Komplexbehandlung in einer Praxis oder einem MVZ
Qualifikation der LotsInnen	Nervenarzt/-ärztin/PsychiaterIn und ggf. zusätzlich SoziotherapeutInnen
Träger/Netzwerkpartner	IV-Vertrag zwischen AOK Nordost und PIBB GmbH – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (pi-bb.de)
Finanzierung	ÄrztInnen arbeiten nach gängigen Vergütungsstrukturen und zusätzliche Honorierung für die Funktion als LotsIn erfolgt je nach wirtschaftlichem Erfolg
Projektergebnisse	Es liegen erst vorläufige Ergebnisse vor. Sie deuten darauf hin, dass für bestimmte Diagnosen (z. B. Demenz, Schizophrenie) die Kosten der stationären Versorgung verringert werden können, allerdings nicht in beiden Bundesländern (bei Schizophrenie nur in Berlin). Dem stehen Mehrkosten für häusliche Krankenpflege und Soziotherapie gegenüber. Mit Blick auf notwendige Weiterentwicklungen der Versorgung insgesamt wird das Modell als „notwendige Hinführung zu einem zwischen Zielgruppen und tatsächlichen Behandlungserfordernissen differenzierenden System gesehen.“
Verstetigung	Das IV-Modell wird seit 2011 realisiert (mein-aok-gesundheitsnetz.de)

Quelle: Mönter 2017, Zusammenstellung IGES

Tabelle 16: Kurzübersicht der Projektinhalte von „Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg (PRIMA-Studie)“

PRIMA-Studie	
Zielgruppe	Frühgeborene und kranke neugeborene Kinder und deren Familien nach Krankenhausaufenthalt
Inhalt und Ziele des Projektes	Ziel war es zu untersuchen, ob Patientenfamilien mit standardisierter und individualisierter familienorientierter Nachsorge im Vergleich zu denen, die nur Therapieempfehlungen erhalten, effektiver und effizienter versorgt werden. Nachsorge als CM: Speziell ausgebildete PL begleiteten die Eltern während des Klinikaufenthalts und beim Übergang von der Klinik in die häusliche Betreuung bis zu 6 Monate nach Entlassung; Vermittlung von Hilfen zur Interaktionsförderung noch in der Klinik. Unterstützung bei der Erschließung hilfreicher Ressourcen und Vernetzung zu weiteren Einrichtungen nach der Entlassung
Zugang zur Zielgruppe	Rekrutierung der Interventions- und Kontrollgruppen in Universitätsklinik Bonn und Zentralklinik Augsburg
Qualifikation der LotsInnen	Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen, SozialpädagogInnen und PsychologInnen
Träger/Netzwerkpartner	Beta Institut gGmbH, Zentrum für Kinderheilkunde Universität Bonn, Zentralklinikum Augsburg, Bunter Kreis e. V.
Finanzierung	Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, Köhler Stiftung, betapharm Stiftung
Projektergebnisse	Indikatoren waren die Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion und die Reduktion der Belastungen der Mütter, es wurden u. a. Videointeraktionsbeobachtungen vorgenommen; es zeigten sich signifikant bessere Scores für die emotionale Regulation der Kinder, die mütterliche Sensibilität und die Mutter-Kind-Interaktion in der Interventionsgruppe (IG); in der Kontrollgruppe war die Stressbelastung höher; innerhalb von 6 Monaten nach Entlassung wurden Kinder der IG seltener stationär oder ambulant in der Klinik behandelt (nicht signifikant); CM führte in der IG zu einem verbesserten Gesundheitsverhalten (weniger Arztbesuche und KH-Aufenthalte); eine Vorläuferstudie von Wiedemann 2005 konnte bereits zeigen, dass sich die Kosten infolge der Verkürzung der Verweildauer als auch die Kosten für ambulante Leistungen durch Nachsorge senken lassen.
Verstetigung	Das Nachsorgemodell Bunter Kreis Augsburg wird mittlerweile in 88 Nachsorge-Einrichtungen bundesweit umgesetzt. Die Finanzierung erfolgt u. a. über Leistungen der GKV nach § 43 Abs. 2 SGB V

Quelle: Porz 2008, Zusammenstellung IGES

Tabelle 17: Kurzübersicht der Projektinhalte von „Lotse im Gesundheitsnetz im Altkreis Lingen (genial eG)“ (Niedersachsen)

genial-Lotse Lingen	
Zielgruppe	PatientInnen des Ärztenetzes GENIAL (im erwerbsfähigen Alter, mit belastenden Lebensumständen etc.)
Inhalt und Ziele des Projektes	Das Ärztenetzwerk GENIAL eG stellt allen PatientInnen, die bei gesundheitlichen und ggf. weiteren Problemen Unterstützung wünschen, eine/n PL zur Verfügung, der/die bei der Stärkung ihrer Eigenmotivation und Selbstorganisation unterstützt und so den Genesungsprozess der PatientInnen beschleunigen soll; der genial-Lotse bietet eine individuelle Beratung an, übernimmt die Koordination therapeutischer Abläufe und erfasst Ressourcen sowie Hemmnisse; Krankenkassen und Arbeitgeber sollen so durch Reduktion der Fehlzeiten entlastet werden; mithilfe eines Steuergremiums wird die Arbeit der LotsInnen begleitet und reflektiert.
Zugang zur Zielgruppe	Der Lotse wählt nach festgelegten Auswahlkriterien die PatientInnen aus und nach deren Einverständnis wird der Kontakt hergestellt; die LotsInnen können aber auch direkt von den PatientInnen über die Internetseite (genial-lingen.com) des Ärztenetzwerkes kontaktiert werden.
Qualifikation der LotsInnen	Abgeschlossene Berufsausbildung in einem Gesundheitsberuf und mindestens fünf Jahre Berufserfahrung im ambulanten Sektor
Träger/Netzwerkpartner	Geschäftsstelle und Mitglieder der genial eG; Landkreis Emsland und die Krankenkassen
Finanzierung	Das Land Niedersachsen, gesetzliche Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung fördern das Projekt mit 100.000 Euro
Projektergebnisse	Noch nicht vorhanden
Verstetigung	Das Projekt läuft momentan noch – es ist eine Gesamtdauer von zwei Jahren angegeben (2016 bis 2018)

Quelle: Projektgruppe Genial eG (o. J.), Zusammenstellung IGES

Tabelle 18: Kurzübersicht der Projekthinhalte von „Gemeindeschwester^{PLUS} (Rheinland-Pfalz)“

Gemeindeschwester^{PLUS}	
Zielgruppe	Hochaltrige Menschen ohne Pflegebedarf nach SGB XI; selbstständig in der eigenen Häuslichkeit lebend
Inhalt und Ziele des Projektes	Individuelle Unterstützung und Beratung sowie Stärkung der Selbstbestimmung und Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe; Frühzeitiges Erkennen von Risiken mit dem Ziel, einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen; für die Ermittlung des Bedarfs nutzt die Gemeindeschwester ^{PLUS} einen speziell für den PHB entwickelten Gesprächsleitfaden des DIP auf Basis des „Standardized assessment for elderly people (STEP)“; Kooperation mit PflegeberaterInnen der Pflegestützpunkte und den Beratungs- und Koordinationsstellen (BeKo); die Gemeindeschwester ^{PLUS} kann durch ihre Zusammenarbeit mit kommunalen Pflegestrukturen Hinweise über Stärken und Schwächen sozialer Netzwerke sowie zum Bedarf von Unterstützung und Begleitung von zivilgesellschaftlichem Engagement geben
Zugang zur Zielgruppe	Niedrigschwelliges Angebot; die Gemeindeschwester ^{PLUS} arbeitet aufsuchend und bietet zusätzlich regelmäßige Sprechstunden in bekannten Anlaufpunkten innerhalb der Kommune an; für das Projekt wurde eine intensive Öffentlichkeitsarbeit in den Kommunen betrieben (u. a. Artikel in Printmedien, Vorstellung des Projektes bei relevanten Akteuren vor Ort)
Qualifikation der LotsInnen	Grundqualifikation: Pflegefachperson; Zusatzqualifikation: ambulante und stationäre Berufserfahrung, spezielle Schulung in vier Kompetenzbereichen, die in sechs Monaten nach Beginn des Projektes durchgeführt wurde (I: Rahmenbedingungen des Projektes, II: Care-Management, III: Case-Management, IV: Reflektion des eigenen Handelns als Fachkraft in dem Projekt)
Träger/Netzwerkpartner	Beauftragte Träger arbeiten mit örtlichen Pflegestützpunkten, regionalen Pflegekonferenzen und anderen Stellen zusammen; Netzwerkpartner in sieben Modellregionen
Finanzierung	Das Modell (Juli 2015 bis Ende 2018) wird zu 100 % durch die Landesregierung Rheinland-Pfalz gefördert, welche 12 Personalstellen finanziert.
Projektergebnisse	Stand 2016: Die Gemeindeschwestern machen vorhandene Strukturen und Netzwerke bei der Zielgruppe bekannt, sodass die Nutzung regionaler Angebote (Bürgerauto, Ausflüge, Vorträge, Nachbarschaftshilfe) gesteigert werden konnte; auf Basis von Anregungen der Senioren initiieren sie die Etablierung neuer Angebote; im Ergebnis der Hausbesuche wird ein Großteil der Fälle an die Pflegeberatung übergeleitet
Verstetigung	Noch ungewiss – abhängig von den finalen Projektergebnissen

Quelle: Weidner *et al.* 2016, Zusammenstellung IGES

Tabelle 19: Kurzübersicht der Projektinhalte von „Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“ (Bayern)

Projekt PHB München	
Zielgruppe	MünchnerInnen ab 75 Jahren oder MigrantInnen ab 65 Jahren; isoliert Lebende oder von Altersarmut Bedrohte
Inhalt und Ziele des Projektes	Proaktive Hausbesuche, um Menschen zu helfen, die noch nicht im Hilfesystem angekommen sind; Unterstützungsbedarfe aufdecken, Informationen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten und passende Hilfen vermitteln ; kontinuierliche Begleitung auf Basis eines sozialpädagogischen, lebensweltlichen, ganzheitlichen und alltagsunterstützenden Ansatzes
Zugang zur Zielgruppe	Niedrigschwelliges Angebot; die Beschäftigten waren aufsuchend tätig; über das Angebot wurde über Info-Post informiert und systematische Öffentlichkeitsarbeit betrieben (u. a. Flyer, Medien, Plakate); spezifische Zielgruppen wurden über nachbarschaftliche Gespräche und Empfehlungen erreicht
Qualifikation der LotsInnen	Sozialpädagogische Grundqualifikation plus Zusatzqualifikationen: gerontologische Kenntnisse (von Vorteil), Berufserfahrung im Altenpflegesystem, Beratung und Gesprächsführung, ressourcenorientierter Blick, Erfahrung in Netzwerkarbeit bzw. gute Kenntnisse des aktuellen Unterstützungsnetzwerkes, kontinuierliches Gewinnen von Kooperationspartnern im nachbarschaftlichen Umfeld, breit angelegtes Fachwissen, interkulturelle Kompetenz
Träger/Netzwerkpartner und ihre Schwerpunkte	Alten-Service-Zentren (ASZ) Fürstenried: soziale Isolation und Ausgrenzung; GEWOFA: Wohnen; Sozialbürgerhaus (SBH) Mitte: Altersarmut; Verein Stadtteilarbeit e.V.: Migration
Finanzierung	Die Finanzierung des Modellprojektes (2010 bis 2013) wurde durch die Kommunen mit einer Fördersumme von 570.000 Euro gewährleistet; die ASZ, die die PHB in ihr Regelangebot etablierten, werden mischfinanziert durch Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Stiftungen
Projektergebnisse	Im Modellzeitraum nutzten 602 Personen den präventiven Hausbesuch; rund 70 % der NutzerInnen erhielten bereits medizinisch-pflegerische Hilfen und hatten konkrete Anliegen - ca. 30 % nahmen das Angebot „präventiv“ in Anspruch (rein informativ), ein Drittel der Besuchten konnten durch die LotsInnen umfassend und abschließend beraten werden; die Mehrheit dagegen war auf weitere Hilfen über den PHB hinaus angewiesen, die von den Fachkräften vermittelt/eingeleitet werden konnten; die Kosten pro PHB werden auf unter 300 € geschätzt; Die LotsInnen haben die regionale Vernetzung von KooperationspartnerInnen deutlich vorangetrieben („Daueraufgabe“)
Verstetigung	Ja: Es erfolgte eine Etablierung der Präventiven Hausbesuche als Regelangebot im Rahmen der ASZ (ASZ-Plus); es gibt in München 32 Zentren, die von unterschiedlichen Anbietern geführt werden; das Angebot ist auf die Lebenslage Alter ausgerichtet (ohne Altersgrenze)

Quelle: Dill & Gmür 2014 und Freie Hansestadt Hamburg 2016, Zusammenstellung IGES

Tabelle 20: Kurzübersicht der Projekteinhalte von „Lüneburger Alterslotsen“ (Niedersachsen)

Lüneburger Alterslotsen	
Zielgruppe	Ältere Menschen/PatientInnen ab 65 Jahren
Inhalt und Ziele des Projektes	Das Modellprojekt läuft von Mai 2016 bis voraussichtlich Ende April 2018; ein/e sogenannte/r AlterslotsIn besucht die SeniorInnen zuhause und erstellt mit ihnen einen Hilfeplan, um einen möglichst langfristigen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit gewährleisten zu können; dabei stimmen die LotsInnen alle Vorsorge- und Unterstützungsmaßnahmen mit dem/der zuständigen Hausarzt/-ärztin ab und beziehen relevante Akteure (z. B. Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen) in den Hilfeplan mit ein; der/die AlterslotsIn bleibt im regelmäßigen Kontakt mit dem SeniorInnen und prüft, ob geplante Maßnahmen umgesetzt wurden und ob sich Änderungen ergeben haben
Zugang zur Zielgruppe	Niedrigschwelliges Beratungs- und Hilfsangebot, das über den/die Hausarzt/-ärztin vermittelt wird; Möglichkeit der SeniorInnen bei Interesse selbst den/die Hausarzt/-ärztin anzusprechen bzw. Hausarzt/-ärztin spricht PatientInnen auf das Projekt an; Hausarzt/-ärztin übermittelt Teilnahmeerklärung an AlterslotsInnen und diese nehmen dann Kontakt zu PatientInnen auf
Qualifikation der LotsInnen	Zwei Pflegefachkräfte und eine medizinische Fachangestellte, die speziell geschult werden und über langjährige Berufserfahrung verfügen
Träger/Netzwerkpartner	Kooperationsprojekt zwischen dem Landkreis Lüneburg, dem Klinikum Lüneburg und der Psychiatrischen Klinik Lüneburg im Rahmen der Gesundheitsregion Lüneburg
Finanzierung	Das Land Niedersachsen fördert das Projekt mit 100.000 Euro; weitere 142.600 Euro sind Eigenmittel und stammen aus dem Landkreis Lüneburg und der Gesundheitsholding Lüneburg.
Projektergebnisse	Noch nicht vorhanden
Verstetigung	Noch ungewiss - das Modellprojekt läuft noch bis April 2018.

Quelle: Gesundheitsregion Niedersachsen/Lüneburg (o. J.), Zusammenstellung IGES

Zusammenfassende Erkenntnisse der Lotsenprojekte

Analog zu den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherchen zeigt sich auch bei den Modellprojekten eine Vielfalt von unterschiedlichen Konzepten, Interventionen und Zielgruppen. Fünf der aufgeführten Projekte setzen an der Schnittstelle stationär/ambulant an, weitere fünf adressieren die PatientInnen in der ambulanten Versorgung und drei Ansätze gehen präventiv auf Zielgruppe zu, um Bedarfe

möglichst frühzeitig zu entdecken und den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Von den zehn nicht primärpräventiv ausgerichteten Projekten richten sich drei an PatientInnen mit spezifischen Diagnosen (Schlaganfall, Demenz und psychische Erkrankung), sechs an chronisch kranke bzw. multimorbide PatientInnen (einschl. Kinder) und lediglich ein Projekt (Genial) bietet allen Erkrankten (vorrangig im erwerbsfähigen Alter) Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit und weiteren Belastungen an.

Die PL in den fünf Projekten im ambulanten Setting sind mehrheitlich im Rahmen größerer Strukturen, genauer in Ärztenetzen tätig (Genial, GH Lippe und AOK-Gesundheitsnetz seelische Gesundheit). Im Fall von PraCMan sind die PL in einzelnen Hausarztpraxen verankert und bei Casaplus® läuft das CM über die Krankenkassen.

Die Finanzierung der Projekte erfolgt in vier Fällen unter Beteiligung von Krankenkassen (Casaplus®, PraCMan, STROKE OWL und AOK-Gesundheitsnetz seelische Gesundheit). Sechs Projekte wurden wesentlich mit öffentlichen Fördermitteln (Länder, Kommunen) finanziert (GH Lippe, Dem-i-K plus, vom Heim nach Hause, Genial, Gemeindeschwester^{plus}, PHB München und Alterslotsen Lüneburg) und zwei Projekte ausschließlich mit Stiftungsgeldern (PLAN und PRIMA). Das zeigt u. a., dass die eher präventiv ansetzenden Modelle des PHB mit der Zielgruppe vulnerable SeniorInnen, die eine große Nähe zu den kommunalen Aufgaben der Altenhilfe aufweisen, vorrangig mit Landesmitteln umgesetzt werden, während die Projekte mit finanzieller Beteiligung der Krankenkassen sowohl im Rahmen von Studien evaluiert wurden (bzw. werden STROKE) und bei positiven Ergebnissen auch weitergeführt werden (Casaplus®, PraCMan, AOK seelische Gesundheit und letztlich auch PRIMA, Nachsorge für schwerkranke Kinder in Form des § 43 Abs. 2 SGB V).

Die Ziele der Projekte sind unterschiedlich ausgerichtet, haben aber alle auf allgemeiner Ebene die Verbesserung der Lebensqualität und der Selbstmanagementfähigkeiten der PatientInnen im Fokus. Aber auch die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Erhalt der Selbständigkeit werden bei der Zielgruppe der älteren, multimorbiden PatientInnen genannt. Bei vielen Projekten (v. a. mit Beteiligung der Krankenkassen) wird explizit die Verringerung von (Wieder-)Einweisungen ins Krankenhaus als konkretes Ergebnis genannt – in dem Bestreben, die i. d. R. mit hohen Kosten verbundene Inanspruchnahme zu senken. Die in der stationären Versorgung ansetzenden Modelle zielen zusätzlich auf die Verhinderung von Versorgungsabbrüchen (insb. nach Kurzzeitpflege oder Reha) und die Überwindung der weit verbreiteten Schnittstellenprobleme beim Übergang in die ambulante Weiterversorgung. Zwei Konzepte wollen explizit die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Leistungserbringern in der ambulanten Versorgung fördern (Care-Management, Dem-i-K plus und AOK seelische Gesundheit).

Auch hinsichtlich der Umsetzung des CM unterscheiden sich die Modellprojekte. Nach Einschluss der TeilnehmerInnen ins Programm wird bei allen zunächst eine Bedarfsermittlung vorgenommen, z. T. mithilfe eines speziellen Assessments. Die

folgende Tabelle 21 enthält eine von IGES anhand der verfügbaren Unterlagen vorgenommene Einschätzung, welche weiteren Elemente des CM jeweils umgesetzt wurden bzw. werden.

Tabelle 21: Elemente des CM in Modellprojekten mit PL in Deutschland

Projektname	Informieren/ Beraten	Hilfe-/Versorgungsplan	Vermitteln, Koordinieren	Überprüfen, Nachsteuern	Vernetzung, Care-Management
Gesundheitshelfer (GH) in Lippe	✓	✓	✓	✓	
Casaplus®	✓	(✓)	✓	✓	
PraCMan	✓	✓	✓	✓	
STROKE OWL	✓		✓		
Vom Heim nach Hause	✓		✓		
Dem-i-K plus	✓		✓		✓
PLAN Geriatrie Lichtenberg	✓		✓		(✓)
AOK seelische Gesundheit	✓	✓	✓	✓	✓
PRIMA-Studie	✓		✓		
Genial-Lotse Lingen	✓		✓		
Gemeindegemeinschaftswester ^{PLUS}	✓		✓		✓
PHB für ältere MünchnerInnen	✓		✓		✓
Lüneburger Alterslotsen	✓	✓	✓	✓	

Quelle: Eigene Einschätzung IGES anhand verfügbarer Unterlagen bzw. Interviewergebnisse.

Es zeigt sich, dass die präventiven Hausbesuche sich mehr auf Information, Beratung und Vermittlung konzentrieren, um zunächst den Zugang zu vorhandenen Angeboten zu verbessern, während Modelle, die an konkreten Schnittstellen und Krankheitsbildern bzw. bei chronisch Kranken ansetzen, ein deutlich umfassenderes CM umsetzen. Dies macht sich vor allem an der Erstellung eines Hilfe-/Versor-

gungsplans und der Überprüfung seiner Wirksamkeit fest. Der über ein individuelles CM hinausgehende Auftrag an PL zur Vernetzung regionaler Akteure und zur aktiven Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (Care-Management) zeigt, dass beides Hand in Hand gehen muss und PL somit auch die dringend erforderliche Systementwicklung befördern.

Zu den Ergebnissen der ausgewählten Modellprojekte liegen bisher bezgl. der patientenbezogenen Outcomes und der ökonomischen Wirkungen nur drei methodisch belastbare Studien vor (Casaplus®, PraCMan und PRIMA). Die Evaluationsergebnisse von Casaplus® belegten die Wirksamkeit des geriatrischen Fallmanagements mit Blick auf die durchschnittliche Zahl der Krankenhaufälle und die damit verbundenen Krankenhausaufgaben. Bei den PatientInnen bestand eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm - sie fühlten sich zu Hause sicherer, nehmen regelmäßiger ihre Medikamente, können gezielter mit dem/der Arzt/Ärztin kommunizieren sowie Hilfsmittel besser anwenden. Die Interventionsstudie zu PraCMan ergab, dass sich die Lebensqualität (SF 12) und der Gesundheitsstatus (EQ5D) der TeilnehmerInnen signifikant verbesserte und KH-Aufenthalte reduziert wurden (z. B. COPD-bedingte KH-Aufenthalte). Die PRIMA-Studie konnte signifikant bessere Scores für die emotionale Regulation der Kinder, die mütterliche Sensibilität und die Mutter-Kind-Interaktion in der Interventionsgruppe nachweisen; in der Kontrollgruppe war die Stressbelastung höher und innerhalb von sechs Monaten nach Entlassung wurden Kinder der IG seltener stationär oder ambulant in der Klinik behandelt (nicht signifikant).

Diese Ergebnisse lassen sich jedoch keinesfalls für den Einsatz von PL insgesamt, für alle/andere Patientengruppen und/oder Settings verallgemeinern. Unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen Projekte zu den Ergebnissen des Einsatzes von PL ergeben sich Hinweise, dass der Einsatz von PL

- ♦ die Zufriedenheit von PatientInnen mit komplexen Versorgungsbedarfen verbessert (sie fühlen besser informiert und zu Hause sicherer, haben weniger Ängste),
- ♦ die PatientInnen befähigt, besser mit der eigenen Krankheit umzugehen,
- ♦ dazu beiträgt, die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten zu verringern und
- ♦ den Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens (einschl. Beratungsleistungen) verbessert und daher auch mit einer höheren Inanspruchnahme bzw. höheren Kosten einhergehen kann.

Bei aller Unterschiedlichkeit und Vielfalt der recherchierten Lotsenprojekte lassen sich folgende allgemeine Erkenntnisse ziehen:

- ♦ Alle Angebote bzw. Projekte adressieren die Zielgruppe proaktiv, d. h. Ansprache im Versorgungsprozess oder aufsuchend (PHB).

- ♦ Die PL verfügen in der Regel über einen Berufsabschluss in einem Gesundheitsberuf (bei den PHB auch soziale Arbeit), mehrjährige Berufserfahrung und spezifische Weiterbildungen, häufig im Bereich Case-Management.
- ♦ Es wird deutlich, dass der Einsatz von PL die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen stimuliert. Bereits bei der Etablierung von PL in einem Netzwerk findet eine stärkere Abstimmung der beteiligten Akteure statt und die Entwicklung von Versorgungspfaden wird forciert. Über die Rückmeldungen der LotsInnen können die Strukturen dann bedarfsgerecht weiter angepasst werden.
- ♦ Auch wenn nicht immer ein klar messbarer (medizinischer) Nutzen nachweisbar ist – die einbezogenen PatientInnen äußern sich in der Regel positiv zur Arbeit der PL und empfinden eine höhere Versorgungssicherheit.

7.3 Fazit zu den Ergebnissen der Literaturrecherchen

Systematische, anhand wissenschaftlicher Kriterien gewonnene und verallgemeinerbare Erkenntnisse zum Einsatz von PL bzw. Case-Management bei PatientInnen mit komplexen Versorgungsbedarfen (chronisch kranke bzw. multimorbide PatientInnen) liegen bisher national und international nur vereinzelt vor (vgl. u. a. Gaertner *et al.* 2015, Hopman *et al.* 2015, WHO 2016 und DEGAM 2017). In einigen Studien hat sich CM in Bezug auf die Verringerung von Krankenhausaufenthalten (vgl. u. a. Hildebrandt *et al.* 2011, Hawkins *et al.* 2015, Gaertner *et al.* 2015), die Verbesserung des Gesundheitszustands der PatientInnen (Battersby *et al.* 2007) und die erlebte Qualität der Versorgung (vgl. Boyd *et al.* 2008) als effektiv erwiesen. Bei SchlaganfallpatientInnen nach Entlassung aus der stationären Versorgung lassen sich mit einer ganzheitlichen Nachsorge und Betreuung (einschl. CM) positive Wirkungen bezgl. der Parameter Langzeitpflege, Reinsult und Mortalität nachweisen. Aber auch die Weiterführung des Rehabilitationsprozesses im ambulanten Bereich wurde positiv beeinflusst (Reichert *et al.* 2017). Auch konnte in einzelnen Projekten in Deutschland, z. B. durch den Einsatz eines hausarztbasierten CM, die Lebensqualität chronisch Kranker (mit Diabetes mellitus Typ II, COPD oder Herzinsuffizienz) signifikant verbessert werden (Freund *et al.* 2016).

Im Zuge der Erarbeitung der neuen S 3-Leitlinie Multimorbidität 2017 hat die DEGAM eine systematische Recherche nach Interventionsstudien mit multimorbiden Personen durchgeführt. Das Ergebnis bestätigt die schwache Evidenzlage und bestehende Unsicherheiten über die Wirksamkeit von Interventionen für Menschen mit Multimorbidität. Ein in diesem Zusammenhang identifiziertes aktuelles Cochrane Review hat 18 Studien (RCT) mit insgesamt knapp 9.000 PatientInnen analysiert und als Hauptergebnisse der komplexen Interventionen mit multiplen Elementen, zu denen auch Case-Management und Förderung von Selbstmanagement der PatientInnen gehörten, folgende Punkte herausgearbeitet (Smith *et al.* 2016):

- ◆ Verbesserung auf organisatorischer Ebene in Hinblick auf Fallmanagement und interdisziplinäre Versorgung (multidisziplinäre Teamarbeit) – 12 Studien
- ◆ Patientenorientierte Interventionen: niedrig bis hohe Sicherheit, dass diese Maßnahmen zur Verbesserung hinsichtlich Bildung und Selbstmanagement beitragen
- ◆ Wenig bis keine Unterschiede in den klinischen Outcomes
- ◆ Besserung der psychischen Gesundheit (Depression), wenn auf PatientInnen mit Depression abgehoben wurde
- ◆ Moderate Datenlage bei Betrachtung der Verbesserung der funktionellen Funktion
- ◆ Wenig bis keine Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- ◆ Leichte Verbesserung beim Gesundheitsverhalten der PatientInnen und Verschreibungsverhalten der ÄrztInnen
- ◆ Kostendaten waren nicht ausgewertet.

Der Mangel an eindeutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Wirkungen des Einsatzes von PL bzw. Case-Management ist u. a. darauf zurückzuführen, dass CM zunächst keine Maßnahme, sondern eine Methode darstellt, eine systematische Herangehensweise an die Bearbeitung von Problemen (vgl. Kapitel 4.2). CM ist auf unterschiedlichen Ebenen anwendbar – sowohl auf individueller Ebene (bezogen auf einzelne PatientInnen) als auch auf mittlerer Ebene (für Patientengruppen, z. B. in Disease-Management-Programmen) und auf Strukturebene (Kooperation in Netzwerken mittels Versorgungspfaden). Insofern findet sich auch in der Literatur unter dem Begriff CM eine große Heterogenität der eingesetzten Interventionen einerseits und der unterschiedlichen untersuchten Zielgrößen auf Organisations- bzw. Patientenebene andererseits.

Als zweiter Aspekt ist zu berücksichtigen, dass der Einsatz von Case-ManagerInnen auf individueller Ebene (im Sinne von PL) in den meisten Studien nur eine von mehreren Maßnahmen darstellte, deren Wirkung nicht isoliert betrachtet wurde bzw. auch aus methodischen Aspekten heraus nur schwer isoliert bewertet werden kann. Die (gesundheitsbezogenen) Ergebnisse des Wirkens von PL für die Zielgruppe können nur in Abhängigkeit vom konkret abgesteckten Rahmen ihrer Tätigkeit im jeweiligen Projekt evaluiert werden und sind darüber hinaus bei einem CM mit patientenzentriertem Vorgehen stark geprägt von den individuellen Wünschen und Zielen der PatientInnen, was kaum eine Vergleichbarkeit mit einer Kontrollgruppe zulässt.

Fazit: Aus wissenschaftlicher Sicht liegen bisher keine eindeutigen Befunde zu patientenbezogenen und wirtschaftlichen Outcomes vor, die für einen breiten Einsatz von PL im Leistungskatalog der Krankenversicherung sprechen, auch wenn zahlreiche Indizien in Einzelfällen auf positive Effekte hinweisen.

Gleichzeitig ist zu fragen, mit welchen Maßnahmen der allgemein anerkannte, individuelle Beratungs- und Unterstützungsbedarf von schwer kranken PatientInnen in absehbarer Frist befriedigt werden kann. Die eingangs (vgl. Kapitel 3) beschriebene Notwendigkeit zur grundlegenden Weiterentwicklung des Gesundheitssystems hin zu einem integrierten System erfordert ganzheitlich abgestimmte Veränderungen an vielen Stellschrauben (Überwindung der Sektorentrennung, einen Neuzuschnitt der Aufgabenbereiche innerhalb der Gesundheitsberufe, eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme etc.) und wird erst mittel- bis langfristig realisierbar sein.

Zu beantworten ist diese Frage vor dem Hintergrund der bereits im Kapitel 3 zitierten Feststellung des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen: „Ein Hausarzt würde etwa 18 Stunden täglich benötigen, um alle empfohlenen Maßnahmen zur angemessenen Prävention und zur Betreuung seiner chronisch kranken Patienten umzusetzen.“ (SVR 2009: 156)

Wenn allerdings als notwendig erkannte Betreuungsleistungen im Rahmen der Versorgung chronisch kranker und multimorbider PatientInnen systematisch unterbleiben, ist davon auszugehen, dass die angeordneten therapeutischen oder medikamentösen Leistungen nicht ihre volle Wirkung entfalten können und somit die Wirtschaftlichkeit der Versorgung insgesamt infrage zu stellen ist.

Die seit 2002 eingeführten strukturierten Behandlungsprogramme (DMP), die für sechs chronische Krankheiten etabliert sind, fokussieren auf einzelne Krankheitsbilder (krankheitsspezifisch) sowie auf die Erreichung einzelner klinischer Parameter als Zielgröße und werden auch in der Praxis den speziellen Bedürfnissen multimorbider PatientInnen nicht gerecht.

Im Rahmen von IV- und Hausarzt-Verträgen werden bereits vereinzelt FallmanagerInnen zur Entlastung der ÄrztInnen eingesetzt (z. B. AOK-Gesundheitsnetz® seelische Gesundheit, Modell PraCMan, populationsbezogener IV-Vertrag Kinzigtal), aber auch dieser Weg ist langwierig und seitens der Krankenkassen wird vor Abschluss neuer Verträge in der Regel ein konkreter Nachweis zu Einsparungen bei den Leistungsausgaben erwartet.

Letztlich sind, will man ein politisches Signal hinsichtlich der Anerkennung der beschriebenen Versorgungsdefizite für PatientInnen mit komplexen Bedarfen und einer Stärkung der Patientenorientierung setzen, kurz- und mittelfristig zusätzliche Akteure, die die Unzulänglichkeiten des Systems zumindest teilweise ausgleichen, einzusetzen. Ein entsprechender Vorschlag findet sich bereits im Gutachten des Sachverständigenrates 2007: „In einer segmentierten Versorgungslandschaft sind generalistisch ausgerichtete Berufsgruppen notwendig, die den Überblick über das Versorgungsgeschehen behalten und Lotsenfunktionen bzw. Gatekeeper-Rollen übernehmen (z. B. Hausärzte, Case Manager).“ (Deutscher Bundestag 2007: 54)

Mit den in Kapitel 6 bzw. im Anhang 1 ausführlich dargestellten punktuellen Vorschriften für ein umfassendes individuelles Case-Management für spezifische Patientengruppen bzw. Versorgungssettings im SGB V und XI hat der Gesetzgeber die

Effektivität eines solchen Vorgehens für genau definierte Fälle im Prinzip anerkannt. Die bisher noch mangelnde Durchsetzung der Vorschriften in der Praxis sollte durch deren Modifizierung bzw. Ergänzung verbessert werden.

Die laufenden und geplanten Projekte zur Erprobung des Einsatzes von PL in weiteren unterschiedlichen Rollen und Versorgungssettings zeigen zumindest, dass mit PL ein Teil der notwendigen individuellen Unterstützungs- und Betreuungsleistungen erbracht werden kann und dies, wie Studien und Modellprojekte mehrheitlich belegen, zur Zufriedenheit der PatientInnen beiträgt.

Die Lotsenprojekte, sicher auch durch den Ärztemangel befördert, sind allerdings ebenso ein Ausweis dafür, dass die langfristig geforderte Entwicklung in Richtung einer neuen Aufgabenteilung im Gesundheitswesen und der Überwindung der Arztzentriertheit hin zur Leistungserbringung durch ein multiprofessionelles Team bei stärkerer Einbeziehung der PatientInnen in die Entscheidungsfindung in der Praxis bereits eingesetzt hat. Die Professionalisierung des nicht-ärztlichen Personals durch Delegation von Leistungen wird auf diese Weise gefördert (Der Hausarzt 2016).

Berücksichtigt man weiterhin, dass mit der Etablierung von PL in der Praxis immer auch eine Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen einhergeht, weil deren Tätigkeit die Vernetzung der vorhandenen Leistungserbringer forciert, ließe sich ein Schritt hin zu einem erweiterten Einsatz von PL versorgungspolitisch begründen.

Wie im Falle eines positiven Votums eine konkrete Regelung zu PL aussehen könnte, wird im folgenden Kapitel 8 vorgestellt.

8. Vorschläge zu den Rahmenbedingungen für den Einsatz von PatientenlotsInnen für Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen

Die Ableitung konkreter Vorschläge zur Ausgestaltung eines Konzepts für PL erfolgt zum einen anhand der bereits im vorangegangenen Kapitel dargestellten Erkenntnisse aus Studien und Modellprojekten. Wertvolle Hinweise können darüber hinaus auch (internationale) Versorgungskonzepte für chronisch kranke und multimorbide PatientInnen liefern, die auf der Grundlage von Modellen zur integrierten Versorgung entwickelt wurden. Kapitel 8.1 gibt daher zunächst einen Überblick zu fünf Versorgungskonzepten, insbesondere zur Rolle und zu den Aufgaben von PL bzw. Case-ManagerInnen. Anschließend werden im Kapitel 8.2 die Ergebnisse der sieben Interviews mit VertreterInnen aus Modellprojekten vorgestellt. Aus diesen ergeben sich weitere Anhaltspunkte zur konkreten Ausgestaltung eines Lotsenkonzepts und zu Erfolgskriterien. Kapitel 8.3 enthält dann konzeptionelle Überlegungen zum Einsatz von PL. Daran schließt sich eine Analyse der rechtlichen Implementationsmöglichkeiten an (Abschnitt 8.4).

8.1 Internationale Versorgungskonzepten für PatientInnen mit komplexen Versorgungsbedarfen

Im Zuge der ergänzenden Literaturrecherche im Internet wurden auch fünf internationale Versorgungskonzepte für die Zielgruppen chronisch Kranke und PatientInnen mit komplexen Versorgungsbedarfen identifiziert und analysiert. Diese sind ausführlich in Anhang 4 dokumentiert.

An dieser Stelle folgt eine zusammengefasste Darstellung der Versorgungskonzepte mit Fokus auf die konkrete Ausgestaltung der Einbindung von Case- und Care-ManagerInnen. Folgende Konzepte wurden analysiert:

- ◆ Chronic-Care-Modell (CCM)
- ◆ Improving Chronic Illness Care-Modell (ICIC)
- ◆ Guided-Care-Modell (GC)
- ◆ Konzept Family Health Nursing (Familiengesundheitspflege) der WHO
- ◆ Multimorbidity Care-Modell (MCM)

Die Modelle basieren alle auf dem Integrated Care Model bzw. sind spezifische Ausprägungen integrierter Versorgung (IV). Eine allgemein anerkannte Definition von IV gibt es in der Literatur nicht (s. WHO 2016: 3). Aus dem Blickwinkel des Gesundheitssystemvergleichs kann IV wie folgt beschrieben werden:

IV ist ein patientenzentriertes Versorgungssystem, in dem die multidimensionalen Bedarfe der PatientInnen systematisch erfasst und die Leistungen von einem koordinierten, multidisziplinären Team sektorenübergreifend erbracht werden.

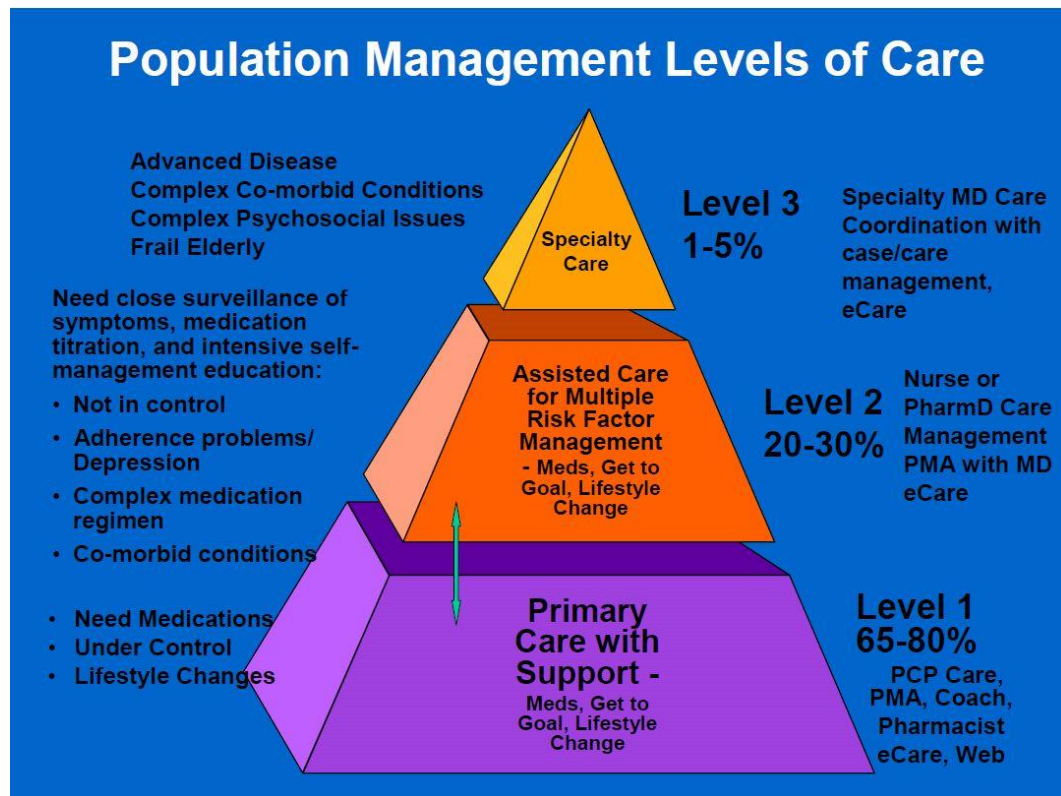
Es gibt individuelle, gruppen- bzw. krankheitsspezifische und populationsorientierte IV-Modelle. Zu den individuellen Modellen gehören z. B. das Case-Management und das Konzept Patient-centred medical home, in der zweiten Gruppe finden sich u. a. das Chronic Care Model und Disease-Management-Programme. Populationsbezogene IV-Modelle sind bisher noch rar – ein Beispiel ist das Gesunde Kinzigtal (weitere Informationen in WHO 2016).

Individuelles Case-Management in der Gesundheitsversorgung impliziert im Ergebnis auch eine integrierte Versorgung, indem durch Kommunikation und Koordination die Kontinuität der Versorgung entsprechend den Präferenzen der PatientInnen gefördert wird. Das Konzept wurde bereits im Kapitel 4.2 ausführlich beschrieben. Als Hauptaufgaben des/der professionellen Case-ManagerIn (mit Qualifikation im Gesundheitsbereich oder als zertifizierte/r Case-ManagerIn) werden genannt (WHO 2016: 17):

- ◆ Ermitteln der Versorgungsbedarfe der PatientInnen und der Pflegepersonen
- ◆ Erstellung eines maßgeschneiderten Versorgungsplans
- ◆ Organisation und Anpassung der Versorgung gemäß Plan
- ◆ Überprüfung der Versorgungsqualität und
- ◆ Kontinuierlicher Kontakt zu den PatientInnen und Pflegepersonen.

In allen IV-Konzepten mit der Zielgruppe schwer bzw. chronisch Kranke und multimorbide PatientInnen wird individuelles CM als eine Maßnahme neben vielen anderen eingesetzt, i. d. R. für jene PatientInnen mit dem höchsten Versorgungs- bzw. Betreuungsbedarf, wie aus der folgenden Abbildung 3 hervorgeht. Dies sind, so langjährige Erfahrungen aus den USA, lediglich 1 – 5 % der chronisch Kranken. Diese Größenordnung für den Anteil „komplexer“ Fälle wurde auch in mehreren Quellen im Kontext Pflegeberatung genannt – 2,3 % (Statistik der Berliner Pflegestützpunkte) bzw. 2,4 % (Wingenfeld et al. 2009) aller Beratungsfälle erforderten dort ein umfassendes Case-Management, in einzelnen Bundesländern waren es bis zu 10 % (GKV-Spitzenverband 2011).

Abbildung 3: „Levels of Care“ für chronisch Kranke (Differenzierung nach erforderlicher Betreuungsintensität)



Quelle: Taylor 2007.

Die Beschreibung der weiteren fünf IV-Konzepte für chronisch kranke und multi-morbide PatientInnen mit dem Fokus auf der Rolle und den Aufgaben von Case-Managern erfolgt in den anschließenden Tabellen 22 bis 26.

Tabelle 22: Übersicht der Konzeptinhalte zum „Chronic Care Model (CCM)“

CCM	
Versorgungsziel	Verbesserte Versorgung von chronisch Kranken durch Optimierung des Versorgungssystems in Richtung patientenzentrierte Bedürfnisorientierung
Elemente des Konzeptes	Im Mittelpunkt des Modells stehen proaktive Interaktionen zwischen informierten, aktiven PatientInnen und dem geschulten, proaktiven Praxisteam; die PatientInnen nehmen demnach eine aktive Rolle in ihrer Versorgung ein; Kernelemente des Modells sind: • Unterstützung des Selbstmanagements, Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz (Empowerment) • Gestaltung der Leistungserbringung, (Neu-)Konzipierung der Versorgungsabläufe durch Aufgabenteilung innerhalb des Behandlungsteams • Gezielte (evidenzbasierte) Entscheidungsunterstützung unter Berücksichtigung von Patientenpräferenzen • Klinische Informationssysteme (krankheitsspezifische Patienteninformationen als Grundlage für den Austausch zwischen ÄrztInnen, Pflegepersonal und PatientInnen) • Gemeinwesen (Einbettung aller Beteiligten in ein vernetztes Versorgungssystem ist ein wichtiges Element des CCM)
Aufgaben und Qualifikationen des/der Case/Care-ManagerInnen	Case-ManagerInnen werden im CCM u. a. im kommunalen Setting zur Unterstützung kleiner Hausarztpraxen mit begrenzten Ressourcen oder für sog. Hoch-Risiko-PatientInnen (Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz) eingesetzt. Im Beispiel von Kaiser Permanente in Nord-Kalifornien (2002) wurden für letztere krankheitsspezifisch ausgebildete Care-ManagerInnen zur Unterstützung des Primary Care Teams installiert. Die chronisch Kranken werden zunächst in eine von drei Gruppen eingeordnet: In Level 1 sind PatientInnen mit gut eingestellter Therapie – hier erfolgt die Behandlung nur durch das Primary Care Team. PatientInnen in Level 2 sind noch schlecht eingestellt (bezgl. der klinischen Parameter) – sie erhalten die Unterstützung eines/einer auf die jeweilige Krankheit spezialisierte/n Case-ManagerIn. Multimorbide PatientInnen oder jene mit sehr hoher Leistungsanspruchnahme werden Level 3 zugeordnet und erhalten ein individuelles, nicht krankheitsspezifisches CM durch eine Registered Nurse oder einen Medical Social Worker. Case-ManagerInnen können Pflegekräfte, PharmazeutInnen, AtemtherapeutInnen oder DiätassistentInnen sein, die die PatientInnen über einen Zeitraum von 6 bis 15 Monate intensiv betreuen unter Supervision eines/einer entsprechenden Facharztes/-ärztin. Aufgaben der Case-ManagerInnen: persönliche Gespräche zu Hause, Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten durch Hilfsmitteltraining und Anleitung zur Selbstbeobachtung, Motivation, Anleitung und Unterstützung bei notwendigen Lebensstiländerungen (Bodenheimer et al. 2002). Bei der Zielgruppe älterer und gebrechlicher PatientInnen stellt die stärkere Vernetzung gesundheitlicher und sozialer Ressourcen einen Aufgabenschwerpunkt für Case-ManagerInnen dar.

Quelle: Grover & Joshi 2015, Wagner *et al.* 2005, Bodenheimer *et al.* 2002, Zusammenstellung IGES

Tabelle 23: Übersicht Konzeptinhalte zu „Improving Chronic Illness Care (ICIC)“

ICIC	
Versorgungsziel	Verbesserte Versorgung von chronisch Kranken durch Optimierung des Versorgungssystems in Richtung patientenzentrierte Bedürfnisorientierung
Elemente des Konzeptes	Grundlage ist das Konzept des CCM, welches aufgrund von Anwendungserfahrungen und Expertenumfragen um folgende weitere Elemente modifiziert wurde: • Patientensicherheit: Aufdecken von Optimierungspotenzial sowie verbindliche Zielsetzung zur Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen • Kulturelle Kompetenz: Rollen- und Aufgabendefinition in der Gesundheitsversorgung sowie Anpassung der patientenzentrierten Interaktionen an die Gesundheitskompetenz des/der PatientIn und an die kulturellen Gegebenheiten • Koordination der Versorgung: Nutzung von klinischen Informationssystemen, um relevante Gesundheitsdaten zur Identifizierung erhöhter Versorgungsbedarfe bestimmter Patientengruppen bzw. Populationen und für evaluationsspezifische Fragen nutzen zu können • Case Management: PatientInnen mit komplexen Versorgungsbedarfen allgemein (nicht nur krankheitsspezifisch) können von einem CM profitieren
Aufgaben und Qualifikationen des/der Case/Care-ManagerInnen	Im Rahmen der Neuordnung der Organisation der Leistungserbringung hat es sich bei Berücksichtigung der multiplen Aufgaben als zweckmäßig erwiesen, die Verantwortung der Versorgungssteuerung von dem/der Arzt/Ärztin auf andere Teammitglieder zu delegieren. Studien konnten zeigen, dass Pflegekräfte, Pharmazeuten und andere Fachkräfte mit fachlicher und persönlicher Eignung mehr Zeit für die notwendige Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten der PatientInnen sowie für die Unterstützung beim Umgang mit der Erkrankung haben. Sie überwachen auch zeitnah den Therapiefortschritt und passen Maßnahmen anhand klinischer Protokolle an.

Quelle: Wagner *et al.* 2001, Grover & Joshi 2015, Zusammenstellung IGES

Tabelle 24: Übersicht der Konzeptinhalte zu „Guided Care (GC)“

GC	
Versorgungsziel	Verbesserte Versorgung von multimorbiden PatientInnen/Pflegebedürftigen mithilfe einer Guided Care Nurse (GCN)
Elemente des Konzeptes	GC ist ein Modell des Case-Managements und umfasst folgende Elemente: • Krankheitsmanagement • Selbstmanagement • Lebensstilmodifikation • Übergangspflege • Aufklärung und Unterstützung pflegender Angehöriger
Aufgaben und Qualifikationen des/der Case/Care-ManagerInnen	Eine entsprechend dem Modellinhalt ausgebildete Pflegefachkraft (Guided Care Nurse) betreut eine Patientengruppe von 50 bis 60 Personen; ihre Aufgaben umfassen: • Standardisiertes, umfassendes Assessment des aktuellen medizinischen, funktionalen, kognitiven, affektiven und ernährungsbezogenen Status sowie Erfassung von personenzentrierten Aspekten des Wohlbefindens – die Daten werden in einer (elektronischen) Patientenakte festgehalten • Erstellung eines Maßnahmenplans auf Basis evidenzbasierter Prinzipien in enger Absprache mit betroffenen PatientInnen/Pflegebedürftigen und deren Angehörigen • Befähigung des Versicherten zum Selbstmanagement (basiert auf Chronic Disease Self-Management Program bzw. Stanford Modell) • Monitoring: regelmäßige Überwachung des Status zur frühzeitigen Problemidentifizierung • Patientencoaching: Ermutigen der PatientInnen zum Verfolgen der vereinbarten Ziele • Koordination des Transfers der Versicherten zwischen verschiedenen Versorgungsformen und Informieren aller Beteiligten über aktuellen Status der KlientInnen • Unterrichten und unterstützen der pflegenden Angehörigen (z. B. durch spezielle Bildungsangebote) • Bei Bedarf Zugang zu Gemeinschaftsressourcen (z. B. „Essen auf Rädern“)

Quelle: Aliotta *et al.* 2008, Boyd *et al.* 2007, Boyd *et al.* 2010, Zusammenstellung IGES

Tabelle 25: Übersicht der Konzeptinhalte zu „Family Health Nursing (Familiengesundheitspflege)“ der WHO bzw.

Family Health Nursing	
Versorgungsziel	Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung durch familien- und gesundheitsorientierte, gemeindenahe Dienste
Elemente des Konzeptes	Familiengesundheitspflegende beraten ganzheitlich, unterstützen und begleiten sozial benachteiligte Menschen oder Gruppen, um diesen Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen zu ermöglichen; Prinzipien des Konzeptes: • Verbindung verschiedener sozialer und gesundheitlicher Elemente • Familie als Konzeptschwerpunkt und wichtige Ressource • Die eigene Häuslichkeit als zentrales Versorgungssetting
Aufgaben und des/der Case-ManagerInnen	Multifaktorielle Rolle der Familiengesundheitspflegenden mit Aufgaben als • GesprächspartnerInnen • BeraterInnen • AnleiterInnen • BegleiterInnen • MotivatorInnen • LotsInnen • VermittlerInnen • VernetzerInnen • FürsprecherInnen • StabilisatorInnen In Deutschland kann die zweijährige Weiterbildung für Pflegefachkräfte oder Hebammen berufsbegleitend absolviert werden.

Quelle: DBfK 2014, Zusammenstellung IGES

Tabelle 26: Übersicht der Konzeptinhalte des „Multimorbidity Care Model (MCM)“

MCM	
Versorgungsziel	Verbesserung der Versorgung bei Multimorbidität
Elemente des Konzeptes	MCM führt vorhandene Ansätze integrierter Versorgung und Praxiserfahrungen aus 26 EU-Ländern zusammen mit Blick auf Multimorbidität; Insgesamt 16 Schlüsselemente in fünf Bereichen sind demnach wesentlich für den Erfolg einer ganzheitlichen Versorgung: Organisation der Leistungserbringung ▪ Regelmäßige und ausführliche Assessments der PatientInnen ▪ Multidisziplinäres, koordiniertes Team ▪ Fachkraft als KoordinatorIn des individuellen Versorgungsplans und kontinuierliche/r AnsprechpartnerIn für PatientInnen und Familien (Case-ManagerInnen) ▪ Individualisierte Versorgungspläne Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (evidenzbasierte Medizin) ▪ Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien ▪ Schulung der Mitglieder des multidisziplinären Teams ▪ Entwicklung eines Konsultationskonzepts zur Rückkopplung mit Fachexperten Förderung von Selbstmanagement ▪ Weiterbildung und Befähigung der Fachkräfte zur Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten der PatientInnen auf Grundlage der Patientenpräferenzen und -kompetenzen ▪ Bereitstellung von Angeboten für PatientInnen und Angehörige zur Verbesserung des Selbstmanagements ▪ Shared decision making (Arzt/Ärztin/Fachkräfte und PatientIn) Informationssysteme und Technologien ▪ Elektronische Patientenakte und digitale Verfügbarkeit von Befunden bzw. Aufnahmen ▪ Austausch von patientenbezogenen Daten (mit Zustimmung der PatientInnen) sektorenübergreifend über kompatible klinische Informationssysteme (Interoperabilität) ▪ Verwendung einheitlicher Nomenklaturen und Klassifikationssysteme ▪ Nutzung von Telemedizin/Telecare und automatische Übertragung von Patientendaten Soziale und kommunale Ressourcen ▪ Unterstützender Zugang zu kommunalen und sozialen Ressourcen ▪ Einbindung des sozialen Netzwerks (informell) - Freunde, Selbsthilfvereine, Familie, Nachbarn
Aufgaben des/der Case-ManagerInnen	Aufgrund der klinischen Komplexität von Multimorbidität ist eine koordinierte, patientenorientierte Zusammenarbeit verschiedener Professionen und Disziplinen notwendig; je nach Komplexität werden professionelle FallmanagerInnen (PL) als KoordinatorInnen eingesetzt. Sie sorgen für die Umsetzung des individuellen Versorgungsplans und sind kontinuierlicher AnsprechpartnerInnen für PatientInnen und deren Angehörige.

Quelle: Joint Action CHRODIS 2016, Zusammenstellung IGES

Aus den beschriebenen Versorgungsmodellen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- ◆ Case-ManagerInnen sind Bestandteil aller IV-Modelle.
- ◆ In der Regel übernimmt nicht-ärztliches Gesundheitspersonal das Case-Management.
- ◆ Bei den krankheitsbezogenen IV-Modellen (chronische Erkrankungen) arbeiten Case-ManagerInnen eng mit den behandelnden ÄrztInnen zusammen und passen bei Veränderungen Therapien entlang klinischer Protokolle eigenständig an.
- ◆ Für die Zielgruppe multimorbider PatientInnen werden von Case-ManagerInnen gemeinsam mit den PatientInnen individualisierte Versorgungspläne erstellt.
- ◆ Case-ManagerInnen fördern die Selbstmanagementfähigkeiten der PatientInnen und leiten diese an (Selbstbeobachtung, Nutzung von Hilfsmitteln)
- ◆ Case-ManagerInnen koordinieren die Versorgung durch Kommunikation mit den relevanten Leistungserbringern und dem sozialen Umfeld der PatientInnen.

„In most of the case study programmes, care co-ordination was being delivered alongside rather than by primary care physicians. This suggests that patients with complex needs that span health and social care may require an intensity of support that is beyond what primary care physicians can deliver. Personal contact with a named care co-ordinator and/or case manager is more effective than remote monitoring or telephone-based support.“ (WHO 2016: 30 f.)

8.2 Erkenntnisse aus den Interviews mit Vertretern der Modellprojekte

Um über die zur Verfügung stehenden schriftlichen Informationen zu den Modellprojekten in Deutschland hinaus vertiefte Erkenntnisse zum Einsatz, zu Aufgaben von PL und zu Erfolgskriterien in der Praxis zu gewinnen, wurden sieben Interviews mit VertreterInnen der Projekte geführt. Vertreten waren:

- ◆ Gesundheitshelfer Lippe,
- ◆ PraCMan,
- ◆ Vom Heim nach Hause,
- ◆ PLAN Geriatrie Lichtenberg,
- ◆ Schlaganfall-Lotsen,
- ◆ AOK seelische Gesundheit sowie

- ♦ aus dem Bereich der sozialmedizinischen Nachsorge für schwerkranke Kinder das Kindergesundheitshaus e. V. an der Charité Berlin.

Auch hier ist eine ausführliche Zusammenfassung der Interviewergebnisse im Anhang 5 zu finden, während an dieser Stelle nur die Kernaussagen zum Konzept PatientenlotsInnen aufgeführt werden.

Erwartungsgemäß sind alle InterviewpartnerInnen der Ansicht, dass es im derzeitigen Gesundheitssystem schwierig ist sich zurechtzufinden und PL eine prinzipiell geeignete Maßnahme zur Unterstützung von PatientInnen darstellen. Keiner jedoch sieht die Notwendigkeit, diese flächendeckend für alle PatientInnen einzusetzen.

Insgesamt wird deutlich, dass über diese Aussagen der ExpertInnen hinaus kein einheitliches Verständnis bezüglich der Rolle und möglicher Aufgaben von PL vorliegt, und dass abhängig von der eigenen Rolle der GesprächspartnerInnen im Versorgungssystem unterschiedliche Erwartungen an PL bestehen. Dennoch zeichnet sich in einigen Punkten ein relativ breiter Konsens ab.

Als **Zielgruppen** für den Einsatz von PL wurden mehrheitlich PatientInnen „mit hohem Unterstützungs- und Steuerungsbedarf“ aller Altersgruppen genannt, insbesondere wenn sie zusätzlich alleinstehend sind bzw. kein tragfähiges soziales Umfeld haben. Ein hoher Bedarf wird bei chronischen und Mehrfacherkrankungen sowie körperlichen, kognitiven und psychischen Einschränkungen gesehen. Weitere Aspekte wie Migrationshintergrund oder familiäre Belastungssituation können ebenfalls ausschlaggebend sein.

Ein **Zugang** zu den Leistungen eines PL sollte nach klaren Verfahrensregeln erfolgen. Dazu gehört nach Ansicht der InterviewpartnerInnen ein Assessment zur Bedarfsfeststellung, das auch soziale Aspekte berücksichtigt. Bei psychisch Kranken käme die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) infrage – bei Werten unter 50 sei Unterstützungsbedarf gegeben. HausärztInnen könnten bei der Identifikation von PatientInnen mit erhöhten Bedarfen durch ihre Praxissoftware wissensbasiert unterstützt werden. Ein PL sollte sowohl von niedergelassenen ÄrztInnen, Krankenhäusern oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen eingeschaltet werden können als auch von Krankenkassen. Wenn es im Rahmen eines Versorgungs-/Ärztetzwerks eine gemeinsame Patientenakte gäbe, ließen sich konkrete Hinweise auf Defizite bei den PatientInnen schneller erkennen.

Hinsichtlich der **Aufgaben** von PL ergaben die Antworten ein breites Spektrum. Folgendes Zitat beschreibt zunächst allgemein den Wirkungsrahmen:

„Der Patientenlotse könnte als Netzwerklotse bezeichnet werden, die Bezeichnung würde gleich auch den Tätigkeitsrahmen festlegen: der Lotse wird entweder von einem Gesundheitsdienstleister oder einem Kostenträger oder dem Patienten selbst „beauftragt“ und lotst dann den Patienten zu den richtigen Stellen im Netzwerk, übernimmt aber selbst keine krankheitsspezifische Beratung“ (Interview 1, Schlaganfallberaterin)

Im Kern kristallisierten sich folgende Tätigkeiten heraus, die sich bei fast allen GesprächspartnerInnen wiederfanden:

- ♦ über Leistungsansprüche und Zugangswege informieren
- ♦ Hilfsangebote (einschl. Beratungsstellen) und Akteure kennen und koordinieren (insb. an Schnittstellen und Übergängen)
- ♦ Sorge tragen, dass vorhandene/benötigte Hilfen auch zum Einsatz kommen, sowie deren Erfolgskontrolle
- ♦ allgemein beraten **und** begleiten (nicht „nur“ beraten, auch die Umsetzung begleiten), anleiten
- ♦ sich ein Bild von der häuslichen Situation machen
- ♦ Rückkopplung zum/zur behandelnden Arzt/Ärztin vornehmen
- ♦ regional vorhandene Akteure vernetzen

Der letzte Punkt wird im folgenden Zitat eines Hausarztes prägnant formuliert:

„wenn ... es so einen Lotsen gibt, der ... eben auch von sich aus auf Akteure zugeht, macht der so ein Stück weit das, was bisher nicht so gut ist, die Vernetzung untereinander macht er dann und die Akteure lernen sich dann auch besser kennen, über die Fälle“ (Interview 3, Hausarzt)

Es wurde deutlich, dass PL insbesondere zu Beginn einer schweren Erkrankung bzw. nach Akutereignissen hilfreich sind, wenn die Versorgung erstmalig organisiert und Leistungen beantragt werden müssen und/oder wenn z. B. die Rückkehr nach Hause nur möglich ist, wenn die Versorgung (i. d. R. durch mehrere Leistungserbringer) sichergestellt werden kann. An der Schnittstelle stationär/ambulant geht es aber darüber hinaus auch um die Kontinuität der Behandlung – die stationär eingeleiteten Maßnahmen werden in der Praxis häufig im ambulanten Bereich nicht nahtlos weitergeführt.

Der interviewte Psychiater verwies auf das Aufgabenprofil von SoziotherapeutInnen – das sei eigentlich der „klassische Gesundheitslotse“.

Mehrfach wurde betont, dass PL nach der Methode des Case-Managements arbeiten sollten. Das leitet über zu den **Qualifikationen**, die die Arbeit als PL erfordert. Einig waren sich alle ExpertInnen, dass PL eine gesundheitsbezogene Fachausbildung und mehrjährige Berufserfahrung haben sollten. Die ärztlichen VertreterInnen haben hier in erster Linie die medizinischen Fachangestellten, die Anderen eher Pflegefachkräfte im Fokus. Im Pflegebereich werden auch SozialarbeiterInnen genannt. Je nach Tätigkeitsschwerpunkt sollten möglichst Fachkenntnisse im psychiatrischen Bereich oder der Kinderheilkunde etc. vorliegen. Weiterhin sollten Weiterbildungen zum Case-Management und zu Kommunikationstechniken Voraussetzung für die Tätigkeit als PL sein.

Noch unklare Vorstellungen bestanden zur Frage der **organisatorischen Anbindung** von PL: Die Hausärzte können sich die Übernahme von Lotsentätigkeiten durch eigenes Praxispersonal am ehesten vorstellen, sofern die entsprechende Finanzierung gewährleistet ist. Andere regten an, dass PL im Rahmen von regionalen Netzwerken tätig oder in Kliniken angestellt sein könnten. Auch Dienstleister wie

„CM-Gesellschaften“ wurden genannt. Wichtig sei die Vermeidung von Doppelstrukturen und neuen Schnittstellen, die Gewährleistung einer Fachaufsicht und die Neutralität der PL. Die **Finanzierung** von PL wird mehrheitlich als Aufgabe der Krankenversicherung gesehen, ggf. als Mischfinanzierung mit Mitteln der Pflegeversicherung. Zum **Datenschutz** wurde auf die Notwendigkeit der Einwilligung der PatientInnen verwiesen, verbunden mit der entsprechenden Schweigepflichtentbindung. Da gäbe es bereits Erfahrungen.

Als ein wesentliches **Ergebnis und Erfolgskriterium** der Tätigkeit von PL wurde explizit auch die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern genannt. Über die gemeinsame fallbezogene Arbeit entstünden Netzwerke, die sich sonst nicht entwickelt hätten.

Abschließend nach den Wünschen an die Politik gefragt, wurde gesagt, dass es notwendig sei, das fragmentierte Denken zu überwinden. Weitere Aussagen waren:

„Es gibt wirklich viele, viele ältere Menschen, da hat man wieder die demographische Entwicklung in Deutschland, viele Alleinstehende, Alleinlebende, da sehe ich ein großes Problem, was wirklich auch politisch angegangen werden muss.“ (Interview 4, Pflegefachkraft)

„Es muss eine gemeinsame Versorgungsverantwortung geben. In diesem Kontext, da braucht man Zusammenarbeit, niedrige Übergangsschwellen und auch eine finanzielle Hinterlegung der Honorierung für Koordination.“ (Interview 6, Psychiater)

Konkret wurde noch seitens eines Hausarztes angeregt, dass es nicht nur das Leistungsangebot geben sollte, sondern auch einen konkreten Anreiz für die PatientInnen (Bonus o. ä.), damit diese sich auch lotsen lassen.

8.3 Konzeptionelle Überlegungen zum Einsatz von PatientInnen im Rahmen von SGB V

8.3.1 Bedarfe

Ausgangspunkt für die weiteren konzeptionellen Überlegungen zum Einsatz von PL sind die Bedarfe der PatientInnen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots im SGB V. In diesem Rahmen ist eine zusätzliche bzw. erweiterte Leistung gerechtfertigt bzw. sogar geboten, wenn die Versorgung ohne diese nicht wirtschaftlich erfolgen kann. Dies ist der Fall, wenn medizinisch notwendige Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang oder nicht in der gebotenen Frist erbracht werden (Probleme beim Zugang zu Leistungen und bei der Kontinuität der Behandlung bzw. Therapie) oder wenn die angeordneten Leistungen nicht zum Erfolg führen, weil die PatientInnen als Ko-ProduzentInnen im Versorgungsprozess nicht in der Lage sind, ihren Beitrag adäquat zu leisten (mangelnde Compliance, geringe Gesundheitskompetenz, zusätzliche Problemlagen).

„Chronisch kranke Patienten bedürfen nicht einer Aneinanderreihung episodischer Interventionen, sondern einer langfristigen Sicherung der Versorgung, die auch ihre wechselnden Bedürfnislagen berücksichtigt.“ (Birkner 2015)

Die derzeit nicht gedeckten Versorgungsbedarfe lassen sich einerseits auf systembedingte Defizite zurückführen (segmentierte Versorgungslandschaft erhöht den Informations-, Kommunikations- und Koordinationsbedarf) und entstehen, weil Leistungserbringer aufgrund mangelnder Personalressourcen und nicht ausreichender Finanzierung ihren Versorgungsauftrag nur teilweise erfüllen.

Die konkreten Bedarfe von PatientInnen mit schweren Erkrankungen und komplexen Versorgungslagen lassen sich mit folgenden Oberbegriffen zusammenfassen: **Information, Beratung, Anleitung, Koordination und Begleitung.**

Erhalten PatientInnen keine umfassenden, auf deren gesamte Lebenssituation abgestimmten **Informationen** bezüglich ihrer konkreten Erkrankung (sei es, weil Leistungserbringer nicht oder unvollständig informieren oder weil die Information nicht verstanden wird), kann es zur Unterlassung notwendiger oder ergänzender Leistungen führen, so dass die Effektivität der Behandlung infrage zu stellen ist.

Gleiches gilt ohne **Beratung** bei der Auswahl individuell geeigneter Leistungen oder Leistungserbringer und ohne **Anleitung** bei der Anwendung von Hilfsmitteln oder bei der Umsetzung erforderlicher Lebensstiländerungen etc. Bei chronisch kranken und multimorbiden PatientInnen sind stets auch die Angehörigen einzubeziehen. Dies erfordert ausreichend Zeit, die ÄrztInnen derzeit „nur bedingt bereitstellen können“ (DEGAM 2017: 11).

Die größten Defizite bestehen bei PatientInnen mit komplexen Versorgungsbedarfen derzeit bei der **Koordination** von unterschiedlichen Leistungserbringern, parallelaufenden Maßnahmen und Therapieschemata (s. 7. Altenbericht, Deutscher Bundestag 2016: 151). Die DEGAM S 3-Leitlinie Multimorbidität gibt dazu zwar folgende Empfehlung: „Wenn mehrere Gesundheitsprofessionen an der Behandlung von Patienten mit Multimorbidität beteiligt sind, sollten sich die Beteiligten (Patient, Spezialisten, Hausarzt, Angehörige, Pflegepersonal) hinsichtlich Diagnostik und Therapie abstimmen.“ (ebd.: 52), gibt aber keinen konkreten Hinweis zur Umsetzung.

Der Bedarf schwer kranker PatientInnen an kontinuierlicher **Begleitung** wird in allen Versorgungsmodellen für diese Zielgruppe beschrieben. Eine solche Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte ist in der Regel am Anfang der Erkrankung effektiv. Werden PatientInnen „nur“ beraten, scheitert anschließend die Umsetzung der Beratungsergebnisse dennoch häufig, aus vielfältigen Gründen (mangelnde Durchsetzungsfähigkeit der PatientInnen, weitere gesundheitliche oder andere Veränderungen, regionale Engpässe etc.). Eine intensivere Begleitung in der Anfangsphase bei der Organisation und Überprüfung der Versorgung sichert deren langfristigen Erfolg.

8.3.2 Zielgruppen

Eine besondere Herausforderung stellt die Abgrenzung und Auswahl der Zielgruppen dar, für die die Leistung von PL zielführend und damit auch wirtschaftlich sein kann. Die WHO nennt diesbezüglich beispielhaft „patients with multimorbidities,

patients frequently admitted to hospitals or patients needing coordination within and across health and social care“ (WHO 2016: 17).

Die Erkenntnisse der hier vorgenommenen Analysen lassen recht eindeutig den Schluss zu, dass die Festlegung von Zielgruppen

- ◆ nicht diagnosespezifisch,
- ◆ nicht auf einzelne Altersgruppen bezogen sowie
- ◆ nicht nur für bestimmte Versorgungssituationen (Schnittstellen, Übergänge)

erfolgen sollte.

Die Zielgruppe, die aufgrund erhöhter Bedarfe von PL profitieren kann, lässt sich zunächst eher mit den Merkmalen „schwer oder chronisch krank“, „multimorbid“ und „komplexe Versorgungssituation“ beschreiben.

Bei Anwendung dieser Kriterien werden immer wieder Krankheitsbilder wie Diabetes, Demenz, Krebs oder Schlaganfall genannt, die typischerweise mit einem erhöhten Informations-, Anleitung und Koordinationsbedarf der PatientInnen verbunden sind. Im Falle von Demenz hat sich der Sachverständigenrat bereits 2005 für den Einsatz von Case-ManagerInnen ausgesprochen:

„Bei Erkrankungen wie der Demenz, die im hohen Lebensalter auftreten und von anderen Erkrankungen begleitet werden, eignen sich Case Management-Angebote zur bedarfsangepassten Betreuung. Die Betroffenen und ihre Angehörigen können die Behandlung und Betreuung oft nur schwer organisieren, sobald Ansprüche an verschiedene Bereiche bestehen. Eine zentrale Organisation könnte die Behandlung verbessern und die Angehörigen vor Überforderung schützen.“ (SVR 2005: 58)

Das Zitat verweist allerdings auch darauf, dass die zugrundeliegende Erkrankung allein (hier Demenz) noch nicht ausschlaggebend sein muss. Für einen konkreten Leistungsanspruch sollten darüber hinaus weitere Kriterien erfüllt sein, die es den PatientInnen erschweren, ihre Versorgung selbständig zu managen. Der SVR nennt beispielhaft „hohes Alter“ und „von anderen Erkrankungen begleitet“ (Multimorbidität).

Der Hinweis auf das Alter impliziert eine gewisse Einschränkung bezgl. der Selbstmanagementfähigkeiten und kann auch auf kranke Kinder und Jugendliche oder psychisch Kranke zutreffen. Das gleichzeitige Vorliegen weiterer Erkrankungen geht mit einem hohen Kommunikations- und Koordinationsbedarf einher.

Während chronisch Kranke dauerhaft einen hohen Versorgungsbedarf haben, gibt es eine Reihe von Akutereignissen, bei denen typischerweise zumindest im Anschluss an die stationäre Versorgung (auch Rehabilitation) für einen begrenzten Zeitraum eine hohe Leistungsanspruchnahme der Versicherten vorliegt. Dies ist z. B. nach einem Schlaganfall oder Herzinfarkt, nach einem Unfall oder einer Gelenkersatzoperation der Fall, wenn eine Rückkehr der PatientInnen nach Hause nur möglich ist, wenn die Versorgung u. a. durch Wohnraumanpassung, Hilfsmittel,

ambulante Leistungserbringer und entsprechend geschulte Angehörige sichergestellt werden kann. Ziel ist hier insbesondere Versorgungsbrüche zu vermeiden und damit das Erreichen eines optimalen Behandlungs- und Rehabilitationserfolgs unterstützen.

Neben primär krankheitsbedingten Herausforderungen sollten auch andere (persönliche, soziale) Umstände oder Problemlagen nicht außer Acht gelassen werden, wenn diese die Selbstmanagementfähigkeiten der PatientInnen negativ beeinflussen (sog. ungünstige Umfeldbedingungen) (GKV-Spitzenverband 2017: 3). Solche wären u. U. auch gegeben, wenn PatientInnen mit Migrationshintergrund aufgrund sprachlicher Barrieren und der Unkenntnis der Versorgungsstrukturen besondere Unterstützung bei der gesundheitlichen Versorgung benötigen.

Zwischenfazit: Zielgruppen für den Einsatz von PL sollten schwer, chronisch kranke und multimorbide PatientInnen sein, die zusätzlich in ihrer Selbstmanagementfähigkeit (aufgrund von Alter, funktionalen Beeinträchtigungen oder ungünstigen Umfeldbedingungen) vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind.

Es zeigt sich in der Praxis, dass es schwer und chronisch Kranke gibt, die trotzdem in der Lage sind, ihre Versorgung eigenständig gut zu regeln. Deshalb sollte über die genannten Aspekte hinaus weiterhin geklärt werden, ob

- ◆ ausführliche Beratung ausreichend ist und
- ◆ das soziale Umfeld der PatientInnen die erforderliche Unterstützung leisten kann.

Das bedeutet schlussendlich, dass sich die Zielgruppen für PL wie folgt beschreiben lassen:

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

8.3.3 Zugang zur Leistung von PL und Qualitätssicherung

Leistungen von PL sollten Leistungen nach SGB V sein und entsprechend vergütet werden. In der Regel erfolgt die Feststellung des Bedarfs durch einen Arzt (auch Psychotherapeut bei psychisch Kranken). Ein PL sollte sowohl von niedergelassenen Vertragsärzten als auch von Krankenhausärzten eingeschaltet werden können, wenn im Zuge des Entlassmanagements der Krankenhäuser festgestellt wird, dass dies zur Sicherung der Kontinuität der Versorgung erforderlich ist. Die Verordnung sollte, in Anlehnung an die Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 43 Abs. 2 SGB V, Angaben zu den Diagnosen, ICD-10 und Funktionsdiagnosen enthalten, zum Interventionsbedarf sowie zu den Kontextfaktoren, die aus ärztlicher Sicht den Erfolg der erforderlichen Interventionen gefährden. Wird der Bedarf

durch die Krankenkasse festgestellt, kann diese den PatientInnen die Beratung durch einen PL anbieten. Aufgabe des PL ist es dann auch, den Unterstützungsbedarf in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Leistungserbringern festzustellen.

Die beauftragten PL sollten in standardisierter Form (Formular) ihre Leistungen dokumentieren (ggf. als Nachweis für den Kostenträger) und dem verordnenden Arzt regelmäßig (einmal im Quartal) über ihre Tätigkeiten und die eingeleiteten Maßnahmen berichten. Die Verordnung sollte immer für einen bestimmten Zeitraum (6 - 12 Monate, in Ausnahmefällen auch kürzer) gelten und nach Bedarf verlängert werden können.

8.3.4 Aufgaben der PatientenlotsInnen

Ziel der Leistungen von PL muss es sein, die PatientInnen mittel- bis langfristig zur selbständigen Organisation und Inanspruchnahme einer auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen gesundheitlichen Versorgung zu befähigen.

„Ein PL sollte Hilfe zur Selbsthilfe leisten.“ (Interview 5, Kinderkrankenpflegerin)

Zu den Hauptaufgaben von PL gehören daher (vgl. WHO 2016: 17):

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

Ein/e PL soll in erster Linie für die Versicherten, die (zum ersten Mal) mit einer krankheitsbedingt neuen Situation konfrontiert sind, „Probleme lösen“ (Was ist zu tun? An wen muss ich mich wenden? Welche Behandlungsmöglichkeiten, psychologische und psychosoziale Hilfestellungen gibt es? etc.). Er/sie soll helfen, Barrieren bei Leistungszugängen zu überwinden (Leistungsanträge initiieren, ggf. Widersprüche formulieren etc.). Bei komplexen Versorgungskonstellationen und mehreren Akteuren (Kostenträger, Leistungserbringer, Angehörige) soll er/sie den Leistungsprozess koordinieren und über einen längeren Zeitraum als kontinuierliche und fachkundige Ansprechperson zur Verfügung stehen und die Interessen der PatientInnen vertreten.

Im gesamten Prozess sollen PL die PatientInnen und deren Angehörige informieren, beraten, anleiten, deren Gesundheitskompetenz und Selbstmanagementfäh-

higkeiten (personale und soziale Kompetenzen) stärken sowie zu autonomem Handeln befähigen. Dazu gehört auch die Motivation und Unterstützung bei für den Behandlungserfolg notwendigen Verhaltens- bzw. Lebensstiländerungen.

Neben dem individuellen Case-Management, das die Kenntnis regionaler Hilfs- und Unterstützungsinstitutionen auch außerhalb des medizinischen Versorgungssystems erfordert, sollen PL auch zur Vernetzung der regionalen Leistungserbringer und damit zur Weiterentwicklung der Strukturen beitragen. Dies kann u. a. durch Teilnahme an Netzwerktreffen oder Fallkonferenzen in Krankenhäusern geschehen.

Bei schwer psychisch kranken PatientInnen sollten SoziotherapeutInnen gem. Soziotherapie-Richtlinie eingesetzt werden. Deren Aufgabenspektrum ist in § 3 Leistungsinhalt klar umrissen und beinhaltet auch die Arbeit im sozialen Umfeld (Analyse der häuslichen Situation, Einbeziehung von Familienangehörigen etc.). Um eine bedarfsgerechte Verfügbarkeit zu gewährleisten, sind in den Bundesländern angemessene Vergütungen zu vereinbaren.

8.3.5 Qualifikation der PatientenlotsInnen

Die Tätigkeit von PL erfordert Fachkräfte mit einer medizinischen Grundausbildung. ÄrztInnen kämen prinzipiell auch infrage, sollten aber nicht primär in den Blick genommen werden. PL sollten vielmehr „ÄrztInnen entlasten“.

Anhand der zahlreichen Modellprojekte und mit Blick auf die oben formulierten Aufgaben bzw. Anforderungen an PL kristallisieren sich folgende Berufe als geeignet heraus:

- ◆ Medizinische/r Fachangestellte/r (3-jähriger anerkannter Ausbildungsberuf): Medizinische Fachangestellte assistieren ÄrztInnen bei der Untersuchung, Behandlung, Betreuung und Beratung von PatientInnen und führen organisatorische und Verwaltungsarbeiten durch (www.berufenet.arbeitsagentur.de).
- ◆ Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege, 3-jährige Ausbildung an Berufsfachschulen): Sie betreuen und versorgen kranke und pflegebedürftige Menschen, führen ärztlich veranlasste Maßnahmen durch, assistieren bei Untersuchungen und Behandlungen und dokumentieren Patientendaten (www.berufenet.arbeitsagentur.de).
- ◆ SoziotherapeutInnen (für psychisch Kranke): Voraussetzung ist eine abgeschlossene Ausbildung als SozialarbeiterIn, SozialpädagogIn, PädagogIn, PsychologIn, SoziologIn, SozialwissenschaftlerIn, ErzieherIn, KrankenpflegerIn, AltenpflegerIn und möglichst Berufserfahrung in der Betreuung von KlientInnen, berufliche Weiterbildung zum/zur SoziotherapeutIn (Kassenzulassung erforderlich)

Zusätzlich sollten sozialpädagogische, psychologische oder gesundheitskommunikative (Zusatz-)Ausbildungen bzw. folgende Weiterbildungen bzw. Kenntnisse nachgewiesen werden:

- ♦ vertiefte Kenntnisse und regelmäßige Fortbildungen im Sozialleistungsrecht,
- ♦ Weiterbildung zum/zur Case-ManagerIn (zertifiziert durch die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. DGCC)
- ♦ vertiefte Kenntnisse/Weiterbildungen im Bereich Kommunikation, Gesprächsführung, strukturiertes Problemlösen, Selbstreflexion und Supervision (diese sind teilweise Voraussetzung für die DGCC-Weiterbildung zum/zur Case-ManagerIn)

Neben der Grundqualifikation und den zusätzlichen Kenntnissen sollten kommunikative Kompetenz und eine mehrjährige Berufserfahrung in der Versorgungspraxis Voraussetzung für den Einsatz als PL sein.

8.3.6 Neutralität und Datenschutzerfordernungen

PL sollen neutral und unabhängig sein sowie ausschließlich die Interessen der PatientInnen verfolgen und den patientenseitigen Nutzen in den Vordergrund des Handelns stellen (vgl. dazu auch Schaeffer *et al.* 2004: 3). „Neutralität als Qualitätskriterium der Beratung setzt voraus, dass die Objektivität und Sachlichkeit der informierenden und beratenden Tätigkeit gewährleistet ist“ (Francke & Mühlenbruch 2004 zit. in Schaeffer *et al.* 2004: 3). „So gesehen steht parteiliche Unterstützung der Patienten und Advocacy im Sinne anwaltschaftlicher Fürsprache, keineswegs im Widerspruch zum Neutralitätsgebot der Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65 b SGB V.“ (Schaeffer *et al.* 2004: 3)

Hinsichtlich des Datenschutzes muss gelten:

- ♦ Der/die PatientIn muss explizit seine/ihre Zustimmung für den Einsatz eines PL erteilen.
- ♦ Der/die PatientIn stimmt der Weitergabe von personenbezogenen Daten zu (Schweigepflichtentbindung).

8.3.7 Sozialrechtliche Einbindung von PatientenlotsInnen

Für die strukturelle Einbindung von PL in das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis (Leistungs- bzw. Kostenträger – Leistungserbringer – Leistungsempfänger) gibt es grundsätzlich mehrere Möglichkeiten:

1. PL sind bei den Krankenkassen angesiedelt (direkt dort beschäftigt oder von den Krankenkassen als externe Dienstleister beauftragt)
 2. PL sind bei den Leistungserbringern nach SGB V angesiedelt.
 3. PL werden neue, eigenständige Leistungserbringer im SGB V
-

Die **Variante 1** (Anbindung an Krankenkassen) entspricht dem Vorgehen bei der Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI. Diese wird insb. mit Blick auf die geforderte Unabhängigkeit der Beratung in der Praxis infrage gestellt. Daher wird diese Lösung nicht weiterverfolgt.

Der **Variante 2** liegt die Überlegung zugrunde, dass die oben beschriebenen Aufgaben, die PL übernehmen sollen, teilweise bereits Bestandteil des aktuellen Leistungskatalogs der Krankenversicherung sind - mit Regelungen in verschiedenen Normen und Aufgaben bei unterschiedlichen Leistungserbringern (vom Versorgungs- über das Entlassmanagement bis zur Versorgungsplanung am Lebensende). Da aber diese Leistungen derzeit nicht umfassend genug formuliert sind und auch nur ansatzweise erbracht und finanziert werden, sollte eine entsprechende leistungsrechtliche Ergänzung (Anspruch auf die Begleitung durch eine/n PL) explizit vorgenommen werden. Die Erbringung der dann konkret in Vereinbarungen ausgestalteten Leistung durch die unterschiedlichen Leistungserbringer kann dann mit vorhandenem oder neu einzustellendem Personal erfolgen. Vorteil dieses Vorgehens ist die Nähe zum/zur PatientIn und somit eine gute Kenntnis von dessen/ihren krankheitsbedingten Unterstützungsbedarfen.

Die im Rahmen des Projektes befragten ExpertInnen, die alle zu den etablierten Leistungserbringern gehörten, plädierten einhellig dafür, für PL keine neuen „Strukturen“ zu schaffen. Der/die PL sollte sinnvoll in bestehende Strukturen eingebunden werden, d. h. bei vorhandenen Leistungserbringern in Form einer personellen Aufstockung angesiedelt werden. Die Anbindung kann dabei regional und für unterschiedliche Patientengruppen sehr unterschiedlich sein.

Zu den Leistungserbringern nach SGB V gehören:

- a) VertragsärztInnen (§§ 77ff. SGB V)
- b) Krankenhäuser (§§ 107ff. SGB V)
- c) Heilmittelerbringer (§§ 124ff. SGB V)
- d) Hilfsmittelerbringer (§§ 126 ff. SGB V)
- e) Apotheken (§§ 129ff. SGB V)
- f) sonstige Leistungserbringer (§§ 132ff. SGB V)

Für die Erbringung von Leistungen im Sinne des/der PL sind grundsätzlich geeignet:

- VertragsärztInnen
- Krankenhäuser (z. B. im Sozialdienst, dabei müssen aber Aufgaben über das Entlassmanagement hinaus übernommen und von den Kassen finanziert werden).

Nachteile der Anbindung an die genannten Leistungserbringer könnten sich mit Blick auf Unabhängigkeit und Neutralität ergeben.

In **Variante 3** werden PL als weitere eigenständige Leistungserbringer, die Dienstleistungen erbringen, im SGB V zugelassen. Das hat vor allem Vorteile hinsichtlich

der Neutralität und Unabhängigkeit der PL. Nachteilig ist, dass die PL selbst wiederum die Zahl der Akteure erhöhen und ihre Tätigkeit mit neuen Schnittstellen zu den anderen Leistungserbringern verbunden ist.

Für die Varianten 2 und 3 werden die rechtlichen Implementationsmöglichkeiten untersucht (s. Kapitel 8.4).

8.3.8 Finanzierung und grobe Kostenschätzung

Der Anspruch auf Begleitung durch eine/n PL richtet sich gegen die Krankenkasse und sollte von den Krankenkassen finanziert werden, ggf. unter Beteiligung der Pflegekassen (bei Personen mit Pflegegrad).

Die Finanzierung der Leistungen von PL sollte zeitbezogen erfolgen (Stundensatz), da der tatsächliche Zeitaufwand von Fall zu Fall stark variieren kann.

Eine erste grobe Schätzung zum notwendigen jährlichen Finanzierungsvolumen wird anhand folgender Daten und Erfahrungswerte vorgenommen (die Berechnung folgt in Tabelle 27):

Ausgangspunkt sind alle GKV-Versicherten (Stand 2017). Der Anteil derjenigen, der potentiell für Leistungen von PL in Frage kommt, wird anhand der Prävalenz von Multimorbidität in der Gesamtbevölkerung berechnet, da diese auch weitgehend die chronisch Kranken mit einschließt. Belastbare Angaben dazu lassen sich allerdings kaum finden bzw. nur für einzelne Altersgruppen. Erschwert wird deren Vergleichbarkeit durch eine fehlende einheitliche Definition von Multimorbidität. Nach Angaben Busse 2017 lag die Prävalenz von Multimorbidität in Deutschland bei rund 20 % bezogen auf alle GKV-Versicherten auf Grundlage der Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs 2009. Multimorbid sind demnach Versicherte mit mind. zwei RSA-Zuschlägen.

Aus langjährigen Erfahrungen mit IV-Versorgung in den USA ist bekannt, dass in der Regel nur ein kleiner Teil der chronisch Kranken einen besonderen Unterstützungsbedarf hat und damit ein individuelles CM erfordert. Dies sind PatientInnen mit meist fortgeschrittener Erkrankung, komplexen Komorbiditäten und psychosozialen Problemen sowie gebrechliche Ältere. Ihr Anteil wird auf 1 bis 5 % geschätzt (Taylor 2007).

Angaben zu Zeitaufwänden und Kosten für Case-Management finden sich in einigen der beschriebenen Modellprojekte und wurden bestehenden Vergütungssätzen (für sozialmedizinische Nachsorge, Soziotherapie) entnommen. Der Zeitbedarf für einen Case-Management-Fall liegt zwischen 12 und 17 Stunden (vgl. u. a. Dill und Gmür 2014, Bunter Kreis 2017), so dass für die Berechnung ein durchschnittlicher Wert von 15 Stunden zugrunde gelegt wurde. Die Vergütung von Leistungen zur Soziotherapie und Nachsorge liegt zwischen 32,50 und 73,50 Euro pro Stunde, medizinische Sachverständige und PflegegutachterInnen werden nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) mit ca. 65 - 75 Euro pro Stunde zzgl. Wegekosten vergütet (<https://pflegeberatung-berlin.de/preise/>). Für die Berechnung wurden daher 80 Euro pro Stunde angenommen.

Letztlich, so die Erfahrungen der interviewten Experten, stimmen nicht alle PatientInnen zu, wenn ihnen die Unterstützung durch PL angeboten wird. Die Akzeptanz ist dennoch gut und wurde mit rund 70 % angegeben. Auf Basis dieser Annahmen ergibt sich ein geschätztes jährliches Finanzierungsvolumen für den Einsatz von PL in Höhe von 607 Mio. Euro (siehe Tabelle 27):

Tabelle 27: Schätzung jährliches Finanzierungsvolumen Patientenlotsen

Parameter	Ausgangswert/Rechengröße	Ergebnis
GKV-Versicherte 2017	72.258.037	
Prävalenz Multimorbidität in der Gesamtbevölkerung	20 % (Busse 2017)	14.451.607 Fälle
Anteil mit CM-Bedarf	5 % (Taylor 2007)	722.580 Fälle pro Jahr
Kosten pro CM-Fall	15 Stunden à 80 Euro	1.200 Euro pro Fall
Kosten für PL pro Jahr	Alle „identifizierten“ Fälle mit CM-Bedarf (722.580 Fälle)	867 Mio. € pro Jahr
Geschätzte Kosten für PL pro Jahr	70 % Inanspruchnahme (Erfahrungswerte aus den Interviews), 505.806 Fälle	607 Mio. € pro Jahr

Quelle: IGES.

Aus dem Zeitbedarf pro Fall (15 h) und der Fallzahl (505.806) ergibt sich ein jährlicher Zeitbedarf von 7,6 Mio. Arbeitsstunden. Dies entspräche einer Zahl von 4.742 Vollzeitkräften (jährl. Arbeitsvolumen 1.600 h pro VK).

Der Einsatz von PL wird für die Krankenkassen nicht nur Mehrausgaben verursachen – wie einige Studien zeigen konnten, lassen sich durch den Einsatz von CM die Kosten stationärer Aufenthalte senken, Doppeluntersuchungen vermeiden und die Medikamentenadhärenz verbessern. 2016 lagen die durchschnittlichen Ausgaben der GKV für einen Belegungstag im Krankenhaus bei 513 Euro (Basis Krankenhausstatistik, DKG 2017). D. h., die Einsparungen infolge einer Verringerung der Krankenhaustage pro Fall um drei Tage würden bereits die Kosten für PL übersteigen.

8.4 Analyse der rechtlichen Implementationsmöglichkeiten

Im Folgenden sollen die rechtlichen Implementationsmöglichkeiten geprüft werden. Diese sind im Ansatz unabhängig davon, ob die Aufgaben des/der PL einem heute bereits im System des SGB V verankerten Leistungserbringer übertragen werden (Variante 2) oder ein neuer Leistungserbringer als PL geschaffen wird (Variante 3). Unterschiede ergeben sich nur in einzelnen Punkten und werden dort dann hervorgehoben.

8.4.1 Regelungskompetenz

Die Regelungskompetenz des Bundes für einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement durch eine/n PL ergibt sich aus Art. 72 Abs. 1, 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Einer Zustimmung des Bundesrates bedarf es nicht.

8.4.2 Ziel der Norm

Mit der Norm soll ein subjektiver Anspruch auf ein Versorgungsmanagement durch eine/n PL geschaffen werden. Dieser Anspruch muss sich so in das System des SGB V einpassen, dass die bestehenden Ansprüche nicht angetastet und funktionierende Konstruktionen zum Versorgungsmanagement bzw. zur Fallsteuerung nicht gestört werden.

PatientInnen mit komplexem medizinisch-pflegerischen Versorgungs- und daraus resultierendem Beratungs- und Unterstützungsbedarf sollen die notwendige Beratung und Unterstützung im Sinne eines umfassenden individuellen Versorgungsmanagements erhalten. Zur Analyse der rechtlichen Implementationsmöglichkeiten kann hierbei auf die bereits bestehenden Regelungen zum Fallmanagement und insbesondere wohl auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132 g SGB V zurückgegriffen werden. Anders als bei der zuletzt genannten Norm ist es jedoch erklärtes Ziel, nicht nur aus Patientensicht ungewollte Behandlungen zu vermeiden. Vielmehr geht es ganz bewusst auch darum, eine Effektivitätssteigerung durch Vermeidung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu erreichen. Angesprochen ist damit nicht (nur) die Information und Beratung des/der PatientIn, um ihm/ihr eine freie und eigenständige Entscheidung über seine/ihre Versorgung zu ermöglichen, sondern insbesondere eine individuelle Fallsteuerung, um dem/der PatientIn, aber auch den Leistungsträgern Doppelleistungen und Therapieverzögerungen zu ersparen.

Ansatzpunkt der Versorgungsoptimierung ist damit die individuelle Ebene. Gleichzeitig sollen die in diesem Rahmen verbesserte Kommunikation und Koordination zwischen den jeweils involvierten Leistungserbringern und erkannte Versorgungslücken zu einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen insgesamt führen. Deshalb spricht vieles dafür, ähnlich wie bei den Regelungen zur unabhängigen Patientenberatung nach § 65b SGB V eine institutionalisierte Rückmeldung an die Systemverantwortlichen zu implementieren.

Zu berücksichtigen bleibt, dass im Zentrum des Versorgungsmanagements durch PL weiterhin der/die PatientIn und seine/ihre bestmögliche medizinische Versorgung im Rahmen des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenversicherung stehen. Fallsteuerung und Versorgungsoptimierung sollen zu einem effektiveren Mitteleinsatz im Sinne der PatientInnen und des Versorgungssystems insgesamt führen, nicht aber bloß zur Mitteleinsparung. Darum ist jederzeit auf die Wahrung der Ansprüche und Rechte der betroffenen PatientInnen zu achten. Die Inanspruchnahme des Versorgungsmanagements ist freiwillig. Etwaige Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung darf nur nach vorheriger Information und darauf

basierender Einwilligung erfolgen. Der/die PatientIn darf nicht mit dem Ziel beraten werden, medizinisch-pflegerisch sinnvolle Leistungen nicht in Anspruch zu nehmen, um so Aufwendungen des Kostenträgers zu vermeiden.

8.4.3 Eckdaten

8.4.3.1 Leistungsberechtigte

Leistungsberechtigt sind Versicherte, die den beschriebenen komplexen medizinisch-pflegerischen Versorgungs- und damit einhergehend erhöhten Beratungs- und Unterstützungsbedarf haben. Die Regelung wird nur dann effektiv zur Anwendung kommen, wenn für die Leistungserbringer ohne besonderen Aufwand zu erkennen ist, wer ein entsprechendes Angebot erhalten soll. Gleichzeitig ist auch unter finanziellen Gesichtspunkten darauf zu achten, dass der Kreis der Leistungsberechtigten klar begrenzt wird. Zum einen muss der notwendige Einsatz an personellen und sächlichen Ressourcen in einem angemessenen Rahmen bleiben. Zum anderen wäre es zweckwidrig, Ressourcen auch für die Unterstützung von PatientInnen einzusetzen, bei denen eine Versorgungssteuerung weder zu einer Optimierung des Behandlungsverlaufs im Sinne des/der jeweiligen PatientIn noch zu einer Effektivitätssteigerung für das Versorgungssystem insgesamt führt.

a. Bestimmbarkeit der Leistungsberechtigten

Die Bestimmbarkeit des Kreises der Leistungsberechtigten ließe sich am ehesten durch Benennung von potentiell betroffenen Patientengruppen schon auf Gesetzesebene erreichen. Dabei könnten zum einen bestimmte Indikationen und Krankheitsbilder genannt werden, zum anderen aber auch bestimmte Situationen, in denen ein Unterstützungsbedarf typischerweise unabhängig vom jeweiligen Krankheitsbild besteht. So könnte der/die PatientIn mit chronischer oder psychischer Erkrankung genannt werden, genauso aber PatientInnen mit Migrationshintergrund, die aufgrund sprachlicher oder kultureller Barrieren ihren Versorgungsbedarf nicht selbst angemessen erkennen und organisieren können. Die Herausforderung wird darin bestehen, Typisierungen mit notwendigem aber auch ausreichendem Konkretisierungsgrad vorzunehmen.

b. Bestehen eines besonderen Beratungs- und Unterstützungsbedarfs

Darüber hinaus ist vorhersehbar, dass auch bei Zugehörigkeit zu einer der potentiell betroffenen Patientengruppen nicht immer ein besonderer Beratungs- und Unterstützungsbedarf bestehen wird. Dieser muss also individuell festgestellt werden. In diesem Zusammenhang stellt sich rechtssystematisch die Frage, ob der besondere Beratungs- und Unterstützungsbedarf zusätzliche Anspruchsvoraussetzung sein soll, oder ob ein Assessment, in dem der individuelle Bedarf festgestellt wird, schon Anspruchsinhalt ist und der Anspruch in den Fällen, in denen ein weitergehender Bedarf nicht festgestellt wird, damit bereits erfüllt ist.

Im Fall des Krankengeldfallmanagements nach § 44 Abs. 4 SGB V ist hier letzteres vertreten worden. Allerdings ist die Situation dort anders gelagert. Die Krankenkasse kennt die potentiell betroffene Patientengruppe aufgrund der Verpflichtung zur Zahlung von Krankengeld recht genau und kann selbst zielgerichtet auf die EmpfängerInnen von Krankengeld zugehen. Im gemeinsamen Gespräch kann dann geklärt werden, ob ein weiterer Beratungsbedarf notwendig ist, bzw. kann der/die Versicherte selbst entscheiden, ob er/sie die Beratung in Anspruch nehmen möchte. Die Krankenkasse ist also gleichzeitig Leistungsträger und Leistungserbringer auch bereits für die Feststellung des individuellen Bedarfs. Auch beim Anspruch auf individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist der Kreis der AnspruchsinhaberInnen durch den Leistungsbezug klar erkennbar und die Pflegekasse selbst ist grundsätzlich zuständiger Leistungserbringer.

Im Rahmen des allgemeineren Anspruchs auf Versorgungsmanagement ist konzeptionell zu beachten, dass die Feststellung des Bedarfs in Form eines Assessments schon mangels ausreichender Informationen über die PatientInnen nur schwerlich initiativ von der Krankenkasse ausgehen kann. Vielmehr soll hier der/die behandelnde Arzt/Ärztin verantwortlich sein. Das Versorgungsmanagement selbst wird dann aber von dem/der PL geleistet. Leistungsträger, Verantwortlicher für das Assessment und Leistungserbringer fallen hier also auseinander. Um die im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V und des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V festgestellten Umsetzungsprobleme durch unklare Zuständigkeitsverteilung und den Übergängen zwischen den unterschiedlichen Beteiligten zu vermeiden, sollte dieser konzeptionelle Unterschied hier auch in der rechtlichen Systematik nachvollzogen werden. Dies könnte zum einen durch die Teilung des Anspruchs in das Assessment einerseits und das weitergehende Versorgungsmanagement andererseits geschehen. Zum anderen könnte auch ein einheitlicher Anspruch konstruiert und etwa der/die behandelnde Arzt/Ärztin leistungserbringerrechtlich verpflichtet werden, auch ein entsprechendes Assessment bei allen PatientInnen, die den oben genannten Patientengruppen zuzuordnen sind, durchzuführen. In beiden Fällen stellt sich die Frage einer angemessenen Vergütung.

Geht man vom Sinn und Zweck der Einführung einer Begleitung betroffener PatientInnen durch PL aus, ist bei der Entscheidung für eine der beiden Regelungsvarianten zu bedenken, dass der/die PatientIn frühzeitig und nicht unbedingt erst auf eigene Initiative begleitet werden sollte. Müsste der/die PatientIn sich selbst um die Durchführung eines Assessments an anderer Stelle als beim ihn/sie behandelnden Leistungserbringer bemühen, würde das mindestens zu einem nicht unerheblichen Zeitverzug führen. In vielen Fällen liefe der Anspruch auf Versorgungsmanagement wohl sogar ins Leere. Dies ist schon bei der Soziotherapie nach § 37a SGB V als Problem identifiziert worden. Es muss also sichergestellt werden, dass ein Assessment durchgeführt wird. Dabei könnte eine Verpflichtung des Leistungserbringers gegenüber den Leistungsträgern zu einer höheren Verbindlichkeit führen als ein Anspruch des/der Versicherten, der von diesem/dieser im Zweifel selbst eingefordert und durchgesetzt werden müsste.

Darüber hinaus sollte beachtet werden, dass ein fehlendes oder älteres „negatives“ Assessment durch einen Leistungserbringer kein Ausschlusskriterium sein sollte, das zur Abweisung solcher Versicherter führt, die sich doch eigeninitiativ um ein Versorgungsmanagement bemühen. Beratungs- und Unterstützungsbedarfe können sich ändern. Auch bei an sich guter Gesundheitskompetenz kann ein Akutereignis temporär zu Überforderung führen. Es könnte darum sinnvoll sein, jedenfalls ein „positives“ Assessment durch einen ärztlichen Leistungserbringer nicht zur notwendigen Anspruchsvoraussetzung zu machen. Vielmehr sollte der Bedarf auch durch die Krankenkasse bzw. eine/n PL festgestellt werden können; ein entsprechendes ärztliches Assessment wäre aber hinreichend.

Nach alldem spricht vieles dafür, einen einheitlichen Anspruch auf Versorgungsmanagement gegen die Krankenkasse zu schaffen. Dieser umfasst auch die Ermittlung und Feststellung eines erhöhten Beratungsbedarfs. Eine vorherige positive Feststellung eines solchen Bedarfs durch ein ärztliches Assessment wäre damit keine notwendige Anspruchsvoraussetzung. Weil ein solches Assessment und eine darauf aufbauende Weiterleitung des/der PatientIn zu dem/der PL aber sinnvoll und in vielen Fällen auch notwendig sein werden, sollte derjenige Leistungserbringer, aus dessen Diagnose sich die Zugehörigkeit zu einer der potentiell betroffenen Patientengruppen ergibt, leistungserbringerrechtlich dazu verpflichtet werden, ein entsprechendes Assessment durchzuführen.

c. Informationsaustausch über die Leistungsberechtigung

Auch wenn datenschutzrechtliche Probleme bei den bestehenden Regelungen zum Versorgungsmanagement und zur Fallsteuerung bisher erst dann aufgetreten sind, wenn eine konkrete Beratung stattfinden soll, ist dieser Punkt hier eventuell schon früher zu bedenken. Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass anders als beim Krankengeldfallmanagement nach § 44 Abs. 4 SGB V und bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI der Krankenkasse bzw. der Pflegekasse durch den Leistungsbezug deutlich wird, welche Versicherten Bedarf haben könnten. Die Kassen können proaktiv auf diese Versicherten zugehen – im Fall der individuellen Pflegeberatung sind sie dazu sogar verpflichtet. Hier tritt das Problem auf, dass zusätzliche Kommunikation zwischen Leistungserbringern, der Krankenkassen oder aber – je nach institutioneller Anbindung – dem/der PL notwendig wird. Das ist jedenfalls dann der Fall, wenn man den/die PatientIn nicht schlicht mit der „Empfehlung“, sich auf Grundlage des durchgeführten Assessments ein Versorgungsmanagement selbst zu beschaffen, in das Versorgungssystem entlassen möchte.

Eine ähnliche Problematik stellt sich beim Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V. Dort hat der Gesetzgeber schon im Gesetzestext Leistungserbringer sowie Kranken- und ggf. Pflegekassen in die Pflicht genommen und in der Gesetzesbegründung klargestellt, dass es sich um eine gemeinsame Aufgabe handle. Übertragen auf den fraglichen Anspruch auf Versorgungsmanagement bedeutete dies, dass auch hier eine Kommunikation zwischen den das Assessment durchführenden Leistungserbringern und der jeweiligen Krankenkasse stattfinden könnte. Dies

wäre nur dann notwendig, wenn festgestellt wird, dass die Beratung und Unterstützung durch eine/n PL sinnvoll wäre. Erlangt die Krankenkasse diese Information, kann sie parallel zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI dem/der PatientIn einen Beratungstermin anbieten. Dies erfordert jedoch zumindest eine Übermittlung der grundlegenden Patientendaten, für den es entweder einer gesetzlichen Ermächtigung oder einer Einwilligung des/der PatientIn bedarf. Mit Blick auf die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme und den Anspruchscharakter, der zunächst auch die Rechte des/der PatientIn stärken soll, scheint die Normierung der Notwendigkeit einer schriftlichen Einwilligung parallel zum Entlassmanagement in § 39 Abs. 1a S. 11-13 SGB V angebracht.

8.4.3.2 Leistungsinhalt

Die Leistungen im Rahmen des Anspruchs auf Versorgungsmanagement sollen insgesamt dazu führen, dass der/die informierte und beratene PatientIn seine Behandlungsbedarfe kennt und bei geeigneten Leistungserbringern wahrnimmt. Der/die PatientIn soll zudem eine zentrale Ansprechperson haben, die ihn/sie bei der Wahrnehmung der notwendigen Leistungen unterstützt und ggf. koordinierend tätig wird. Der/die PL soll aber auch dabei behilflich sein, die bestehenden Leistungsansprüche gegenüber den Leistungsträgern geltend zu machen.

In den bisherigen Regelungen zu Ansprüchen auf Versorgungsmanagement kann zur Konkretisierung insbesondere auf die individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V zurückgegriffen werden. Mit der individuellen Pflegeberatung soll der erhebliche Beratungs- und Unterstützungsbedarf von Pflegebedürftigen durch eine persönliche Ansprechperson aufgefangen werden, die Hilfe und Unterstützung bei Auswahl und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne eines Fallmanagements bietet. Was der Gesetzgeber darunter versteht, hat er in der Norm selbst detailliert niedergelegt. Ziel der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist es hingegen, PatientInnen durch Beratung und Information Ängste zu nehmen und ihre Selbstbestimmung hinsichtlich der unterschiedlichen Behandlungsalternativen am Lebensende zu stärken. Dies wird jedenfalls nicht in jedem Fall auch Ziel der Betreuung durch eine/n PL sein. Hier geht es vielmehr darum, die notwendige Behandlung und den Fortgang der Therapie zu sichern, Mehrfachbehandlungen zu vermeiden und dadurch letztendlich die Effektivität des Versorgungssystems zu steigern. Dennoch kann der Behandlungsbedarf bei bestimmten Krankheitsbildern auch vom Patientenwillen abhängen. Zum anderen ist Voraussetzung einer durch § 132g SGB V angestrebten selbstbestimmten Entscheidung des/der PatientIn, dass er/sie über seine/ihre Ansprüche und die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten informiert ist. Zudem sollen die BeraterInnen nach § 132g SGB V ebenso wie der/die PL koordinierende Funktion haben, sodass insgesamt auch einzelne Regelungen des § 132g SGB V Vorbildfunktion für den Anspruch auf Versorgungsmanagement durch eine/n PL haben können.

Mit Bezug auf die oben ausführlich dargestellten Ansprüche bzw. Leistungen nach den §§ 7a SGB XI, 132 g SGB V, sollten die Inhalte des Versorgungsmanagements schon im Gesetzestext niedergelegt sein. Aufgabe des/der PL wäre es dann,

- ♦ den individuellen Hilfebedarf systematisch zu erfassen und zu analysieren,
- ♦ einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen medizinisch-pflegerischen Leistungen zu erstellen,
- ♦ auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken
- ♦ und die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen.

Die Erfassung und Analyse des individuellen Hilfebedarfs deckt sich nur teilweise mit dem Assessment des Leistungserbringers. Letzteres führt zunächst nur zur Feststellung eines besonderen Beratungs- und Unterstützungsbedarfs. Die Arbeit des/der PL geht darüber hinaus und umfasst, ähnlich wie für die gesundheitliche Versorgungsplanung in § 132g SGB V festgelegt, eine umfassende Beratung des/der PatientIn und eine Fallbesprechung. In dieser wird auf Grundlage der erfassten Hilfebedarfe und der notwendigen medizinischen Maßnahmen ein individueller Versorgungsplan erstellt.

Der/die PL stellt – wie der/die PflegeberaterIn – im Versorgungsplan auch Hinweise zu dem örtlich vorhandenen Leistungsangebot zusammen und hilft – falls notwendig – bei der Terminvereinbarung und -koordinierung. Dabei ist mit Blick auf die freie Wahl von Leistungserbringern zu beachten, dass der Versorgungsplan auch hier nur empfehlenden Charakter haben kann.

Wie genau der/die PL dabei helfen kann, erforderliche Maßnahmen durch den jeweiligen Leistungsträger genehmigen zu lassen, hängt maßgeblich von seiner/ihrer institutionellen Anbindung ab. Im Fall der Pflegeberatung kann der/die PflegeberaterIn – soweit er/sie Beschäftigte/r der entsprechenden Pflegekasse ist und soweit er/sie Entscheidungsbefugnis hat – über Leistungsansprüche auch selbst entscheiden. Welche Konstellationen hier möglich und sinnvoll sind, ist aber nicht nur eine juristische Frage. Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung ist erheblich weniger von Genehmigungsentscheidungen der jeweiligen Krankenkasse geprägt. Vielmehr trifft hier im Regelfall der/die Arzt/Ärztin die Entscheidung, ob eine bestimmte ärztliche Leistung angewandt wird oder eine medizinische oder sonstige Leistung verordnet wird. Es wäre deshalb zu prüfen, ob beim Versorgungsmanagement durch eine/n PL überhaupt ein Bedürfnis zur Verbindung von Beratung und Leistungsentscheidung besteht.

Der/die PL bleibt im Idealfall ständige Ansprechperson des/der PatientIn. Es gehört auch zu seinen/ihren Aufgaben, die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen bzw. abzuklären und gegebenenfalls sicherzustellen. Ändern sich Bedarfe, muss der Versorgungsplan entsprechend angepasst werden.

b. Beteiligung von Leistungserbringern

Das Versorgungsmanagement soll dazu führen, dass möglichst zügig und ohne überflüssige oder verzögernde Maßnahmen ein Behandlungserfolg oder aber jedenfalls der durch die Behandlung angestrebte gesundheitliche Zustand des/der PatientIn erreicht wird und stabil bleibt. Es ist von vornherein ersichtlich, dass dies die Zusammenarbeit mit den in erster Linie behandelnden ärztlichen Leistungserbringern erfordert. Deshalb sind der/die Hausarzt/-ärztin und gegebenenfalls der/die wesentlich befasste Facharzt/-ärztin in die Erstellung des Versorgungsplans einzubeziehen. Dies kann durch Hinzuziehung in die Fallbesprechung geschehen, was sich möglicherweise aber ob der zeitlichen Auslastung der beteiligten Leistungserbringer als nicht praktikabel herausstellen wird. Jedenfalls würden damit erneut Vergütungsfragen aufgeworfen. Der Versorgungsplan könnte andererseits auch den Leistungserbringern zur Durchsicht übersandt werden. Die Anbindung der Aufgaben des/der PL bei den VertragsärztInnen (wie in Variante 2) hätte gegenüber völlig eigenständigen PL (Variante 3) den Vorteil, dass der/die behandelnde Hausarzt/-ärztin über sein/ihr Personal automatisch in die Erstellung des Versorgungsplans eingebunden wäre. Schnittstellenprobleme würden hier vermieden. Allerdings wäre der Versorgungsplan in dieser Ausgestaltung abhängig von der Zustimmung des/der Hausarztes/-ärztin. Dies kann mit Blick auf die geforderte Neutralität und Unabhängigkeit eines/einer PL jedoch auch kritisch gesehen werden.

c. Untergesetzliche Regelung

Parallel zum Entlassmanagement, zur individuellen Pflegeberatung und zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase empfiehlt es sich, näheres zur Ausgestaltung und Umsetzung untergesetzlich zu regeln bzw. regeln zu lassen. Parteien einer entsprechenden Vereinbarung müssten mindestens der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sein, ggf. auch weitere Verbände von Leistungserbringern und Trägern.

d. Datenschutz

Eine umfassende Beratung und die Erstellung eines Versorgungsplans, insbesondere aber die Koordination von Leistungserbringern und die Überwachung der Durchführung des Versorgungsplans werden Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Patientendaten erfordern. Auch hier empfiehlt es sich, ein entsprechendes Einwilligungserfordernis gesetzlich festzulegen. Die Einwilligung darf nur schriftlich und nach ausführlicher Information erfolgen. Es dürfen zudem nur Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wenn und soweit dies für den Zweck des Versorgungsmanagements unbedingt erforderlich ist. Auch hierzu sollten die Parteien in der oben genannten Vereinbarung genauere Vorgaben machen. Zu bedenken ist

schließlich, dass in jedem konkreten Fall auch eine Schweigepflichtentbindung notwendig ist. Bei der Erstellung eines Musterformblatts sollte dieser Aspekt berücksichtigt werden.

8.4.3.3 Leistungserbringer

Leistungserbringer im engeren Sinne sind hier die für das Versorgungsmanagement zuständigen PL. Aus der obigen Aufgabenbeschreibung geht auch das Anforderungsprofil hinsichtlich fachlicher wie persönlicher Kompetenzen hervor. PL benötigen zur Erfüllung ihrer Aufgaben vertiefte medizinisch-pflegerische und sozialleistungsrechtliche Kenntnisse. Ihre Arbeitsweise muss kommunikativ, einfühlsam und ausgleichend in der Beratung, gleichzeitig aber auch strukturiert und durchsetzungsstark in der Koordinierung sein. Neben einer beruflichen Grundqualifikation sollten sich diese Kompetenzen in Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen sowie in entsprechender Berufserfahrung in der Versorgungspraxis widerspiegeln. Aus rechtlicher Sicht ist es empfehlenswert, diese Anforderungen detailliert in der untergesetzlichen Regelung festzuschreiben. Parallel zur erst kürzlich getroffenen Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V könnte darin auch eine spezielle Weiterbildung zum/zur PL im Sinne der Norm ausgestaltet werden. Ebenfalls als Leistungserbringer zu nennen sind zumindest die das Assessment durchführenden ÄrztInnen. Hier bestehen keine besonderen Anforderungen. Der zusätzliche Aufwand wird ggf. wie oben bereits beschrieben vergütet werden müssen.

Die Anforderungen an die Qualifikation des Leistungserbringers sind unabhängig von seiner institutionellen Anbindung. Sollen die Aufgaben eines/einer PL durch Beschäftigte bei VertragsärztInnen oder im Krankenhaus erfüllt werden (Variante 2), müssen die Beschäftigten entsprechend fortgebildet werden oder aber Beschäftigte eingestellt werden, die den Anforderungen entsprechen. Beim Rückgriff auf bestehende Beschäftigtenkreise ist zu beachten, dass das Anforderungsprofil auch hinsichtlich der persönlichen Kompetenzen von diesen Beschäftigten zu erfüllen ist und eine schlichte Aufgabenübertragung nicht in jedem Einzelfall völlig unproblematisch ist. Schließlich müsste bei einer Ausgestaltung nach Variante 2 sichergestellt werden, dass den Beschäftigten auch ausreichend Zeit für die Erfüllung der Aufgaben eingeräumt wird. Geht man davon aus, dass Beschäftigte bei VertragsärztInnen und Krankenhäusern heute bereits ausgelastet sind, müsste sich die Aufgabenübertragung in einer Aufgabenentlastung auf der einen oder eine Erhöhung der Wochenarbeitszeit auf der anderen Seite niederschlagen. Unter diesem Gesichtspunkt wäre die Einführung von PL als eigenständige Leistungserbringer (Variante 3) wohl konsequenter.

8.4.3.4 Leistungsträger

Der Anspruch richtet sich gegen die jeweilige Krankenkasse. Sie hat die Leistungen zu finanzieren. Sollen die Leistungen nicht durch Angestellte der Krankenkassen erbracht werden, oder sollen Räumlichkeiten oder Einrichtungen anderer Träger

genutzt werden, müssen Vergütungsvereinbarungen bzw. die Übernahme von Sach- und Personalkosten durch untergesetzliche Vereinbarung geregelt werden.

8.4.4 Anspruchsvoraussetzungen

Die Ausführungen zum leistungsberechtigten Personenkreis lassen sich insofern verallgemeinern, als zusätzliche Anspruchsvoraussetzungen zwar zur konsequenteren Zweckbindung der Norm führen können. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass damit auch der Zugang zur Leistung für Personengruppen erschwert wird, die der Gesetzgeber nicht von vornherein als potentiell betroffen erkannt hat oder aber für Einzelfälle, die auch außerhalb der erfassten Gruppen und Lebenssituationen immer wieder auftreten können. Es erscheint deshalb empfehlenswert, keine weiteren Anspruchsvoraussetzungen zu benennen, sondern im Einzelfall in der Beratungsphase festzustellen, ob ein komplexer Versorgungsbedarf mit entsprechenden Beratungs- und Unterstützungsbedarfen vorliegt.

8.4.5 Regelungsvorschlag

Unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen wird folgender Regelungsvorschlag unterbreitet:

Anspruch auf Versorgungsmanagement

(1) ¹Versicherte mit einem besonderen individuellen Beratungsbedarf haben einen Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf ein gesundheitliches Versorgungsmanagement durch eine/n PL, soweit nicht bereits speziellere Ansprüche bestehen. ²Aufgabe des Versorgungsmanagements ist es insbesondere,

1. den individuellen Hilfebedarf systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen medizinisch-pflegerischen Leistungen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. und die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen.

³Bei der Erstellung des Versorgungsplans ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen. ⁴Die Unabhängigkeit der Beratung ist sicherzustellen. ⁵Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des/der Versicherten erfolgen. ⁶Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. ⁷Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.

(2) Ein besonderer individueller Beratungsbedarf besteht insbesondere bei Versicherten mit besonders schwerem und komplexem Krankheitsbild, bei älteren Versicherten mit komplexem Versorgungsbedarf, bei Versicherten, die unter chronischen oder psychischen Erkrankungen leiden und bei Versicherten, die aufgrund sprachlicher oder kultureller Barrieren ihren Versorgungsbedarf nicht selbst angemessen erkennen und organisieren können.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in Empfehlungen das Nähere über die Inhalte und über die Anforderungen an die Leistungserbringer des Versorgungsmanagements nach den Absätzen 1 bis 2 fest. ²Er vereinbart mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere über die Bedarfsermittlung und die Zusammenarbeit der ärztlichen Leistungserbringer mit den PL.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum XX.XX.XXXX und danach alle drei Jahre über die Entwicklung des Versorgungsmanagements durch einen PL. ²Dabei soll auch auf Erkenntnisse zu bestehenden Versorgungslücken und zusätzlichen Versorgungsbedarfen hingewiesen werden.

8.4.6 Weitere rechtliche Probleme

8.4.6.1 Systematische Verortung und Verhältnis zu anderen Ansprüchen

Ein Anspruch des/der Versicherten gegen seine Krankenkasse ist im Leistungsrecht des SGB V zu verorten, müsste also in den §§ 11 ff. SGB V geregelt werden. Dort findet sich bereits der allgemeine Anspruch auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V. Die Norm ist zwar erkennbar auf die Probleme beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche gerichtet. Nach dem Wortlaut von Satz 1 der Vorschrift besteht der Anspruch auf Versorgungsmanagement jedoch nur „insbesondere“ zur Lösung dieser Probleme. Damit muss der Anwendungsbereich insgesamt weiter sein. Da sich dem Wortlaut keine Hinweise auf weitere Anwendungsfälle entnehmen lassen und der Anspruch systematisch gleich zu Beginn des Leistungsrechts prinzipiell auch alle Leistungsarten und -bereiche umfasst, könnte er als allgemeiner Anspruch auf Versorgungsmanagement aufgefasst werden. Das Versorgungsmanagement durch eine/n PL könnte dann neben der Problemlösung beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche ein weiterer Anwendungsfall sein. Diese Deutung der Norm steht dem in der Gesetzesbegründung formulierten gesetzgeberischen Willen, den Übergang zwischen den Versorgungssektoren zu moderieren, zurzeit allerdings entgegen, sodass die Konzeption des § 11 Abs. 4 SGB V grundlegend überdacht werden müsste. Es würde sich anbieten, den § 11 Abs. 4 SGB V gänzlich ohne Anwendungsfälle zu formulieren und dem Versorgungsmanagement grundsätzlich den Zweck einer besseren Strukturierung des Behandlungsverlaufs und damit auch der Effektivierung des Versorgungssystems zuzusprechen. Die einzelnen Anwendungsfälle könnten dann in gesonderten Normen formuliert werden und würden in § 11 Abs. 4 SGB V eine allgemeingültige Basis finden.

Neben der grundsätzlichen Verortung des Anspruchs auf das Versorgungsmanagement durch eine/n PL ist im Einzelnen das Verhältnis zu anderen Regelungen zum Versorgungsmanagement oder zur Fallsteuerung zu klären.

a. Entlassmanagement

Das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V hat mit der Entlassung des/der PatientIn aus dem Krankenhaus einen enger begrenzten Anwendungsbereich und soll gewährleisten, dass der/die PatientIn ohne medizinisch problematische Versorgungslücken in den anderen Versorgungsbereichen weiterversorgt und eine zügige Wiedereinweisung verhindert wird. Das Versorgungsmanagement durch eine/n PL soll erkennbar andere Probleme lösen und ist auch auf der Leistungsseite umfassender. Es wird der Krankenhausentlassung typischerweise zeitlich nachfolgen. Damit stellt sich jedoch die Frage, ob beide Ansprüche nicht sinnvollerweise so miteinander verknüpft werden sollten, dass für die potentiell betroffenen Patientengruppen im Entlassplan die Kontaktaufnahme zum/zur PL vermerkt wird. So könnten der/die PatientIn selbst, aber auch die Leistungserbringer in der Anschlussversorgung für das Angebot sensibilisiert werden.

b. Soziotherapie

Die Soziotherapie nach § 37a SGB V dient der Vermeidung von medizinisch unnötigen Krankenhausbehandlungen, indem sie die Leistungsempfänger dabei unterstützen soll, die ihnen zustehenden Leistungen in der ambulanten Versorgung wahrzunehmen. Dies soll durch die Aufstellung eines Behandlungsplans, der Unterstützung bei dessen Durchführung und ggf. auch durch die Koordinierung der Leistungen durch einen gesonderten Leistungserbringer erfolgen. Damit ergeben sich deutliche Überschneidungen mit dem Anspruch auf Versorgungsmanagement durch eine/n PL für die PatientInnen mit einer schweren psychischen Erkrankung, soweit sie einen Anspruch nach § 37a SGB V haben. Dieser Anspruch scheint hier spezieller zu sein. Allerdings wäre es bei der Neuregelung anzuraten, die Qualifikationsanforderungen an Leistungserbringer nach § 37a SGB V genauer zu definieren. Gegebenenfalls könnten Patientenlotsen mit spezieller Orientierung die Leistung nach § 37a SGB V ebenfalls übernehmen. Das könnte Ressourcen sparen und Abgrenzungsprobleme und Informationsverluste verhindern.

c. Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Ähnlich wie die Soziotherapie nach § 37a SGB V dienen die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V der Vermeidung von stationären Aufenthalten und Wiedereinweisungen wegen Problemen in der Anschlussversorgung. Dementsprechend ähneln sich die Leistungsinhalte, wobei § 43 Abs. 2 SGB V auf die besondere Situation von Kindern und Jugendlichen in mit der chronischen oder schweren Krankheit überforderten familiären Strukturen zugeschnitten ist. Insofern ergeben sich auch hier Überschneidungen zu den Aufgaben eines Patientenlotsen. Der Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen ist allerdings spezieller. Die Leistungserbringer benötigen die dargestellten besonderen

Kompetenzen und Qualifikationen, sodass eine Übernahme der Aufgaben durch einen Patientenlotsen nicht ohne weiteres möglich erscheint.

d. Krankengeldfallmanagement

Das Krankengeldfallmanagement nach § 44 Abs. 4 SGB V ist eine spezielle Regelung zum Fallmanagement für PatientInnen, die Krankengeld beziehen. Auch hier wird nach einem Assessment eine Zusammenstellung passgenauer Leistungen, also eine Art Versorgungsplan erstellt und dessen Umsetzung unterstützt. Ziel ist in jedenfalls teilweiser Übereinstimmung mit dem Versorgungsmanagement durch eine/n PL die Verbesserung der Versorgungsqualität und der Versorgungskontinuität für betroffene Versicherte. Der enge Anwendungsbereich und das damit verbundene spezielle Leistungsspektrum in einem recht klar abgrenzbaren Teil des Versorgungssystems lassen hier ein Nebeneinander der speziellen Norm des § 44 Abs. 4 SGB V und des allgemeineren Anspruchs auf Versorgungsmanagement als sinnvoll erscheinen.

e. Pflegeberatung

Die individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI kann als Parallel-Vorschrift zum Anspruch auf ein Versorgungsmanagement durch eine/n PL im SGB V eingeordnet werden. Das hat zur Folge, dass das Verhältnis beider Ansprüche mit der Einführung geklärt werden muss. Das Leistungsspektrum des Anspruchs nach § 7a SGB XI ist weitergehend, weil er sowohl pflegerische und medizinische als auch weitere Hilfsangebote, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, umfasst. Der persönliche Anwendungsbereich wiederum ist insofern enger gefasst, als er nur Personen umfasst, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten oder einen entsprechenden Antrag gestellt und erkennbar einen Hilfe- und Beratungsbedarf haben. Losgelöst von der bestehenden Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung wäre es deshalb durchaus sinnvoll, über eine Zusammenführung beider Maßnahmen nachzudenken. Dies könnte über die Ausweitung des Anwendungsbereichs von § 7a SGB XI auch für die hier in den Blick genommenen Patientengruppen ermöglicht werden. Die bestehende rechtliche Trennung der beiden Leistungsbereiche wird aber erkennbar zu systematischen Schwierigkeiten führen. Eine Alternative wäre es deshalb, das Versorgungsmanagement durch PL als Anspruch des/der PatientIn gegen seine/ihre Krankenkasse im SGB V zu normieren, die Durchführung aber den PflegeberaterInnen nach § 7a SGB XI zu übertragen. Die Pflegekassen würden dafür von den Krankenkassen vergütet. Auch hier wären weitere rechtssystematische, datenschutzrechtliche und andere Fragen zu klären. Es erscheint aber weder im Hinblick auf das Regelungsziel noch auf den Ressourcenbedarf sinnvoll, beide Instrumente in einem ungeregelten Verhältnis parallel laufen zu lassen.

f. Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V verfolgt mit der Ermöglichung einer selbstbestimmten Entscheidung

des/der PatientIn über seine Versorgung am Lebensende grundsätzlich einen teilweise abweichenden Regelungszweck. Persönlicher Anwendungsbereich und Leistungsinhalt können sich zwar mit dem Versorgungsmanagement durch eine/n PL überschneiden. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Beratungsinhalte bzw. -schwerpunkte, der daraus resultierenden unterschiedlichen Anforderungsprofile an die BeraterInnen bzw. PL und die unterschiedliche institutionelle Anbindung ist es dennoch sinnvoll, beide Angebote getrennt voneinander zu erbringen. Allerdings hat der/die gegebenenfalls tätige PL die Ergebnisse der gesundheitlichen Versorgungsplanung bei Aufstellung und Aktualisierung des Versorgungsplans zu berücksichtigen. Insofern ist auf § 132g Abs. 2 SGB V zu verweisen, nach dem dann auch der/die zuständige PL unterrichtet und eingebunden werden sollte.

Die unabhängige Patientenberatung nach § 65b SGB V bliebe von der Einführung eines Anspruchs auf Versorgungsmanagement durch eine/n PL unberührt. Ihre Aufgabe ist die unabhängige Beratung der PatientInnen in allgemeinen gesundheitlichen Fragen und insbesondere zu Fragen, die die Rechtsverhältnisse zwischen PatientIn und Leistungsträger wie auch Leistungserbringer betreffen. Diese Aufgabe wird durch die Einführung eines allgemeineren Anspruchs auf ein Versorgungsmanagement nicht obsolet.

8.4.6.2 Unabhängigkeit der Beratung

Es ist immer wieder darauf hingewiesen worden, dass die Beratung durch den/die PL einer gewissen Unabhängigkeit von den Interessen der Krankenkassen und Leistungserbringern bedarf. Dieses Problem ist bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI deshalb in den Fokus der wissenschaftlichen und praktischen Diskussion geraten, weil der/die PflegeberaterIn gleichzeitig Beschäftigte/r der Pflegekasse und damit wirtschaftlich und persönlich abhängig vom Träger der Leistung ist, über deren Inanspruchnahme beraten werden soll. Während in der Literatur intensiv über Modelle der arbeitsrechtlichen Weisungsfreiheit für PflegeberaterInnen diskutiert wurde, hat der Gesetzgeber bisher keinen Handlungsbedarf gesehen. Die Problematik besteht prinzipiell auch beim Versorgungsmanagement durch eine/n PL, wenn diese/r Beschäftigte der Krankenkasse ist, weshalb diese Umsetzungsvariante hier bereits ausgeschlossen worden ist. Gleichwohl ist erneut darauf hinzuweisen, dass die Krankenkasse als Leistungsträger im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich seltener unmittelbar gegenüber dem/der PatientIn Leistungsentscheidungen trifft, als dies im Recht der gesetzlichen Pflegeversicherung der Fall ist. Jedenfalls für den Bereich der ärztlichen Leistungen dürfte der Einwand der mangelnden Unabhängigkeit deshalb hier weniger schwer wiegen.

Werden die Aufgaben eines/einer PL ärztlichen Leistungserbringern übertragen (Variante 2), muss beachtet werden, dass insbesondere der/die Hausarzt/-ärztin im System der gesetzlichen Krankenversicherung – etwa durch die Verordnung nichtärztlicher Leistungen – eine zentrale Rolle bei der Konkretisierung und Gewährung von Leistungsansprüchen einnimmt. Soll ein/e PL bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen auch gegenüber Leistungserbringern unterstützen,

könnten sich hier Konflikte ergeben. Zudem müsste in besonderem Maße sichergestellt werden, dass bei der Analyse der Leistungsbedarfe des/der PatientIn Neutralität gewahrt bleibt. Der/die Vertragsarzt/-ärztin dürfte seine/ihre Position nicht dazu nutzen, durch die Übernahme der Aufgaben des/der PL zusätzliche Leistungsbedarfe zu seinem/ihrem eigenen wirtschaftlichen Vorteil zu generieren. Zwar können die rechtlichen Instrumente zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlung und die entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen zur Prävention und Kontrolle genutzt werden. Soll aber schon jeder Anschein mangelnder Unabhängigkeit der Entscheidungen des/der PL vermieden werden, ist in dieser Hinsicht die Implementierung eines eigenständigen Leistungserbringers als PL (Variante 3) zu empfehlen.

Zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132 g SGB V ist vereinzelt kritisch angemerkt worden, dass eine Beratung zur Vermeidung ungewollter Behandlungen am Lebensende nicht mit dem Ziel von Kostensenkungen durchgeführt werden dürfte. Die Steigerung der Effektivität des Versorgungssystems ist zwar auch erklärtes Ziel der Einführung eines Versorgungsmanagements durch eine/n PL. Zum einen erfolgen die Beratung und Fallsteuerung hier aber regelmäßig nicht im sensiblen Bereich von Behandlungen am Lebensende. Die Feststellung des Patientenwillens im Sinne einer Patientenverfügung, die in Situationen am Lebensende gewährleisten soll, dass der Wille des/der PatientIn rechtssicher erkannt und umgesetzt werden kann, ist nicht Bestandteil der Leistungen des Versorgungsmanagements durch den/die PL. Zum anderen ist anzumerken, dass im Zentrum des Versorgungsmanagements ein strukturierter und erfolgreicher Behandlungsverlauf im Sinne des/der PatientIn stehen soll. Kostenaspekte sind dann nur die Folge eines solchen dem/der PatientIn dienenden Versorgungsmanagements. Insgesamt ist also davon auszugehen, dass die hier vorgeschlagene gesetzliche Fixierung der Unabhängigkeit der Beratung zunächst ausreichend ist.

8.4.6.3 Haftung

Wie bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gilt auch für das Versorgungsmanagement durch eine/n PL bei Beratungsfehlern der sozialrechtliche Herstellungsanspruch. Sind dessen Voraussetzungen etwa bei fehlerhaften Auskünften des/der PL erfüllt, ist der Anspruch darauf gerichtet, dass dem/der PatientIn die Leistung zukommt, auf die er/sie einen gesetzlichen Anspruch hat.

9. Literaturverzeichnis

- Aliotta SL, Grieve K, Giddens JF, Dunbar L, Groves C, Frey K & Boulton C (2008): Guided care: a new frontier for adults with chronic conditions. *Prof Case Manag* 13(3), 151-158; quiz 159-160. DOI: 10.1097/01.PCAMA.0000319968.76605.b3.
- Askew DA, Togni SJ, Schluter PJ, Rogers L, Egert S, Potter N, Hayman NE, Cass A & Brown ADH (2016): Investigating the feasibility, acceptability and appropriateness of outreach case management in an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service: a mixed methods exploratory study. *BMC Health Serv Res* 16, 178. DOI: 10.1186/s12913-016-1428-0.
- Assmann C, Borchers U, Iseringhausen O, Körner H-C, Liebe C, Rethmeier-Hanke A & Wedmann B (2013): Regionales Versorgungskonzept Geriatrie (RVG): Berichterstattung und Evaluation.
- Bär M, Schönmeyer-Gieck P & Süss E (2015): Vom Heim nach Hause. Abschlussbericht eines Modellprojektes zur Beratung von Kurzzeitpflegegästen nach Krankenhausaufenthalt. Mai 2015. Universität Heidelberg: Institut für Gerontologie. Heidelberg.
- Battersby M, Harvey P, Mills PD, Kalucy E, Pols RG, Frith PA, McDonald P, Esterman A, Tsourtos G, Donato R, Pearce R & McGowan C (2007): SA HealthPlus: a controlled trial of a statewide application of a generic model of chronic illness care. *Milbank Q* 85(1), 37-67. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2007.00476.x.
- Berthold HK, Bestehorn KP, Jannowitz C, Krone W & Gouni-Berthold I (2011): Disease management programs in type 2 diabetes: quality of care. *Am J Manag Care* 17(6), 393-403. ISSN: 1088-0224.
- Birkner B (2015): Einführung in das Versorgungsmanagement. Studienheft für die Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft. https://www.apollon-hochschule.de/fileadmin/content/pdf/Probekapitel_Versorgungsmanagement_VEMAM01.pdf [Abruf am: 14.11.2017].
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K (2002): Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA* 288 (14), 1775 - 1779.
- Boltz M, Resnick B, Chippendale T & Galvin J (2014): Testing a family-centered intervention to promote functional and cognitive recovery in hospitalized older adults. *J Am Geriatr Soc* 62(12), 2398-2407. DOI: 10.1111/jgs.13139.
-

- Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, Leff B, Brager R, Dunbar L, Wolff JL & Wegener S (2007): Guided care for multimorbid older adults. *Gerontologist* 47(5), 697-704. ISSN: 0016-9013 (Print).
- Boyd CM, Reider L, Frey K, Scharfstein D, Leff B, Wolff J, Groves C, Karm L, Wegener S, Marsteller J & Boulton C (2010): The Effects of Guided Care on the Perceived Quality of Health Care for Multi-morbid Older Persons: 18-Month Outcomes from a Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine* 25(3), 235-242. DOI: 10.1007/s11606-009-1192-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2839336/>.
- Boyd CM, Shadmi E, Conwell LJ, Griswold M, Leff B, Brager R, Sylvia M & Boulton C (2008): A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *J Gen Intern Med* 23(5), 536-542. DOI: 10.1007/s11606-008-0529-9.
- Britto MT, Vockell AL, Munafo JK, Schoettker PJ, Wimberg JA, Pruett R, Yi MS & Byczkowski TL (2014): Improving outcomes for underserved adolescents with asthma. *Pediatrics* 133(2), e418-427. DOI: 10.1542/peds.2013-0684.
- Counsell SR, Callahan CM, Tu W, Stump TE & Arling GW (2009): Cost analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders care management intervention. *J Am Geriatr Soc* 57(8), 1420-1426. ISSN: 0002-8614.
- Der Hausarzt (2016): Multimorbid? Ein Fall für die Case-Managerin! *Der Hausarzt* (11), 38-39. <http://www.derhausarzt.eu/hausarzt/2016/11/38-39.pdf> [Abruf am: 14.06.2017].
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (2014): Familiengesundheitspflege. <https://www.dbfk.de/de/themen/Familiengesundheitspflege.php> [Abruf am: 29.06.2017].
- Deutscher Bundestag (16. Wahlperiode) (2007): Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bundestagsdrucksache 16/6339. 07.09.2007. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [Abruf am: 13.04.2018].
- Deutscher Bundestag (18. Wahlperiode) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Bundestagsdrucksache 18/10210. 02. November 2016. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
-

- <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/102/1810210.pdf> [Abruf am: 13.04.2018].
- Deutscher Bundestag (2017): Diagnosen nicht unzulässig beeinflussen. Gesundheit/Anhörung - 13. Februar 2017. hib 81/2017. https://www.bundestag.de/presse/hib/2017_02/-/493176 [Abruf am: 13.04.2018].
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Hrsg.) (2017): Leitlinie S3 – Multimorbidität. AWMF-Register-Nr. 053-047. DEGAM-Leitlinie Nr. 20. Berlin.
- Dill H & Gmür W (2014): Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner. Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP). <https://www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/3441248.pdf> [Abruf am: 15. Mai 2017].
- Ebrahimi Z, Dahlin-Ivanoff S, Eklund K, Jakobsson A & Wilhelmson K (2015): Self-rated health and health-strengthening factors in community-living frail older people. *Journal of advanced nursing* 71(4), 825-836. DOI: 10.1111/jan.12579. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25430563> [Abruf am: 15. Mai 2017].
- Fagan PJ, Schuster AB, Boyd C, Marsteller JA, Griswold M, Murphy SM, Dunbar L & Forrest CB (2010): Chronic care improvement in primary care: evaluation of an integrated pay-for-performance and practice-based care coordination program among elderly patients with diabetes. *Health Serv Res* 45(6 Pt 1), 1763-1782. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01166.x.
- Fireman B, Bartlett J & Selby J (2004): Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Aff (Millwood)* 23(6), 63-75. ISSN: 0278-2715 (Print)0278-2715.
- Freie und Hansestadt Hamburg & Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2016): Dokumentation. Experten-Gespräch zum Präventiven Hausbesuch. 17. Juni. Hamburg.
- Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Gondan M, Rochon J, Gerlach FM & Szecsenyi J (2016): Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med* 164(5), 323-330. DOI: 10.7326/m14-2403.
- Gaertner B, Herzog A, Holzhausen M, Schmidt S (2015): „Case-management“-Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland. *Z Gerontol Geriat* 2015 48, 529–538. DOI 10.1007/s00391-014-0839-y.
-

- Gemeinsamer Bundesausschuss - Innovationsausschuss (o. J.): STROKE OWL – Sektorübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/stroke-owl-sektoruebergreifend-organisierte-versorgung-komplexer-chronischer-erkrankungen-schlaganfall-lotsen-in-ostwestfalen-lippe.105> [Abruf am 13.04.2018].
- Gesundheitsregionen Niedersachsen/Lüneburg (o. J.): Die Lüneburger Alterslotsen. Projektkurzvorstellung. <https://www.lueneburger-alterslotsen.de/assets/Uploads/PDFs/Alterslotsen-Kurzvorstellung.pdf> [Abruf am: 13.04.2018].
- GKV-Spitzenverband (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/Evaluation_der_Pflegeberatung_Dezember_2011__7a_Abs_SGB_XI.pdf [Abruf am 09.04.2018].
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2012): Pflegeberatung. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 10. Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2017): Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/sozialmediz_nachsorge/20170612_Reha_Bestimmung_SozialmNachsorge.pdf [Abruf am: 16.04.2018].
- Goldhagen J & Fafard M (2016): Community-based pediatric palliative care for health related quality of life, hospital utilization and costs lessons learned from a pilot study. 15, 73. DOI: 10.1186/s12904-016-0138-z.
- Goodwin N, Dixon A, Anderson G & Wodchis W (2014): Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. Januar. London: The King's Fund.
- Grover A & Joshi A (2015): An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Glob J Health Sci* 7(2), 210-227. DOI: 10.5539/gjhs.v7n2p210.
- Gruber N & Holtgrewe U (2017): On existing integrated care practices and exploration of possible application areas for rare disease patients. WP 9 Policy - Memo. INNOVCare - Innovative Patient-Centred Approach for Social Care Provision to Complex Conditions. <https://innovcare.eu/wp->
-

- content/uploads/2017/08/INNOVCare_WP9_Literature-review.pdf [Abruf am: 07.04.2018].
- Hawkins K, Parker PM, Hommer CE, Bhattarai GR, Huang J, Wells TS, Ozminkowski RJ & Yeh CS (2015): Evaluation of a high-risk case management pilot program for Medicare beneficiaries with Medigap coverage. *Popul Health Manag* 18(2), 93-103. DOI: 10.1089/pop.2014.0035.
- Hendricks V, Schmidt S, Vogt A, Gysan D, Latz V, Schwang I, Griebenow R & Riedel R (2014): Case management program for patients with chronic heart failure: effectiveness in terms of mortality, hospital admissions and costs. *Dtsch Arztebl Int* 111(15), 264-270. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0264.
- Hildebrandt S, Nolting H-D, Burger S, Elleuche K & Fleckenstein J (2011): Fallmanagementprogramm für Multimorbidität im Alter: Evaluation zur Kosteneffektivität. *Monitor Versorgungsforschung* 4(1), 38-43. ISSN: 1866-0533.
- Hochman ME, Asch S, Jibilian A, Chaudry B, Ben-Ari R, Hsieh E, Berumen M, Mokhtari S, Raad M, Hicks E, Sanford C, Aguirre N, Tseng CH, Vangala S, Mangione CM & Goldstein DA (2013): Patient-centered medical home intervention at an internal medicine resident safety-net clinic. *JAMA Intern Med* 173(18), 1694-1701. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.9241.
- IKK e. V. (2017): Stellungnahme des IKK e. V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (BT-Drucksache 18/10186) sowie zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drucksache 18/10252). Stand 08.02.2017.
https://www.bundestag.de/blob/492416/00fea5457c2b3add191576f3b38c8eef/18_14_0239-7-_hhvg-2_ikk-data.pdf [Abruf am: 27.03.2018].
- Iliffe S, Waugh A, Poole M, Bamford C, Brittain K, Chew-Graham C, Fox C, Katona C, Livingston G, Manthorpe J, Steen N, Stephens B, Hogan V & Robinson L (2014): The effectiveness of collaborative care for people with memory problems in primary care: results of the CAREDEM case management modelling and feasibility study. *Health Technol Assess* 18(52), 1-148. DOI: 10.3310/hta18520.
- Jansen DL, Heijmans M & Rijken M (2015): Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care. *Scand J Prim Health Care* 33(2), 100-106. DOI: 10.3109/02813432.2015.1030167.
- Joint Action CHRODIS (Hrsg.) (2016): Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic. Februar 2016.
-

- Kelly RP, Stoll SC, Bryant-Stephens T, Janevic MR, Lara M, Ohadike YU, Persky V, Ramos-Valencia G, Uyeda K & Malveaux FJ (2015): The Influence of Setting on Care Coordination for Childhood Asthma. *Health Promot Pract* 16(6), 867-877. DOI: 10.1177/1524839915598499.
- Kirchen-Peters S & Ischebeck M (2016): Sektorenübergreifende Hilfen nach Erstdiagnose Demenz im Krankenhaus: Ergebnisse des Projekts Dem-i-K plus. März 2016. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. Saarbrücken.
- Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin (2013): Strukturvertrag gemäß § 73 a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit gesteigertem Versorgungsbedarf (Betreuungsstrukturvertrag) zwischen dem AOK Landesverband (AOK Nordost) und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.
https://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/bs/bs_aok_vertrag.pdf [Abruf am: 26.03.18].
- McCall N & Cromwell J (2011): Results of the Medicare Health Support disease-management pilot program. *N Engl J Med* 365(18), 1704-1712. DOI: 10.1056/NEJMsa1011785.
- MedicalContact AG (Hrsg.) (2008): 365 Tage Casaplus: Ein Präventionsprogramm feiert Geburtstag.
- Minkman MMN (2017): Longing for Integrated Care: The Importance of Effective Governance. *International Journal of Integrated Care*. 2017;17(4):10. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.3510>.
- Moreau-Gruet F (2013): Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (Ob-san Bulletin 4/2013). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Morgan RO, Bass DM, Judge KS, Liu CF, Wilson N, Snow AL, Pirraglia P, Garcia-Maldonado M, Raia P, Fouladi NN & Kunik ME (2015): A break-even analysis for dementia care collaboration: Partners in Dementia Care. *J Gen Intern Med* 30(6), 804-809. DOI: 10.1097/hpc.00000000000003110.1007/s11606-015-3205-x.
- Mönter N (2017): Verbesserte Versorgungsoptionen durch ambulante Arztnetze: Der niedergelassene Psychiater als Lotse auch für die allgemeinärztliche Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: Pohl U (Hrsg.): Morgenspuren: Abschiedsgabe aus Bethel für Günther Wienberg mit Beiträgen zu Herausforderungen in der Sozialpsychiatrie und Somatik. Bielefeld. 137 - 153.
- National Audit Office (Hrsg.) (2017): Health and social care integration. National Audit Office. ISBN: 978-1-78604-104-3.
-

- Papadopoulos T & Vahrenhorst V (2011): P.L.A.N. Patientententrierte Lichtenberger Altersmedizinische Netzwerkarbeit. [Abschlussbericht]. Berlin.
- Passey M, Sheldrake M, Leitch K & Gilmore V (2007): Impact of case management on rural women's quality of life and substance use. *Rural Remote Health* 7(3), 710. ISSN: 1445-6354.
- Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Muller-Tasch T & Szecsenyi J (2010): Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials* 11, 56. DOI: 10.1186/1745-6215-11-56.
- Plass D, Vos T, Hornberg C, Scheidt-Nave C, Zeeb H & Krämer A (2014): Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland - Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.
<http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?id=3707>urn:nbn:de:0257-10037954.
- Porz F (2008): Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg (PRIMA-Studie). Evaluation der individuellen familienorientierten Nachsorge für Früh- und Risikogeborene des Modellprojekts. beta Institut gGmbH. Juli 2008. Augsburg.
- Porz F (2013): Sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V. Fachtagung Sozialmedizinische Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis am 06.März 2013 in Ahlen.
<http://www.innosozial.de:8080/warendorf/content/e670/e840/e3080/e3699/PorzAhlenTeil22013.pdf> [Abruf am: 13.04.2018].
- Projektgruppe Genial eG (o. J.): Projekt: genial-Lotse. Ein übergreifendes Betreuungskonzept für Erkrankte im erwerbsfähigen Alter. Gesundheitsregion Emsland.
- Reichert A, Fröhlich J, Himmler S, Krauth C und Amelung VE (2017): Gesundheitsökonomische Potenziale einer ganzheitlichen Nachsorge von Schlaganfallpatienten. *Gesundh ökon Qual manag* 22, 297 - 305. DOI: 10.1055/s-0043-103024.
- Ronis SD, Baldwin CD, McIntosh S, McConnochie K, Szilagyi PG & Dolan J (2015): Caregiver Preferences Regarding Personal Health Records in the Management of ADHD. *Clin Pediatr (Phila)* 54(8), 765-774. DOI: 10.1177/0009922814565883.
- Rössler W, Melchinger H, Schreckling S (2012): Die ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V ist gescheitert. *Psychiat Prax* 39(03), 106-108. DOI: 10.1055/s-0032-1304856.
-

Ruckstuhl T (2004): Case Management und die Versicherungswelt Schweiz.
<http://www.perspektiven.ch/down/cmruckstuhl.pdf> [Abruf am: 30.06.2017].

Sachverständigenrat (SVR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. *[Gutachten]*.
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf> [Abruf am: 13.04.2018].

Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. *[Gutachten]*. Kurzfassung. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2005/Kurzfassung.pdf [Abruf am: 16.04.2018].

Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf [Abruf am: 13.04.2018].

Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014 Kurzfassung. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf [Abruf am 17.04.2018].

Schaeffer D, Dierks ML, Hurrelmann K, Keller A, Krause H, Schmidt-Kaehler S, Seidel G (2004): Evaluation der Modellprojekte zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65b Sozialgesetzbuch V. *[Abschlussbericht]*. Universität Bielefeld. November 2004. Bielefeld.

Schaeffer D & Ewers M (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. *Pflege & Gesellschaft* 11 (3), 197 - 209.

Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M (2016): Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. The Cochrane database of systematic reviews, 2016. 3: p. CD006560. Zitiert in: DEGAM (Hrsg.) (2017): Multimorbidität. S3-Leitlinie. Berlin.

Statile AM, Komatz K, Eason T, Livingood WC, Schondelmeyer AC, Thomson JE, Brower LH, Davis B, Redel J, Hausfeld J, Tucker K, White DL & White CM (2016): Improving Discharge Efficiency in Medically Complex Pediatric Patients. *BMC Palliat Care* 138(2). DOI: 10.1186/s12904-016-0138-z10.1542/peds.2015-3832.

- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (2016): Schlaganfall-Lotsen: Wer wir sind und was wir tun. 19. Januar 2016. <https://www.schlaganfall-hilfe.de/lotsen> [Abruf am 13.04.2018].
- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (o. J.): Informationsflyer Schlaganfall-Lotsen. <https://www.schlaganfall-hilfe.de/shop-portlet/DigitalDownload.do?downloadTracked=true&prodId=412> [Abruf am: 04.04.2018].
- Stock S, Drabik A, Buscher G, Graf C, Ullrich W, Gerber A, Lauterbach KW & Lungen M (2010): German diabetes management programs improve quality of care and curb costs. *Health Aff (Millwood)* 29(12), 2197-2205. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.0799.
- Stokes J, Kristensen SR, Checkland K & Bower P (2016): Effectiveness of multidisciplinary team case management: difference-in-differences analysis. *BMJ Open* 6(4), e010468. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010468.
- Szecsényi J (2016): Entwicklung, Evaluation und Breitenimplementierung eines praxisbasierten Konzeptes zur Versorgung von Patienten mit Multimorbidität - Sicht der Versorgungsforschung. Symposium WINEG. 16. November. Hamburg.
https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/923560/Datei/3710/WINEGSymposium_VortragSzecsényi.pdf [Abruf am: 14.06.2017].
- Taylor W (2007): Population Management for Chronic Conditions - Overview, Vortrag im Rahmen der Fachtagung "Die Richtung stimmt: Populationsorientierte integrierte Versorgung" am 11. und 12.01.2007 in Berlin, Bertelsmann Stiftung
http://www.hpm.org/Downloads/Events/Warren_Taylor_120107.pdf [Abruf am: 16.04.2018].
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) (2016): Monitor Patientenberatung 2016. Berlin.
- Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A (2001): Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs* 20(6), 64 - 78. doi: 10.1377/hlthaff.20.6.64.
- Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK & Vonkorff M (2005): Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *J Altern Complement Med* 11 Suppl 1, S7-15. DOI: 10.1089/acm.2005.11.s-7.
- Weatherly JN & Knetsch M (2017): Definitionen im Versorgungsmanagement. In: Weatherly JN: Versorgungsmanagement in der Praxis des Deutschen Gesundheitswesens. Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft (Politik – Gesellschaft - Wirtschaft). Wiesbaden: Springer VS.
-

- Weidner F, Gebert A, Seifert K & Mazhari R (2016): Modellprojekt
Gemeindeschwesterplus: Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung.
Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP).
- Wille E & Thüsing G (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen
ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Vortrag am 18.09.2012
in Berlin. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im
Gesundheitswesen. [http://www.svr-
gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2012/Vortrag_Wille_Thuesin
g.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2012/Vortrag_Wille_Thuesin_g.pdf) [Abruf am 27.03.2018].
- Wingenfeld K, Kleina T und Emmert S (2009): Erfahrungen mit der Einführung von
Case Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung, Bielefeld,
Januar 2009, [https://www.gkv-
spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekt
e_unterseiten/case_und_care/Endbericht_Wissenschaftliche_Begleitforschun
g_10288.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/case_und_care/Endbericht_Wissenschaftliche_Begleitforschung_10288.pdf) [Abruf am 09.04.2018].
- Wise CG, Bahl V, Mitchell R, West BT & Carli T (2006): Population-based medical
and disease management: an evaluation of cost and quality. *Dis Manag* 9(1),
45-55. DOI: 10.1089/dis.2006.9.45.
- World Health Organization (WHO) (2016): Integrated care models: an overview.
Working document. October 2016. Copenhagen.
-

Anhang

Inhalt Anhang

1.	Anhang 1: Bestandsaufnahme bestehender rechtlicher Vorschriften zum Versorgungsmanagement bzw. zur Fallsteuerung	A5
1.1	Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V	A5
1.2	Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V	A10
1.3	Soziotherapie nach § 37a SGB V	A15
1.4	Sozialmedizinische Nachsorge für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder nach § 43 Abs. 2 SGB V	A22
1.5	Krankengeldfallmanagement nach § 44 Abs. 4 SGB V	A26
1.6	Unabhängige Patientenberatung nach § 65b SGB V	A29
1.7	Individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	A35
1.8	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V	A41
2.	Anhang 2: Vorgehen und Ergebnisse der Literaturrecherche	A46
2.1	Methodisches Vorgehen	A46
2.2	Ergebnisse für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen	A51
2.3	Ergebnisse für die Gruppe der Erwachsenen	A55
2.4	Ergebnisse für die Zielgruppe Ältere	A63
3.	Anhang 3: Versorgungsmodelle/Projekte mit PatientenlotsInnen in Deutschland	A71
3.1	Der präventive Hausbesuch	A71
3.1.1	„Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“	A74
3.1.2	Gemeindeschwester ^{PLUS} (Rheinland - Pfalz)	A78
3.1.3	weitere Präventive Hausbesuchsprojekte	A82
3.2	Projekte Gesundheitshelferinnen in Lippe (NRW) und Alterslotsinnen in Lüneburg (Niedersachsen)	A83
3.2.1	Gesundheitshelferinnen in Lippe	A83
3.2.2	Alterslotsinnen in Lüneburg (Niedersachsen)	A88
3.3	Projekt Casaplus®	A90
3.4	Projekt PraCMan	A94
3.5	Weitere Projekte in Kurzfassung	A98
3.5.1	Babylotsen an der Charité	A98
3.5.2	„Dem-i-K plus“ in Saarlouis und SeniorenlotsInnen (Saarland)	A100
3.5.3	Seniorenlotsin in Aschaffenburg (Bayern)	A100
3.5.4	Schlaganfall-LotsInnen	A101
3.5.5	genial-Lotse Lingen (Niedersachsen)	A101
4.	Anhang 4: Internationale Konzepte zur Versorgung von PatientInnen mit hohem Unterstützungsbedarf	A103
4.1	Chronic Care Model (CCM) und Improving Chronic Illness Care (ICIC)	A103
4.2	Konzept Guided Care (GC)	A105
4.3	Konzept Integrated Care und Modelle	A106

4.4	Konzept Family Health Nursing der WHO (Familiengesundheitspflege)	A110
5.	Anhang 5: Interviewergebnisse	A114
5.1	Zielgruppen (Anspruchsinhaber) und Zugang	A115
5.2	Aufgaben der PatientenlotsInnen	A115
5.3	Qualifikation der PatientenlotsInnen	A116
5.4	Institutionelle Anbindung von PatientenlotsInnen	A116
5.5	Datenschutz	A117
5.6	Erfolgskriterien und Ergebnisse	A117
5.7	Finanzierung und Neutralität	A118
5.8	Empfehlungen und Wünsche an die Politik	A118
6.	Anhang 6: Interviewleitfaden	A120
	Literaturverzeichnis	A122
	Abbildungen	A4
	Tabellen	A4

Abbildungen

Abbildung 1:	Vergleich von Merkmalen der Pflegeberatung gegenüber PHB A72	
Abbildung 2:	Handlungs- und Unterstützungsbedarf (Angaben in %; N=602)	A76
Abbildung 3:	Schulungskonzept mit 4 Kompetenzbereichen	A79
Abbildung 4:	Netzwerkpartner der Gesundheitshelferinnen	A85
Abbildung 5:	Ablaufschema Regionales Versorgungskonzept Geriatrie	A87
Abbildung 6:	Verbund Lüneburg	A89
Abbildung 7:	Zugang und Ablauf im Projekt der Alterslotsinnen	A90
Abbildung 8:	Beratungslevel im Casaplus-Programm	A92
Abbildung 9:	Ablaufschema PraCMan	A96
Abbildung 10:	Chronic Care Model	A104
Abbildung 11:	Definition "integrated care" in England	A107

Tabellen

Tabelle 1:	Suchstring Kinder und Jugendliche	A47
Tabelle 2:	Suchstring Erwachsene	A48
Tabelle 3:	Suchstring Ältere	A49
Tabelle 4:	Ein- und Ausschlusskriterien für den Selektionsprozess	A50
Tabelle 5:	Hausbesuchstypen und Kosten für PHB (im Modellzeitraum)	A77
Tabelle 6:	Daten zum Programm und dessen TeilnehmerInnen (Stand April 2010)	A93
Tabelle 7:	Programmeffekt Casaplus® (2008-2009)	A94
Tabelle 8:	Teilnehmerzahlen pro Quartal in PraCMan	A98
Tabelle 9:	Zusätzliche Kernelemente des ICIC	A104
Tabelle 10:	Vergleich der 7 Fallstudien in einzelnen Bereichen	A109
Tabelle 11:	Übersicht der Experteninterviews zum Thema „Patientenlotsen“ mit VertreterInnen aus Modellprojekten	A114

1. Anhang 1: Bestandsaufnahme bestehender rechtlicher Vorschriften zum Versorgungsmanagement bzw. zur Fallsteuerung

Zunächst erfolgt eine Bestandsaufnahme der im Sozialrecht bereits vorhandenen Vorschriften zum Versorgungsmanagement.¹ Sowohl im SGB V als auch an den Schnittstellen zum SGB XI gibt es bereits eine Reihe von Vorschriften, die ein teilweise sehr umfassendes Case-Management für einzelne Zielgruppen vorsehen. Zentral sind dabei das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V (dazu I.), das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V (dazu II.), die Soziotherapie nach § 37a SGB V (dazu III.), die sozialmedizinische Nachsorge für chronisch kranke Kinder nach § 43 Abs. 2 SGB V (dazu IV.), das Krankengeldfallmanagement nach § 44 Abs. 4 SGB V (dazu V.), die unabhängige Patientenberatung nach § 65b SGB V (dazu VI.), die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (dazu VII.) und die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V (dazu VIII.).

1.1 Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V

Nach § 11 Abs. 4 SGB V haben Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche.

1. Ziel der Norm

Der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement in § 11 Abs. 4 SGB V ist eingeführt worden durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 und in den Folgejahren punktuell erweitert worden.

Gesetzgeberisches Ziel ist es, durch einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege die Pflegebedürftigkeit oder eine stationäre Wiedereinweisung zu verhindern. Damit soll die Leistungserbringung insgesamt wirksamer und wirtschaftlicher werden. Der Blick des Gesetzgebers richtete sich dabei insbesondere auf die Entlassung aus dem Krankenhaus und den Übergang in ein darauf folgendes Versorgungssystem.²

In der Literatur werden diese Ziele weiter ausdifferenziert. So umfasse der Normzweck neben der Verzahnung der unterschiedlichen Leistungssektoren und Versicherungszweige insbesondere die Vermeidung der sachwidrigen Unterbrechung von Behandlungsabläufen durch straffere Behandlungskontinuität und die Intensivierung von Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung. Damit einher

¹ Für einen ersten Überblick vgl. *München*, PflR 2012, 211.

² BT-Drs. 16/3100, S. 96.

geht das Ziel, unkoordinierte Mehrfachinanspruchnahme von Leistungen zu vermeiden. Daneben diene die Norm auch der Förderung der Transparenz der Leistungserbringung.³

2. Eckdaten

a. Anspruchsinhaber

Leistungsberechtigt ist der/die Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Er/sie hat laut Bundessozialgericht einen subjektiven öffentlich-rechtlichen Anspruch auf das Versorgungsmanagement.⁴ Die Teilnahme am bzw. die Inanspruchnahme des Versorgungsmanagements ist freiwillig. Das Versorgungsmanagement wie auch die dazu erforderliche Informationsübermittlung darf nach § 11 Abs. 4 S. 5 SGB V nur mit Einwilligung des Versicherten erfolgen.

b. Anspruchsinhalt

Was genau unter „Versorgungsmanagement“ im Sinne des § 11 Abs. 4 S. 1 SGB V zu verstehen ist und wie weit der Anspruch des/der Versicherten reicht, ist umstritten.

Laut § 11 Abs. 4 S. 2 SGB V richtet sich der Anspruch des/der Versicherten insbesondere auf eine sachgerechte Anschlussversorgung beim Übergang zwischen zwei Versorgungsbereichen. Zwar liegt der Fokus der Norm erkennbar auf dem Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. So betont der Gesetzgeber, dass es zur sachgerechten Anschlussversorgung gehöre, für einen zeitnahen Behandlungstermin bei dem/der Facharzt/-ärztin zu sorgen.⁵ Die Einfügung des Satzes 4, nach dem in das Versorgungsmanagement auch die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen sind und eine enge Zusammenarbeit mit PflegeberaterInnen nach § 7a SGB XI zu gewährleisten ist, zeigt aber, dass der Gesetzgeber hier von einem umfassenden Begriff des Versorgungsmanagements ausgeht. Der Übergang zwischen (allen) Versorgungsbereichen ist ausweislich des Wortlauts allerdings nur ein besonderer Fall des Versorgungsmanagements.⁶ Es sind also weitere Teilbereiche eines umfassenden Versorgungsmanagements denkbar.

Das Gesetz sieht weiterhin vor, dass das Versorgungsmanagement durch Vereinbarungen zwischen allen beteiligten Akteuren organisiert und ausgestaltet wird, etwa durch Verträge nach § 140a SGB V. Bezüglich des dem/der PatientIn konkret geschuldeten Inhalts gibt die Norm ansonsten jedoch kaum Vorgaben. Auch wenn für eine sachgerechte Anschlussversorgung – bspw. in Form eines Termins bei einem/einer Facharzt/-ärztin – gesorgt werden muss, bleibt damit unklar, ob die diesbezügliche Information und Beratung des/der PatientIn ausreicht, also nur

³ Noftz, in: Hauck/Noftz, § 11 Abs. 4 SGB V, Rn. 62l.

⁴ BSG, Urt. v. 17.11.2015, B 1 KR 20/15 R, Rn. 11.

⁵ BT-Drs. 17/8005, S. 104 f.

⁶ Vgl. auch Noftz, in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V, Rn. 60a.

eine Hinweispflicht besteht,⁷ oder ob der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung mit der Formulierung, der Leistungsträger habe für einen zeitnahen Behandlungstermin bei dem/der Facharzt/-ärztin „Sorge zu tragen“, die tatsächliche Terminverschaffung verlangt. Voraussetzung ist jedenfalls, dass sich der Leistungserbringer selbst ein klares Bild von der notwendigen und zweckmäßigen Anschlussversorgung verschafft. Erforderlich ist dafür eine „eingehende Analyse der Krankheit und des durch diese indizierten Behandlungsgesamtbedarfs und die Erstellung, ggf. Fortentwicklung eines entsprechenden Behandlungsplans.“⁸ Wie detailliert ein solcher Behandlungsplan sein muss, bleibt dabei offen.

Festzustehen scheint nur, dass sich der Anspruch des/der PatientIn auf ein Versorgungsmanagement nicht dazu eignet, zusätzliche Leistungen zu beanspruchen. Das BSG hat einen Anspruch des Krankenhauses auf Vergütung medizinisch nicht notwendiger stationärer Behandlung gegen die Krankenkasse des/der PatientIn verneint, auch wenn dessen Anschlussversorgung in anderen Versorgungsbereichen nicht sichergestellt ist.⁹ Ähnlich gelagerte Streitigkeiten bestehen bezüglich der Verordnung und der Versorgung mit Arzneimittel oder Hilfsmittel, die der/die PatientIn in der Übergangsphase benötigt.¹⁰ Mit der speziellen Normierung des Entlassmanagements in § 39 Abs. 1a SGB V sind hier allerdings genauere Regelungen ergangen.

c. Leistungserbringer

Wer Leistungserbringer ist, hängt maßgeblich von der Frage ab, was genauer Anspruchsinhalt ist. Das Gesetz nennt die „betroffenen Leistungserbringer“ und unterstützend die Krankenkassen. Ganz allgemein wird man deshalb nur sagen können, dass alle mit dem Versorgungsmanagement im konkreten Fall befassten Stellen gemeinsam als Leistungserbringer angesprochen sind.

d. Leistungsträger

Finanziert wird das Versorgungsmanagement letztlich über die gesetzliche Krankenversicherung. Während im Krankenhaus viel darauf hindeutet, dass das Versorgungsmanagement Teil der vergüteten Krankenhausbehandlung ist, bestehen in anderen Bereichen eigene Abrechnungspositionen für die Betreuungs- und Koordinationsleistungen.¹¹

⁷ So etwa *Joussen*, in: BeckOK Sozialrecht, § 11 SGB V, Rn. 14b; *Plagemann*, in: jurisPK-SGB V, § 11 SGB V, Rn. 33.

⁸ *Noftz*, in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V, Rn. 60c.

⁹ BSG, Urt. v. 17.11.2015, B 1 KR 20/15 R, Rn. 7 f.

¹⁰ Vgl. BGH, Urteil vom 13. März 2014 – I ZR 120/13, GesR 2014, 627; SG Osnabrück, Urteil vom 27. Februar 2017 – S 34 KR 55/15.

¹¹ Vgl. dazu *Noftz*, in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V, Rn. 60g.

3. Voraussetzungen des Anspruchs

§ 11 Abs. 4 SGB V formuliert keine eigenen Anspruchsvoraussetzungen. Inhalt und Umfang des Versorgungsmanagements hängen von der individuellen Situation des/der PatientIn ab. So ist der Begriff der „sachgerechten Anschlussversorgung“ in Satz 2 der Vorschrift konkretisierungsbedürftig und muss für jede/n PatientIn unterschiedlich ausgefüllt werden. Teilweise werden aber auch schon für die Anspruchsentstehung die allgemeinen Voraussetzungen der §§ 2 Abs. 1, 12 SGB V herangezogen. So bestehe der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement nur, wenn dieses im Sinne einer Optimierung zweckmäßig und notwendig sei, um die in § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V beschriebenen Ziele der Krankenbehandlung zu erreichen.¹²

4. Diskussion in Wissenschaft und Praxis

a. Unklarheit über Anspruchsverpflichtete

Auch wenn der Gesetzgeber zu erkennen gibt, dass die Leistungserbringer jedenfalls für Teile des Versorgungsmanagements – wie die Sicherstellung der sachgerechten Anschlussversorgung – zuständig sind und die Krankenkassen sie dabei zu unterstützen haben, bleibt unklar, gegen wen genau sich der Anspruch des/der PatientIn richtet.

Geht man von der gesetzlich vorgegebenen Aufgabenzuteilung aus, erscheint es auch angesichts des Wortlauts der Vorschrift zunächst naheliegend, die Leistungserbringer als Anspruchsverpflichtete zu sehen.¹³ Dagegen wird jedoch eingewandt, dass eine Pflicht der Leistungserbringer unmittelbar gegenüber dem/der Versicherten der Systematik des SGB V widerspreche. Dieses regle nicht die Beziehung zwischen Leistungserbringern und Versicherten, sondern zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen sowie zwischen Krankenkassen und Versicherten.¹⁴

Teilweise wird deshalb von einer Gewährleistungsverantwortung der Krankenkassen ausgegangen.¹⁵ Problematisch daran ist, dass diese im Wortlaut ausdrücklich nur zur Unterstützung der Leistungserbringer aufgerufen werden. Zudem ist die gemeinsame Zuständigkeit von Leistungserbringern und Krankenkassen durch ausdrückliche Nennung auch letzterer in Satz 2 der Vorschrift im Gesetzgebungsver-

¹² Noftz, in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V, Rn. 60b; Roters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 11 SGB V, Rn. 23; Schramm/Peick, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 10, Rn. 149.

¹³ Vgl. Jousen, in: BeckOK Sozialrecht, § 11 SGB V, Rn. 14b; Plagemann, in: jurisPK-SGB V, § 11 SGB V, Rn. 33.

¹⁴ Becker/Kingreen, § 11 SGB V, Rn. 34; Berchtold, in: Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann, § 11 SGB V, Rn. 4; ausführlich auch Goldbach/Heberlein, VSSR 2013, 113, 118 ff. und 129 ff.

¹⁵ Becker/Kingreen, § 11 SGB V, Rn. 34; Berchtold, in: Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann, § 11 SGB V, Rn. 4.

fahren vom Bundesrat vorgeschlagen, von der Bundesregierung jedoch nicht übernommen worden.¹⁶ Die Verpflichtung aus § 11 Abs. 4 S. 6 SGB V, das Nähere vertraglich zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu vereinbaren, spricht zwar für eine Verpflichtung beider Seiten. Ob sich daraus auch ein diesbezüglicher subjektiver Anspruch des/der Versicherten gegen die Krankenkassen ergibt, bleibt jedoch fraglich.

b. Haftungsfragen

Aufgeworfen, aber nur wenig und nicht abschließend diskutiert ist die Frage, welche haftungsrechtlichen Folgen sich aus dem Anspruch des/der Versicherten auf Versorgungsmanagement ergeben können.¹⁷ Es ist nicht auszuschließen, dass der Leistungserbringer ein Haftungsrisiko für ausgebliebenes oder fehlerhaftes Versorgungsmanagement trägt, das von dem/der PatientIn im Rahmen des zivilrechtlichen Behandlungsvertrags geltend gemacht werden könnte. Ohne Klärung konkreter Anspruchsinhalte und Festlegung des Anspruchsverpflichteten lassen sich dazu keine sicheren Aussagen treffen. Das Diskussionsergebnis ist also letztlich abhängig von allen zuvor aufgeworfenen Fragen.

c. Zweifel an Verbindlichkeit und Wirksamkeit

In Anbetracht der bestehenden Unklarheiten überrascht es nicht, dass dem Anspruch aus § 11 Abs. 4 SGB V auch vom Gesetzgeber selbst nur geringe Wirksamkeit attestiert wird. So hat dieser mit dem Entlassmanagement in § 39 Abs. 1a SGB V (zuvor § 39 Abs. 1 S. 4-6 SGB V) den Übergang zwischen ambulantem und stationärem Sektor als Teilbereich eines Versorgungsmanagements speziell (und strukturell anders) geregelt, um größere Verbindlichkeit und Wirksamkeit zu erreichen.¹⁸

§ 11 Abs. 4 SGB V blieb von dieser Neuregelung zwar unberührt, die aufgeworfenen Fragen sind damit freilich nicht bzw. nur speziell für das Entlassmanagement geklärt. Ausdrücklich bestätigt hat der Gesetzgeber so jedenfalls, dass § 11 Abs. 4 SGB V mehr umfasst als nur das Management des Übergangs zwischen Krankenhaus und anderen Versorgungsbereichen, das jetzt speziell § 39 Abs. 1a SGB V unterfällt. Gleichzeitig lässt der Gesetzgeber offen, welche Wirkungen der grundsätzliche Anspruch auf Versorgungsmanagement entfalten soll, wenn er andere Bereiche nicht auch speziell regelt und gleichzeitig betont, dass das Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt das Hauptproblemfeld darstelle.¹⁹

¹⁶ Vgl. BT-Drs. 16/3950, S. 8.

¹⁷ Vgl. aber *Plagemann*, in: jurisPK-SGB V, § 11 SGB V Rn. 33.

¹⁸ Vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 55.

¹⁹ BT-Drs. 17/6906, S. 55.

1.2 Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V

Nach § 39 Abs. 1a SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.

1. Ziel der Norm

Das Entlassmanagement ist bereits durch das GKV-VStG vom 22.12.2011²⁰ als § 39 Abs. 1 S. 4 bis 6 eingefügt worden. Mit dem GKV-VSG vom 16.7.2015²¹ wurden die Regelungen konkretisiert und detailliert in dem neuen § 39 Abs. 1a SGB V normiert.

Das Entlassmanagement wird vom Gesetzgeber und dem überwiegenden Teil der Literatur als spezielle Regelung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V für den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bzw. der Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung aufgefasst.²² Grund der speziellen Regelung ist, dass das Versorgungsmanagement nicht im gewünschten Umfang umgesetzt und genutzt wurde und in diesem Bereich die meisten Probleme auftreten.²³

Gesetzgeberisches Ziel ist es, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten und stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von PatientInnen und ihren Angehörigen zu ermöglichen sowie vermeidbare Wiedereinweisungen wirksam zu verhindern.²⁴

Die Spezialität des Entlassmanagements gegenüber dem allgemeinen Versorgungsmanagement zeigt sich also auch darin, dass das Ziel hier kurzfristiger ausgerichtet ist, nämlich auf die Bewältigung von Problemen in der ersten Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, nicht aber auf die kontinuierliche, langfristige Begleitung und Steuerung des Versorgungsverlaufs.²⁵

2. Eckdaten

a. Anspruchsinhaber

Leistungsberechtigt sind Versicherte, die Anspruch auf Krankenhausbehandlung haben. Sie haben einen Anspruch auf die Durchführung des Entlassmanagements.

²⁰ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, BGBl. I 2011 S. 2983.

²¹ Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, BGBl. I 2015 S. 1211.

²² BT-Drs. 17/6906, S. 55. Zu einem anderen Ergebnis kommt *Ossege*, GesR 2012, 204, 205, auch wenn er die Intention des Gesetzgebers erkennt und wohl auch als maßgeblich bewertet.

²³ BT-Drs. 17/6906, S. 55.

²⁴ BT-Drs. 17/6906, S. 55.

²⁵ So jedenfalls *Wahl*, in: jurisPK-SGB V, § 39 SGB V, Rn. 98 m.w.N.

Wie auch beim Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V ist die Teilnahme am bzw. die Inanspruchnahme des Entlassmanagements freiwillig. Nach § 39 Abs. 1a S. 11 SGB V dürfen das Entlassmanagement und die dazu erforderliche Datenerhebung, -nutzung und -weitergabe nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.

Umstritten ist – auch hier zeigt sich eine Parallele zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V –, wer Anspruchsgegner ist. Der Gesetzgeber geht inzwischen von einem Anspruch unmittelbar gegen das Krankenhaus aus.²⁶ In § 39 Abs. 1a S. 5 SGB V wird zudem ausdrücklich ein Anspruch des/der Versicherten auf Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkassen normiert. Diese Regelung wurde mit dem GKV-VSG eingefügt, um die Aufgabe der Krankenkasse verbindlicher auszugestalten, die darin besteht, gemeinsam mit dem Krankenhaus bereits rechtzeitig vor der Entlassung die erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.²⁷ Falls notwendig haben darüber hinaus die Pflegekassen mit den Krankenkassen zu kooperieren, § 39 Abs. 1a S. 5, Hs. 2 SGB V.

b. Anspruchsinhalt

Inhalt des Entlassmanagements ist die strukturierte Überleitung des/der PatientIn aus der stationären Versorgung im Krankenhaus in die Anschlussversorgung.²⁸ Kernstück²⁹ des Entlassmanagements ist der Entlassplan, in dem die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen sind.³⁰ Dies setzt zunächst allerdings die systematische Erfassung des poststationären Unterstützungsbedarfs voraus.³¹ Im Einzelnen können sich dann abhängig vom konkreten Fall eine Vielzahl von Aufgaben stellen, die von *Ossege* exemplarisch aufgeführt werden: Information des/der versicherten PatientIn und ggf. zusätzlich seiner/ihrer Angehörigen über Art und Umfang des Entlassmanagements, Beschaffung der Einwilligung des/der versicherten PatientIn nach vorheriger Aufklärung, Koordination der weiteren Krankenhausbehandlung, Koordination der Entlassplanung und Terminierung, Koordination mit weiteren Leistungserbringern, Koordination der weiterführenden Hilfs- und Heilmittel- und Medikamentenversorgung.³² In Bezug auf den zuletzt angesprochenen Punkt hat der Gesetzgeber dem Krankenhaus mit § 39 Abs. 1a S. 6 bis 8 SGB V inzwischen ein (begrenztes) Ordnungsrecht für Arzneimittel in der kleinsten Packungsgröße³³ und für sonstige Leistungen wie häusliche

²⁶ BT-Drs. 18/4095, S. 76.

²⁷ BR-DrS. 641/14, S. 89; BT-Drs. 18/4095, S. 76.

²⁸ *Wahl*, in: jurisPK-SGB V, § 39 SGB V, Rn. 98.

²⁹ *Wagner*, in: Krauskopf, § 39 SGB V, Rn. 36.

³⁰ BT-Drs. 18/4095, S. 76.

³¹ *Wahl*, in: jurisPK-SGB V, § 39 SGB V, Rn. 104 m.w.N.; *Ossege*, GesR 2012, 204, 205.

³² *Ossege*, GesR 2012, 204, 207

³³ Dazu ausführlich *Thomae*, GuP 2016, 41, 42 f.

Krankenpflege, Heilmittel und Soziotherapie für maximal sieben Tage nach Entlassung eingeräumt. Dabei gelten die gleichen leistungsrechtlichen Vorgaben wie in der vertragsärztlichen Versorgung, also insbesondere die Richtlinien nach § 92 Abs. 2 S. 2 Nr. 6 und 7 SGB V. Von dieser Befugnis darf allerdings nur Gebrauch gemacht werden, wenn und soweit dies zur lückenlosen Anschlussversorgung erforderlich ist. Unter den gleichen Voraussetzungen kann das Krankenhaus danach auch die Arbeitsunfähigkeit feststellen.

Die Leistungserbringer trifft jedoch keine Erfüllungsverantwortung.³⁴ Teil des Entlassmanagements ist die Initiierung und die Organisation der Anschlussversorgung, nicht aber etwa die Herbeiführung des Vertragsschlusses mit den Leistungserbringern in der Anschlussversorgung. Die einzusetzenden Mittel sind nicht Verträge, sondern Kommunikation und Information.³⁵

Wie auch beim Versorgungsmanagement gilt, dass der Anspruch auf Krankenhausbehandlung hier nur um diese „Management-Leistungen“ erweitert wird. Es können auf dieser Grundlage aber keine zusätzlichen medizinischen Leistungen – etwa ein medizinisch nicht notwendiger längerer Krankenhausaufenthalt – beansprucht werden.³⁶

c. Leistungserbringer

Das Entlassmanagement ist Teil des Krankenhausbehandlungsanspruchs. Die Krankenhausbehandlung wird durch die Krankenhäuser erbracht, sodass auch für die Durchführung des Entlassmanagements in erster Linie die Krankenhäuser zuständig sind. Sie können allerdings nach § 39 Abs. 1a S. 3 SGB V das Entlassmanagement oder Teile davon durch Vereinbarung auf Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V (VertragsärztInnen und MVZs, sowie ermächtigte ÄrztInnen und Einrichtungen) übertragen, um eine lückenlose Anschlussbehandlung zu gewährleisten.³⁷ Daneben macht § 39 Abs. 1a S. 5 SGB V aber deutlich, dass auch die Krankenkassen unterstützend tätig werden müssen. Sie haben insofern ein eigenes unterstützendes Fallmanagement anzubieten.³⁸

d. Leistungsträger

Finanziell getragen wird das Entlassmanagement schließlich von der gesetzlichen Krankenversicherung über die Vergütung der Krankenhausleistungen, wobei *Ossege* anmerkt, dass damit ein Mehraufwand entstehe, der sich auch entsprechend in Abrechnungspositionen wiederfinden müsse.³⁹

³⁴ *Wahl*, in: jurisPK-SGB V, § 39 SGB V, Rn. 98.

³⁵ *Wahl*, in: jurisPK-SGB V, § 39 SGB V Rn. 107.

³⁶ BSG, Urt. v. 17.11.2015, B 1 KR 20/15 R, Rn. 7 f; so auch *Wahl*, in: jurisPK-SGB V, § 39 SGB V, Rn. 102.

³⁷ Zu den damit verbundenen Unsicherheiten siehe sogleich II. 4. b.

³⁸ *Wahl*, in: jurisPK-SGB V, § 39 SGB V, Rn. 119.

³⁹ *Ossege*, GesR 2012, 204, 207.

3. Anspruchsvoraussetzungen

§ 39 Abs. 1a SGB V fordert zunächst nur, dass ein/e Versicherte/r in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung hat. Hat ein solcher nicht bestanden, kann sich auch kein Anspruch auf Entlassmanagement als Teil des Krankenhausbehandlungsanspruchs ergeben. Wie beim Versorgungsmanagement könnte erwogen werden, darüber hinaus die allgemeinen Voraussetzungen der §§ 2 Abs. 1, 12 SGB V anzuwenden. Da der Anspruch hier jedoch spezieller und konkreter gefasst ist, wird man ihn kaum dem Grunde nach verneinen können, sondern die Maßstäbe der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit vielmehr auf den konkreten Anspruchsinhalt und -umfang beziehen müssen.

4. Diskussion in Wissenschaft und Praxis

a. Unklarheit über Anspruchsverpflichtete

Auch wenn der Gesetzgeber in den Gesetzgebungsmaterialien inzwischen recht klar von einem Anspruch gegen das Krankenhaus spricht,⁴⁰ ist diese Auffassung nicht unumstritten. So ging der Gesetzgeber in der Vorgängerregelung offensichtlich selbst noch von einem Anspruch gegen die Krankenkasse aus.⁴¹ Auch die Literatur zeigt sich gespalten. Einige plädieren mit dem Hinweis auf die aktuellere Äußerung des gesetzgeberischen Willens⁴² und mit der Einbeziehung in den Krankenhausbehandlungsanspruch und damit die Vergütung nach dem KHEntG⁴³ für einen unmittelbaren Anspruch gegen das Krankenhaus.⁴⁴ Andere wiederum betonen, dass sich auch der Anspruch auf Krankenhausbehandlung des/der Versicherten zunächst gegen seine Krankenkasse richte; davon sei dann auch der Anspruch auf das Entlassmanagement umfasst.⁴⁵ Auch aus der Normierung des Unterstützungsanspruchs gegen die Krankenkasse in § 39 Abs. 1a S. 5 SGB V ergebe sich nichts anderes, sondern nur, dass die Krankenkasse (anders als sonst) auch selbst zum Leistungserbringer werde.⁴⁶

Letztlich hat der Streit aber nicht so erhebliche Auswirkungen wie beim allgemeinen Versorgungsmanagement in § 11 Abs. 4 SGB V, da § 39 Abs. 1a SGB V die tatsächlichen Verantwortlichkeiten deutlich klarer regelt. Es ist damit – jedenfalls grundlegend – klar, wer unter welchen Voraussetzungen für welche Aufgabe zuständig ist, sodass die Durchführung in der Praxis nicht schon daran scheitert, dass die Verantwortlichkeiten nicht eindeutig bestimmt sind. Anders wird das teilweise

⁴⁰ BT-Drs. 18/4095, S. 76.

⁴¹ BT-Drs. 17/6906, S. 55.

⁴² Vgl. *Braun*, GesR 2015, 518, 519.

⁴³ *Paßmann*, WzS 2016, 207, 209.

⁴⁴ Ohne weitere Begründung *Thomae*, GuP 2016, 41, 41.

⁴⁵ Vgl. dazu ausführlich *Goldbach/Heberlein*, VSSR 2013, 113, 118 ff. und 129 ff.

⁴⁶ *Wahl*, in: jurisPK-SGB V, § 39 SGB V, Rn. 101 m.w.N.

auf Seiten der Krankenkassen gesehen: Selbst wenn das Gesetz einen verantwortlichen Leistungserbringer klar benenne, sei der Erfolg fraglich. Vielmehr müsse den Krankenkassen die Verantwortung für das Versorgungsmanagement übergeben und die Rechtsgrundlage für die dazu notwendige Datenerhebung und -verarbeitung geschaffen werden.⁴⁷

b. Kooperationsmodelle⁴⁸

Die Einfügung des § 39 Abs. 1a S. 3 SGB V, nach dem das Krankenhaus mit Leistungserbringern nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V vereinbaren kann, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen, hat statt der wohl beabsichtigten Klarstellung bei den Beteiligten eher Unsicherheiten über die Zulässigkeit bestehender Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Dritten geschaffen.⁴⁹

Zwar stellt § 39 Abs. 1a S. 3 SGB V nun eine vorher nicht vorhandene Rechtsgrundlage für solche Kooperationen dar. Sie beschränkt sich aber ausweislich des Wortlauts auf VertragsärztInnen und zugelassene MVZs, sowie ermächtigte ÄrztInnen und ermächtigte Einrichtungen. Daraus wird teilweise geschlossen, dass andere Kooperationen unzulässig seien.⁵⁰ Wohl noch restriktiver ist die Auffassung, dass wegen des Zuweisungsverbots und der Notwendigkeit der Einwilligung des/der PatientIn auch eine solche Kooperation nur zulässig sein könne, wenn der/die Versicherte eine/n Arzt/Ärztin bereits ausgewählt habe.⁵¹

Kuck hingegen betont, dass es eines solchen kooperativen Versorgungsnetzes sogar bedürfe, um der Koordinations- und Organisationsaufgabe im Rahmen des Entlassmanagements gerecht zu werden. Dabei müsse unter Qualitätsgesichtspunkten auch eine Auswahl der Kooperationspartner durch das Krankenhaus getroffen werden. Der/die PatientIn könne trotzdem von seinem/ihrer Wahlrecht innerhalb oder außerhalb des vom Krankenhaus vorgeschlagenen Konzepts Gebrauch machen. Ein Kooperationsverbot mit anderen Leistungserbringern als den in § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten sei auch nicht durch die Neuregelung in § 39 Abs. 1a S. 3 SGB V zu rechtfertigen.⁵² *Dieners* und *Heil* führen an, dass der Wortlaut schließlich nicht vorgebe, dass „nur“ mit Leistungserbringern nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V kooperiert werden dürfe, und kommen unter Beachtung von Systematik, Historie und Normzweck ebenfalls zu dem Schluss, dass Kooperationen mit anderen Leistungserbringern nicht ausgeschlossen seien.⁵³

⁴⁷ *Rebscher*, FfG 2014, Nr. 3/4, 46, 47.

⁴⁸ Ausführlich dazu *Kuck*, NZS 2016, 256.

⁴⁹ *Dieners/Heil*, GesR 2016, 1, 1.

⁵⁰ *Braun*, GesR 2015, 518, 520 ff.; *Knispel*, GesR 2016, 339; *Thomae*, GuP 2016, 41, 44.

⁵¹ § 39 Abs. 1 SGB V, Rn. 47a; *Gamperl*, in: Kasseler Kommentar, § 39 SGB V, Rn. 93e.

⁵² *Kuck*, NZS 2016, 256, 258 f.

⁵³ *Dieners/Heil*, GesR 2016, 1.

Die Frage erlangt auch vor dem Hintergrund der neu geschaffenen Korruptionsstrafbarkeit für Leistungserbringer im Gesundheitswesen in den §§ 299a, 299b StGB Bedeutung und wird Wissenschaft und Praxis weiter beschäftigen.

c. Haftungsfragen

In Bezug auf das Entlassmanagement stellen sich haftungsrechtliche Fragen gleich in zweierlei Hinsicht. Die Diskussion über die Folgen von ausbleibendem oder fehlerhaftem Entlassmanagement wurden schon im Rahmen des Versorgungsmanagements angesprochen.⁵⁴ Mit dem Ordnungsrecht der Krankenhäuser in § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V tritt eine weitere Dimension hinzu. So wird diskutiert, ob Krankenhäusern oder Krankenhausärzten ein Regress drohe, wenn beispielsweise nicht immer das günstige wirkstoffgleiche Präparat verschrieben werde.⁵⁵ Soweit ersichtlich musste diese Frage bisher aber nicht entschieden werden.

d. Vereinbarung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V

Nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V sollten der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des G-BA bis zum 31.12.2015 die weiteren Einzelheiten insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen regeln. Nachdem die Beteiligten zunächst keine Einigung erzielen konnten, legte das Bundesschiedsamt im Oktober 2016 eine Vereinbarung fest. Dagegen war allerdings im Januar 2017 Klage erhoben worden. Inzwischen konnte jedoch eine Einigung erzielt werden, indem im Juni 2017 eine Änderungsvereinbarung zu diesem Rahmenvertrag abgeschlossen wurde; die Klage wurde zurückgenommen. Der Vorgang zeigt aber, wie viel Konfliktpotential in Regelungen zum Versorgungs- und Case-Management liegen kann.

1.3 Soziotherapie nach § 37a SGB V

Nach § 37a SGB V haben Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

1. Ziel der Norm

Der Anspruch auf Soziotherapie in § 37a SGB V ist eingeführt worden mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 vom 22.12.1999.⁵⁶ Ziel der Norm ist die Vermeidung von medizinisch unnötigen Krankenhausbehandlungen und der damit verbundenen Kosten, wenn die Krankenhausbehandlung die Folge der Unfähigkeit eines schwer psychisch kranken Menschen ist, Leistungen im ambulanten Versorgungsbereich

⁵⁴ Für das Entlassmanagement ausführlich z.B. *Ossege*, GesR 2012, 204, 208 f.

⁵⁵ *Paßmann*, WzS 2016, 207, 209; Haftungspotential sieht auch *Braun*, GesR 2015, 518, 519.

⁵⁶ BGBl. I 1999 S. 2626.

selbstständig in Anspruch zu nehmen. Die Vermeidung erfolgt durch eine sog. Soziotherapie, die zur Umsetzung eines vorab gemeinsam mit allen Beteiligten erstellten Behandlungsplans dienen soll. Die einzelnen Leistungen werden dabei weiter von den jeweiligen Leistungserbringern im ambulanten Versorgungsbereich erbracht.⁵⁷

Darüber hinaus wird der Norm auch behindertenpolitische Bedeutung zugemessen, da sie der „Enthospitalisierung“ bzw. „Ambulantisierung“ diene und damit einer zusätzlichen Stigmatisierung der zugrundeliegenden Erkrankung und ihrer Behandlung entgegenwirke.⁵⁸

2. Eckdaten

a. Anspruchsinhaber

Leistungsberechtigt ist prinzipiell jede/r Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, er also insbesondere an einer schweren psychischen Erkrankung leidet.⁵⁹

b. Anspruchsinhalt

Anspruchsinhalt ist die sog. Soziotherapie. Diese ist keine Krankenbehandlung im eigentlichen Sinne, sondern vielmehr eine unterstützende Betreuungsleistung.⁶⁰ Sie hat keinen eigenen medizinischen Inhalt.⁶¹

Leistungen im Rahmen der Soziotherapie sind insbesondere die Koordination der Leistungen nach einem Behandlungsplan sowie die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme der Leistungen mit dem Ziel der selbstständigen Inanspruchnahme.⁶² Der Behandlungsplan ist dabei das Kernelement. Er stellt als Ergebnis der Abstimmung zwischen dem/der verordnenden Arzt/Ärztin, Leistungserbringer und PatientIn die notwendigen medizinischen Leistungen wie auch die Leistungen der Soziotherapie dar.⁶³ In diesem Rahmen hat die Koordinierung auch die zeitliche Planung und Organisation der Leistungen zu umfassen sowie das Hinwirken darauf, dass diese von dem/der PatientIn tatsächlich in Anspruch genommen werden.⁶⁴

⁵⁷ BT-Drs. 14/1245, S. 66.

⁵⁸ Vgl. *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 6; *Rixen*, in: Becker/Kingreen, § 37a SGB V, Rn. 1.

⁵⁹ Dazu ausführlich unten III. 3. a.

⁶⁰ Vgl. BT-Drs. 14/1245, S. 66.

⁶¹ BSG, Beschl. v. 25.9.2007 – GS 1/06, BSGE 99, 111, 117.

⁶² BT-Drs. 14/1245, S. 66.

⁶³ *Trenk-Hinterberger*, in: Spickhoff, § 37a SGB V, Rn. 6; zum Erfordernis des Behandlungsplans und zu den Anforderungen an dessen Inhalt siehe auch SG Dresden, Urt. v. 30.4.2009 – S 18 KR 662/06.

⁶⁴ *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 50; genauer zum Anspruchsinhalt *Marburger*, SuP 2015, 295, 296.

Nicht umfasst ist allerdings die konkrete körperliche Hilfe bei der Inanspruchnahme von ärztlich verordneten Leistungen.⁶⁵

Der Anspruchsumfang richtet sich nach der Erforderlichkeit im Einzelfall.⁶⁶ Er ist zeitlich nach § 37a Abs. 1 S. 3 SGB V auf maximal 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall begrenzt. Diese Begrenzung ist nach inzwischen erfolgter höchstrichterlicher Klärung jedoch so auszulegen, dass - falls erforderlich - nach dem Ablauf von drei Jahren erneut 120 Stunden für die nächsten drei Jahre verordnet werden können.⁶⁷

c. Leistungserbringer

Erbracht wird die Leistung durch Vertragspartner der Krankenkassen nach § 132b SGB V. Welche Personen danach „geeignet“ sind, lässt der Gesetzgeber offen. In der ursprünglich verabschiedeten Version des § 132b SGB V waren die Spitzenverbände der Krankenkassen im damaligen Absatz 2 der Vorschrift aufgefordert worden, gemeinsame Empfehlungen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie zu beschließen. Mit der Streichung dieser gesetzgeberischen Vorgabe im Juli 2008 haben auch die 2001 beschlossenen Vorgaben ihre Verbindlichkeit verloren. Berufrechtliche Regelungen, auf die zurückgegriffen werden könnte, gibt es für Leistungserbringer in der Soziotherapie nicht. Die Eignungsprüfung und ihre Kriterien bleiben daher allein der Krankenkasse vorbehalten.⁶⁸ Während einige Autoren dafür eine Orientierung an den nicht mehr verbindlichen Vorgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen vorschlagen,⁶⁹ schließen andere von der gestellten Aufgabe zumindest auf grobe Qualifikationsanforderungen. So müssten die Leistungserbringer zumindest gewisse Kenntnisse über psychiatrische Erkrankungen vorweisen können. In Betracht kämen infolgedessen vor allem Diplom-SozialarbeiterInnen, Diplom-SozialpädagogInnen oder Fachkrankenpfleger/-schwestern für Psychiatrie.⁷⁰

d. Leistungsträger

Finanziert wird die Leistung schließlich durch die gesetzliche Krankenversicherung. Die Vergütung der Leistungserbringer wird in den Verträgen nach § 132b SGB V festgelegt. Nach § 37a Abs. 3 SGB V haben erwachsene Versicherte eine Zuzahlung zwischen 5 und 10 Euro zu leisten.

⁶⁵ BSG, Urt. v. 20.5.2003 – B 1 KR 23/01 R, GesR 2004, 106; *Padé*, in: jurisPK-SGB V, § 37a SGB V, Rn. 15.

⁶⁶ *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 48 f.

⁶⁷ BSG, Urt. v. 20.4.2010 – B 1/3 KR 21/08 R, SozR 4-2500 § 37a Nr. 1.

⁶⁸ *Schneider* in: jurisPK-SGB V, § 132b SGB V, Rn. 8 f.

⁶⁹ So etwa *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 93 f.

⁷⁰ *Joussen*, in: Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann, § 37a SGB V, Rn. 5.

3. Voraussetzungen des Anspruchs

Der Anspruch besteht nur für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden, wegen der sie nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, und wenn durch die Soziotherapie Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

a. schwere psychische Erkrankung⁷¹

Eine psychische Erkrankung ist unter Zugrundelegung der gebräuchlichen Definitionen ein regelwidriger Geisteszustand, der einer ärztlichen Heilbehandlung bedarf oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Die Erkrankung ist „schwer“, wenn sie im Vergleich zu anderen zu einer weit überdurchschnittlichen Abweichung vom Leitbild des gesunden Menschen führt und die natürlichen menschlichen Funktionen und Lebensäußerungen in großem Umfang einschränkt.⁷²

Der Gesetzgeber hat die Konkretisierung nach § 37a Abs. 2 SGB V der Richtliniensetzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) überlassen. Nach § 2 Abs. 2 bis 5 der einschlägigen Soziotherapie-Richtlinie⁷³ besteht ein Anspruch vor allem bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises und schweren affektive Störungen, § 2 Abs. 2-5 Soziotherapie-Richtlinie. Der dort aufgeführte Indikationskatalog ist allerdings nicht abschließend, sondern enthält nur eine Aufzählung der Indikationen, bei denen Soziotherapie regelmäßig angewandt werden sollte.⁷⁴

Eine schwere psychische Erkrankung berechtigt allerdings dann nicht mehr zur Inanspruchnahme von Soziotherapie, wenn der/die Versicherte nicht therapiefähig ist.⁷⁵ Die Anforderungen an die Therapiefähigkeit sind vom G-BA gemäß § 37a Abs. 2 Nr. 4 SGB V in § 2 Abs. 6 der Soziotherapie-Richtlinie konkretisiert worden. Danach muss ein Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit, sowie die grundsätzliche Fähigkeit vorliegen, einfache Absprachen einzuhalten.

b. Unfähigkeit, die Leistung selbst in Anspruch zu nehmen

Die Aufnahme der Erkrankung des/der Versicherten in das Verzeichnis der Soziotherapie-Richtlinie reicht nicht schon aus, um zu belegen, dass diese/r nicht in der Lage ist, die ärztlichen oder ärztlich verordneten Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen.⁷⁶ Dies ist vielmehr erst dann der Fall, wenn der/die PatientIn

⁷¹ Vgl. ausführlich zur Anspruchsvoraussetzung der schweren psychischen Krankheit *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 32 ff.

⁷² *Padé*, in: jurisPK-SGB V, § 37a SGB V, Rn. 9 f.

⁷³ Abrufbar unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/> (Stand: 20.10.2017).

⁷⁴ BT-Drs. 14/1245, S. 66.

⁷⁵ BT-Drs. 14/1245, S. 66.

⁷⁶ *Nolte*, in: Kasseler Kommentar, § 37a SGB V, Rn. 8.

gerade verursacht durch die Erkrankung nicht zur vollständigen oder jedenfalls ausreichenden Inanspruchnahme in der Lage ist.⁷⁷

c. Vermeidung oder Verkürzung der Krankenhausbehandlung

Eine Krankenhausbehandlung kann nur vermieden oder verkürzt werden, wenn die ansonsten im Krankenhaus vorzunehmende Leistung ebenso ambulant erbracht werden kann.⁷⁸ Andererseits wird die Krankenhausbehandlung nur durch Soziotherapie vermieden oder verkürzt, wenn gerade diese für die Vermeidung oder Verkürzung auch notwendig ist. Das kann fraglich sein in Situationen, in denen ohnehin eine Betreuung vorliegt, etwa bei betreutem Wohnen, in einem Übergangswohnheim oder vergleichbaren Einrichtungen.⁷⁹ Teilweise wird darüber hinausgehend gefordert, dass dazu aber eine der Soziotherapie entsprechende Leistung im Aufnahmevertrag der entsprechenden Einrichtung vereinbart sein müsste.⁸⁰

d. Unausführbarkeit der Krankenhausbehandlung

Auf die Vermeidung oder Verkürzung der Krankenhausbehandlung kommt es nicht an, wenn die Krankenhausbehandlung zwar geboten, aber nicht ausführbar ist. Dies ist denkbar, wenn die Behandlung mangels freier Kapazitäten in den infrage kommenden Krankenhäusern im Umfeld nicht möglich ist, wenn der/die Versicherte nicht transportfähig ist, die Krankenbehandlung ablehnt oder aus medizinischen Gründen nicht aus seinem sozialen Umfeld gerissen werden sollte.⁸¹

e. Ärztliche Verordnung und Genehmigung durch Krankenkasse

Die Soziotherapie wird nur nach ärztlicher Verordnung durch eine/n Arzt/Ärztin auf dem Gebiet der Psychiatrie oder Nervenheilkunde und nach Genehmigung durch die Krankenkasse geleistet.⁸² Die Grundlage für die Entscheidung der Krankenkasse bilden neben der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA auch die Begutachtungs-Richtlinie „Ambulante Soziotherapie“⁸³ des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).⁸⁴

⁷⁷ Vgl. *Joussen*, in: Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann, § 37a SGB V, Rn. 3; *Nolte*, in: Kasseler Kommentar, § 37a SGB V, Rn. 7; *Trenk-Hinterberger*, in: Spickhoff, § 37a SGB V, Rn. 4; *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 36.

⁷⁸ Vgl. dazu ausführlich *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 42 ff.

⁷⁹ BSG, Beschl. v. 25.9.2007 – GS 1/06, BSGE 99, 111, 117; *Wagner*, in: Krauskopf, § 37a SGB V, Rn. 5; *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 37.

⁸⁰ Vgl. *Knispel*, in: BeckOK Sozialrecht, § 37a SGB V, Rn. 3.

⁸¹ Vgl. dazu ausführlich *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 45 ff.

⁸² § 9 Soziotherapie-Richtlinie; vgl. dazu ausführlich *Wagner*, in: Krauskopf, § 37a SGB V, Rn. 6.

⁸³ Abrufbar unter https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/14_BRL_Soziotherapie.pdf (Stand: 20.10.2017).

⁸⁴ Vgl. zum Ganzen *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 24.

4. Diskussion in Wissenschaft und Praxis

a. Genehmigungserfordernis

Das Genehmigungserfordernis für die Soziotherapie ist nicht gesetzlich festgelegt. Nachdem die Genehmigung der Krankenkasse als Voraussetzung für den Leistungsanspruch in § 37a SGB V im Gesetzgebungsverfahren durch den Gesundheitsausschuss vorgeschlagen worden war,⁸⁵ wurde die Regelung im Vermittlungsausschuss wieder aus dem Gesetz gestrichen.⁸⁶ Daraus wird vereinzelt abgeleitet, dass das nun vom G-BA in § 9 der Soziotherapie-Richtlinie aufgestellte Genehmigungserfordernis der gesetzlichen Regelung widerspreche.⁸⁷ Fraglich ist dann aber, ob ähnliches auch für das Erfordernis des Behandlungsplans gelten müsste, der ebenfalls entgegen dem Vorschlag des Gesundheitsausschusses nicht in der Endfassung der Norm enthalten ist.⁸⁸ Das BSG hat die Regelung zum Genehmigungserfordernis durch den G-BA inzwischen für rechtmäßig erklärt.⁸⁹

b. Richtliniensetzung durch den G-BA

Eng mit dem diesem Punkt verbunden ist die grundsätzliche Diskussion über die Legitimation des G-BA zur Richtliniensetzung.⁹⁰ Während im konkreten Fall – wie bereits angesprochen – die Soziotherapie-Richtlinie des G-BA durch das BSG jedenfalls grundsätzlich und konkret in einzelnen wesentlichen Punkten für rechtmäßig erachtet worden ist,⁹¹ können die jüngsten Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts durchaus als Anzweiflung der demokratischen Legitimation der Entscheidungen des G-BA aufgefasst werden.⁹² Ob diese auf die Leistungsausschlüsse nach § 135 SGB V bezogenen Hinweise ohne weiteres auf die hier vorliegende Konstellation übertragen werden könnten, ist allerdings fraglich.

Fest steht, dass die Soziotherapie-Richtlinie sich bezüglich ihres Regelungsinhalts und Regelungsumfangs nur im Rahmen des § 37a Abs. 1 und 2 SGB V bewegen darf. Insbesondere Absatz 2 der Vorschrift lässt dem Gremium dabei recht große Freiheiten, da die aufgeführten Punkte nur „insbesondere“ zu regeln sind. Die Richtlinie kann also auch weitere Regelungen treffen, solange diese § 37a Abs. 1 SGB V nicht widersprechen.

c. Fehlende Anforderungen an Leistungserbringer

⁸⁵ BT-Drs. 14/1977, S. 16.

⁸⁶ BT-Drs. 14/2369, S. 6.

⁸⁷ *Rixen*, in: Becker/Kingreen, § 37a SGB V, Rn. 2.

⁸⁸ Vgl. BT-Drs. 14/1977, S. 16; BT-Drs. 14/2369, S. 6; siehe dazu auch *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 7, 81.

⁸⁹ BSG, Urt. v. 20.4.2010 – B 1/3 KR 21/08 R, SozR 4-2500 § 37a Nr. 1, Rn. 10.

⁹⁰ Vgl. dazu aktuell *Gassner*, NZS 2016, 121.

⁹¹ BSG, Urt. v. 20.4.2010 – B 1/3 KR 21/08 R, SozR 4-2500 § 37a Nr. 1.

⁹² Vgl. BVerfG, Beschl. v. 15.11.2015 – 1 BvR 2056/12, NJW 2016, 1505.

Schneider hält es vor dem Hintergrund der Berufsfreiheit aus Art. 12 GG für verfassungsrechtlich bedenklich, dass der Gesetzgeber keinerlei Anforderungen an die Qualität und Eignung der Leistungserbringer stellt und die Krankenkassen damit ohne bindende Vorgaben frei über den Vertragsschluss mit einzelnen Leistungserbringern entscheiden lässt bzw. dieser ausschließlich von der Bedarfsprüfung abhängig gemacht wird.⁹³ Mit der Vorgängerregelung hatte der Gesetzgeber die Erstellung eines Anforderungskatalogs noch an die Spitzenverbände der Krankenkassen delegiert. Diese Regelungen sind aufgehoben worden. Damit ist jedenfalls ein Transparenz-Verlust verknüpft.⁹⁴ Die verfassungsrechtlichen Bedenken werden in der Literatur ganz überwiegend geteilt.⁹⁵ Der von *Rixen* vorgeschlagenen Lösung eines Rechtsanspruchs der Leistungserbringer auf Vertragsschluss⁹⁶ wird vielfach widersprochen.⁹⁷ Mit der Einführung eines Schiedsverfahrens bei Nichteinigung in Absatz 2 des § 37a SGB V durch das PsychVVG⁹⁸ könnte ein ausgleichender Mittelweg gefunden worden sein.⁹⁹

d. Mangelnde Durchsetzung in der Praxis

Immer wieder ist in der Vergangenheit angemerkt worden, dass sich die Soziotherapie bisher in der Praxis nicht habe durchsetzen können.¹⁰⁰ So sei die Soziotherapie auch Jahre nach der Einführung des Leistungsangebotes – von Ausnahmen abgesehen – nach wie vor nur punktuell verfügbar. Insbesondere gebe es in zu wenigen Bundesländern Rahmenverträge und vielfach – wenn überhaupt – nur Einzelverträge mit Leistungserbringern.¹⁰¹

Ursachen dafür werden in den (vormals verbindlichen) unrealistischen Qualitätsanforderungen der Krankenkassen, in der unzureichenden Vergütung der Leistungserbringer und dem niedrigen Bekanntheitsgrad des Leistungsangebots innerhalb der Ärzteschaft gesehen.¹⁰² Hinzu komme die Schwierigkeit, dass die Initiative

⁹³ *Schneider* in: jurisPK-SGB V, § 132b SGB V, Rn. 8 f.

⁹⁴ Vgl. *Rixen*, in: Becker/Kingreen, § 132b SGB V, Rn. 9.

⁹⁵ Vgl. nur *Rixen*, in: Becker/Kingreen, § 132b SGB V, Rn. 5; *Ammann*, in: BeckOK Sozialrecht, § 132b SGB V, Rn. 7; *Trenk-Hinterberger*, in: Spickhoff, § 132b SGB V, Rn. 6.

⁹⁶ *Rixen*, in: Becker/Kingreen, § 132b SGB V, Rn. 5.

⁹⁷ Vgl. *Altmiks*, in: Kasseler Kommentar, § 132b SGB V, Rn. 10 m.w.N.

⁹⁸ Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vom 19.12.2016, BGBl. I 2016 S. 2986.

⁹⁹ Siehe dazu aber *Altmiks*, in: Kasseler Kommentar, § 132b SGB V, Rn. 10.

¹⁰⁰ Vgl. *Ratzke*, RdLH 2010, 94; *Flint*, in: Hauck/Noftz, § 37a SGB V, Rn. 12; G-BA, Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie, 2008, S. 10 f.

¹⁰¹ *Ratzke*, RdLH 2010, 94, 95.

¹⁰² Vgl. *Ratzke*, RdLH 2010, 94; G-BA, Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie, 2008, S. 10 f.

zur Verordnung der Soziotherapie nur selten von dem/der Versicherten selbst ausgehe, sodass hier gerade die Ärzteschaft und ersatzweise die Krankenkassen besonders gefordert seien.¹⁰³

1.4 Sozialmedizinische Nachsorge für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder nach § 43 Abs. 2 SGB V

Nach § 43 Abs. 2 SGB V erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche.

1. Ziel der Norm

§ 43 Abs. 2 SGB V wurde durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 eingefügt.¹⁰⁴ Mit dem GKV-OrgWG vom 15.12.2008¹⁰⁵ wurde die Vorschrift durch Neufassung des Satzes 1 als bindender Rechtsanspruch ausgestaltet.¹⁰⁶ Ziel des Anspruchs auf sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen ist es, einer Überforderung der Eltern chronisch kranker oder schwerstkranker Kinder und Jugendlicher bei der Entlassung aus der Akutversorgung entgegenzuwirken bzw. entsprechende Hilfestellung zu leisten.¹⁰⁷ In diesem Sinne soll die sozialmedizinische Nachsorge als Hilfe zur Selbsthilfe unterstützend wirken, indem sie eine sektorenübergreifende Brückenfunktion einnimmt, die sich in Art, Umfang und Dauer an der Schwere der Erkrankung und dem daraus resultierenden Interventions- und Unterstützungsbedarf der Betroffenen orientiert.¹⁰⁸

Nach § 43 Abs. 2 S. 1 SGB V ist es ausdrückliches Ziel, stationäre Aufenthalte zu verkürzen und die ambulante ärztliche Behandlung im Anschluss zu sichern.¹⁰⁹ Damit wird deutlich, dass mit der Regelung auch wirtschaftliche Zwecke verfolgt werden. Neben den durch eine Wiedereinweisung entstehenden Kosten bedeutet diese für die Familien aber auch eine erneute und zusätzliche Belastung, die vermieden werden soll.¹¹⁰

¹⁰³ Padé, in: jurisPK-SGB V, § 37a SGB V, Rn. 26.

¹⁰⁴ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, BGBl. I 2003 S. 2190.

¹⁰⁵ Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, BGBl. I 2008 S. 2426.

¹⁰⁶ Vgl. BT-Drs. 15/1525 S. 90 f.; Nebendahl, in: Spickhoff, § 43 SGB V, Rn. 13.

¹⁰⁷ Vgl. BT-Drs. 16/10609 S. 52.

¹⁰⁸ Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V i.d.F. v. 12.6.2017, GKV-Spitzenverband, S. 1 f.

¹⁰⁹ Vgl. auch BT-Drs. 15/1525 S. 91; BT-Drs. 16/10609 S. 51.

¹¹⁰ Vgl. auch RdLh 2004, 29; Waßer, in: jurisPK-SGB V, § 43, Rn. 41.

2. Eckdaten

a. Anspruchsinhaber

§ 43 Abs. 2 SGB V begründet einen bindenden Anspruch für gesetzlich versicherte chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, in besonders schwerwiegenden Fällen auch für Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Eine chronische Erkrankung ist gegeben, wenn die medizinische Regelwidrigkeit und Behandlungsbedürftigkeit dauernd und nicht nur vorübergehend vorliegt.¹¹¹ Schwerstkrank ist ein Kind, wenn die Krankheit zu einer weit überdurchschnittlichen Abweichung vom Leitbild des gesunden Menschen führt.¹¹²

Ein besonders schwerwiegender Fall, in dem der Anspruch bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres besteht, liegt vor, wenn aufgrund einer akuten Erkrankung, eines Unfalls oder einer Behinderung des Jugendlichen dieser nicht mehr in der Lage ist, einen altersentsprechenden Beitrag zur Selbstversorgung zu leisten, und durch die Komplexität der dadurch erforderlichen Interventionen eine familiäre Überforderungssituation droht oder der Jugendliche mindestens dreimal in den vergangenen 12 Monaten wegen der dem Antrag zugrunde liegenden Diagnose stationär im Krankenhaus behandelt wurde.¹¹³

b. Anspruchsinhalt

Nach § 43 Abs. 2 S. 2 SGB V umfassen die Nachsorgemaßnahmen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen ist gemäß Satz 4 der Vorschrift vom GKV-Spitzenverband bestimmt worden.¹¹⁴

Danach gehören zum Leistungsumfang die Analyse des Unterstützungsbedarfs, die Organisation der notwendigen medizinischen Maßnahmen im täglichen Leben und die Anleitung und Motivation zur tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen. Die Leistungserbringer haben die vorhandenen Versorgungsangebote darzustellen, Kontakte zu und Behandlungstermine bei weiterbehandelnden Vertragsärzten und sonstigen Leistungserbringern zu vermitteln und die Kommunikation zwischen den verschiedenen an der Leistungserbringung beteiligten Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie des/der PatientIn bzw. seiner/ihrer Angehörigen oder

¹¹¹ Vgl. *Nebendahl*, in: Spickhoff, § 43 SGB V, Rn. 13; *Zieglmeier*, in: Kasseler Kommentar, § 43 SGB V, Rn. 6.

¹¹² Vgl. *Nebendahl*, in: Spickhoff, § 43 SGB V, Rn. 13; *Zieglmeier*, in: Kasseler Kommentar, § 43 SGB V, Rn. 6.

¹¹³ Vgl. Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V i.d.F. v. 12.6.2017, GKV-Spitzenverband, S. 3.

¹¹⁴ Dazu ausführlich Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V i.d.F. v. 12.6.2017, GKV-Spitzenverband, S. 5 f.

Betreuungspersonen sicherzustellen und zu koordinieren.¹¹⁵ Letzteres ist auch in § 43 Abs. 2 S. 3 SGB V bereits vorgesehen. Die sozialmedizinische Nachsorge umfasst mindestens sechs und maximal 20 Einheiten in einem Zeitraum von sechs bis zwölf Wochen. Eine einmalige Verlängerung um bis zu zehn Einheiten ist in begründeten Ausnahmefällen möglich.¹¹⁶

c. Leistungserbringer

Nach § 43 Abs. 2 S. 1 SGB V erbringt die Krankenkasse die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen selbst. Nach § 132c Abs. 1 SGB V können die Krankenkassen oder ihre Landesverbände jedoch mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Erbringung sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

Die Anforderungen an Leistungserbringer sind in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132c Abs. 2 SGB V niedergelegt.¹¹⁷ Danach muss ein verbindliches schriftliches und strukturiertes Konzept zu sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nachgewiesen werden. Darüber hinaus ist ein interdisziplinäres Nachsorgeteam zu bilden, das aus den Berufsgruppen Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Diplom-SozialarbeiterInnen/Diplom-SozialpädagogInnen/Diplom-PsychologInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendmedizin besteht. An alle Berufsgruppen werden zusätzlich konkrete Qualifikationsanforderungen gestellt.

d. Leistungsträger

Der Anspruch richtet sich gegen die Krankenkasse. Diese hat auch die Finanzierung zu übernehmen.

3. Voraussetzungen des Anspruchs

a. Notwendigkeit der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen

Nach § 43 Abs. 2 S. 1 SGB V besteht der Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen nur, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Der GKV-Spitzenverband hat in den Bestimmungen nach § 43 Abs. 2 S. 4 SGB V die Indikation zur Inanspruchnahme sozialmedizinischer Maßnahmen genauer geregelt. Die Indikation setzt danach neben einer schweren Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einen komplexen Interventionsbedarf bei dem/der PatientIn voraus, der bei gleichzeitig

¹¹⁵ Vgl. dazu auch *Nebendahl*, in: Spickhoff, § 43 SGB V, Rn. 15; *Zieglmeier*, in: Kasseler Kommentar, § 43 SGB V, Rn. 36.

¹¹⁶ Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V i.d.F. v. 12.6.2017, GKV-Spitzenverband, S. 7.

¹¹⁷ Vgl. dazu ausführlich Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132c Abs. 2 SGB V i.d.F. v. 30.6.2008, S. 1.

ungünstigen Umfeldbedingungen zur familiären Überforderung führen kann.¹¹⁸ Dabei reicht die Mitursächlichkeit der Erkrankung aus. Die Umfeldbedingungen – etwa die familiäre Situation – dürfen allerdings nicht alleiniger oder überwiegender Grund für die Notwendigkeit der sozialmedizinischen Nachsorge sein.¹¹⁹ Damit wird der Anspruch nicht nur an konkrete medizinische Diagnosen geknüpft, sondern anhand einer Analyse des Einzelfalls festgestellt, für die dem/der behandelnden Arzt/Ärztin in den Bestimmungen des GKV-Spitzenverbands ein Algorithmus an die Hand gegeben wird.

b. „Anschluss“ an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation

§ 43 Abs. 2 S. 1 SGB V fordert, dass die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V oder stationäre Rehabilitation erbracht werden. Mit der Bezugnahme auf § 39 Abs. 1 SGB V ist klargestellt, dass alle Formen der Krankenhausbehandlung in Betracht kommen.¹²⁰ Die Voraussetzung dient auch dazu, den Zweck der Vermeidung einer Verlängerung des stationären Aufenthalts oder einer Wiedereinweisung durch eine unmittelbare Anschlussversorgung zu gewährleisten. Der „Anschluss“ an die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsbehandlung ist gewahrt, wenn die Nachsorgemaßnahme innerhalb von 14 Tagen eingeleitet wird. Kommt es zu Verzögerungen, die der Krankenkasse zuzurechnen sind, sind diese nicht anzurechnen.¹²¹

c. Ärztliche Verordnung

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V können nur aufgrund ärztlicher Verordnung erbracht werden. Diese muss von dem/der Erziehungsberechtigten unterschrieben und der Krankenkasse unverzüglich zur Genehmigung vorgelegt werden.¹²²

4. Diskussion in Wissenschaft und Praxis

Die Regelungen zum Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen sind bisher kaum Gegenstand der juristischen Diskussion gewesen.¹²³ Dies deckt sich mit der Feststellung des Gesetzgebers, dass in der Vergangenheit nur vereinzelt Verträge zustande gekommen seien und die Verbreitung der Leistung nicht zufriedenstellend verlaufe. Aus diesem Grund ist mit Wirkung zum 1.1.2009 statt einer

¹¹⁸ Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V i.d.F. v. 12.6.2017, GKV-Spitzenverband, S. 2 f.

¹¹⁹ *Nebendahl*, in: Spickhoff, § 43 SGB V, Rn. 13; *Zieglmeier*, in: Kasseler Kommentar, § 43 SGB V, Rn. 40; einschränkend auch *Schnitzler*, in: BeckOK Sozialrecht, § 43 SGB V, Rn. 30.

¹²⁰ Vgl. dazu auch *Noftz*, in: Hauck/Noftz, § 43 SGB V, Rn. 67.

¹²¹ *Nebendahl*, in: Spickhoff, § 43 SGB V, Rn. 14.

¹²² *Wagner*, in: Krauskopf, § 43 SGB V, Rn. 3, 21; Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V i.d.F. v. 12.6.2017, GKV-Spitzenverband, S. 8.

¹²³ Vgl. auch RdLh 2004, 29, wonach die Regelung „weitgehend unbeachtet“ geblieben sei.

Ermessensleistung ein bindender Anspruch auf die Leistung in § 43 Abs. 2 SGB V festgeschrieben worden.¹²⁴

1.5 Krankengeldfallmanagement nach § 44 Abs. 4 SGB V

Nach § 44 Abs. 4 SGB V haben Versicherte, die Krankengeld beziehen, einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind.

1. Ziel der Norm

§ 44 Abs. 4 SGB V wurde eingeführt mit dem GKV-VSG vom 16.7.2015.¹²⁵ Das damit erstmals gesetzlich normierte Fallmanagement für Fälle längerer Arbeitsunfähigkeit soll zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und der Versorgungskontinuität für betroffene Versicherte führen. Notwendig sei dies, weil diese PatientInnen regelmäßig eine länger andauernde Krankheit zu überwinden und oft einen erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf hätten. Daneben sollen durch die individuelle Beratung auch die Fehl-, Unter- und Überversorgung vermieden und so die Wirtschaftlichkeit des Gesamtversorgungssystems gesteigert werden.¹²⁶

Auch wenn dies eher als Nebenwirkung der Norm eingeordnet werden muss, kann eine koordinierte und betreute Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit die Arbeitsplatzsicherheit des/der PatientIn auch insofern steigern, als ein schlüssiges und erfolgversprechendes Versorgungskonzept positiven Einfluss auf die vom Arbeitgeber bei angestrebter Kündigung zu erstellende Fehlzeitenprognose haben kann.¹²⁷

2. Eckdaten

a. Anspruchsinhaber

Leistungsberechtigt ist nach dem Wortlaut des § 44 Abs. 4 S. 1 SGB V der/die Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Inanspruchnahme ist schon aus datenschutzrechtlichen Gründen freiwillig. Daten dürfen nach § 44 Abs. 4 S. 2 SGB V nur mit schriftlicher Einwilligung erhoben, verarbeitet und genutzt werden.¹²⁸

¹²⁴ Vgl. BT-Drs. 16/10609 S. 52.

¹²⁵ Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, BGBl. I 2015 S. 1211.

¹²⁶ BT-Drs. 18/4095, S. 78 f.

¹²⁷ Vgl. dazu *Düwell/Ganz*, ArbR 2016, 27, 29; *Schifferdecker*, in: Kasseler Kommentar, § 44 SGB V, Rn. 106.

¹²⁸ Vgl. dazu auch *Sonnhoff*, in: jurisPK-SGB V, § 44, Rn. 94.

b. Anspruchsinhalt

Geschuldet ist nach § 44 Abs. 4 SGB V eine Einzelfallberatung des/der arbeitsunfähigen PatientIn, in der die aus seiner/ihrer gesundheitlichen Situation entspringenden besonderen Beratungs- und Unterstützungsbedarfe gestillt werden sollen. Das umfasst die Feststellung des individuellen Versorgungsbedarfs des/der Versicherten, die Zusammenstellung passgenauer Leistungen zur Überwindung der Krankheit und ihrer Folgen sowie die Begleitung bei der Umsetzung der Leistungen, etwa durch Kontaktvermittlung zu geeigneten ortsnahen Leistungserbringern.¹²⁹ In der Literatur wird von einer Koordination der berufsbezogenen Wiedereingliederung mit den medizinisch erforderlichen Maßnahmen gesprochen.¹³⁰ Vor diesem Hintergrund wird teilweise darauf hingewiesen, dass eine engere gesetzliche Verknüpfung des Anspruchs mit den Regelungen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement sinnvoll sein könnte.¹³¹

c. Leistungserbringer

Die Leistung ist grundsätzlich durch die Krankenkasse zu erbringen. Sie hat dafür qualifizierte Beschäftigte einzusetzen.¹³² Viele Krankenkassen haben spezielle FallmanagerInnen mit dieser Aufgabe betraut.¹³³ Deren Anforderungsprofil umfasst neben den sozialversicherungsrechtlichen auch medizinische Kenntnisse, die den/die FallmanagerIn in die Lage versetzen, Krankheitsbilder einschätzen und Behandlungsmöglichkeiten erkennen zu können.¹³⁴

Eine Übertragung der Aufgaben an andere Stellen kann nur vorgenommen werden, wenn dies wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden.¹³⁵ Die Übertragung darf gemäß § 44 Abs. 4 S. 4 SGB V nur an Stellen nach § 35 Abs. 1 SGB I und damit nicht an private Dritte erfolgen.

d. Leistungsträger

Der Anspruch richtet sich gegen die Krankenkasse. Diese hat auch die Finanzierung zu übernehmen. Der Gesetzgeber ist jedoch davon ausgegangen, dass die notwendigen Strukturen bereits bestehen und sich ggf. entstehende zusätzliche Kosten

¹²⁹ BT-Drs. 18/4095, S. 79.

¹³⁰ *Sonnhoff*, in: jurisPK-SGB V, § 44, Rn. 93.

¹³¹ *Düwell/Ganz*, ArbR 2016, 27, 29.

¹³² BT-Drs. 18/4095, S. 79.

¹³³ *Gerlach*, in: Hauck/Noftz, § 44 SGB V, Rn. 117a.

¹³⁴ *Schifferdecker*, in: Kasseler Kommentar, § 44 SGB V, Rn. 107.

¹³⁵ BT-Drs. 18/4095, S. 79.

durch die Reduzierung der Ausgaben für das Krankengeld amortisieren würden.¹³⁶ Ein entsprechender Kostenrückgang wird in der Praxis bereits beobachtet.¹³⁷

3. Voraussetzungen des Anspruchs

Der Anspruch des/der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse besteht nach dem Wortlaut des § 44 Abs. 4 S. 1 GG zunächst ohne weitere Voraussetzungen. Teilweise wird aus der Gesetzesbegründung entnommen, dass der Anspruch nur dann bestehe, wenn sich im Einzelfall tatsächlich auch besonderer Beratungs- und Unterstützungsbedarf ergebe.¹³⁸ Allerdings wird man dies erst in der individuellen Beratung feststellen können, sodass der Anspruch davon kaum abhängig gemacht werden kann bzw. in Fällen ohne besonderen Bedarf mit dieser Feststellung bereits erfüllt ist. Jedenfalls handelt es sich um einen gebundenen Anspruch und keine Ermessensleistung.¹³⁹

Diskutiert wird zudem, ob die systematische Angliederung an den Anspruch auf Krankengeld in § 44 Abs. 1 SGB V auch bedeutet, dass der spezielle Beratungsanspruch erst dann entsteht, wenn auch der Anspruch auf Krankengeld besteht. Was zunächst naheliegend erscheint, wird teilweise auch kritisch gesehen, da Ansatzpunkt nicht der Bezug von Krankengeld, sondern die Arbeitsunfähigkeit sein müsse. Ziel solle es sein, den Bezug von Krankengeld überhaupt schon zu vermeiden.¹⁴⁰ Dem kann entgegengehalten werden, dass andererseits nicht jede – etwa nur kurzfristige – Arbeitsunfähigkeit schon die vom Gesetzgeber in den Blick genommenen besonderen Beratungs- und Unterstützungsbedarfe hervorruft.

4. Diskussion in Wissenschaft und Praxis

Die neue Regelung des § 44 Abs. 4 SGB V soll nach Satz 5 der Vorschrift bis zum 31.12.2018 durch das BMG evaluiert werden. Bisher sind bedeutsame Auseinandersetzungen in Wissenschaft und Praxis vor allem vor dem Hintergrund der datenschutzrechtlichen Bedeutung der Norm geführt worden. Dahinter ist allerdings eine sehr viel grundsätzlichere Kritik zu erkennen.

Die Übermittlung von persönlichen medizinischen Daten an die Krankenkassen zum Zweck des Krankenfallgeldmanagements wird nämlich insbesondere deshalb kritisch gesehen, weil die Krankenkassen auf diesem Wege auch Daten abfragen könnten, um berechnete Krankengeldansprüche abzuwehren.¹⁴¹ In der Praxis wird von einer geradezu drangsalierenden Praxis der Krankenkassen gesprochen, die schon vor der gesetzlichen Regelung mit – teilweise extern beauftragten – KrankengeldfallmanagerInnen versucht hätten, Krankengeldzahlungen zu minimieren.

¹³⁶ BT-Drs. 18/4095, S. 68.

¹³⁷ Vgl. *Gerlach*, in: Hauck/Noftz, § 44 SGB V, Rn. 117a; *Sanwald u.a.*, G+S 2016, Nr. 3, 42, 44.

¹³⁸ Vgl. *Sonnhoff*, in: jurisPK-SGB V, § 44, Rn. 92 mit Bezug auf BT-Drs. 18/4095, S. 78.

¹³⁹ *Sonnhoff*, in: jurisPK-SGB V, § 44, Rn. 92.

¹⁴⁰ *Schifferdecker*, in: Kasseler Kommentar, § 44 SGB V, Rn. 110.

¹⁴¹ Vgl. dazu insgesamt *Sonnhoff*, in: jurisPK-SGB V, § 44, Rn. 94 f.

Es besteht die Befürchtung, dass die gesetzliche Regelung dieses Vorgehen nun legalisieren oder jedenfalls unterstützen könnte.¹⁴²

Der Gesetzgeber hat mit der zwingend erforderlichen Einwilligung in die Datenübermittlung die rechtlichen Voraussetzungen für die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme und damit für eine Vorrangigkeit des Patienteninteresses geschaffen. Vor der Einwilligung ist zudem nach § 44 Abs. 4 S. 2 SGB V eine schriftliche Information¹⁴³ zwingend erforderlich, sodass bedrängende Anrufe oder Gespräche mit der Regelung nicht vereinbar sind.¹⁴⁴ Zudem ist in der Gesetzesbegründung klargestellt, dass eine Ablehnung von Maßnahmen durch den Versicherten keine leistungsrechtlichen Nachteile nach sich ziehen darf und zudem die Zuständigkeitsgrenzen zwischen Krankenkasse und dem die Arbeitsunfähigkeit ggf. überprüfenden MDK gewahrt bleiben müssen.¹⁴⁵ Es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, ob diese rechtlichen Regelungen in der Praxis auch tatsächlich die angedachte Wirkung entfalten.¹⁴⁶

1.6 Unabhängige Patientenberatung nach § 65b SGB V

Nach § 65b SGB V fördert der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Einrichtungen, die VerbraucherInnen sowie PatientInnen in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten.

1. Ziel der Norm

Die schon seit dem Jahr 2000 als Modellvorhaben in § 65b SGB V normierte unabhängige Patientenberatung wurde mit dem AMNOG vom 22.12.2010¹⁴⁷ grundlegend reformiert und als regelhafte Förderung verstetigt. Die Norm soll seitdem mit der Stärkung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen und dem Aufzeigen von Problemlagen im Gesundheitssystem zwei Ziele verfolgen.¹⁴⁸

Die Stärkung der Patientenorientierung bezieht sich vor allem auf die selbstständige Wahrnehmung seiner Rechte durch den/die PatientIn gegenüber Krankenkassen und Leistungserbringern. Dazu soll der Bekanntheitsgrad der Rechte und Pflichten des/der PatientIn – auch im Arzt-Patienten-Verhältnis – erhöht werden. Die unabhängige Patientenberatung wird dazu als qualitativ hochwertiges Infor-

¹⁴² Vgl. Petri/Kettinger, ZD 2015, 49; Düwell/Ganz, ArbR 2016, 27.

¹⁴³ Vgl. zu den genauen Anforderungen Schifferdecker, in: Kasseler Kommentar, § 44 SGB V, Rn. 10.

¹⁴⁴ Vgl. Düwell/Ganz, ArbR 2016, 27, 28.

¹⁴⁵ BT-Drs. 18/4095, S. 79.

¹⁴⁶ Kritisch z.B. Petri/Kettinger, ZD 2015, 49, 50.

¹⁴⁷ Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes, BGBl. 2010 I S. 2262.

¹⁴⁸ BT-Drs. 17/2413, S. 25.

mations- und Beratungsangebot mit erkennbarer fachlicher Unabhängigkeit installiert.¹⁴⁹ Insgesamt lassen sich diese Ansätze auch mit einer stärkeren Wahrnehmung der Eigenverantwortung des/der PatientIn in Verbindung bringen.¹⁵⁰

Neu im Vergleich zu den vorangegangenen Modellvorhaben ist der Ansatz, die durch die Beratung gewonnenen Erkenntnisse auch als Seismographen für Problemlagen im Gesundheitssystem zu nutzen.¹⁵¹ So sollen Erkenntnisse aus der Beratungstätigkeit in die Organisation der Versorgungsabläufe zurückfließen. Dazu wurden Berichtspflichten etwa des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen an den die unabhängige Patientenberatung begleitenden Beirat nach § 65b Abs. 1 S. 6 SGB V eingeführt.¹⁵²

2. Eckdaten

a. Anspruchsinhaber

Auf die Förderung der unabhängigen Patientenberatung besteht kein unmittelbarer gesetzlicher Anspruch, weshalb nicht ein klassischer Leistungsberechtigter benannt werden kann.¹⁵³ Gleichwohl wird durch die nach § 65b SGB V geförderten Einrichtungen eine (Beratungs-)Leistung erbracht, deren Nutznießer nach Absatz 1 Satz 1 der Vorschrift die VerbraucherInnen sowie PatientInnen sein sollen. Damit richtet sich die Beratung trotz ihrer Stellung im SGB V nicht nur an Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern prinzipiell an alle PatientInnen und VerbraucherInnen im Gesundheitswesen unabhängig von ihrem Versicherungsstatus.¹⁵⁴ Mit Blick auf die Finanzierung durch Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 65b Abs. 2 SGB V) wird dies vereinzelt kritisiert und darauf hingewiesen, dass es Ziel bleiben müsse, die Fördermittel versichertenbezogen zu verwenden.¹⁵⁵

b. Anspruchsinhalt

Die Beratung durch die geförderten Einrichtungen muss kostenfrei erfolgen und qualitativ hochwertige Informationen niederschwellig bereitstellen. Sie umfasst laut Gesetz gesundheitliche und gesundheitsrechtliche Fragen. Ihre Grenzen findet sie in ärztlicher und anwaltlicher Tätigkeit, die – selbstverständlich – nicht geleistet werden soll und darf.¹⁵⁶ Als konkrete Inhalte benennt *Scholz* allgemeine oder auf

¹⁴⁹ BT-Drs. 17/2413, S. 25.

¹⁵⁰ *Leopold*, in: Hauck/Noftz, § 65b SGB V, Rn. 6.

¹⁵¹ BT-Drs. 17/2413, S. 25.

¹⁵² Vgl. BT-Drs. 17/2413, S. 25.

¹⁵³ Komplizierter gestaltet sich die Frage nach Ansprüchen von Bewerbern im Vergabeverfahren und nach Teilhabeansprüchen von Versicherten nach Einrichtung des Beratungsangebots.

¹⁵⁴ *Leopold*, in: Hauck/Noftz, § 65b SGB V, Rn. 19, *Scholz*, in: BeckOK Sozialrecht, § 65b SGB V, Rn. 5; *Roters*, in: Kasseler Kommentar, § 65b SGB V, Rn. 3.

¹⁵⁵ *Nebendahl*, in: Spickhoff, § 65b SGB V, Rn. 4.

¹⁵⁶ BT-Drs. 17/2413, S. 25.

den Einzelfall bezogene Informationen über Volkskrankheiten, Patientenrechte, den Leistungskatalog der Krankenversicherung, Präventionsangebote, Beschwerdemöglichkeiten über Leistungserbringer, Benennung zuständiger Stellen, Fragen über Behandlungskosten oder Behandlungsalternativen, Vorsorgevollmacht, Arzneimittelberatung und Unterstützung bei der Suche nach Leistungserbringern oder Fachanwälten für Medizinrecht.¹⁵⁷ Mit letzterem ist die auch vom Gesetzgeber vorgesehene „Lotsenfunktion“ innerhalb der Beratungslandschaft angesprochen. Sind andere qualifizierte Beratungsangebote spezieller oder besser geeignet soll die unabhängige Patientenberatung an diese Angebote weitervermitteln.¹⁵⁸

Die Beratung erfolgt in Beratungsstellen vor Ort, nach der Vorstellung des Gesetzgebers im Wesentlichen aber telefonisch und online.¹⁵⁹ Aus der Formulierung des § 65b Abs. 1 S. 1 SGB V, wonach die Einrichtungen „informieren und beraten“, kann geschlossen werden, dass nicht nur Einzelfallberatungen erfolgen sollen, sondern auch ein Auftrag zur anlassunabhängigen gesundheitlichen Information und Aufklärung der Öffentlichkeit besteht.¹⁶⁰

c. Leistungserbringer

Die Beratungsleistung selbst wird durch Einrichtungen erbracht, die im Rahmen eines Vergabeverfahrens den Zuschlag für den Auftrag erhalten haben. Eine bestimmte – etwa die Gemeinnützigkeit garantierende – rechtliche Organisationsform ist nicht vorgegeben.¹⁶¹ Die Ausschreibung erfolgt nach § 65b Abs. 1 S. 4 SGB V inzwischen für einen Zeitraum von sieben Jahren. Die Vergabeentscheidung erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Die Einrichtungen müssen neutral und unabhängig, von ihrem Zweck her auf Verbraucher- oder Patientenberatung gerichtet sein¹⁶² und ein sachlich korrektes, qualitativ hochwertiges Beratungsangebot garantieren, das evidenzbasiert, weltanschaulich neutral und empathisch erfolgt.¹⁶³ Dazu ist eine laufende Evaluation und Prozessoptimierung durchzuführen.¹⁶⁴

Nach § 65b Abs. 1 S. 3 SGB V müssen Neutralität und Unabhängigkeit der Einrichtungen nachgewiesen werden. Neutralität ist gegeben, wenn sie nicht einseitig

¹⁵⁷ Scholz, in: BeckOK Sozialrecht, § 65b SGB V, Rn. 3.

¹⁵⁸ BT-Drs. 17/3698, S. 51.

¹⁵⁹ BT-Drs. 17/2413, S. 25.

¹⁶⁰ Nebendahl, in: Spickhoff, § 65b SGB V, Rn. 4.

¹⁶¹ Nebendahl, in: Spickhoff, § 65b SGB V, Rn. 3; Kaempfe, in: Becker/Kingreen, § 65n SGB V, Rn. 5.

¹⁶² Nebendahl, in: Spickhoff, § 65b SGB V, Rn. 3.

¹⁶³ BT-Drs. 17/2413, S. 26.

¹⁶⁴ BT-Drs. 17/2413, S. 25.

den Interessen eines am Gesundheitswesen Beteiligten dient und Objektivität sowie Sachlichkeit ihrer Information, Beratung und Aufklärung gewährleistet sind.¹⁶⁵ Unabhängigkeit liegt vor, wenn keine Interessenverflechtung mit einzelnen oder mehreren Akteuren des Gesundheitsmarktes besteht.¹⁶⁶ Als Nachweis soll die Darlegung der jeweils rechtlichen Neutralität und Unabhängigkeit ausreichen.¹⁶⁷

Seit dem 1.1.2016 ist die Förderung vergeben an die Sanvartis GmbH, die die Beratung durch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH durchführen lässt. Die Beratung erfolgt – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – telefonisch und online, aber auch in inzwischen 30 Vor-Ort-Beratungsstellen (vorher 21) und zusätzlich durch drei mobile Beratungsangebote, sodass insgesamt 100 Städte pro Jahr abgedeckt sein sollen.

d. Leistungsträger

Leistungsträger ist die gesetzliche Krankenversicherung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vergibt die Fördersumme von insgesamt 9 Millionen Euro im Jahr 2016, die fortan nach in § 65b Abs. 2 S. 1 SGB V festgelegtem Modus steigen wird. In der ursprünglichen Fassung der Norm aus dem Jahr 2010 waren noch 5,2 Millionen Euro vorgesehen. Die Summe wird erbracht durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen (§ 65b Abs. 2 S. 2 SGB V).

3. Anspruchsvoraussetzungen

§ 65b SGB V ist – wie bereits gesehen – nicht als Anspruchsnorm ausgestaltet. Dementsprechend enthält die Norm auch keine Anspruchsvoraussetzungen. Allerdings wird in der Literatur vielfach auf die in Bezug auf den zu leistenden Beratungsinhalt begrenzende Wirkung der Formulierung „in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen“ hingewiesen. Demnach müsse die Beratung unmittelbaren Zusammenhang zu eben solchen gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen haben. Wirtschaftliche, beitrags- oder versicherungsrechtliche Rahmenbedingungen oder Folgen einer Erkrankung seien hingegen von der Beratung ausgeschlossen.¹⁶⁸

¹⁶⁵ Vgl. *Leopold*, in: Hauck/Noftz, § 65b SGB V, Rn. 27; *Koch*, in: jurisPK-SGB V, § 65b SGB V, Rn. 10, jeweils m.w.N.

¹⁶⁶ Vgl. *Leopold*, in: Hauck/Noftz, § 65b SGB V, Rn. 27; *Koch*, in: jurisPK-SGB V, § 65b SGB V, Rn. 10, jeweils m.w.N.

¹⁶⁷ *Leopold*, in: Hauck/Noftz, § 65b SGB V, Rn. 28; in ähnliche Richtung auch *Roters*, in: Kasseler Kommentar, § 65b SGB V, Rn. 8.

¹⁶⁸ *Nebendahl*, in: Spickhoff, § 65b SGB V, Rn. 4; *Kaempfe*, in: Becker/Kingreen, § 65n SGB V, Rn. 6; *Leopold*, in: Hauck/Noftz, § 65b SGB V, Rn. 21; *Roters*, in: Kasseler Kommentar, § 65b SGB V, Rn. 4.

4. Diskussion in Wissenschaft und Praxis

a. Vergabe der Förderung¹⁶⁹

Bis zum Ende des Jahres 2015 war die Beratung durch ein Konsortium bestehend aus dem Sozialverband VdK Deutschland e.V., der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. und dem Verband unabhängige Patientenberatung e.V. durchgeführt worden. Das Konsortium hatte die Beratung auch schon in der Modellphase übernommen. Nach Ablauf der ersten Förderperiode wurde für die Zeit ab dem 1.1.2016 ein neues Vergabeverfahren eröffnet. Den Zuschlag erhielt allerdings nicht erneut das Konsortium, sondern die Sanvartis GmbH, was zu einem Verfahren vor der Vergabekammer beim Bundeskartellamt führte¹⁷⁰ und allgemeines Unverständnis auslöste, das sich nicht nur in kritischen Anfragen im Bundestag niederschlug,¹⁷¹ sondern auch zum Rücktritt eines Teils der Mitglieder des Beirats nach § 65b Abs. 1 S. 5 SGB V führt.¹⁷²

In diesem Zusammenhang wurde das Vergabeverfahren insgesamt einer vertieften juristischen wie praktischen Diskussion zugeführt. Fraglich ist schon, ob überhaupt ein Vergabeverfahren nach den §§ 97 ff. GWB hätte durchgeführt werden müssen. Zentral ist in diesem Zusammenhang die Diskussion um die Frage, ob es sich bei der Förderung von Einrichtungen zur unabhängigen Patientenberatung nach § 65b SGB V um einen öffentlichen Auftrag handelt. Während die Vergabekammer dies bejaht,¹⁷³ wird dies in der Literatur grundlegend angezweifelt.¹⁷⁴

Streit besteht darüber hinaus in der Frage, welchen Charakter und Stellenwert die Kriterien der Unabhängigkeit und Neutralität im Verfahren haben und inwieweit diese durch den heutigen Auftragnehmer, die in anderen Zusammenhängen für Pharmaunternehmen und Krankenkassen tätige¹⁷⁵ Sanvartis GmbH, erfüllt werden.¹⁷⁶ Die Sanvartis GmbH hat zur Durchführung der Beratung eine organisatorisch von ihr getrennte Unabhängige Patientenberatung gGmbH eingesetzt. Die Bundesregierung und die mit dem Fall befasste Vergabekammer gehen davon aus, dass dieses Konstrukt und die eingeführten Kontrollmechanismen ausreichen, um die Unabhängigkeit und Neutralität zu wahren.¹⁷⁷ *Heberlein* kommt hingegen zu

¹⁶⁹ Siehe dazu umfassen *Heberlein*, SGB 2016, 426.

¹⁷⁰ VK Bund, Beschl. v. 3.9.2015 – VK 1-74/15.

¹⁷¹ Vgl. BT-Drs. 18/5678.

¹⁷² Vgl. zum Ganzen *Heberlein*, SGB 2016, 426, 426.

¹⁷³ VK Bund, Beschl. v. 3.9.2015 – VK 1-74/15, jurisRn. 99.

¹⁷⁴ Vgl. *Kaempfe*, in: Becker/Kingreen, § 65n SGB V, Rn. 9; *Heberlein*, SGB 2016, 426, 430 f.

¹⁷⁵ Vgl. *Heberlein*, SGB 2016, 426, 426; BT-Drs. 18/5678, S 1.

¹⁷⁶ Ablehnend *Heberlein*, SGB 2016, 426; zustimmend aber VK Bund, Beschl. v. 3.9.2015 – VK 1-74/15.

¹⁷⁷ VK Bund, Beschl. v. 3.9.2015 – VK 1-74/15 jurisRn. 120 ff; BT-Drs. 18/5678, S 4 f.; 7 ff; zustimmend auch *Kaempfe*, in: Becker/Kingreen, § 65n SGB V, Rn. 5.

dem Schluss, dass bei richtiger Anwendung des Vergaberechts und damit einhergehend bei richtiger Berücksichtigung von Unabhängigkeit und Neutralität als Eignungskriterien ein Zuschlag an die Sanvartis GmbH nicht hätte erfolgen können.¹⁷⁸

Es bleibt abzuwarten, ob die Durchführung der Beratung durch den aktuellen Auftragnehmer oder das nächste Vergabeverfahren für die Beratung ab dem Jahr 2022 für eine erneute Diskussion sorgen werden.

b. Evaluation

Ausweislich der Gesetzesbegründung setzt § 65b Abs. 1 SGB V eine laufende Evaluation der Patientenberatung voraus.¹⁷⁹ Darüber hinaus war die Bundesregierung nach der 2010 verabschiedeten Version des § 65b SGB V in einem inzwischen gestrichenen Absatz 3 zu einem Erfahrungsbericht zum 31.3.2013 verpflichtet. Dieser Verpflichtung ist sie nachgekommen.¹⁸⁰

Auf der Grundlage dieser Evaluationen kann ein insgesamt positives Bild von der unabhängigen Patientenberatung gezeichnet werden.¹⁸¹ Insbesondere scheint auch die in den Modellvorhaben noch nicht vorgesehene Rückmeldefunktion zu funktionieren, wenn die Bundesregierung auf Grundlage der jährlichen Berichte der Beratungseinrichtungen Anhaltspunkte für notwendige Gesetzesänderungen erkennt.¹⁸² Zudem wurde auf die Kritik, die Wartezeiten am Telefon seien zu lang und die angedachte Lotsenfunktion könne insbesondere durch mehr Kooperationen noch besser wahrgenommen werden,¹⁸³ mit einer deutlichen Erhöhung der Fördersumme von 5,2 auf 9 Millionen Euro für (wohl auch) einen höheren Personaleinsatz reagiert.

Inhaltlich lässt sich den Berichten entnehmen, dass vor allem Rechtsfragen und Fragen zu Leistungsansprüchen Gegenstand der Einzelberatung waren.¹⁸⁴ Der größte Beratungsbedarf besteht danach zu den Themen Krankengeld und Behandlungsfehler.¹⁸⁵

c. Haftung für Beratungsfehler

Ohne dass es bisher Anhaltspunkte für eine hohe praktische Relevanz der Frage zu geben scheint, wird in der Literatur vielfach zu den haftungsrechtlichen Folgen von Beratungsfehlern Stellung genommen. Weitgehend Einigkeit besteht darin, dass

¹⁷⁸ Herberlein, SGB 2016, 426, 433.

¹⁷⁹ Siehe dazu schon oben BT-Drs. 17/2413, S. 25.

¹⁸⁰ BT-Drs., 17/13127.

¹⁸¹ Vgl. dazu Hölling, Die BKK 2011, 336; BT-Drs. 17/13127, S. 3 f.

¹⁸² Vgl. Schultz, zm 2017, Nr. 14, 26, 28.

¹⁸³ BT-Drs. 17/13127, S. 3 f.

¹⁸⁴ BT-Drs., 17/13127, S. 3; vgl. auch Scholz, in: BeckOK Sozialrecht, § 65b SGB V, Rn. 9; für früheren Zeitraum siehe auch Hölling, Die BKK 2011, 336, 338 ff.

¹⁸⁵ Schultz, zm 2017, Nr. 14, 26, 26.

auf Grund der privatrechtlichen Grundlage der Tätigkeit der Beratungseinrichtungen keine Amtshaftungsansprüche und sozialrechtlichen Herstellungsansprüche bestehen können.¹⁸⁶ Roters weist aber darauf hin, dass sich eine Haftung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen aus einer unzulässigen Einflussnahme auf den die Beratung durchführenden Träger der Beratungseinrichtungen ergeben könnte.¹⁸⁷

1.7 Individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Nach § 7a SGB XI haben Leistungsbezieher in der Pflegeversicherung einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin.

1. Ziel der Norm

Die Norm wurde eingeführt durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008¹⁸⁸ und entscheidend geändert zuletzt insbesondere durch das PSG II¹⁸⁹.

Mit der individuellen Pflegeberatung soll der nach Ansicht des Gesetzgebers bestehenden erheblicher Beratungs- und Unterstützungsbedarf von Pflegebedürftigen durch eine/n persönliche/n AnsprechpartnerIn aufgefangen werden, der Hilfe und Unterstützung bei Auswahl und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne eines Fallmanagements bietet.¹⁹⁰

Anders als beim Versorgungs- und Entlassmanagement wird der wirtschaftliche Nutzen einer Effizienzsteigerung in den Gesetzesbegründungen nicht ausdrücklich erwähnt. Gleichwohl wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass dies grundsätzlich auch ein Ziel von Fallmanagement-Regelungen sei.¹⁹¹

2. Eckdaten

a. Anspruchsinhaber

Leistungsberechtigt sind nach § 7a Abs. 1 S. 1 SGB XI alle Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Damit sind in erster Linie Pflegebedürftige im Sinne des § 14 SGB XI angesprochen, aber auch Pflegepersonen, die zur Pflege von Pflegebedürftigen Leistungen nach §§ 44, 44a SGB XI beziehen.¹⁹² Hinzu kommen nach § 7a

¹⁸⁶ Leopold, in: Hauck/Noftz, § 65b SGB V, Rn. 20; Scholz, in: BeckOK Sozialrecht, § 65b SGB V, Rn. 8; anders aber Dalichau, SGB V, § 65b SGB V, S. 17 f.

¹⁸⁷ Roters, in: Kasseler Kommentar, § 65b SGB V, Rn. 13.

¹⁸⁸ Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, BGBl. I S. 874.

¹⁸⁹ Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21.12.2015, BGBl. I S. 2424; zu den Änderungen vgl. Reimer, SGB 2016, 252, 253.

¹⁹⁰ BT-Drs. 16/7439, S. 45.

¹⁹¹ Reimer, in: Hauck/Noftz, § 7a SGB XI, Rn. 10; Philipp, in: Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann, § 7a SGB XI, Rn. 1.

¹⁹² Vgl. Baierl, in: jurisPK-SGB XI, § 7a SGB XI, Rn. 16

Abs. 1 S. 9 SGB XI auch Personen, die einen Antrag auf Leistungen gestellt (also noch nicht auch Leistungen beziehen) und erkennbar einen Hilfe- und Beratungsbedarf haben.

Der Anspruch auf Pflegeberatung ist als einklagbarer Individualanspruch geschaffen worden und richtet sich gegen die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen.¹⁹³ Die Durchführung der Pflegeberatung durch letztere ist in § 7a Abs. 5 SGB V geregelt.

b. Anspruchsinhalt¹⁹⁴

Das gesetzgeberische Konzept baut auf die fachwissenschaftlichen Konzepte zum Fallmanagement auf.¹⁹⁵ In § 7a Abs. 1 S. 3 SGB V hat der Gesetzgeber seine Vorstellung von den Inhalten der Pflegeberatung recht detailliert niedergelegt. Danach ist es insbesondere Aufgabe der Pflegeberatung,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

Der in Nr. 2 angeführte individuelle Versorgungsplan kann als „Herzstück“¹⁹⁶ des mit der Pflegeberatung verbundenen Fallmanagements aufgefasst werden.¹⁹⁷ Er wird gemäß § 7a Abs. 1 S. 4 SGB V nach Maßgabe der (vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des MDK bis Mitte 2018 zu beschließenden) Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 17 Abs. 1a

¹⁹³ BT-Drs. 16/7439, S. 45 f.

¹⁹⁴ Einen ausführlichen Einblick in die Praxis der Pflegeberatung bietet *Am Orde* u.a., Kompass 2016, Nr. 9-10, 3, 7 ff.

¹⁹⁵ Vgl. *Reimer*, in: Hauck/Noftz, § 7a SGB XI, Rn. 10, der aber auch auf Unterschiede hinweist.

¹⁹⁶ *Baierl*, in: jurisPK-SGB XI, § 7a SGB XI, Rn. 21

¹⁹⁷ Ausführlich dazu *Baierl*, in: jurisPK-SGB XI, § 7a SGB XI, Rn. 46 f.

SGB XI erstellt und umgesetzt. Er enthält auch Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Dabei hat der Versorgungsplan allerdings nur empfehlenden Charakter.¹⁹⁸

Nach Ansicht von *Reimer* muss der Versorgungsplan beim Hinweis auf das vorhandene örtliche Leistungsangebot auch konkrete Leistungserbringer als geeignet benennen. Eine nur allgemeine Nennung, etwa um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, entspreche nicht der gesetzgeberischen Intention eines effektiven Fallmanagements. Gerade die Selektion von Angeboten sei *state of the art* im Fallmanagement und müsse deshalb auch im Versorgungsplan zulässig sein.

Soll für jeden Anspruchsinhaber ein individuelles Konzept geschaffen werden, heißt dies auch, dass genauer Umfang und Inhalt von der individuellen Situation des Leistungsbeziehers abhängen und sich über die Zeit auch ändern können.¹⁹⁹ Entscheidend ist nicht nur der Pflege-, sondern auch der Versorgungs- und Betreuungsbedarf des Betroffenen.²⁰⁰ Die Aufzählung in § 7a Abs. 1 S. 3 SGB XI ist insofern nicht abschließend.²⁰¹

Teil des Normkonzepts ist – wenn der/die PflegeberaterIn Beschäftigte der entsprechenden Pflegekasse ist und soweit er/sie Entscheidungsbefugnis hat – auch die Verbindung von Beratung und Leistungsentscheidung.²⁰² Insgesamt kombiniert die Pflegeberatung damit die Information über Sozialleistungen und individuelle Ansprüche mit der Hilfestellung bei Auswahl und Inanspruchnahme der Leistungen.²⁰³ Ein Anspruch auf die tatsächliche Durchführung der Leistungen besteht dagegen nicht.²⁰⁴

Die Pflegeberatung kann – selbstverständlich – bei der Pflegekasse selbst, nach § 7a Abs. 2 S. 2 aber auch im Wohnumfeld oder gemäß § 7a Abs. 1 S. 10 SGB XI in einem Pflegestützpunkt nach § 7c SGB XI wahrgenommen werden. Um die Umsetzung zu verbessern und die Zahl der Beratungen zu erhöhen, müssen Pflegekassen inzwischen nach § 7b SGB XI bei Antragsstellung eine Pflegeberatung durch einen konkreten Termin oder durch Beratungsgutschein innerhalb von zwei Wochen ermöglichen.²⁰⁵ Die Inanspruchnahme ist aber insgesamt schon dem Grunde nach

¹⁹⁸ Koch, in: Kasseler Kommentar, § 7a SGB XI, Rn. 10; Pfitzner, in: BeckOK Sozialrecht, § 7a SGB XI, Rn. 3.

¹⁹⁹ Reimer, in: Hauck/Noftz, § 7a SGB XI, Rn. 12.

²⁰⁰ Udsching, in: Spickhoff, § 7a SGB XI, Rn. 2.

²⁰¹ Baierl, in: jurisPK-SGB XI, § 7a SGB XI, Rn. 26

²⁰² BT-Drs. 16/7439, S. 45; vgl. dazu Koch, in: Kasseler Kommentar, § 7a SGB XI, Rn. 16; eher kritisch Reimer, in: Hauck/Noftz, § 7a SGB XI, Rn. 31.

²⁰³ Reimer, in: Hauck/Noftz, § 7a SGB XI, Rn. 8.

²⁰⁴ Udsching, in: Spickhoff, § 7a SGB XI, Rn. 2.

²⁰⁵ Vgl. dazu Baierl, in: jurisPK-SGB XI, § 7a SGB XI, Rn. 13.

freiwillig und auch im Umfang unter anderem davon abhängig, welche Informationen und Daten vom Leistungsberechtigten übermittelt werden.²⁰⁶ Diesbezüglich ist eine Datenschutz- und Einverständniserklärung zwingend erforderlich.²⁰⁷

c. Leistungserbringer

Leistungserbringer sind insbesondere die PflegeberaterInnen der Pflegekassen oder sonstige Beratungsstellen nach § 7a Abs. 1 S. 1 SGB XI. Die Übertragung der Aufgaben der Pflegeberatung auf Dritte ist gemäß § 7a Abs. 1 S. 8 SGB XI ebenfalls möglich. Dann können die PflegeberaterInnen selbst aber keine Entscheidungsbezugnis mehr über die Bewilligung von Leistungen der Pflegekassen innehaben.²⁰⁸ Damit wird den Pflegekassen – und den privaten Versicherungsunternehmen mit Absatz 5 der Vorschrift – eine weitreichende Kooperationsmöglichkeit eröffnet, die sich an Pflegestützpunkten oder beispielsweise kommunalen Beratungseinrichtungen etwa zur Seniorenhilfe abspielen kann.

Die PflegeberaterInnen benötigen zur Bewältigung der durch den Gesetzgeber detailliert formulierten Aufgabenstellung eine vertiefte Kenntnis des bundesweiten und zugleich länderspezifischen Angebots an rechtlich vorgesehenen und auch tatsächlich verfügbaren Unterstützungsleistungen, also eine besondere fachliche Qualifikation.²⁰⁹ In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, dass die Pflegeberatung im Grundsatz durch Beschäftigte der Pflegekassen geleistet werden soll, obwohl dies mit der Garantie der gesetzlich geforderten Unabhängigkeit der Beratung²¹⁰ häufig in einem Spannungsverhältnis stehen wird. Der Gesetzgeber betont aber, dass die PflegeberaterInnen als Sachwalter der Interessen der Hilfebedürftigen fungieren sollen.²¹¹

d. Leistungsträger

Leistungsträger sind die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen.

3. Anspruchsvoraussetzungen

Neben der Zugehörigkeit zum bereits definierten Kreis der leistungsberechtigten Personen bestehen keine weiteren Anspruchsvoraussetzungen.

4. Diskussion in Wissenschaft und Praxis

a. Unabhängigkeit der Beratung

²⁰⁶ Vgl. *Reimer*, in: Hauck/Noftz, § 7a SGB XI, Rn. 19; *Baierl*, in: jurisPK-SGB XI, § 7a SGB XI, Rn. 44; *Pfitzner*, in: BeckOK Sozialrecht, § 7a SGB XI, Rn. 4 f.

²⁰⁷ *Baierl*, in: jurisPK-SGB XI, § 7a SGB XI, Rn. 52.

²⁰⁸ *Koch*, in: Kasseler Kommentar, § 7a SGB XI, Rn. 11 m.w.N.

²⁰⁹ *Reimer*, in: Hauck/Noftz, § 7a SGB XI, Rn. 6.

²¹⁰ Vgl. § 7a Abs. 1 S. 10 und BT-Drs. 16/7439, S. 46.

²¹¹ BT-Drs. 16/7439, S. 45.

Die Unabhängigkeit von PflegeberaterInnen kann infrage gestellt werden, wenn diese gleichzeitig Beschäftigte der Pflegekasse sind, also des Trägers der Leistungen, über deren Inanspruchnahme beraten werden soll. So meint *Reimer* stellvertretend für nicht wenige Stimmen im Schrifttum, dass wegen der engen Vernetzung und Verbindung der Pflegekassen, ihrer Verbände und der Leistungserbringer durchaus Misstrauen angebracht sei, dass die Leistungsträger ohne eigene Interessen beraten. Man dürfe jedenfalls nicht davon ausgehen, dass die gesetzliche Anordnung der Unabhängigkeit ausreiche, um tatsächliche Unabhängigkeit der Beratung zu garantieren.²¹² Recht intensiv diskutiert werden deshalb Modelle der arbeitsrechtlichen Weisungsfreiheit für PflegeberaterInnen.²¹³ Der Gesetzgeber hat bisher scheinbar keinen weiteren Handlungsbedarf gesehen.

b. Zeitpunkt der Pflegeberatung

In der aktuellen Fassung des § 7a Abs. 1 S. 1 SGB XI entsteht der Anspruch auf Pflegeberatung erst mit dem Leistungsbezug oder frühestens mit der Antragsstellung unter den Voraussetzungen des § 7a Abs. 1 S. 9 SGB XI. Nach Auffassung von *Krahmer* ist durch die zentrale Regelung der Beratung in § 7a SGB XI und der damit einhergehenden Streichung des Beratungsanspruchs aus § 7 Abs. 1 und 2 SGB XI mit dem PSG II der Zeitpunkt der Anspruchsentstehung nach hinten verschoben worden.²¹⁴ Nach § 7 Abs. 2 S. 2 SGB XI wird nämlich auf den Zeitpunkt abgestellt, in dem sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet.²¹⁵

Unabhängig von der mit einiger Schärfe in der Wortwahl geführten Diskussion zu den rechtlichen und tatsächlichen Auswirkungen der Neuregelung, die *Krahmer* (nicht ohne Widerspruch)²¹⁶ als in der Begründung fehlerhaft und fatalen Verstoß des Gesetzgebers gegen zwingende Normen des allgemeinen Sozialrechts bezeichnet,²¹⁷ wird eine zeitliche Ausweitung der Pflegeberatung auch von anderen befürwortet.²¹⁸

c. Evaluation

Der Gesetzgeber hat in § 7a Abs. 9 SGB XI festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre eine unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellende Evaluation der Pflegeberatung vorlegt. Der erste Bericht erfolgt zum 30.6.2020.

²¹² *Reimer*, in: Hauck/Noftz, § 7a SGB XI, Rn. 29.

²¹³ Vgl. *Reimer*, in: Hauck/Noftz, § 7a SGB XI, Rn. 29 m.w.N.; *Schubert/Schaumborg*, NZS 2009, 353, 357; dafür auch *Udsching*, in: Spickhoff, § 7a SGB XI, Rn. 4.

²¹⁴ Vgl. *Krahmer*, ZFSH/SGB 2016, 79.

²¹⁵ Darauf hinweisend auch *Baierl*, in: jurisPK-SGB XI, § 7a SGB XI, Rn. 37.

²¹⁶ Vgl. *Rymarczyk*, ZFSH/SGB 2016, 419.

²¹⁷ *Krahmer*, ZFSH/SGB 2016, 79, 80.

²¹⁸ Vgl. nur *Waßer*, KrV 2015, 89, 96.

Die bisherigen Evaluationen, Studien und Befragungen kommen meist zu insgesamt positiven Ergebnissen.²¹⁹ Neben der teilweise uneinheitlichen Organisation und Durchführung der Beratung (dazu jetzt z.B. die Regelung des § 7a Abs. 1 S. 4 SGB XI) wird allerdings auf die in der Gesamtbevölkerung noch unzureichende Kenntnis über das Beratungsangebot hingewiesen.²²⁰

d. Haftungsfragen

Auch im Rahmen der Pflegeberatung stellen sich haftungsrechtliche Fragen. Der Gesetzgeber selbst weist ausdrücklich auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch für den Fall der Fehlberatung hin.²²¹ Die Haftung für eine/n externe/n PflegeberaterIn könnte über § 278 BGB konstruiert werden.²²²

²¹⁹ Vgl. nur *Baierl*, in: jurisPK-SGB XI, § 7a SGB XI, Rn. 19; *Am Orde* u.a., Kompass 2016, Nr. 9-10, 3, 4 f.

²²⁰ *Am Orde* u.a., Kompass 2016, Nr. 9-10, 3, 5.

²²¹ Vgl. BT-Drs. 16/7439, S. 46.

²²² Vgl. dazu *Baierl*, in: jurisPK-SGB XI, § 7a SGB XI, Rn. 51.

1.8 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V

Nach § 132g Abs. 1 S. 1 SGB V können zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.

1. Ziel der Norm

Eingeführt wurde § 132g SGB V durch das HPG vom 1.12.2015.²²³ Der GKV-Spitzenverband und die Trägerverbände haben inzwischen eine Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über nähere Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase geschlossen.²²⁴

Ziel der Regelung ist es, durch Beratung und Information die Angst schwerstkranker PatientInnen und Pflegebedürftiger vor dem Sterben und schwerem Leiden in der Sterbephase zu mindern. Darüber hinaus soll durch das angestrebte Fallmanagement die Selbstbestimmung des/der PatientIn gestärkt und dem Wunsch nach Vermeidung ungewollter Behandlungen Rechnung getragen werden.²²⁵ Damit könnten auch Alternativen zum Suizid aufgezeigt werden.²²⁶ Darüber hinaus dient die Norm der Effektivierung von – weiterhin mit vielen Unsicherheiten behafteten – Patientenverfügungen.²²⁷

Die Norm enthält keinen Anspruch des/der Versicherten.²²⁸ Ein Informationsanspruch über die gesetzlichen Ansprüche in der Palliativversorgung gegenüber den Krankenkassen besteht bereits nach § 39b SGB V. § 132g SGB V ist nicht bloß die entsprechende leistungserbringerrechtliche Vorschrift. Vielmehr sollen mit der deshalb wohl auch im Leistungserbringerrecht angeordneten Norm vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den – auch finanziellen – Anreiz erhalten, ein in Inhalt und Koordinationsleistung weit darüber hinausgehendes Angebot zu schaffen.²²⁹

²²³ Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vom 1.12.2015. BGBl. I 2015, 2114.

²²⁴ Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017.

²²⁵ BT-Drs. 18/5170, S. 30; vgl. dazu näher *Melching*, Bundesgesundheitsblatt 2017, 4, 8.

²²⁶ Vgl. dazu *Amman*, in: BeckOK SozR, § 132g SGB V, Rn. 3.

²²⁷ *Rixen*, in: Becker/Kingreen, § 132g SGB V, Rn. 2; dazu ganz konkret *Heller-Jung*, GuG SPEZIAL 3/17, 10.

²²⁸ So auch *Schneider*, in: jurisPK-SGB V, § 132g SGB V, Rn. 9; *Föllmer*, in: Krauskopf, § 132g SGB V, Rn. 4; i.E. auch *Luthe*, in: Hauck/Noftz, § 132g SGB V, Rn. 10 ff.; anders *Altmiks*, in: Kasseler Kommentar, § 132g SGB V, Rn. 2.

²²⁹ Vgl. BT-Drs. 18/5170, S. 18, 30.

2. Eckdaten

a. Anspruchsinhaber

Mangels gesetzlichen Anspruchs der Versicherten können diese auch nicht als Anspruchsinhaber beschrieben werden. Begünstigt wäre allerdings der/die schwerst- kranke PatientIn oder Pflegebedürftige in einer entsprechenden Einrichtung. Er/sie muss Versicherte/r der gesetzlichen Krankenversicherung sein.²³⁰ Der/die Versicherte „in“ einer entsprechenden Einrichtung kann im Regelfall nur der/die BewohnerIn einer solchen Einrichtung sein.²³¹ Diese Annahme wird unterstützt durch § 1 Abs. 4 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, in der die Leistungsberechtigten als BewohnerInnen in den vollstationären Einrichtungen sowie als die Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe definiert werden. Auch letztere müssen nach § 1 Abs. 3 der Vereinbarung zuvorderst das Angebot in ihrer Wohneinrichtung wahrnehmen.

In der Vereinbarung ist zudem in § 3 Abs. 3 festgelegt, dass in dem Moment, in dem eine Einrichtung ein Angebot zur Versorgungsplanung vorhält, auch ein (vertraglicher) Anspruch der Leistungsberechtigten in der Einrichtung auf Inanspruchnahme besteht. Die Inanspruchnahme bleibt allerdings freiwillig.

b. Anspruchsinhalt

Nach § 132g Abs. 1 S. 2 SGB V umfasst die Versorgungsplanung die Beratung über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase. Es sollen Informationen über den Verlauf der letzten Lebensphase und über Möglichkeiten der Sterbebegleitung gegeben werden. Der/die PatientIn soll aufgeklärt und zu eigener Entscheidung befähigt werden, bevor ggf. Nichteinwilligungsfähigkeit eintritt.²³² Das Angebot umfasst nach § 132g Abs. 1 S. 3 SGB V auch Fallbesprechungen, in der nach Beratung und Feststellung der individuellen Bedürfnisse des/der Versicherten ein Versorgungsplan aufgestellt wird, der einzelne palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Maßnahmen genauso umfasst wie die psychosoziale Versorgung. Angehörige und weitere Vertrauenspersonen können auf Wunsch des/der Versicherten nach § 132g Abs. 2 S. 2 SGB V hinzugezogen werden. Bei sich änderndem Versorgungs- und Pflegebedarf ist gemäß § 132g Abs. 1 S. 4 SGB V ein mehrfaches Angebot zulässig.

Näheres ist – dem Auftrag des § 132g Abs. 3 SGB V folgend – durch den GKV-Spitzenverband mit den Verbänden der Einrichtungsträger in der o.g. Vereinbarung festgelegt worden. Darin werden als Leistungsinhalt die Beratung sowie die interne und die externe Vernetzung definiert. Der Beratungsprozess umfasst nach § 5 der Vereinbarung Beratungsgespräche, Fallbesprechungen und die Dokumentation

²³⁰ Vgl. *Schneider*, in: jurisPK-SGB V, § 132g SGB V, Rn. 9.

²³¹ Vgl. *Altmiks*, in: Kasseler Kommentar, § 132g SGB V, Rn. 5.

²³² Vgl. BT-Drs. 18/5170, S. 31; *Schneider*, in: jurisPK-SGB V, § 132g SGB V, Rn. 6; *Altmiks*, in: Kasseler Kommentar, § 132g SGB V, Rn. 3; *Rixen/Marckmann/in der Schmitten*, NJW 2016, 125.

des Beratungsprozesses einschließlich der Willensäußerungen. Zur internen Vernetzung heißt es in § 10 der Vereinbarung, dass innerhalb der Einrichtung nach § 10 der Vereinbarung dafür Sorge getragen werden muss, dass alle Beschäftigten Sinn und Zweck der Versorgungsplanung kennen und im Rahmen ihres Aufgabenbereiches beachten und einhalten. Darüber hinaus sind nach § 11 der Vereinbarung im Sinne einer externen Vernetzung die an der Versorgung Beteiligten über das Angebot der Versorgungsplanung zu informieren. Durch die (auch institutionalisierte) Kommunikation zwischen BeraterInnen und Beteiligten soll die Beachtung und Einhaltung des Patientenwillens sichergestellt werden.

c. Leistungserbringer

Leistungserbringer und nach gesetzgeberischem Willen auch verantwortlich für Organisation und Durchführung der Versorgungsplanung sind zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Das Beratungsangebot kann nach § 132g Abs. 2 S. 5 SGB V selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchgeführt werden.

Zur Beratung muss der den/die Versicherte/n behandelnde Leistungserbringer an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt werden, § 132g Abs. 2 SGB V. Danach sollen auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote einbezogen werden. Die Koordination der unterschiedlichen Leistungen und Angebote der Umgebung wird als für den Erfolg des Versorgungsplans sehr bedeutsam angesehen,²³³ weshalb GKV-Spitzenverband und Trägerverbände – wie oben schon angesprochen – die externe Vernetzung explizit als Leistungsinhalt festgelegt.

An die BeraterInnen werden in § 12 der Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes und der Trägerverbände bestimmte Anforderungen hinsichtlich ihrer Qualifikation gestellt. An fachlichen Kompetenzen werden medizinisch-pflegerische einschließlich palliative Kenntnisse sowie Kenntnisse im Sozial- und Betreuungsrecht und psychische, soziale, ethische und kulturelle Kenntnisse im Kontext von Alter und Sterben erwartet. Die personale Kompetenz zeichnet sich danach insbesondere durch eine Gesprächsführungskompetenz und Beratungshaltung aus, die kooperativ, kommunikativ, selbstreflektierend, verantwortungsbewusst, respektvoll und empathisch ist.

Als Grundqualifikation wird eine abgeschlossene Berufsausbildung als Gesundheits- und KrankenpflegerIn, AltenpflegerIn, KinderkrankenpflegerIn, staatlich anerkannte/r HeilerziehungspflegerIn, HeilpädagogIn oder ErzieherIn verlangt. Eine andere vergleichbare Berufsausbildung wird ebenfalls akzeptiert. Daneben kann auch ein Studienabschluss im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaften oder Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften als Grundqualifikation vorge-

²³³ Vgl. *Rixen/Marckmann/in der Schmitten*, NJW 2016, 125, 127 f.

legt werden. Zusätzlich wird eine dreijährige für die gesundheitliche Versorgungsplanung einschlägige Berufserfahrung gefordert. Mit einer solchen Erfahrung wird auch ÄrztInnen die notwendige Grundqualifikation zugesprochen.

Alle danach dem Grunde nach qualifizierten Personen müssen eine nach der Vereinbarung genauer definierte Weiterbildung zum/zur BeraterIn der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase abschließen.

d. Leistungsträger

Leistungsträger sind nach § 132g Abs. 4 SGB V die Krankenkassen. Die Vergütung ist in den § 15 ff. der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und den Trägerverbänden geregelt.

3. Anspruchsvoraussetzungen

Da jedenfalls das Gesetz dem/der Versicherten keinen unmittelbaren Anspruch auf das Angebot einräumt, sind neben der Zugehörigkeit zum oben beschriebenen Personenkreis auch keine weiteren Anspruchsvoraussetzungen gestellt. Ob eine Einrichtung ein Angebot zur Versorgungsplanung macht, was nach der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und den Trägerverbänden dann auch zu einem Anspruch ihrer Leistungsberechtigten führen würde, ist ihr selbst überlassen.²³⁴ Durch die an Personal-, Sach- und damit verbundenen Vorhaltekosten orientierte Vergütung wird aber durch den § 132 g SGB V ein Anreiz geschaffen. Es ist auch davon auszugehen, dass ein entsprechendes Angebot zu einem Wettbewerbskriterium werden kann.

4. Diskussion in Wissenschaft und Praxis

Die Vereinbarung zur näheren Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist erst am 13.12.2017 zustande gekommen. Erst mit ihr wird das Angebot nach § 132g SGB V auch in der Praxis zur Anwendung kommen, sodass bisher kaum eine kritische juristische Diskussion zum Thema aufgekommen ist. Allerdings wurde schon sehr früh versucht, den Anwendungsbereich der Norm über den beschriebenen Kreis der Leistungsberechtigten hinaus auszuweiten, um dem auch darüber hinaus bestehenden Bedarf an Versorgungsplanungen zu befriedigen.²³⁵ Wortlaut und gesetzgeberischer Wille geben das allerdings nicht her. Kritisch diskutiert wurde zudem, ob der Gesetzgeber mit der „Vermeidung ungewollter Behandlungen“²³⁶ auch Kostenaspekte im Blick hatte und ob Kostensenkungen legitimer Zweck einer solchen Norm sein dürften.²³⁷ Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass die Beratung ausdrücklich auf die freie und eigenverantwortliche Entscheidung des/der PatientIn gerichtet ist und die Vermei-

²³⁴ Föllmer, in: Krauskopf, § 132g SGB V, Rn. 4; Luthe, in: Hauck/Noftz, § 132g SGB V, Rn. 2.

²³⁵ Vgl. Rixen, in: Becker/Kingreen, § 132g SGB V, Rn. 2.

²³⁶ BT-Drs. 18/5170, S. 30.

²³⁷ Luthe, in: Hauck/Noftz, § 132g SGB V, Rn. 5 f. und SGB 2016, 329, 330.

derung von Behandlungen eben nur dann Ziel ist, wenn diese nach freier Entscheidung des/der PatientIn „ungewollt“ sind. Eine nach Kostengesichtspunkten geleitete Entscheidung ist danach eher nicht zu befürchten.

2. Anhang 2: Vorgehen und Ergebnisse der Literaturrecherche

2.1 Methodisches Vorgehen

Die Recherche wurde mittels der wissenschaftlichen Literaturdatenbank PubMed durchgeführt. Die Entwicklung der Suchstrings orientierte sich an dem PICO-Schema (Patient, Intervention/(Comparison), Outcome). Dabei wurden für die drei Altersgruppen

- ♦ Kinder- und Jugendliche
- ♦ Erwachsene
- ♦ Ältere

getrennte Suchvorgänge entwickelt.

Die Literatursuche erfolgte ohne Einschränkung der Studienpopulation auf bestimmte Länder bzw. Regionen. Es wurden Publikationen der zurückliegenden 20 Jahre einbezogen, welche in deutscher und englischer Sprache vorlagen.

Im Anschluss an die systematische Suche fand eine mehrstufige Filterung relevanter Literatur anhand von zuvor festgelegten Filterkriterien statt. Im ersten Schritt wurden anhand des Titels und Abstracts relevante Publikationen selektiert, anschließend erfolgte der Ein- bzw. Ausschluss auf Grundlage des Volltextes. Abschließend erfolgte eine Handrecherche, um auch „graue“ Literatur zu identifizieren.

Die folgenden Tabellen dokumentieren die Suche in der Literaturdatenbank PubMed. Die Recherche wurde am 13.10.2017 durchgeführt.

Tabelle 1: Suchstring Kinder und Jugendliche

	Suchbegriff	Treffer
Population		
#1	Pediatrics [mesh]	52.010
#2	Patients [mesh]	54.668
#3	Child [mesh] NOT disab*	1.730.216
#4	Adolescent [mesh] NOT disab*	1.813.463
#5	Chronic disease [mesh]	243.626
#6	"Complex needs"	1.081
#7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	2.880.770
Intervention		
#8	case management [mesh]	9.330
#9	"care concept"	241
#10	"integrated care"	3.573
#11	"care model"	3.814
#12	patient-centered	23.050
#13	"care coordination"	2.673
#14	"complex intervention"	876
#15	"care pilot"	120
#16	"health expert"	123
#17	"peer coaches"	35
#18	Disease management [mesh]	54.604
#19	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18	95.357
Outcome		
#20	"quality of care"	29.879
#21	"health competence"	106
#22	"requires coverage"	2.701
#23	"patient satisfaction"	84.508
#24	„clinical parameters“	20.226
#25	„revolving door“	268
#26	„readmission rate“	2.509
#27	"cost reduction"	2.382
#28	„cost efficacy“	525
#29	#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28	139.625
Verknüpfung: Population und Intervention		
#30	#7 AND #19	16.984
Verknüpfung: (Population und Intervention) und Outcome		
#29	#30 AND #29	1.287
Limits		
Humans		1.278
Sprache: Englisch und Deutsch		1.248
Zeitraum: zurückliegende 20 Jahre		1.214
Fulltext frei verfügbar		380

Quelle: IGES, eigene Darstellung

Tabelle 2: Suchstring Erwachsene

	Suchbegriff	Treffer
Population		
#1	Adult [mesh] NOT disab* NOT aged [mesh]	3.569.739
#2	Patients [mesh]	54.668
#3	Chronic disease [mesh]	243.626
#4	"Complex needs"	1.080
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	3.794.857
Intervention		
#6	case management [mesh]	9.330
#7	"care concept"	241
#8	"integrated care"	3.573
#9	"care model"	3.814
#10	patient-centred	23.050
#11	"care coordination"	2.673
#12	"complex intervention"	876
#13	"care pilot"	120
#14	"health expert"	123
#15	"peer coaches"	35
#16	Disease management [mesh]	54.604
#17	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	95.357
Outcome		
#18	„quality of life“	29.879
#19	"health competence"	106
#20	"requires coverage"	2.701
#21	"patient satisfaction"	84.508
#22	„clinical parameters“	20.226
#23	„revolving door“	268
#24	„readmission rate“	2.509
#25	"cost reduction"	2.382
#26	„cost efficacy“	525
#27	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26	139.625
Verknüpfung: Population und Intervention		
#28	#5 AND #17	18.684
Verknüpfung: (Population und Intervention) und Outcome		
#29	#28 AND #27	1.622
Limits		
Humans		1.613
Sprache: Englisch und Deutsch		1.578
Zeitraum: zurückliegende 20 Jahre		1.540
Fulltext frei verfügbar		439

Quelle: IGES, eigene Darstellung

Tabelle 3: Suchstring Ältere

	Suchbegriff	Treffer
Population		
#1	Aged [mesh] NOT disab*	2.664.100
#2	Patients [mesh]	54.668
#3	Chronic disease [mesh]	243.626
#4	"Complex needs"	1.080
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	2.890.662
Intervention		
#6	case management [mesh]	9.330
#7	"care concept"	241
#8	"integrated care"	3.573
#9	"care model"	3.814
#10	patient-centred	23.050
#11	"care coordination"	2.673
#12	"complex intervention"	876
#13	"care pilot"	120
#14	"health expert"	123
#15	"peer coaches"	35
#16	Disease management [mesh]	54.604
#17	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	95.357
Outcome		
#18	„quality of life“	29.879
#19	"health competence"	106
#20	"requires coverage"	2.701
#21	"patient satisfaction"	84.508
#22	„clinical parameters“	20.226
#23	„revolving door“	268
#24	„readmission rate“	2.509
#25	"cost reduction"	2.382
#26	„cost efficacy“	525
#27	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26	139.625
Verknüpfung: Population und Intervention		
#28	#5 AND #17	20.026
Verknüpfung: (Population und Intervention) und Outcome		
#29	#28 AND #27	2.034
Limits		
Humans		2.023
Sprache: Englisch und Deutsch		1.969
Zeitraum: zurückliegende 20 Jahre		1.926
Fulltext frei verfügbar		612

Quelle: IGES, eigene Darstellung

Die Publikationen für die drei Altersgruppen wurden nach der systematischen Recherche anhand der folgenden Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Diese Krite-

rien wurden für den weiteren mehrstufigen Filterungsprozess definiert, um relevante Publikationen einwandfrei zu identifizieren und über den Verbleib der Publikationen im Rechercheergebnis zu entscheiden. Die Kriterien orientieren sich an der Fragestellung des Projekts.

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien für den Selektionsprozess

Einschlusskriterium		Ausschlusskriterium	
E1	a) Kinder und Jugendliche, keine Behinderung b) Erwachsene, keine Behinderung, nicht über 65 Jahre c) Älter über 65 Jahren, nicht behindert	A1	Menschen mit Behinderung
E2	Einsatz eines/einer PatientenlotsIn	A2	Kein Einsatz eines/einer PatientenlotsIn
E3	Publikation als Volltext verfügbar	A3	Publikation nicht als Volltext verfügbar (z. B. Kongresspräsentation)
E4	Volltext frei zugänglich	A4	Volltext nicht frei zugänglich

Quelle: IGES, eigene Darstellung

Eingeschlossen wurden zunächst alle Publikationen, die Populationen gemäß der Fragestellung des Projekts betrafen. Hierzu wurde eine Unterteilung der Gesamtpopulation in drei Subgruppen – Kinder und Jugendliche, Erwachsene bis 65 Jahre, Ältere über 65 Jahre – vorgenommen (siehe E1). Nicht berücksichtigt wurden Veröffentlichungen, die explizit Menschen mit Behinderungen betrafen (siehe A1). Dies erfolgte in Absprache mit dem Auftraggeber und aufgrund der Tatsache, dass für diesen Personenkreis bereits besondere Vorschriften zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung gelten (Bundesteilhabegesetz, SGB IX etc.).

Außerdem wurden nur Publikationen eingeschlossen, die den Einsatz von PL bzw. Disease-Management oder anderen Ansätzen wie Guided Care (siehe ausführlich Kapitel 4.2) evaluierten, ein solches Konzept erläuterten oder die Effektivität eines Fallmanagements untersuchten (siehe E2). Alle Publikationen, die keinen Bezug zum Einsatz eines PL aufwiesen, wurden ausgeschlossen (siehe A2). Um eine hohe Ergebnisqualität sicherzustellen, wurden nur Publikationen berücksichtigt, deren Volltext verfügbar und frei zugänglich war (siehe E3 und E4). Publikationen, bei denen dies nicht der Fall war, fanden keine Berücksichtigung (siehe A3 und A4).

Nach der systematischen Literaturrecherche wurden die Publikationen anhand der Abstracts erneut gefiltert. Folgende Kriterien wurden der qualitativen Beurteilung zugrunde gelegt:

- ◆ Konzept wurde empirisch getestet
- ◆ Studie ist keine retrospektive Datenanalyse

- ♦ Studie befasst sich mit individuell angepasster Versorgung im Sinne der medizinischen Versorgung
- ♦ Nicht ausschließlich DMP-Ansatz (Studien/Konzepte mit DMP-Ansatz werden nur berücksichtigt, wenn der DMP-Ansatz erweitert wurde)

In den folgenden Abschnitten werden die ausgewählten Publikationen nach der schon etablierten Aufteilung in Gruppen anhand folgender Merkmale kurz beschrieben.

- ♦ Zielgruppe der zu versorgenden Personen
- ♦ Inhalt des Konzepts
- ♦ Zugang zur Zielgruppe
- ♦ Qualifikation des Lotsen/Case-Managers/Health Coordinators etc.
- ♦ Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.
- ♦ Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

2.2 Ergebnisse für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen

Insgesamt konnten für die Gruppe „Kinder und Jugendliche“ 380 potentiell passende Publikationen in der Datenbank PubMed herausgefiltert werden. Anhand der Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden fünf den Kriterien entsprechende Publikationen identifiziert, die im Folgenden aufgelistet und strukturiert nach den genannten Kriterien dargestellt sind.

Britto *et al.* (2014): Improving Outcomes for Underserved Adolescents with Asthma.

Zielgruppe der zu versorgenden Personen

Jugendliche mit einer nicht gut kontrollierten/regulierten Asthmaerkrankung in Cincinnati (USA)

Inhalt des Konzepts

Die Implementierung von umfangreichen Interventionen im Rahmen einer Qualitätsverbesserungsinitiative, die auf standardisierte und evidenzbasierte Pflege, Self-Management Support, Pflegekoordination + aktive Einbindung, die Anbindung an Community Ressourcen und verbesserte Follow-Ups fokussierte.

Zugang zur Zielgruppe

Rekrutierung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma im Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC) und einer extra eingerichteten Primärversorgungsklinik

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Interdisziplinäres Team zur Steuerung der unterschiedlichen Projektebenen (bspw. nurse practitioner zur Durchführung von Assessments zwischen den Behandlungsterminen, Ausbildung von Eltern zum parent coordinator zur Koordination der Behandlung)

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die Gruppe der PatientInnen mit einer gut kontrollierten Asthma-Erkrankung war nach der Intervention größer, Patientenzufriedenheit und durch das Asthma bedingte Notfallaufenthalte im Krankenhaus bzw. Klinikbesuche blieben stabil.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Nach der Interventionsphase wurde die Zusammenarbeit mit den PatientInnen, die Schwierigkeiten bei der Symptomkontrolle haben, weitergeführt; es werden technische Interventionsmöglichkeiten für die aktive Einbindung geprüft.

Goldhagen und Fafard (2016): Community-based pediatric palliative care for health related quality of life, hospital utilization and costs lessons learned from a pilot study.

Zielgruppe der zu versorgenden Person

Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen in Florida/USA

Inhalt des Konzepts

Community-based pediatric palliative care (CBPPC) ist eine interdisziplinäre Versorgungsform (USA) zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen. Ein interdisziplinäres Team unterstützt Familien mit erkrankten Kindern und Jugendlichen, um trotz der lebensverkürzenden Erkrankung ein Höchstmaß an Lebensqualität für die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien zu schaffen.

Zugang zur Zielgruppe

Keine konkrete Angabe

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Interdisziplinäres Palliativ-Care-Team

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Durch den Einsatz von CBPPC konnte die Lebenszufriedenheit der Eltern/Betreuungspersonen auf einem hohen Niveau gehalten werden (gemessen mit HRQoL= Health related Quality of Life). Die durchschnittliche Krankenhaus-Aufenthaltsdauer der erkrankten Kinder/Jugendlichen wurde gesenkt, ebenso die durchschnittlichen Kosten für Diagnostik und generelle Krankenhauskosten pro Quartal.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Etabliertes Versorgungssystem, welches dauerhaft besteht.

Kelly et al. (2015): The Influence of Setting on Care Coordination for Childhood Asthma.*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

Kinder mit einer Asthmaerkrankung in den USA

Inhalt des Konzepts

Care Coordination bietet einen Ansatz, um die Versorgungsqualität zu verbessern und richtet sich gezielt an Ungleichheiten/Barrieren (bspw. Bildung) im Bereich der Asthmaerkrankung; die am Merck Childhood Asthma Network Care Coordination Program Beteiligten implementierten verschiedene Modelle der care coordination, angepasst an unterschiedliche Settings (Schule, Klinik, Gesundheitssystem, Community)

Es wurde eine Vielzahl an qualitativen Daten untersucht, um den Einfluss des Settings in der Versorgungskoordination zu ermitteln.

Zugang zur Zielgruppe

Ansprache auf der Ebene von Schulbezirken, im Rahmen der primärärztlichen Versorgung, in Kliniken inkl. Notaufnahmen, über gemeinnützige Organisation (ähnlich Wohlfahrtspflege)

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Qualifikation des Asthma Care Coordinator = ACC nicht benannt, wahrscheinlich aus einem Gesundheitsberuf

Ergebnisse in Folge des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die Beziehung zwischen der Haupteinheit der Implementierung (lead implementing unit = LIU) und den weiteren Einheiten, die 1) Zugang gewährten zur Zielpopulation und 2) den PatientInnen des Programms Krankenhausleistungen anboten, spielte eine entscheidende Rolle; das Maß an Unterstützung und Infrastruktur, das diese Einheiten anbieten konnten, beeinflusste, wie PatientInnen identifiziert bzw. rekrutiert wurden und wie die Asthma Care Coordination in dem klinischen Versorgungsteam integriert wurde.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Keine Angabe

Ronis et al. (2015): Caregiver preferences regarding Personal Health Records in the management of ADHD.*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

Kinder mit ADHS in den USA

Inhalt des Konzepts

Die Studie untersuchte bei Eltern von Kindern mit ADHS die Akzeptanz, Barrieren und die Interventionen im Zusammenhang mit sogenannten Personal Health Records (PHR) als Unterstützung der care-coordination chronisch kranker Kinder.

Zugang zur Zielgruppe

Über drei Praxen in Rochester, New York, die Programme für elektronische Gesundheitsdaten verwenden

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators.

Eltern sind VersorgungsmanagerInnen ihrer chronisch kranken Kinder

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

23 % der befragten Eltern verwendeten das PHR zur care-coordination für ihr Kind, 82 % dieser Eltern haben vor es auch zukünftig zu verwenden; professionell Pflegende gaben an das PHR dann zu verwenden, wenn sie in die konkrete Versorgung von Kindern eingebunden sind.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Keine konkreten Angaben

Statile et al. (2016): Improving Discharge Efficiency in Medically Complex Pediatric Patients*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

Kinder mit komplexen medizinischen Anforderungen in Cincinnati, USA

Inhalt des Konzepts

Ziel der Studie war durch ein multidisziplinäres Team (ÄrztInnen, Krankenschwestern/-pfleger, VersorgungsmanagerInnen/VersorgungslotsInnen, ApothekerInnen, SozialarbeiterInnen und Eltern der erkrankten Kinder) das Entlassungsmanagement zu verbessern. Gleich nach der Einweisung der Kinder ins Krankenhaus wurde durch das Team begonnen die Entlassung mit dazugehöriger weiterer Pflege, weiteren Medikamenten und medizintechnischen Bedarf zu koordinieren. Einmal in der Woche traf sich das gesamte Team zum Austausch bezüglich der Versorgungskoordination.

Zugang zur Zielgruppe

PatientInnen des Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC) wurden durch eine RN (registered nurse) rekrutiert.

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Multidisziplinäres Team (s.o.)

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Kinder mit komplexen Bedarfen profitieren von der Unterstützung eines multidisziplinären Teams mit Einbezug der Eltern zur frühzeitigen Planung der Entlassung und der erforderlichen Organisation aller Aspekte bzgl. der Rückkehr in die Häuslichkeit.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Nicht konkret benannt

2.3 Ergebnisse für die Gruppe der Erwachsenen

Insgesamt konnten für die Gruppe „Erwachsene“ 439 potentiell passende Publikationen in der Datenbank PubMed mittels der systematischen Suche identifiziert werden. Anhand der Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden 12 den Kriterien entsprechende Publikationen identifiziert, die im Folgenden aufgelistet und strukturiert dargestellt sind.

Askew *et al.* (2016): Investigating the feasibility, acceptability and appropriateness of outreach case management in an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service: a mixed methods exploratory study.

Zielgruppe der zu versorgenden Personen

Aborigines und Torres-Strait-Islander in Australien mit chronischen Erkrankungen

Inhalt des Konzepts

Die Studie „Home-based, Outreach case Management of chronic disease Exploratory“ (HOME) stellte ganzheitliche, patientenzentrierte, multidisziplinäre Versorgung für Aborigines und Torres-Strait-Islander bereit; die Studie umfasste zwei Phasen: 1) umfassende Bedarfseinschätzung, um abschätzen zu können, was jede/r PatientIn benötigt, um gesund zu sein und Unterstützung bei der Bestimmung eigener Ziele für die Gesundheit und das Wohlbefinden und 2) Sicherstellung, dass die Maßnahmen des Gesundheits- und soziale Pflegesystems zu den zuvor erfassten Bedarfen passen und den/die PatientIn darin unterstützt haben, die eigenen festgelegten Ziele zu erreichen.

Zugang zur Zielgruppe

Zusammenarbeit mit Southern Queensland Centre of Excellence in Aboriginal and Torres Strait Islander Primary Health Care (COE) und u.a. mit einem einheimischen Research Officer (IRO) mit Kenntnissen und Zugang zur Aborigines und Torres-Strait-Islander Community sowie extra eingestellte Case ManagerInnen.

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die Case ManagerInnen sind ausgebildete Pflegekräfte

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Alle PatientInnen empfanden das Versorgungsmodell als sehr positiv; PatientInnen wurden mehr in die eigene Gesundheitspflege eingebunden, die Depressionsrate verringerte sich und es gab eine Verbesserung des Blutdrucks und der Diabeteskontrolle.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Weitere Forschungsmaßnahmen werden angeregt, um das vorgestellte Versorgungsmodell längerfristig und kosteneffektiv integrieren zu können

Battersby et al. (2007): SA HealthPlus: A Controlled Trial of a Statewide Application of a Generic Model of Chronic Illness Care

Zielgruppe der zu versorgenden Personen

Erwachsene mit verschiedenen chronischer Erkrankung in Australien

Inhalt des Konzepts

Bei der SA HealthPlus-Studie erarbeiteten „Service Coordinators“ mit den chronisch erkrankten PatientInnen einen 12-Monats-Plan mit deren Ausgangslage (Probleme) und Zielen und unterstützten sie darin diese Ziele zu erreichen. Sie fungierten als AnsprechpartnerInnen (persönlich und telefonisch), UnterstützerInnen und KoordinatorInnen. Der/die jeweilige Hausarzt/-ärztin prüfte den 12-Monats-Plan und unterstützte den/die PatientIn medizinisch. Nach Ablauf eines Jahres wird ein aktualisierter Plan erstellt. Ziel war die Reduktion von negativen Krankheitsfolgen durch eine prospektive und präventive Versorgungsplanung.

Zugang zur Zielgruppe

StudienteilnehmerInnen wurden durch den/die Hausarzt/-ärztin rekrutiert.

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die „service coordinators“ waren hauptsächlich Pflegekräfte, aber auch PhysiotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen.

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Größtenteils verbesserte sich der Gesundheitszustand in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe. Bei einigen StudienteilnehmerInnen ist durch die Versorgungskoordination die Nutzungshäufigkeit von Gesundheitsdienstleistungen verringert worden. Bei anderen StudienteilnehmerInnen stieg die Nutzungshäufigkeit, vermutlich aufgrund eines verbesserten Zugangs/passgenauer Nutzung durch die KoordinatorInnen.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Die Einsparungen durch die vermuteten reduzierten Krankenhausaufenthalte sollten dazu genutzt werden in eine verbesserte Koordination und Prävention zu investieren. Die erwarteten Einsparungen wurden nicht realisiert.

Berthold et al. (2011): Disease Management Programs in Type 2 Diabetes: Quality of Care*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ II in Deutschland

Inhalt des Konzepts

Datenanalyse zum Vergleich von klinischen Parametern von PatientInnen mit und ohne DMP

Zugang zur Zielgruppe

DMP-TeilnehmerInnen wurden durch HausärztInnen rekrutiert, Daten von vor und nach der Einführung der DMP stammen aus den Quellen a) DUTY-Register (vor Einführung) und LUTZ-Register (nach Einführung von DMPs mit Daten von PatientInnen mit und ohne DMP)

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Hausarzt/-ärztin

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

DMPs verbessern nur partiell klinische Outcome-Parameter

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

DMPs sind für bestimmte Diagnosen in Deutschland etabliert

Fireman et al. (2004): Can Disease Management Reduce Health Care Costs By Improving Quality?*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

3 Mio. EinwohnerInnen von Kaiser Permanente (Nord-Kalifornien, USA) aufgeteilt in die entsprechenden DMPs für Herzerkrankungen, Diabetes, Asthma und Koronare Herzkrankheit

Inhalt des Konzepts

Die etablierten DMPs sehen u.a. die Unterstützung der PatientInnen durch VersorgungsmanagerInnen vor. Die Effekte dieser Unterstützung wurden in einer Analyse der Gesundheitsdaten bzgl. der etablierten DMPs, insbesondere im Hinblick auf die Krankheitskosten, betrachtet.

Zugang zur Zielgruppe

PatientInnen einer Krankenversicherungsgesellschaft (Kaiser Permanente)

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Care ManagerInnen wurden zur Unterstützung der PatientInnen in unterschiedlichen Bereichen ausgebildet, bspw. Management von Erkrankungen und Verhaltensänderungen

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die Qualitätsverbesserung durch ein DMP erhöhte auch die Kosten, entgegen der Annahme, dass diese durch ein DMP gesenkt würden

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Keine konkreten Angaben, ob DMPs in dieser Form weitergeführt wurden

Hendricks *et al.* (2014): Case Management Program for Patients with Chronic Heart Failure*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

Personen mit chronischer Herzinsuffizienz in Deutschland

Inhalt des Konzepts

Retrospektive vergleichende Datenanalyse von PatientInnen im CMP "CorBene" vs. PatientInnen mit Regelbehandlung anhand von Routine-Daten einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Zugang zur Zielgruppe

Datensatz einer GKV

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Einsatz von Case-ManagerInnen, zur Qualifikation keine Angaben

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

PatientInnen, die im Rahmen des CMP versorgt wurden, wiesen eine geringere Zahl an Krankenhauseinweisungen auf und die Rate der Re-Hospitalisierungen war geringer. Die Behandlungskosten von PatientInnen mit CMP waren geringer.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Verstetigtes CMP

Hochman et al. (2013): Patient-Centered Medical Home Intervention at an Internal Medicine Resident Safety-Net Clinic*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

Erwachsene in Los Angeles, USA

Inhalt des Konzepts

Aufbau und Angebot einer internistischen Abteilung wurden nach den Prinzipien eines „patient-centered medical home“ verändert. Diese sind 1) ein erweiterter Versorgungszugang, 2) verbesserte Koordination und 3) eine multidisziplinäre Versorgung. Hinsichtlich der verbesserten Koordination wurde der Telefonservice mit zwei VersorgungskoordinatorInnen und einem/einer Arzt/Ärztin besetzt, Case-Management durch zwei VersorgungskoordinatorInnen angeboten und die VersorgungskoordinatorInnen besuchten und telefonierten mit PatientInnen, die ins Krankenhaus mussten, innerhalb von fünf Tagen vor deren Entlassung. ÄrztInnen und VersorgungskoordinatorInnen arbeiteten bezüglich der PatientInnen eng zusammen.

Zugang zur Zielgruppe

Menschen, die während des Studienzeitraumes eine der drei involvierten internistischen Abteilungen aufsuchten, konnten an der Studie teilnehmen

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Interdisziplinäres Team aus Pflegekräften, med. AssistentInnen und ÄrztInnen

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die Zufriedenheit bei PatientInnen und ÄrztInnen konnte gesteigert werden. Keinen Einfluss hatte es auf die Zahl der Krankenhausaufenthalte und Nutzung von Notaufnahmen. PatientInnen berichteten einen verbesserten Versorgungszugang und eine verbesserte Versorgung im Allgemeinen. Hinsichtlich der Koordination der Versorgung der einzelnen PatientInnen konnte keine Verbesserung der Zufriedenheit der einzelnen PatientInnen mit dieser Dienstleistung beobachtet werden. Als Grund wird vermutet, dass die Koordination der Versorgung in einigen Bereichen im Hintergrund ablief und der/die PatientIn nur teilweise involviert war.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Programm wird nach Studienende weitergeführt.

Jansen et al. (2015): Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

Erwachsene mit chronischen Erkrankungen in den Niederlanden

Inhalt des Konzepts

Untersuchung umfasst das Instrument ICP (=individual care plan/Versorgungsplan) anhand eines Panel-Datensatz

Zugang zur Zielgruppe

Hausarztpraxen

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Health Care Provider, keine konkreten Angaben

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die Studie zeigte, dass weniger als 10 % der chronisch erkrankten PatientInnen, die in die Studie einbezogen wurden, einen ICP haben. PatientInnen in DMPs haben häufiger einen ICP. PatientInnen mit einem ICP geben an, dass die Behandlung patientenzentrierter, proaktiv und geplanter ist und die festgelegten Ziele verfolgt und problemlösungsorientiert ist, sowie eine dauerhafte Unterstützung besteht.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Individuelle Versorgungsplanung ist fester Bestandteil im Gesundheitswesen

McCall und Cromwell (2011): Results of the Medicare Health Support Disease-Management Pilot Program*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

PatientInnen in DMPs in den USA

Inhalt des Konzepts

Datenanalyse bzgl. Versorgungsmanagement durch DMPs, die ein Telefon-Center als Interventionsmaßnahme nutzten

Zugang zur Zielgruppe

PatientInnen, die in ein DMP eingeschrieben waren

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Pflegekräfte

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Bei 14 von 40 Maßnahmen im Sinne von Behandlungsprozessen konnte ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Für nur ein DMP (von acht Programmen) konnte eine Verringerung der Krankenhauseinweisungen und für ein anderes DMP konnte eine Verringerung der Nutzung der ambulanten Versorgung gezeigt werden. Die Verringerung der Kosten blieb unter 5 % für alle DMPs.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

DMPs sind ein fester Bestandteil im Gesundheitswesen

Passey et al. (2007): Impact of case management on rural women's quality of life and substance use*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

Drogenabhängige Frauen, die im ländlichen Australien wohnen

Inhalt des Konzepts

Das WRAP-Modell („women's referral and access program“) zielt auf eine Verbesserung der Lebensqualität drogenabhängiger Frauen ab. Erreicht werden soll dies mit der Entwicklung eines Fallplans mit dem/der KlientIn (mit dreimonatiger Auswertung), einem häufigen und nach Bedarf abgestimmten Kontakt mit dem/der KlientIn und der Option einer Zuweisung zu anderen Versorgungsdienstleistern, falls erforderlich.

Zugang zur Zielgruppe

Studienteilnehmerinnen wurden größtenteils in einem „Women's Health Centre“ rekrutiert.

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Alle Case ManagerInnen wurden für das WRAP-Modell angelernt. Neun der 13 Case ManagerInnen waren Beschäftigte des „North Coast Area Health Service“, zwei Beschäftigte waren von einer Nicht-Regierungsorganisation.

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Reduziert werden konnte die Schwere der Abhängigkeit insgesamt, der Gebrauch von Alkohol, Tabak und anderen Drogen und die Zahl der Tage, an denen die Frauen psychologische Probleme berichteten. Die Lebensqualität konnte gesteigert werden, wobei die Steigerung der Selbstachtung ein entscheidender Faktor war.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Das Projekt soll weitergeführt werden, allerdings ist die Finanzierung noch nicht gesichert

Peters-Klimm et al. (2010): Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: The HICMan exploratory randomised controlled trial*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

PatientInnen mit chronischer Herzinsuffizienz in Deutschland

Inhalt des Konzepts

Das in der Studie angewandte Case Management bestand aus vier von sechs Elementen des „chronic care model“ (CCM). Case ManagerInnen standen mit den PatientInnen persönlich und zuhause dreimal im Jahr und am Telefon drei- bzw. sechswöchig (nach Schweregrad des Herzfehlers) in Kontakt.

Zugang zur Zielgruppe

HausärztInnen, die an der Studie teilnahmen, rekrutierten in Frage kommende PatientInnen, anschließende Randomisierung durch Studienteam

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

ArzthelferInnen, die eine Schulung in Case Management erhalten haben

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Es wurde weder eine Verbesserung der allgemeinen, als auch der krankheitsbezogenen Lebensqualität erreicht. PatientInnen berichteten aber eine Verbesserung der Versorgungsqualität und der Selbstpflege. PatientInnen, die Case Management erhielten (Intervention) hatten einen allgemein höheren Arztkontakt, aber nicht zu einem/einer KardiologIn.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Nicht konkret benannt

Stock et al. (2010): German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

PatientInnen im DMP für Diabetes mellitus Typ II in Deutschland

Inhalt des Konzepts

Datenanalyse des DMP für PatientInnen mit Diabetes Typ II in Deutschland

Zugang zur Zielgruppe

HausärztInnen

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Hausarzt/-ärztin

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die Mortalitätsrate in dem Untersuchungszeitraum war bei der Kontrollgruppe doppelt so hoch wie bei der Interventionsgruppe (PatientInnen mit DMP). Die Behandlungskosten beider Gruppen unterschied sich ebenfalls, die Gesamtbehandlungskosten der Interventionsgruppe waren geringer als die der Kontrollgruppe.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

DMPs sind ein fester Bestandteil im Gesundheitswesen

Wise et al. (2006): Population-Based Medical and Disease Management: An Evaluation of Cost and Quality*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

Multimorbide PatientInnen mit chronischen Erkrankungen in den USA

Inhalt des Konzepts

Strategien des Disease-Managements und des Case-Managements werden vereint. Berufliche Disziplinen, die bei diesem Ansatz mitwirken, sind ein/e Arzt/Ärztin, ein „Health Navigator“ und ein erweitertes multidisziplinäres Team (Planungs- und Koordinationstreffen einmal wöchentlich), ein Team, das auf die Einhaltung evidenzbasierter Richtlinien achtet, ein Anbieter eines Disease-Management Programms und ein Datenbeauftragter. Das Programm sieht vor, dass Gesundheitsrisiko des/der PatientIn einzuschätzen, vierteljährlich eine Zusammenfassung des Nutzungsverhaltens von Gesundheitsdienstleistungen zu erstellen (Arztbesuche, Notaufnahmen, Krankenhausaufenthalte, Kosten usw.), einen individuellen Versorgungsplan aufzustellen und evidenzbasierte Richtlinien für die chronischen Krankheiten anzuwenden.

Zugang zur Zielgruppe

Mitglieder der Michigan Health Management Corporation

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

SozialarbeiterInnen, Pflegekräfte

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Das vordergründige Forschungsinteresse war eine mögliche Kosteneinsparung, die auch erreicht werden konnte.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Nicht konkret benannt

2.4 Ergebnisse für die Zielgruppe Ältere

Insgesamt konnten für die Gruppe „Ältere“ 612 potentiell passende Publikationen in der Datenbank PubMed herausgefiltert werden. Anhand der Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden acht den Kriterien entsprechende Publikationen identifiziert, die im Folgenden strukturiert dargestellt sind.

Boltz et al. (2014): Testing a Family-centered Intervention to Promote Functional and Cognitive Recovery in Hospitalized Older Adults*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

SeniorInnenen in einem Krankenhaus in den nordöstlichen USA

Inhalt des Konzepts

Familien- und funktionszentrierte Versorgung (Fam-FFC); Interventionsprogramm für hospitalisierte ältere PatientInnen mit drei Komponenten: 1) Umgebungsbeurteilung/-modifikation, 2) Mitarbeiterschulung, 3) Schulung und Teilnahme der Familie/des bzw. der PatientIn in Pflegeplanung mit post-akutem Follow-Up durch familienzentrierte Pflegekräfte

Zugang zur Zielgruppe

Über drei medizinische Abteilungen eines Lehrkrankenhauses (eine Abteilung fungierte als Interventionseinheit, zwei als Kontrolleinheiten)

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Pflegekräfte

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die PatientInnen in der Interventionsgruppe zeigten eine signifikante Abnahme des Schweregrads des Delirs; der Fam-FFC-Zweig zeigte einen niedrigeren Delirschweregrad von der Aufnahme hinweg über alle Zeitpunkte der Erhebung; die PatientInnen, die in Fam-FFC teilnahmen zeigten eine bessere ADL- (activities of daily living) Leistung; die Gehfähigkeit unterschied sich signifikant, die Wiederaufnahme in die Klinik innerhalb einer 30-Tage-Phase war in der Interventionsgruppe etwas niedriger; PatientInnen im Fam-FFC entwickelten seltener ein Delir nach der Entlassung und die Anzahl an PatientInnen, die nach Entlassung wieder zu ihrer ADL-Grundleistung zurückkehrten war hier signifikant höher; die Intervention zeigte einen Anstieg bei den FCG (Family Care Givers) hinsichtlich der Planung der Pflegeverantwortung; Fam-FFC ist assoziiert mit weniger Ängstlichkeit und weniger Depression der FCG

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Die Machbarkeit von Fam-FFC konnte gezeigt und durch gute Ergebnisse bestätigt werden; weitere Untersuchungen (insbesondere mit größeren Stichproben) sollen erfolgen

Boyd et al. (2008): A Pilot Test of the Effect of Guided Care on the Quality of Primary Care Experiences for Multimorbid Older Adults.*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

Chronisch kranke ältere Menschen, die ein hohes Risiko mit sich bringen, im kommenden Jahr einen Gesundheitsdienst in Anspruch nehmen zu müssen (USA)

Inhalt des Konzepts

Anwendung von Guided Care (vgl. dazu ausführlich 4.2) zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch eine speziell trainierte Pflegekraft in Kooperation mit zwei HausärztInnen. PatientInnen erhielten ein geriatrisches Assessment, einen komprimierten Versorgungsplan, evidenzbasierte hausärztliche Versorgung mit pro-aktiv geplanten Folgevisiten und Koordinierung der beteiligten Professionen und Erleichterung des Zugangs zu kommunalen Ressourcen

Zugang zur Zielgruppe

Über die HausärztInnen/Internisten, die PatientInnen behandelten, die in ein 12-monatiges Gesundheitsprogramm für Soldaten im Ruhestand eingebunden waren

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Pflegekräfte mit spezieller Weiterbildung

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Guided Care verbesserte die (erlebte) Qualität der Grundversorgung/der Pflege von hoch risikobehafteten, chronisch kranken Älteren

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Bei der Studie ging es grundlegend um die Umsetzbarkeit von Guided Care, eine Aussage über die Nachhaltigkeit einer langfristig verbesserten Pflegequalität kann nicht getroffen werden

Counsell et al. (2009): Cost Analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders Care Management Intervention.*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

SeniorInnen ab 65 Jahren mit einem geringen Haushaltseinkommen (USA)

Inhalt des Konzepts

Kostenanalyse der bereits durchgeführten Intervention „Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE)“, welche zeigte, dass durch aktive Einbindung der Pflegebedürftigen, durch individualisierte Pflege und Berücksichtigung des sozialen Umfelds eine bessere Pflegequalität und signifikante Verbesserungen der Lebensqualität herbeigeführt werden konnten

Zugang zur Zielgruppe

Kostendaten der TeilnehmerInnen aus der GRACE-Intervention

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Pflegekräfte

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die GRACE Intervention zeigte bei älteren Menschen mit niedrigem Einkommen und einem hohen Risiko für einen Klinikaufenthalt eine bessere Pflegequalität bei gleichbleibenden finanziellen Ausgaben und deren erhöhte Pflegekosten aufgrund von chronischen Erkrankungen und präventiven Maßnahmen.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Langfristige Kosteneinsparung möglich bei Menschen mit hohem Risiko für Behandlungen und Klinikaufenthalte

Fagan et al. (2010): Chronic Care Improvement in Primary Care: Evaluation of an Integrated Pay-for-Performance and Practice-Based Care Coordination Program among Elderly Patients with Diabetes.

Zielgruppe der zu versorgenden Personen

SeniorInnen ab 65 Jahren mit Diabetes Mellitus Typ II (USA, Alabama, Tennessee und Texas)

Inhalt des Konzepts

Evaluation des Einflusses eines neuen Ansatzes zur Verbesserung der Versorgung mit einem praxisbezogenen Versorgungskordinationsprogramm (mit einem extra eingestellten Care Coordinator in den Praxen) erweitert um eine Pay for Performance Komponente (P4P; bei Erreichen bestimmter Qualitätsziele) und einem Disease Management Programm (Betreuung der PatientInnen durch externe Unternehmen) mit einer Kontroll- und einer Interventionsgruppe

Zugang zur Zielgruppe

Über Arztpraxen, die durch die nationale Managed Care Organization (MCO) und durch nationale Disease Management Unternehmen kontaktiert wurden

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Es arbeitete ein/e Care CoordinatorIn in jeder teilnehmenden Praxis, der vielseitige Aufgaben der Versorgungskoordination und -überwachung übernahm, Unterstützung durch ein multidisziplinäres Team.

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Es wurde in beiden Gruppen (Kontroll- und Interventionsgruppe) eine Verbesserung der Versorgungsqualität gefunden, was eventuell darauf zurückgeführt werden kann, dass zwar nur die Interventionsgruppe in Praxen behandelt wurde, in der es P4P und eine/n Care CoordinatorIn gab, aber beide Gruppen von einem externen Disease Management Gebrauch machen konnten.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Nicht konkret benannt

Hawkins *et al.* (2015): Evaluation of a High-Risk Case Management Pilot Program for Medicare Beneficiaries with Medigap Coverage.

Zielgruppe der zu versorgenden Personen

SeniorInnen ab 65 Jahren mit einem AARP Medicare Supplement Insurance Plan in den USA

Inhalt des Konzepts

Datenanalyse eines 3-jährigen Pilotprogrammes für high-risk case management (HRCM) mit Personen, die eine AARP Medicare Supplement (Medigap) Versicherungspolice haben, wobei den TeilnehmerInnen persönliche Besuche sowie Telefon- und Briefserviceleistungen zur Verfügung gestellt wurden, um die Versorgungskoordination zu verbessern; es wurden die Daten von TeilnehmerInnen mit den Daten der Nicht-TeilnehmerInnen verglichen

Zugang zur Zielgruppe

Über Medigap Insurance Daten

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Nicht konkret benannt

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Eine erhöhte Teilnahmedauer in dem Programm hing mit weniger Wiederaufnahmen in einer Klinik/einem Krankenhaus zusammen; die TeilnehmerInnen kamen eher zu Terminen und ließen eher empfohlene Labortests durchführen; das Programm zeigte zudem ein enormes Einsparungspotenzial (und dadurch die Möglichkeit für Investitionen) auf.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Die gesparten Ausgaben in Zusammenhang mit dem Programm stiegen von Jahr zu Jahr und lassen Grund zu der Annahme, dass dies eine langfristige Lösung sein kann.

Iliffe et al. (2014): The effectiveness of collaborative care for people with memory problems in primary care: results of the CAREDEM case management modelling and feasibility study.

Zielgruppe der zu versorgenden Personen

Demenzkranke (und ihre Pflegenden/Angehörigen) in England, die noch nicht in einem Case Management Programm sind

Inhalt des Konzepts

Die Machbarkeitsstudie sollte aufzeigen, 1) welche Fähigkeiten notwendig sind, um als Case ManagerIn in der Pflege für Demenzkranke arbeiten zu können, 2) ob und inwieweit Case Management Vorteile bringt für Demenzkranke und ihre Angehörigen, 3) ob Case Management umsetzbar ist in der Praxis, und 4) welche Ressourcen notwendig sind, um Case Management in der Grundversorgung bereitstellen zu können; in drei Arbeitspaketen wurden die Konzepte/Fragen erarbeitet und ausgewertet.

Zugang zur Zielgruppe

Über teilnehmende Praxen von AllgemeinärztInnen

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Ein/e SozialarbeiterIn und zwei PflegerInnen wurden im Bereich Case Management ausgebildet, um anschließend Demenzkranke und deren Pflegenden/Angehörige zu betreuen.

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die Demenzkranken und ihre pflegenden Angehörigen standen der Intervention positiv gegenüber, gleichwohl die Vorteile aus der Teilnahme eher gering ausfielen; es gab vielschichtige Probleme bei der Umsetzung z. B. aufgrund mangelnder Kenntnisse der Case ManagerInnen in Bezug auf Demenz und der Erhebungsinstrumente sowie aufgrund schwierigen Zeitmanagements oder fehlender Kenntnisse in Bezug auf das Case Management selbst.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Obwohl innerhalb der Studienarbeit signifikante offene Bedürfnisse aufgedeckt werden konnten, scheint das konzipierte CAREDEM Model of Case Management nicht passend zu sein für die Evaluation randomisierter Kontrollversuche, so dass weitere Konzeptionsarbeit notwendig ist.

Morgan et al. (2015): A Break-Even Analysis for Dementia Care Collaboration: Partners in Dementia Care

Zielgruppe der zu versorgenden Personen

Ältere Menschen mit Demenz und deren Betreuer in den USA

Inhalt des Konzepts

„Partners in Dementia Care“ (PDC) ist eine telefonbasierte Versorgungskoordination und ein Unterstützungsangebot. Familien werden unterstützt durch eine Bereitstellung von krankheitsbezogenen Informationen und Aufklärung, durch das Angebot emotionaler Unterstützung und Coaching, durch die Anbindung der Familien an medizinische und nicht-medizinische Dienstleister und durch die Organisation und Aktivierung eines Versorgungsnetzwerkes.

Zugang zur Zielgruppe

Über zwei Veterans Integrated Service Networks (VISNs).

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Dementia Care Coordinator/Care Consultant = SozialarbeiterIn, Pflegekräfte mit BA oder MA

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Die Kosten der Interventionsgruppe waren nicht signifikant höher als die Kosten der Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe zeigte aber im Vergleich Verbesserungen in den Versorgungs-Outcomes.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Nicht konkret benannt

Stokes *et al.* (2016): Effectiveness of multidisciplinary team case management: difference-indifferences analysis*Zielgruppe der zu versorgenden Personen*

Menschen mit einem hohen Risiko häufiger Krankenhauseinweisungen in Großbritannien

Inhalt des Konzepts

Innerhalb des Konzepts „Multidisziplinäres-Team-Case-Management“ werden die individuellen Bedürfnisse eines/einer PatientIn eingeschätzt, ein individueller Versorgungsplan aufgestellt, die Versorgung mit dem/der PatientIn gemeinsam koordiniert und der Versorgungsplan regelmäßig überprüft und angepasst.

Zugang zur Zielgruppe

StudienteilnehmerInnen wurden in Datenbanken des UK's National Health Service gefunden

Qualifikation des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Das multidisziplinäre Team bestand aus HausärztInnen, Pflegekräften, SozialarbeiterInnen und Case ManagerInnen

Finanzierung des Projekts

National Institute for Health Research Greater Manchester Primary Care Patient Safety Translational Research Centre (NIHR GM PSTRC)

Ergebnisse in Folge des Einsatzes des/der LotsIn/Case-ManagerIn/Health Coordinators etc.

Effekte in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe sind sehr gering (hinsichtlich Krankenhauseinweisung, Notaufnahmen und Länge von Krankenhausaufenthalten). PatientInnen mit einem hohen Risiko profitierten nicht von der Intervention; es wurde sogar ein leichter Anstieg bzgl. Krankenhauseinweisung, Notaufnahmen und Länge eines Krankenhausaufenthaltes herausgefunden.

Nachhaltigkeit/Verstetigung des Ansatzes

Nicht konkret benannt

3. **Anhang 3: Versorgungsmodelle/Projekte mit PatientenlotsInnen in Deutschland**

Nach der systematischen Literaturrecherche mittels der Datenbank PubMed wurde eine Recherche sog. „grauer“ Literatur durchgeführt. Die Literaturrecherche wurde auf den Seiten <https://scholar.google.de/> und www.google.de durchgeführt und weiterführende Internetseiten in die Recherche einbezogen.

Die Schlagworte zur Suche orientierten sich primär an den Schlagworten der o. a. Suchstrings der PubMed-Recherchen. Die genutzten Schlagworte sind im Folgenden aufgeführt.

- ◆ Patientenlotse
- ◆ Versorgungsmanagement
- ◆ Case-Management
- ◆ Fallmanagement
- ◆ Patientenlotse AND Weiterbildung
- ◆ Lotse AND Gesundheit
- ◆ Lotse AND Gesundheitswesen
- ◆ Lotse AND Gesundheitssystem
- ◆ Lotsenprojekt AND Gesundheit
- ◆ Lotsenkonzept AND Gesundheit

3.1 **Der präventive Hausbesuch**

Auf Grundlage des „präventiven Hausbesuchs (PHB)“ werden seit Jahren in Deutschland verschiedene Modellprojekte in vielen Regionen erprobt. Da diese Projekte konzeptionelle, methodische bzw. regionale Unterschiede aufweisen, werden zunächst die Gemeinsamkeiten und anschließend einzelne Beispiele differenzierter vorgestellt.

Die grundlegende Gemeinsamkeit aller Projekte besteht darin, dass sie sich mit einer verbesserten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von hochaltrigen Menschen auseinandersetzen. Im Mittelpunkt steht die Zielgruppe der Menschen mit geriatrischem Versorgungsbedarf (Multimorbidität; alterstypische Vulnerabilität), die noch nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist, jedoch von Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Beeinträchtigungen bezüglich der Mobilität, der Orientierung oder in hauswirtschaftlichen Verrichtungen, etc.) bedroht ist. Sie sollen darin unterstützt werden, gezielte Hilfen für ihre besonderen Bedarfe in den komplexen Strukturen des Gesundheitssystems zu erhalten, sodass soziale Teilhabe und Selbständigkeit im gewohnten Umfeld möglich bleiben. Bisherige Beratungs- und Informationsangebote (Beratungsstellen der

Wohlfahrtsverbände, Pflegestützpunkte) sowie niedrigschwellige Unterstützungsmaßnahmen in den Kommunen (z. B. Seniorenbeiräte und Kirchengemeinden) sind im Versorgungssystem überwiegend auf Komm-Strukturen ausgelegt, wohingegen sich aufsuchende Angebote als eher den Bedürfnissen entsprechend erwiesen haben (Deckenbach 2013) und vor allem hochaltrige Menschen dadurch gezielter erreicht werden können.

Laut der Definition des Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung dienen PHB „der Erhaltung der Selbstständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei älteren, noch selbständigen Menschen durch ein multidimensionales Assessment und anschließend risikoorientierte, qualifizierte, individuelle Beratung“ (zitiert nach Lauterberg und Meinck 2008). Entsprechend dieser Definition ist kein Case-Management inbegriffen. Die Ziele der PHB-Konzepte reichen von Risikoreduktion von Krankheiten über Vermeidung von Krankenhaus-/Pflegeheimaufnahmen hinzu Verbesserungen der Funktionalität und Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Deckenbach 2013: 3).

Die grundlegenden Kernelemente der PHB sind jedoch gleich. Es wird ein systemischer Ansatz (multidimensional und multidisziplinär) verfolgt, in welchem Beziehungsarbeit und fachliche Beratung zentral sind und durch speziell weitergebildetes Personal geleistet werden. PHB zeichnen sich durch ihre Zielgruppenspezifität aus, deren Ressourcen und Bedarfe durch Eingangs- und Folgeassessments erhoben und über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren kontinuierlich begleitet werden (Weidner *et al.* 2008). PHB entsprechen keiner Pflegeberatung, weswegen die grundsätzlichen Unterschiede in Abbildung 1 dargestellt werden.

Abbildung 1: Vergleich von Merkmalen der Pflegeberatung gegenüber PHB

Pflegeberatung	Präventive Hausbesuche
▪ Überwindung desintegrierter Leistungsangebote ▪ Verbesserung der Versorgung mit SGB-Leistungen/ Case-Management (Broker- und Advocacy-Funktion) ▪ „Kommstruktur“; kann auch in der häuslichen Umgebung sein ▪ Versorgungsmanagement/ kann auch Einzelmaßnahme sein ▪ Pflegebedürftige und Personen, die von solcher bedroht sind (d.h. eher ältere Jahrgänge)	▪ Früherkennung und Prävention von Risiken ▪ Verbesserung bzw. Erhalt der Selbstständigkeit/ Förderung der noch vorhanden Kompetenzen ▪ „Bringstruktur“; zwingend in der häuslichen Umgebung ▪ Stärkung des Selbstmanagements / sehr umfassende komplexe Intervention ▪ Niedrigschwelliges Angebot an weit gefasste Zielgruppe

Quelle: Deckenbach (2013)

Diese liegen insbesondere in dem aufsuchenden Charakter der PHB sowie der Prävention, welche die Zielgruppe bereits vor Eintritt der Erkrankung erreichen soll.

PHB lassen sich grundsätzlich nach zwei verschiedenen Ansätzen gliedern: a) medizinisch-pflegerisch oder b) stärker an der Lebenswelt orientiert. Je nach Ansatz

und Ausrichtung unterscheiden sich dementsprechend die qualifikatorischen Voraussetzungen der im Rahmen der PHB beschäftigten Fachkräfte (Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation vs. sozialpädagogische Fachkräfte) (Dill & Gmür 2014).

Inanspruchnahmeverhalten von PHB bei SeniorInnen

Aus den Ergebnissen vergangener präventiver Hausbesuchsprojekte können Schlüsse hinsichtlich der Hintergründe, Motive und Barrieren bezüglich des Inanspruchnahmeverhaltens von PHB älterer selbständig lebender Menschen gezogen werden. In diesem Zusammenhang stehende Untersuchungen verdeutlichen, dass Personen, die PHB in Anspruch nehmen, über weniger soziale, körperliche und mentale Ressourcen verfügen, als diejenigen, die es ablehnen (Gebert *et al.* 2008, Gebert & Weidner 2010). Ein Verzicht auf das Angebot erfolgte dann, wenn die eigene Situation als zu gut, das soziale Netz als umfassend oder dementsprechend die Inanspruchnahme als zu anstrengend eingeschätzt wurde. Übergeordnete Motive waren der eigene Stolz auf die Leistung das Leben alleine zu meistern sowie eine Abgrenzung der eigenen Person von „Pflegebedürftigen“ (Gebert & Weidner 2010). Diese Ergebnisse zeigen die Ambivalenz von Fragilität und Selbstständigkeitsstreben, mit der viele Seniorinnen und Senioren ihren Alltag leben.

Bei einer aktuelleren Untersuchung zur Inanspruchnahme des präventiven Hausbesuchs (Pröfener *et al.* 2016), die 2007 bis 2012 im Rahmen der LUCAS-Langzeitkohortenstudie in Hamburg durchgeführt wurde, wurde eine spezifische Zielgruppe für das Angebot definiert. Während in den meisten Projekten Kriterien wie das Alter (z. B. über 75-Jährige) oder bestimmte Lebensverhältnisse (alleinlebend) zugrunde gelegt wurden, wählte man hier die Zielgruppe anhand ihres funktionellen Status aus. Es wurden nur solche Personen einbezogen, die vorab als „gebrechlich“ (frail) eingestuft wurden (vgl. Frailty-Konzept). Es konnte gezeigt werden, dass die Akzeptanz eines präventiven Hausbesuchs in dieser Zielgruppe mit 36,8 % relativ hoch ist im Vergleich zu anderen Studien. Das Alter variierte von unter 70 bis deutlich über 90 Jahren. Für das Angebot entschieden sich insbesondere alleinlebende Frauen, Personen mit höherem Bildungsstand sowie Personen mit insgesamt weniger gutem Gesundheitszustand im Vergleich zu den NichtteilnehmerInnen.

Zur Wirksamkeit des Angebots wurde von den AutorInnen der Studie zunächst weiterer Forschungsbedarf gesehen. Angesichts des dynamischen Verlaufs von Frailty und der großen Zahl von gebrechlichen Personen, die den präventiven Hausbesuch ablehnten, wurde vorgeschlagen mit einem regelmäßigen und einfachen Funktionsscreening (Selbstaussfüllerbogen, z. B. bei dem/der Hausarzt/-ärztin) noch mehr Personen mit gerade einsetzender Gebrechlichkeit zu identifizieren und für den Hausbesuch zu gewinnen.

Unabhängig dieser Ergebnisse werden PHB praktiziert und rücken verstärkt in den Fokus kommunaler Daseinsvorsorge. Ihr Ziel ist es ältere Menschen zu aktivieren und einen bedarfsbezogenen Zugang zu Angeboten im Quartier zu fördern. Sie erscheinen für Menschen mit einem diffusen Unterstützungsbedarf geeignet, die zugleich Barrieren für eine Inanspruchnahme aufweisen. PHB könnten sich zu einem

wichtigen Element der Sicherung sozialer Teilhabe entwickeln (Renz & Meinck 2016).

Projekte im Rahmen Präventiver Hausbesuche in Deutschland

In Deutschland wurden bereits mehrere Modellvorhaben zu Präventiven Hausbesuchen umgesetzt, evaluiert und zum Teil auch dauerhaft implementiert. Diese werden nachfolgend ausführlicher vorgestellt.

3.1.1 „Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“

Dieses Projekt wurde im Jahr 2009 vom Sozialreferat der Landeshauptstadt München aufgegriffen und schließlich im Zeitraum 2010 - 2014 in vier verschiedenen Modellregionen mit unterschiedlichen Trägerschaften und eigenen Schwerpunkten in München umgesetzt (Dill & Gmür 2014: 11; Freie und Hansestadt Hamburg und Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2016).

Das Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) führte die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation im Zeitraum von Juni 2010 bis Juli 2013 durch.

Zielgruppe

- ◆ MünchnerInnen ab 75 Jahren oder MigrantInnen ab 65 Jahren
- ◆ isoliert lebend oder von Altersarmut bedroht

Inhalt und Ziele der Hausbesuche

Es handelt sich um ein niedrigschwelliges Angebot, in dessen Rahmen aktiv auf ältere Menschen zugegangen wird (Hausbesuche). Im Vordergrund steht einen Zugang zu Menschen zu finden und zu schaffen, die noch nicht im Hilfesystem angekommen sind. In diesem Zuge sollen mögliche Unterstützungsbedarfe (gesundheitlich, wirtschaftlich, Vereinsamung, u. a.) aufgedeckt und Informationen zu weiteren Beratungs- und Unterstützungsangeboten sowie passgenaue Hilfen (vermittelt werden (Lotsenfunktion) (Dill & Gmür 2014: 11). Es handelt sich hierbei um keine einmalige, sondern eine kontinuierliche Begleitung auf Basis eines sozialpädagogischen, lebensweltlichen, ganzheitlichen und alltagsunterstützenden Ansatzes (ebd.).

Qualifikation der LotsInnen im Rahmen der Hausbesuche

- ◆ Grundqualifikation: sozialpädagogisch
- ◆ Zusatzqualifikationen: gerontologische Kenntnisse (von Vorteil), Berufserfahrung im Altenpflegesystem, Zusatzqualifikation in Beratung und Gesprächsführung, ressourcenorientierter Blick, Erfahrung in Netzwerkarbeit/gute Kenntnis des (aktuellen) professionellen Unterstützungsnetzwerks, kontinuierliches Gewinnen von Kooperationspartnern/-personen im nachbarschaftlichen Umfeld, breit angelegtes Fachwissen, interkulturelle Kompetenz (Freie und Hansestadt Hamburg 2016: 9; Dill & Gmür 2014: 89)

Anzahl der LotsInnen/Zuständigkeitsbereich

- ◆ 4 Münchner Stadtbezirksviertel (jeweils ca. 2000 EinwohnerInnen)
- ◆ 4 sozialpädagogische Fachkräfte
- ◆ 1 Projektleitung (ansässig im Amt für soziale Sicherung)

Zugang zur Zielgruppe/fester Anlaufpunkt

Der Zugang zur Zielgruppe ist niedrighschwellig angelegt und erfolgt freiwillig. Zur Inanspruchnahme eines präventiven Hausbesuchs muss kein konkreter Anlass vorliegen. Die Beschäftigten waren aufsuchend im Rahmen von Hausbesuchen (kostenfrei) tätig.

Es wurde strukturiert über „Infopost“ über das Angebot informiert sowie systematische Öffentlichkeitsarbeit betrieben (Flyer, Medien, Plakate, Litfaßsäule, Darstellung des Angebots in Stadtteilzentren) bzw. MieterInnen über die GEWOFAG (Wohnungsbaugesellschaft) angesprochen. Für spezifische Zielgruppen waren unkonventionelle Zugangswege über nachbarschaftliche Gespräche oder Empfehlungen entscheidend.

Arbeitsumfang

- ◆ 20h/Woche für sozialpädagogische Fachkräfte
- ◆ 20h/Woche Projektleitung

Träger und beteiligte (Netzwerk-) Partner

Um verschiedenen Zielgruppen zu erreichen, wurden vier externe Projektträger mit unterschiedlichen Schwerpunkten gewonnen. Gleichzeitig konnten deren bereits bestehende Netzwerke genutzt werden:

- ◆ Alten – Service –Zentren (ASZ) Fürstenried: soziale Isolation und Ausgrenzung,
- ◆ GEWOFAG: Wohnen,
- ◆ Sozialbürgerhaus (SBH) Mitte: Altersarmut,
- ◆ Verein Stadtteilarbeit e. V.: Migration.

Finanzierung der LotsInnen im Rahmen der Hausbesuche

Die Finanzierung gewährleisteten die Kommunen mit einer Investitionssumme von insgesamt 570.000 Euro.

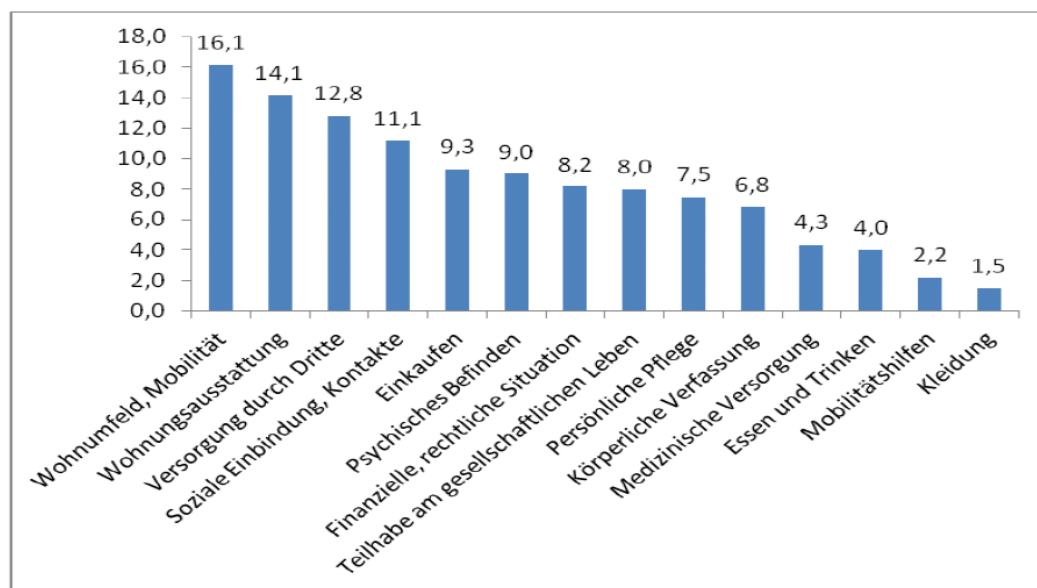
Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung/Evaluation

Laut den Ergebnissen der wissenschaftlichen Evaluation nutzten 602 Personen (Ø 81 Jahre) das Angebot im Modellzeitraum. Informationsschreiben („Infopost“) lösten die meisten Nachfragen für Hausbesuche aus, gefolgt von der Vermittlung durch das soziale Netz (Freunde, Angehörige) und Empfehlungen aus dem professionellen Netzwerk (Freie und Hansestadt Hamburg 2016: 10; Weidner *et al.* 2016).

Die Zielgruppe der 75-Jährigen (und älteren) wies in den meisten Fällen Hilfebedarf auf und war deshalb bereits im medizinisch-pflegerischen System angekommen. Etwa ein Drittel der Besuchten nutzten das Angebot im „präventiven“ Sinne, d. h. es lagen keine konkreten Anliegen vor („Es ist gut zu wissen, wo ich Hilfe erhalten kann, wenn ich diese wirklich einmal benötige!“) (Dill & Gmür 2014: 91). Es stellte sich schnell heraus, dass ein Hausbesuch nicht ausreichend ist, da die Auswahl passgenauer Hilfen auch häufigere Kontakte erforderte.

Nachgefragte Handlungs- und Unterstützungsbedarfe gab es vor allem in den Bereichen der selbstständigen Lebensführung und bezüglich des Verbleibs in der eigenen Wohnung (vgl. Abbildung 2). Darüber hinaus bestand verstärktes Interesse für eine Beratung bei fehlenden sozialen Kontakten und dem Wunsch nach Besuchs- und Begleitdiensten sowie gemeinsamer Freizeitgestaltung mit anderen SeniorInnen (ebd.: 48).

Abbildung 2: Handlungs- und Unterstützungsbedarf (Angaben in %; N=602)



Quelle: Dill & Gmür 2014: 35

In Hinblick auf die Lotsenfunktion und der weiteren Vermittlung von Hilfen konnte analysiert werden, dass etwa ein Drittel der Besuchten durch die Fachkräfte selbst umfassend und qualifiziert beraten werden konnte, jedoch die Mehrzahl auf weitere Hilfen über die PHB hinaus angewiesen war. Zusätzliche Arbeiten waren vor allem bei komplexen Problemlagen im Nachgang zu erledigen (dies lag bei ca. 80 % der Hausbesuche vor). Diese Tätigkeiten konnten als Element eines Case-Managements gesehen werden und machten ca. die Hälfte der direkten Arbeitszeit mit den KlientInnen aus. Die Verantwortung für das Case-Management wurde in etwa 15 % der Fälle an ein ASZ oder bei 10 % an ein SBH abgegeben. Die Fachkräfte

übernahmen somit eine Lotsenfunktion, indem sie direkte Kontakte zu spezialisierten Diensten und Fachstellen vermittelten (ebd.: 92f.). Die Beschäftigten der PHB konnten im Rahmen des Case-Managements eine Begleitung auf Zeit anbieten bis eine adäquate Lösung etabliert war (ebd.: 81).

Aufgrund der unterschiedlichen Anliegen kristallisierten sich 3 Hausbesuchstypen heraus. Diese und deren Kosten sind in Tabelle 5 aufgelistet.

Tabelle 5: Hausbesuchstypen und Kosten für PHB (im Modellzeitraum)

Kategorie	Inhalt	Zeit	Kosten
A: Klassischer, rein informativer und beratender Hausbesuch	- Individuelle Orientierung/ Vorsorgemaßnahme - Gegenstand der Beratung in diesen Fällen waren Clearing, Informations- und evtl. Weitervermittlung - Beratung umfasst zwei bis drei vorbereitende Telefonate, das Zusammenstellen eines Informationspaketes, die Anfahrt sowie das Gespräch (1,5 – 2h) - Die Nachbereitung umfasst die Dokumentation sowie u. U. das Verschicken oder telefonische Durchgeben von vereinbarten Informationen - Etwa 20 % entsprachen diesem Muster	Ø 4,0h	Ø 550 Euro
B: Hausbesuch und Beratung mit erweitertem Aufwand	- Recherche einer Fragestellung - Ausfüllen von Anträgen, intensives Gespräch über benötigte Hilfen, Recherche, Telefonate mit Anbietern (Begleitsdienste), Kontaktvermittlung, Einbindung Dritter, Terminkoordinierung, zweiter Kurzbesuch, weitere Leistungen - etwa 50 % entsprachen diesem Muster	Ø8,0h	Ø1.100 Euro
C: Aufwändiger Hausbesuch mit Anteilen von „Case-Management“	- Case-Management in unterschiedlichem Umfang - weitergehende Unterstützung durch mehrere Folgebesuche, Telefonate, teilweise auch kollegiale Beratung in komplexeren Fällen, Unterstützung bei Antragstellungen (z. B. Stiftungsmittel), Erstellung von Falleingaben (z. B. für die Orientierungsberatung im SBH), Helferkonferenzen, Familiengespräche, Begleitung zum Erstkontakt mit einer ehrenamtlichen Helferin - etwa 30 % entsprach diesem Muster	Ø12,5h	Ø1.725 Euro

Quelle: IGES auf Grundlage von Dill & Gmür 2014

Das Netz an Kooperationspartnern konnte ausgebaut werden, sodass insgesamt eine Zusammenarbeit mit 200 Personen, Einrichtungen und Organisationen verzeichnet werden konnte. Eine (über-)regionale Vernetzung ist zu einer Daueraufgabe der Fachkräfte geworden (ebd.: 59).

Im Zuge der Berechnung des Nutzen-/Kostenverhältnisses für die PHB wurde ermittelt, dass „unter Ausnutzung der meisten Rationalisierungspotentiale (...) ein Betreuungsfall – bezogen auf die „Präventiven Hausbesuche“ - unter € 300 kosten [wird]“ (Dill & Gmür 2014: 78). Aussagen zum monetären Nutzen der PHB konnten nicht getroffen werden.

Um mittelfristig der gesamten Zielgruppe PHB anbieten zu können, wären etwa 30 Halbtagsstellen erforderlich (jährliche Kosten von etwa einer Million Euro) (ebd.: 95).

Es lässt sich zusammenfassen, dass sich die Fachkräfte der PHB zu einer bedeutenden Anlaufstelle und somit zu Vertrauenspersonen entwickelten, weshalb u. a. eine Versteigerung des Projektes gefordert wurde (ebd.:58)

Verstetigung des Projekts

Es erfolgte eine Etablierung der PHB als Regelangebot im Rahmen der ASZs (ASZ – plus). In München gibt es 32 Zentren (Träger: Landeshauptstadt München), welche von unterschiedlichen Anbietern geführt werden (u. a. das Bayerische Rote Kreuz). ASZs werden mischfinanziert durch die Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Stiftungen, etc. (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie und Frauen 2004).

Die ASZ – plus wurden zusätzlich zu den 2,5 SozialpädagogInnen-Stellen und einer 0,5 Stelle Verwaltung mit weiteren 1,5 Stellen besetzt (Freie und Hansestadt Hamburg 2016: 11).

Die hervorragenden Strukturen und Netzwerke sowie vielfältigen Angebote der ASZs bieten optimale Voraussetzungen für die Lotsenarbeit im Rahmen der PHBs.

Hinsichtlich der Zielgruppe ist das Angebot auf die Lebenslage Alter (keine Altersgrenze) ausgerichtet.

3.1.2 Gemeindeschwester^{PLUS} (Rheinland - Pfalz)

Das Projekt Gemeindeschwester^{PLUS} verfolgt Ansätze des präventiven Hausbesuchs und befindet sich aktuell in 7 Modellregionen mit 9 kommunalen Gebietskörperschaften (Landkreise und kreisfreie Städte) in Rheinland – Pfalz in der Erprobungsphase (01.07.2015 – 31.12.2018).

Eine wissenschaftliche Begleitung während der Implementierungsphase bis Dezember 2016 fand durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) statt.

Zielgruppe

- ◆ hochaltrige Menschen ohne Pflegebedarf nach SGB XI
- ◆ selbstständig in der eigenen Häuslichkeit lebend

Ziele der Gemeindeschwester^{PLUS}arbeit

Die Ziele der Arbeit der Gemeindeschwester^{PLUS} liegen in der individuellen Unterstützung und Beratung im aktuellen Lebensabschnitt sowie in der Stärkung der Selbstbestimmung und Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe. Sie soll helfen Risiken und Bedrohungen frühzeitig zu erkennen und somit den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit länger zu ermöglichen.

Für die Ermittlung des Bedarfs nutzt sie ein speziell für die PHB entwickelten Gesprächsleitfaden des DIP auf Basis des „Standardized assessment for elderly people (STEP)“ zur umfassenden Beurteilung der Gesundheits- und Lebenssituation.

Sie kooperiert mit den PflegeberaterInnen der Pflegestützpunkte und den Beschäftigten der Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo) um passgenaue und verfügbare Angebote zu vermitteln und ergänzt und erweitert somit das bestehende Unterstützungs- und Beratungsangebot.

Durch die Zusammenarbeit mit den kommunalen PflegestrukturplanerInnen kann sie ihnen Hinweise über Stärken und Schwächen sozialer Netze sowie zum Bedarf von Unterstützung und Begleitung von zivilgesellschaftlichem Engagement geben.

Qualifikation der Gemeindeschwester^{PLUS}

- ◆ Grundqualifikation: Pflegefachperson
- ◆ Zusatzqualifikationen: Berufserfahrung (ambulant und stationär), spezielle Schulung (vgl. Abbildung 3), welche in einem Zeitraum von 6 Monaten nach Beginn des Modellprojektes durchgeführt wurde (5 Schulungsblöcke à 2-4 Tage)

Abbildung 3: Schulungskonzept mit 4 Kompetenzbereichen

Kompetenzbereich I Die Rahmenbedingungen des Projektes Gemeindeschwester ^{plus} berücksichtigen und an der Ausgestaltung mitwirken.	Kompetenzbereich III Hochaltrige Menschen ohne Pflegebedarf durch präventive und gesundheitsförderliche Beratung und Begleitung in ihrer Selbständigkeit stärken und sie in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe unterstützen (Case-Management).
Kompetenzbereich II Mit regionalen Leistungsanbietern, kommunalen Planerinnen und Planern, Netzwerken und Stützsyste men zusammenarbeiten (Care-Management).	Kompetenzbereich IV Das eigene Handeln als Fachkraft im Projekt GS+ reflektieren.

Quelle: Weidner *et al.* 2016: 14

Anzahl der Gemeindeschwestern^{PLUS}/Zuständigkeitsbereich

- ◆ 17 Fachkräfte für 7 Modellregionen

(Alzey-Worms, Birkenfeld, Bitburg-Prüm, Koblenz, Neuwied, Stadt mit Landkreis Kaiserslautern, Stadt Landau mit Landkreis Südliche Weinstraße (im Durchschnitt wohnen ca. 90-100.000 EinwohnerInnen in einer Region mit einem Anteil von durchschnittlich ca. 20 % an 65-Jährigen und älter), wobei innerhalb der Modellregionen einzelne Umsetzungsregionen ausgewählt wurden)

Zugang zur Zielgruppe/fester Anlaufpunkt

Die Arbeit der Gemeindeschwester^{PLUS} ist aufsuchend und zugehend angelegt, wobei der Besuch und die Beratung der älteren BürgerInnen in deren Häuslichkeit nur nach vorheriger Zustimmung erfolgt.

Zusätzlich wurden regelmäßige Sprechstunden in bekannten Anlaufpunkten innerhalb der Kommune eingerichtet.

Zur Bekanntmachung des Projekts wurde eine intensive Öffentlichkeitsarbeit in den Kommunen (Artikel in Printmedien, Vorstellung des Projekts bei relevanten Akteuren vor Ort, Interviews, kleine Artikel) betrieben.

Arbeitsumfang

- ◆ Vollzeit

Träger und beteiligte (Netzwerk-) Partner

Die beauftragten Träger arbeiten mit den örtlichen Pflegestützpunkten, regionalen Pflegekonferenzen und anderen Stellen zusammen.

Finanzierung der Gemeindeschwester^{PLUS}

Das Modell wird zu 100 % durch die Landesregierung Rheinland - Pfalz gefördert, welche 12 Personalstellen finanziert.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung/ Evaluation

Zusammenfassend lässt sich in den 7 Modellregionen bisher eine gute Entwicklung verzeichnen. Unter den Gemeindeschwestern^{PLUS} erfolgte eine „spür- und sichtbare Identitätsbildung“ (Weidner *et al.* 2016: 23). Zuständigkeiten, Rollen, Kooperationen und die inhaltliche Ausgestaltung und Anpassung an die regionalen Gegebenheiten (Zugänge zur Zielgruppe, Entwicklung örtlicher Infrastruktur) wurden in Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten strukturell und fallbezogen entwickelt (ebd.).

Die Gemeindeschwestern^{PLUS} sind den Netzwerkpartnern in den Modellregionen mittlerweile bekannt und partizipieren an Veranstaltungen zur dörflichen Entwicklung, zu Präventionsangeboten oder zu Quartiersentwicklungen etc. in den Kommunen. Sie koordinieren das Bekanntmachen vorhandener Strukturen und Netzwerke, sodass die Nutzung bisheriger regionaler Angebote (Bürgerauto, Ausflüge,

Vorträge, Nachbarschaftshilfe) gesteigert werden konnte (ebd.: 21). Weiterhin initiierten die Fachkräfte auf Anregung der SeniorInnen (Bedarf nach Ort angepasst) verschiedene Angebote (Seniorentreffs, Mittagstisch, Seniorentelefonketten, Stammtisch Männersache, begleitete Spaziergehgruppen, Seniorenturnen, Taschengeldbörsen, etc.) und führten regelmäßige Sprechstunden in den SeniorInnen bekannten Einrichtungen ein (ebd.: 22). In Kommunen mit aktiver Seniorenarbeit ließen sich leichter neue Angebote etablieren. In Regionen mit weniger aktiver Seniorenarbeit müssen daher Entwicklungsprozesse angestoßen und Zugangswege zur Zielgruppe eröffnet werden (ebd.).

Die Zusammenarbeit der „Gemeindeschwestern“ und BeKo – Fachkräfte hat sich in den Modellregionen mit engem Austausch als positiv herausgestellt (ebd.: 20).

Bezüglich der infrastrukturellen Gegebenheiten erwies sich die Arbeitsplatzgestaltung innerhalb der Pflegestützpunkte als eher schwierig. Nicht nur mangelnder Platz und Raum, sondern vor allem datenschutzrechtliche Einwände seitens der Pflegekassen stellen bis heute ein ungeklärtes Problem in Zusammenarbeit mit den PflegeberaterInnen dar. Eine diesbezügliche Klärung wird in der Steuerungsgruppe auf Landesebene angestrebt (ebd.).

Viele ältere Menschen, die einen Hausbesuch bei den Gemeindeschwestern^{PLUS} anfragten, hatten bereits einen so stark fortgeschrittenen Hilfebedarf, weshalb eine direkte Weiterleitung zur Pflegeberatung an die Pflegestützpunkte erfolgte (ebd.).

In den verschiedenen Modellregionen gestalteten sich die Zugangs- und Informationswege im Rahmen der intensiven Öffentlichkeitsarbeit sehr unterschiedlich. Die Hauptzugangswege zu den SeniorInnen stellten Seniorenveranstaltungen, ehrenamtlich engagierte BürgerInnen in den Ortschaften, Netzwerkpartner, Ortsbürgermeister sowie die Sozialdienste der Krankenhäuser dar. 7 Modellregionen haben zahlreiche Informationsschreiben an die SeniorInnen versendet. Die Wirkung der einzelnen Maßnahmen kann noch nicht abgeschätzt werden (ebd.: 21).

Bezüglich der Verbreitung des Angebots ließ sich feststellen, dass die regelmäßige und notwendige Pressearbeit eine große Herausforderung für die Fachkräfte darstellte und zukünftig durch eine professionelle Medienagentur unterstützt werden sollte (ebd.: 19f.).

Als Herausforderung gestaltet sich die Überführung der Angebote in bestehende Strukturen, da die bisher tätigen ehrenamtlichen Personen in den Ortschaften bereits ausgelastet sind und eine Rekrutierung neuer Ehrenamtler sich bisher als schwierig gestaltete (ebd.: 22).

Ein wiederkehrender Diskussionspunkt im bisherigen Projektverlauf bezog sich auf die Bezeichnung „Gemeindeschwester“ (einerseits veraltet und andere Assoziation der Tätigkeiten, andererseits positiv konnotiert und somit Basis für eine vertrauensvolle Beziehung zu den Fachkräften). Viele Projektbeteiligte berichteten weiterhin, dass sie das Gefühl hätten, ältere Menschen würden eher Kontakt zu

einer „Person“ (Gemeindeschwester) aufnehmen als mit einer „Institution“ (Pflegestützpunkt) (ebd.: 13).

Verstetigung des Projekts

- ♦ noch ungewiss

3.1.3 weitere Präventive Hausbesuchsprojekte

3.1.3.1 Projekt „Gesund Älter werden“ Hannover (Niedersachsen) (2004-2007)

Das Präventionsprojekt der AOK Niedersachsen wurde in ausgewählten Stadtteilen in Hannover erprobt. Die Zielgruppe bestand aus Menschen im Alter zwischen 68-79 Jahren, die nicht pflegebedürftig waren.

Das Ziel der präventiven Hausbesuche war die Erhaltung der Selbstständigkeit, um in der eigenen Wohnung zu verbleiben. Dies wurde durch das Aufsuchen im Rahmen des Hausbesuchs gewährleistet und mit einem geriatrischen Assessment sowie Beratung und Vermittlung der KlientInnen verbunden. Im Zuge der Vernetzung und Zusammenarbeit wurden die Ergebnisse u. a. dem/der Hausarzt/-ärztin mitgeteilt und bei fehlenden Angeboten die Informationen an die Stadtbezirksnetzwerke weitergegeben.

Die Beschäftigten der Hausbesuche hatten unterschiedliche Professionen (Krankenpflegepersonen, SozialpädagogInnen, PsychologInnen, SozialwissenschaftlerInnen, ErnährungsberaterInnen) und wurden für die Hausbesuche nochmals speziell geschult.

Finanziert wurde das Projekt ausschließlich durch die AOK Niedersachsen (Deutscher Präventionspreis 2005).

3.1.3.2 Projekt „mobil – Präventive Hausbesuche bei Senioren“ Stuttgart (Baden-Württemberg) (2002-2007)

Das Angebot richtete sich an Bosch BKK Versicherte im Alter von 75 Jahren und älter, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI waren sowie keine kognitive Beeinträchtigung aufwiesen.

Mittels eines multidimensionalen Assessments (STEP-m) sollten potenzielle Risikofaktoren für Beeinträchtigungen frühzeitig erkannt und individuelle Bedarfe der Zielgruppe erfasst werden. Folgebesuche beabsichtigten eine Art Monitoring und Begleitung sowie den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung.

In dem Projekt arbeiteten zwei Gesundheitshelferinnen (Gebert *et al.* 2008).

3.1.3.3 Projekt „Altern zu Hause“ Leipzig und Halle (Sachsen/Sachsen-Anhalt) (2007-2010) (Luck *et al.* 2011)

Bei diesem Projekt handelte es sich um eine Untersuchung, inwieweit durch geschultes Personal im Rahmen von präventiven Hausbesuchen der individuelle Hilfs- und Pflegebedarf von über 80-Jährigen ermittelt, deren Kompetenzen und Ressourcen für einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit gestärkt und die Versorgung durch Angehörige optimiert werden kann. In diesem Zusammenhang sollte gezeigt werden, ob sich Heimübergänge in einem definierten Zeitraum vermeiden oder aufschieben lassen.

Das Projekt wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

Evaluation der drei Projekte

Die drei zuvor erwähnten Projekte unterschieden sich nicht nur hinsichtlich ihrer Zielkriterien, zudem konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen in den Projekten „Gesund Älter werden“ und „mobil“ festgestellt werden. Im Projekt „Altern zu Hause“ waren die Ergebnisse insgesamt ebenfalls nicht signifikant, allerdings konnte eine signifikant höhere Lebensqualität bei den TeilnehmerInnen gemessen und eine Abnahme der Stürze in der Interventionsgruppe verzeichnet werden (Deckenbach 2013: 7). Ergebnisse internationaler Studien bestätigten ebenfalls keine eindeutige Evidenz für die Wirksamkeit von PHB (ebd.: 11).

3.2 Projekte Gesundheitshelferinnen in Lippe (NRW) und Alterslotsinnen in Lüneburg (Niedersachsen)

Aufgrund der inhaltlichen Ähnlichkeit der Projekte, werden diese innerhalb eines Kapitels vorgestellt.

3.2.1 Gesundheitshelferinnen in Lippe

Das bereits abgeschlossene Modellprojekt „Regionales Versorgungskonzept Geriatrie: Gesundheitshelfer (GH) in Lippe“ (2010 - 2013) entstand als gemeinsames Projekt des Klinikums Lippe und des Ärztenetzes Lippe unter wissenschaftlicher Begleitung und Evaluation des Zentrums für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL (ZIG).

Zielgruppe

- ◆ ältere und multimorbide PatientInnen
- ◆ in der eigenen Häuslichkeit lebend

Aufgabe und Ziele der Gesundheitshelferinnen

Das Ziel der Arbeit der GH bestand in der Unterstützung im Aufbau und der Implementierung eines sektorenübergreifenden Case-Managements („Case-Management“ am Küchentisch). Dieses soll durch die rechtzeitige Koordinierung und Implementierung entsprechender Maßnahmen die Pflegebedürftigkeit senken bzw. hinauszögern, sodass einerseits die Selbstständigkeit der PatientInnen lange erhalten bleibt und andererseits die Zahl der Krankenhauseinweisungen reduziert wird.

Die Aufgabe der GH besteht in der Durchführung von (geriatrischen) Assessments und Re-Assessments mit deren Hilfe sie die Ressourcen und Bedarfe während des Hausbesuchs ermitteln. Diese werden in einem gemeinsam erstellten Hilfeplan festgehalten, welcher in Abstimmung mit dem/der Hausarzt/-ärztin sowie den FachärztInnen umgesetzt wird. In diesem Rahmen fungieren sie als ständige Ansprechpersonen aller beteiligten Akteure sowie der Betroffenen und deren Angehörigen. Sie übernehmen somit die Organisation und Koordination des gesamten Versorgungsprozesses in Absprache mit allen Beteiligten (ÄrztInnen, Sanitätshäuser, Angehörige, Pflegedienste, Apotheken, Kranken- und Pflegeversicherungen, Unterstützungs- und Beratungseinheiten, Befähigung der Angehörigen). Weiterhin informieren und beraten sie zu Unterstützungs- und Versorgungsangeboten.

Qualifikation der Gesundheitshelferinnen

- ◆ Grundqualifikation: Pflegefachkräfte oder medizinische Fachangestellte (MFA)
- ◆ Zusatzqualifikation: Berufserfahrung; Weiterbildung in Case-Management oder einem Studium in Gesundheitsmanagement; gute Kenntnisse der regionalen Versorgungsstruktur (ambulant und stationär); sozialrechtliche Kenntnisse; Fähigkeit zur multidisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit; Beratungs- und Problemlösungskompetenz sowie ausgeprägte Moderations- und Vermittlungskompetenz; sicherer Umgang mit EDV- und Kommunikationsprodukten

Anzahl der Gesundheitshelferinnen/Zuständigkeitsbereich

- ◆ 4 Gesundheitshelferinnen für den Kreis Lippe (ca. 350.000 EinwohnerInnen, davon sind ca. 21 % 65 Jahre und älter)

Zugang zur Zielgruppe/fester Anlaufpunkt

Der Kontakt zur Zielgruppe erfolgt ausschließlich über den medizinischen Bereich. Die niedergelassenen HausärztInnen bzw. die FachärztInnen aus der Akutklinik führen die infrage kommenden PatientInnen dem Case-Management zu.

Nach der Aufklärung bzw. Einschreibung durch die ÄrztInnen nehmen die GH Kontakt zu den PatientInnen auf und erfassen die Versorgungssituation im häuslichen Umfeld (Hausbesuch, aufsuchend).

Die GH sind im Klinikum angesiedelt.

Arbeitsumfang

- ♦ 3 Vollzeitkraftstellen
- ♦ 1 GH betreut ca. 200 Fälle
- ♦ im Modellzeitraum betreuten 4 Krankenschwestern ca. 950 Menschen

Träger und beteiligte (Netzwerk-) Partner

In Lippe hat sich seit Beginn der ersten Netzwerkkonferenz und der zunehmenden Etablierung der GH ein umfassendes „Geriatrisches Netzwerk“ ausgebildet, in dessen Zentrum die GH die Bedarfe der KlientInnen zielführend mit den entsprechenden Institutionen verknüpfen und koordinieren (siehe auch Abbildung 4).

Abbildung 4: Netzwerkpartner der Gesundheitshelferinnen



Quelle: Assmann *et al.* 2013

Der „Geriatrische Versorgungsverbund“ bestehend aus dem Klinikum Lippe, Ärztenetz Lippe und der Gerontopsychiatrie (GPZ Lippe, Lippische Nervenlinik Dr. Spernau), trägt zur Vernetzung der medizinischen Strukturen bei und wurde im Rahmen Projektes als Kooperationsmodell erstmalig eingeführt.

Finanzierung der Gesundheitshelferinnen

Die Finanzierung des Projekts bestand zu je 50 % aus Fördermitteln des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) (ca. 500.000 Euro) und der Projektpartner.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung/Evaluation

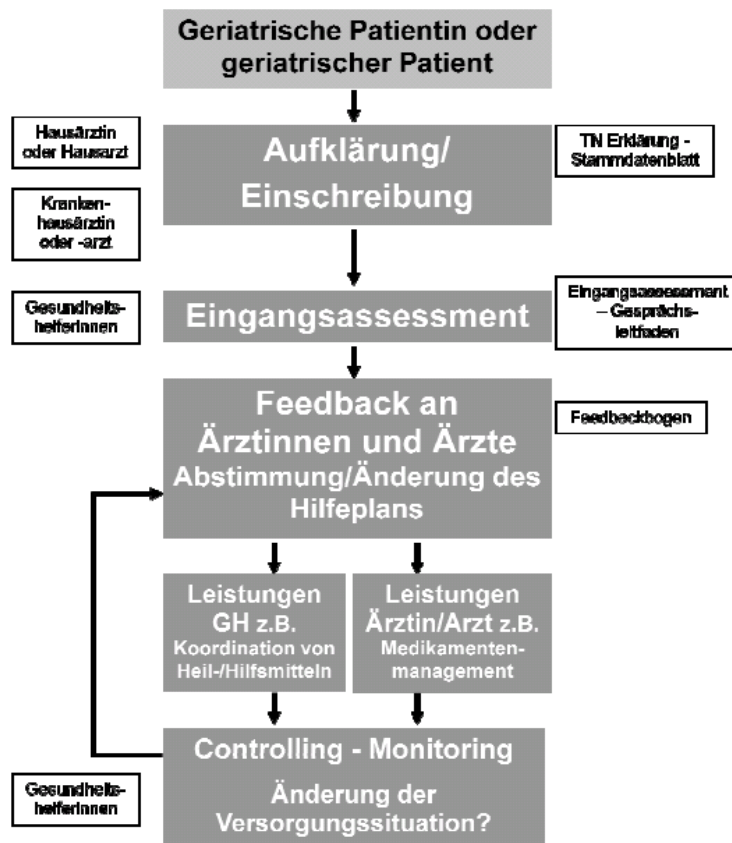
Im Rahmen der Evaluationsergebnisse stellten sich koordinative Leistungen als zentral und handlungsleitend heraus. Aus Sicht der GH gestalten und unterstützen sie die Versorgung quer zu den Strukturen (ambulant und stationär; Organisations- und Professionsgrenzen) und über den gesamten Versorgungsverlauf hinweg. Dieser wird durch ein regelmäßiges Monitoring überprüft. Bei Bedarf wird die Versorgung individuell angepasst (vgl. Abbildung 5).

In der Praxis hat sich deutlich gezeigt, dass die Intensität der Kontakte sowie das notwendige Monitoring der Maßnahmen je Einzelfall stark variieren kann, weshalb eine pauschale Zuordnung von „Leistungspauschalen“ aufgrund der Vielfalt der Problemlagen und der individuellen Situation nicht zielführend wäre (Assmann *et al.* 2013). Weiterhin hat sich deutlich gezeigt, dass insbesondere zu Beginn der Begleitung hoher Aufklärungs- und Informationsbedarf seitens der KlientInnen bestand, sodass die GH über mögliche Leistungsansprüche, soziale Versorgung (z. B. Pflegeleistung, Grundsicherung, Sozialrecht) sowie Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen informierten (ebd.: 32).

Die GH leisten keine Pflege- oder Wohnraumberatung. Sie klären lediglich auf und verweisen an die entsprechenden Stellen bzw. übernehmen die Koordination. Diese Abgrenzung ist für die regionalen Akteure (ambulante Pflegedienste, psychosoziale Beratung oder dem Pflegestützpunkt) wichtig und gestaltete sich zu Beginn schwierig. Durch intensive Aufklärung und gemeinsamer Erarbeitung von Handlungsabläufen durch die GH mit den beteiligten Akteuren konnte im Laufe der Zeit eine partnerschaftliche Zusammenarbeit erreicht werden. Zudem konnten Parallelstrukturen offengelegt und Beratungsdienste mit themenspezifischen Kompetenzen zielführend kontaktiert und eingebunden werden. Weiterhin hat sich die Einbindung und Verantwortung der GH bei der Entlassung aus dem Krankenhaus als außerordentlich positiv erwiesen (ebd.: 5).

Das Vertrauen der an der geriatrischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen in Bezug auf die GH ist noch verbesserungswürdig. Die im Rahmen der Evaluation befragten ÄrztInnen sehen die GH als sinnvolle und wichtige Ergänzung sowie zentrale Informationsstelle an, da sie die HausärztInnen dabei unterstützen, Informationslücken zu schließen und Entlastung für den Praxisalltag bringen (z. B. vorab Klärung von Patientenfragen). Bezüglich der Finanzierung und Organisation der GH monieren die ambulanten Leistungserbringer die bestehende isolierte Denkweise der Sektoren und wünschen sich eine zusätzliche breit angelegte Finanzierung von vielen Kostenträgern, um die eigenen Budgets zu entlasten und die Unabhängigkeit dieser Stellen zu gewährleisten (ebd.: 45).

Abbildung 5: Ablaufschema Regionales Versorgungskonzept Geriatrie



Quelle: Assmann *et al.* 2013: 28

Zusammengefasst konnten im Rahmen der begleitenden Evaluation folgende Outcomes gemessen und festgestellt werden: Die GH sind mittlerweile eine etablierte Institution in Lippe. Aus Sicht der KlientInnen konnte ein hoher Bedarf an Fortführung, Verstetigung und Ausweitung des Angebots festgestellt werden. Bezüglich ihrer Versorgungssituation konnte ermittelt werden, dass im Anschluss an die 12monatige Intervention fast 50 % besser zu Hause zurechtkamen und fast 40 % trotz Einschränkung etwa gleich gut. Es konnte keine signifikante Verschlechterung der Selbstständigkeit festgestellt werden, wobei das Sturzrisiko bestehen blieb. Ebenso gab es keine statistisch signifikante Veränderung des körperlichen Zustands, dagegen war jedoch eine statistisch signifikante Veränderung des subjektiven psychischen Wohlbefindens zu verzeichnen. Insgesamt sieht die überwiegende Mehrheit der KlientInnen (91,5 %) die GH als Unterstützung an. Mehr als zwei Drittel konnten neue Informationen durch die GH gewinnen. Die Weiterempfehlungsbereitschaft ist sehr hoch (ebd.: 77ff.).

Auf der Versorgungsebene konnten Verbesserungen und Erkenntnisgewinne in folgenden Bereichen verzeichnet werden: sektorenübergreifender Informationsaustausch und Koordination, Kontinuität im Versorgungsverlauf (unabhängig von

dem/der behandelnden Arzt/Ärztin), konsequente Nutzerorientierung in der Versorgungsgestaltung (u. a. Erreichbarkeit der Population im häuslichen Setting), Gewinn an Expertise (Beratungskompetenzen und -landschaft; Versorgungsbedürfnisse). Bezüglich der Struktur- und Netzwerkbildung bestand der Erfolgsfaktor in der engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen dem Ärztenetz Lippe und dem Klinikum Lippe. Die praktische Tätigkeit der GH hat maßgeblich zum Aufbau eines Versorgungsnetzwerks beigetragen, von dem sowohl der ambulante als auch der stationäre Bereich profitieren (ebd.: 58ff.).

Erst mit der Projektierung sind notwendige Strukturen für eine sektorenübergreifende Versorgung geriatrischer PatientInnen entwickelt worden. Die GH sind akzeptiert und bieten vor allem bei PatientInnen mit zusätzlichen Versorgungsbedürfnissen in Verbindung mit eventuellen Funktionseinbußen eine deutliche Entlastung. Hinsichtlich der Vermeidung unnötiger Leistungsanspruchnahmen können im Rahmen der Ergebnisse keine validen Aussagen getroffen werden (ebd.: 77ff.).

Verstetigung des Projekts

Im Anschluss an die erfolgreiche Modellphase wurde das Projekt implementiert und gemeinsam durch das Klinikum, das Ärztenetz und über Versorgungsverträge finanziert (2014 - 2016). Seit der Gründung der Case-Management-Gesellschaft „RVL - Regionales Versorgungskonzept Lippe GmbH“ durch die ehemaligen Projektpartner (Klinikum und Ärztenetz) Ende 2016 schließt diese die Verträge mit den Kostenträgern ab (Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL 2017).

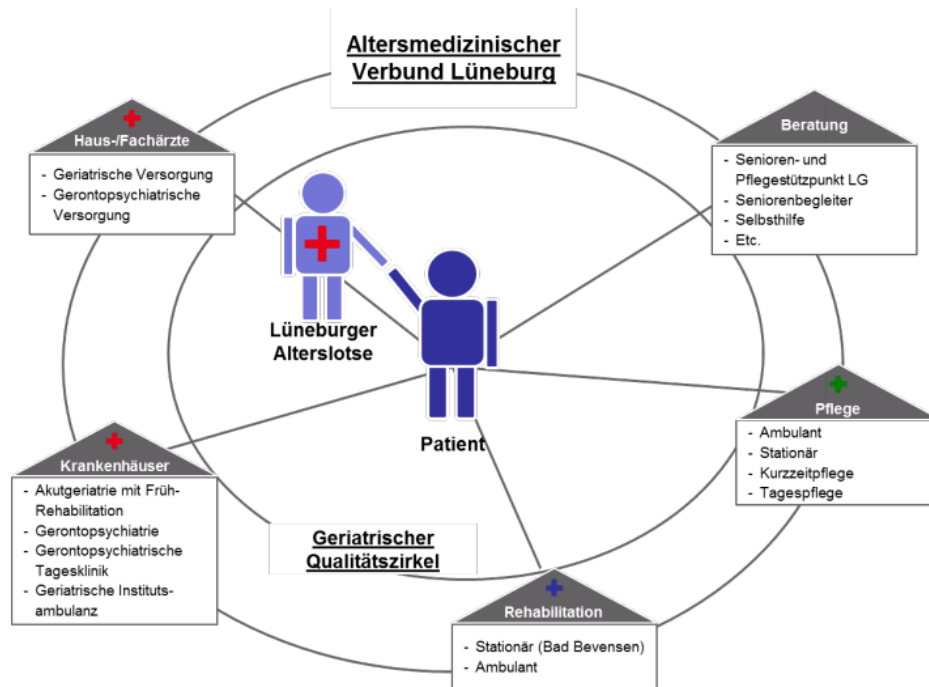
3.2.2 Alterslotsinnen in Lüneburg (Niedersachsen)

Ein den Gesundheitshelferinnen in Lippe ähnliches Modellprojekt, „Lüneburger Alterslotsen“, befindet sich aktuell noch in der Erprobungsphase (01.05.2016 - 30.04.2018) und wird vom Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL (ZIG) wissenschaftlich evaluiert.

Das Projekt richtet sich an Menschen mit Geriatrie-typischer Multimorbidität im Alter von 70 Jahren und älter oder an Menschen mit alterstypischer Vulnerabilität, welche im Alter von 80 Jahren und älter sind und bei welchen die Vermutung besteht, dass sie von einer Einschränkung des Alltags bedroht sind.

Die Ziele der Alterslotsinnen gleichen denen der Gesundheitshelferinnen in Lippe. Auch in diesem Projekt ist ein übergeordnetes Ziel eine Verbundbildung (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Verbund Lüneburg

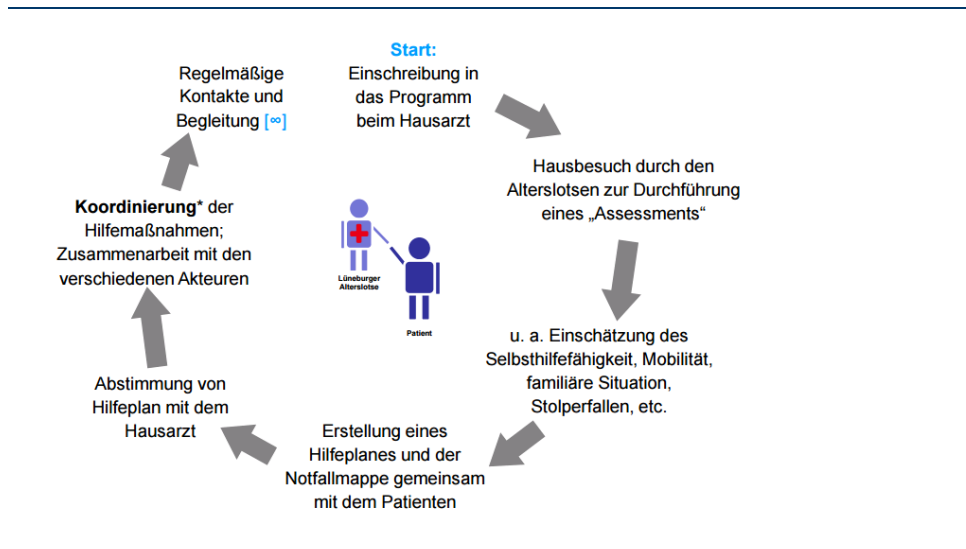


Quelle: Gesundheitsregionen Niedersachsen/Lüneburg (o.J.)

Die Alterslotsinnen sind ebenfalls ausgebildete Pflegefachkräfte oder medizinische Fachangestellte (MFA) mit langjähriger Berufserfahrung, werden aber zusätzlich von regionalen Akteuren des Gesundheitswesens speziell geschult.

Der Zugang erfolgt auch hier über den medizinischen Bereich, d. h. ausschließlich über den Hausarzt (vgl. Abbildung 7). Drei Alterslotsinnen sind aufsuchend im Rahmen von Hausbesuchen im Landkreis Lüneburg (ca. 180.000 EinwohnerInnen, davon ca. 20 % im Alter von 65 Jahren und älter) tätig.

Abbildung 7: Zugang und Ablauf im Projekt der Alterslotsinnen



Quelle: Gesundheitsregion Niedersachsen/Lüneburg (o.J.)

Der Projektrahmen wird von der „Gesundheitsregion Lüneburg“ gestellt. Träger ist der Landkreis Lüneburg. Umgesetzt wird das Projekt durch das Klinikum Lüneburg und die Psychiatrische Klinik Lüneburg sowie weiteren Netzwerkpartnern (u. a. Alzheimer Gesellschaft Lüneburg, Senioren- und Pflegestützpunkt, SeniorenbetreuerInnen).

Finanziell unterstützt wird das Projekt durch gesetzliche Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Lüneburg und das Land Niedersachsen mit insgesamt 100.000 Euro.

3.3 Projekt Casaplus®

Das Präventionsprogramm Casaplus® wurde von der MedicalContact AG als Fallmanagement konzipiert und wird seit April 2007 von verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen als kostenfreie Zusatzleistung angeboten. Sie kommen damit ihren gesetzlich übertragenen Aufgaben der Aufklärung, Beratung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (§ 13, 14, 17 SGB I) nach. Das Vorsorgeprogramm ist dem Aufgabenkatalog des § 11 SGB V zuzuordnen und stellt einerseits eine präventive Leistung dar und bedient gleichzeitig den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (MedicalContact AG 2008: 6).

Es wurde basierend auf der langjährigen Erfahrung mit telefongestützten Versorgungsprogrammen entwickelt und mit den positiven Effekten aus den PHB bei SeniorInnen kombiniert (MedicalContact AG 2008).

Zum Casaplus®-Programm gehören ein speziell entwickeltes Prädiktionsmodell, das prospektiv und zielgenau PatientInnen anhand von Routinedaten (Alter, Ge-

schlecht, Medikation, Krankenhausdiagnosen) identifiziert und somit die Wahrscheinlichkeit für eine zukünftige Krankenhauseinweisung berechnen kann (Hildebrandt *et al.* 2011; Heinzen & Fleckenstein 2007), ein/e FallmanagerIn bei der Krankenkasse, eine Risknurse vor Ort (ambulanter Pflegedienst) sowie eine speziell entwickelte Software Lösung, die alle Daten in Form einer elektronischen Akte zusammenführt und Interventionsmöglichkeiten vorschlägt (u. a. Wohnraumanpassung, Sturzprophylaxe, Verhinderung von Dehydratation und Mangelernährung, Stärkung des sozialen Netzes) (MedicalContact 2008: 3).

Das Fallmanagement-Programm wurde hinsichtlich seiner Wirksamkeit durch das IGES-Institut evaluiert.

Zielgruppe

- ♦ besonders gefährdete Versicherte ab dem 55. Lebensjahr

Inhalt und Ziele des Fallmanagements

In erster Linie ist es das Ziel dieses speziellen Fallmanagements Krankenhausaufenthalte durch frühzeitige ambulante Interventionen zu vermeiden. In diesem Rahmen stellt es den Einzelnen und nicht seine Erkrankung in den Mittelpunkt.

Das Fallmanagement basiert auf folgenden Prinzipien:

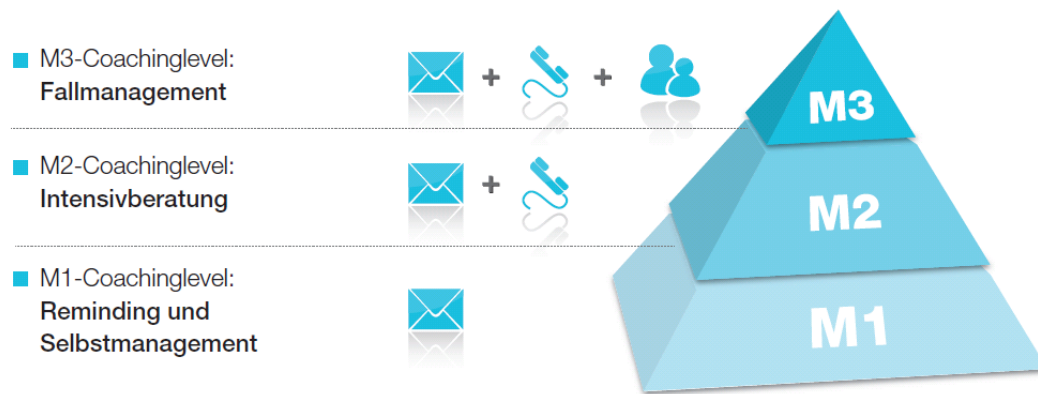
- ♦ Fokussierung auf HochrisikopatientInnen mit angemessenem Steuerungspotential,
- ♦ Berücksichtigung von Multimorbidität (individuelles Eingehen auf Versicherte),
- ♦ Stärkung der Patientenkompetenz (frühzeitiges Erkennen von Krisen und Bewältigung),
- ♦ bedarfsgerechte und praxisnahe Interventionen (Gesundheitsgefahren aufdecken und hinsichtlich desspezifischen Risikos schulen, Gefahrenentwicklung überwachen, bei akuten Handlungsbedarf sofort eingreifen),
- ♦ Einbeziehung des sozialen Umfelds und der individuellen Versorgungssituation (Erstellung systematischer Berichte z. B. zur Unterstützung des/der Hausarztes/-ärztin) (Heinzen & Fleckenstein 2007: 37ff.).

Mit diesen Maßnahmen soll eine flächendeckende präventive Betreuung gewährleistet werden, welche durch eine Person koordiniert wird. Innerhalb der Beratungs- und Koordinierungsleistungen werden jedoch keine Diagnosen oder Behandlungsempfehlungen ausgesprochen. Die Aufgabe der FallmanagerInnen ist es das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis zu stärken und ambulante Arztbesuche gemeinsam mit dem Versicherten vor und nachzubereiten (MedicalContact AG 2008).

Über das Fallmanagement hinaus sind auch Beratungsleistungen unterhalb des Fallmanagement-Niveaus möglich, die für Versicherte mit geringer Krankheitslast

aus einem „Reminding und Selbstmanagement“ oder einer „Intensivberatung“ bestehen können (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Beratungslevel im Casaplus-Programm



Quelle: MedicalContact AG 2010

Qualifikation der FallmanagerInnen/Risikurse

- ◆ Grundqualifikation der FallmanagerInnen: medizinisches Fachpersonal (ausgebildete Krankenschwestern/-pfleger) (Ø 18,6 Jahre Berufserfahrung bei Einstellung)
- ◆ Zusatzqualifikation: jahrelanger Erfahrung in Umgang mit Klientel, Fortbildung und ständiger Dialog (Seminare, Kolloquien, Teambesprechungen), Weiterbildung in Sturzprophylaxe, kardiovaskuläre Risikofaktoren und altersgerechte Ernährung (während der Tätigkeit), Schulung bei Aufnahme der Tätigkeit (Kommunikationstraining; persönliches Coaching für telefonische Beratung)
- ◆ Grundqualifikation Risikurse: Krankenschwestern/-pfleger
- ◆ Zusatzqualifikation Risikurse: Schulung vom DRK, Schulung durch Casaplus®-FallmanagerInnen in Prävention, Einfühlvermögen

Anzahl der FallmanagerInnen/Zuständigkeitsbereich

- ◆ ohne Angabe

Zugang zur Zielgruppe/fester Anlaufpunkt

Sofern sich eine Krankenkasse für das Casaplus®-Programm entschieden hat, werden die Versicherten mittels einer speziellen Software gescreent und abschließend im Namen der Krankenkasse angeschrieben. Erfolgt eine Einverständniserklärung der Versicherten, wird ein umfassendes telefonisches Eingangsassessment (Fragebogen auf Basis geriatrischer Analyseinstrumente) vorgenommen. Auf Grundlage des Ergebnisses wird dann entschieden, ob ein Hausbesuch von entsprechend ausgebildeten „Risikurses“ des lokalen DRK-Pflegedienstes vorgenommen wird (in

Abprache mit dem/der Versicherten). Nach ca. 4 Wochen erfolgt eine telefonische Schulung hinsichtlich gesundheitlicher Risiken und deren Vermeidung. Alle weiteren regelmäßigen Kontakte erfolgen alle zwei Monate (MedicalContact 2008).

Das FallmanagerInnen-Team ist rund um die Uhr telefonisch erreichbar.

Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig und kostenlos.

Arbeitsumfang

Ein fester Stamm von Versicherten (meist von einer Kasse) wird von einem/einer FallmanagerIn betreut.

Träger und beteiligte (Netzwerk-) Partner

Die MedicalContact AG geht bei Einwilligung einen Dienstleistungsvertrag mit den entsprechenden Krankenkassen ein, die sich für mindestens zwei Jahre verpflichten. Alle Betreuungsleistungen erfolgen dann im Namen der Krankenkasse. Beide Partner verpflichten sich eng zusammenzuarbeiten, um Informationen über besondere Versorgungsstrukturen gegenseitig zur Verfügung zu stellen und feste AnsprechpartnerInnen zu haben. Weiterhin finden gemeinsame Informationssitzungen statt und es wird monatlich berichtet (MedicalContact AG 2008: 6).

Zur Umsetzung dieses deutschlandweit einzigartigen Moduls wurde der bundesweit agierende Pflegedienst des DRK als Kooperationspartner gewonnen, dessen Strukturen die Zusammenarbeit erleichtern (ebd.: 8).

Als weiterer Kooperationspartner konnte der DBfK gewonnen werden, der mit seinen Mitgliedsunternehmen weitere Regionen abdeckt.

Finanzierung der FallmanagerInnen

Die FallmanagerInnen werden über die jeweilige Krankenkasse finanziert.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung/Evaluation

Wie in Tabelle 6 aufgelistet, waren nach 3 Jahren 7.441 Versicherte mit einem Durchschnittsalter von 75 Jahren in das Casaplus®-Programm eingeschrieben.

Tabelle 6: Daten zum Programm und dessen TeilnehmerInnen (Stand April 2010)

Anzahl der Casaplus-Teilnehmer	7.441
Durchschnittsalter der Casaplus-Teilnehmer	75 Jahre
Anteil Männer der Casaplus-Teilnehmer	54%
Bisherige durchschnittliche Teilnahmedauer	13,1 Monate
Anzahl bisheriger Versichertenkontakte	164.400
Einschreibequote bei Kontaktaufnahme	30%

Quelle: MedicalContact AG 2010: 4

Im Rahmen der Evaluation konnte eine Verringerung der Zahl der ins Krankenhaus eingewiesenen PatientInnen sowie der Dauer der Aufenthalte also auch der Krankenhauskosten um jährlich 18,8 % nachgewiesen werden (s. auch Tabelle 7) (MedicalContact AG 2010: 5).

Tabelle 7: Programmeffekt Casaplus® (2008-2009)

Berichtszeitraum 1. Mai 2008 bis 30. April 2009

	Casaplus-Teilnehmer	Kontrollgruppe	Programmeffekt
Versicherte mit Krankenhausaufenthalt	43,0 %	49,2 %	-6,2 %
Anzahl der Krankenhaustage je Versicherten je Jahr	7,59	9,20	-1,61
Krankenhauskosten je Versicherten je Jahr	2.646 €	3.259 €	- 613 €
Effekt Casaplus je Teilnahmemonat			51,05 €

Quelle: MedicalContact AG 2010: 5

Im Anschlusszeitraum von 2009-2010 bestätigte sich dieses Ergebnis, sodass im Untersuchungszeitraum von einem Jahr die Krankenhausaufgaben in Höhe von 2.333 Euro ebenfalls niedriger waren als in der Kontrollgruppe (2.580 Euro) (Hildebrandt *et al.* 2011: 41).

Die Gesamtzufriedenheit mit dem Casaplus®-Programm betrug 95,7 %. Mehr als 90 % fühlten sich in ihrer Kassenwahl bestätigt bzw. befanden die Betreuung ihrer Krankenkasse als gut. Die Mehrheit der Befragten erwähnte positive Veränderungen seit der Teilnahme am Casaplus®-Programm. Zum einen fühlten sie sich sicherer zu Hause, zum anderen erfolgte die Einnahme von Arzneimitteln regelmäßiger. Darüber hinaus verbesserten sich die Fähigkeiten bezüglich der Verwendung von Hilfsmitteln sowie das Erkennen alterstypischer Gefahren (ebd.: 39).

Verstetigung des Projekts

Das Programm ist in seiner Wirksamkeit positiv evaluiert worden. Derzeit kann für knapp 75 % der potentiellen HochrisikopatientInnen ein Hausbesuch gewährleistet werden.

Weitere Vertragsgebiete können bei Bedarf problemlos und kurzfristig durch Beitritt entsprechender DRK-Kreisverbände zu Rahmenverträgen auf Landesebene hinzugewonnen werden (MedicalContact AG 2008).

3.4 Projekt PraCMan

PraCMan ist ein „Hausarztpraxis-basiertes Case-Management (CM) für chronisch kranke Patienten“, das seit Juli 2014 im Vertrag für Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) von Hausärzterverband, MEDI und der AOK Baden-Württemberg (BW) Eingang gefunden hat.

Die medizinische Fachangestellte (MFA) und der Hausarzt bilden ein sogenanntes CM-Team, das mit Hilfe einer speziell entwickelten kostenlosen Software multimorbide PatientInnen versorgt.

PraCMan wurde aus der hausärztlichen Praxis heraus entwickelt und von den Abteilungen für Allgemeinmedizin in Heidelberg, Jena und Frankfurt am Main hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im Rahmen einer klinischen Studie wissenschaftlich evaluiert.

Zielgruppe

- ◆ mind. 18 Jahre alt
- ◆ Diabetes mellitus Typ 2
- ◆ und/ oder COPD
- ◆ und/oder Herzinsuffizienz
- ◆ Ausschlusskriterien: mittelschwere bis schwere Demenz, bösartige Neubildungen unter Chemo- oder Radiotherapie, Pflegestufe 3

Inhalt und Ziele von PraCMan

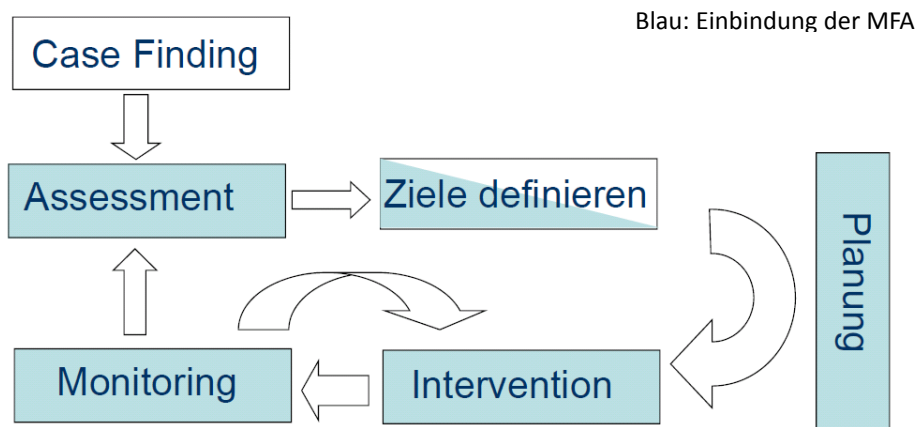
Das Hausarztpraxis-basierte CM setzt sich aus verschiedenen Elementen (siehe Abbildung 9) zusammen, die durch das CM-Team (Hausarzt/-ärztin und MFA) umgesetzt werden. Dazu gehören (Freund 2012):

- ◆ Casefinding: Prädiktionsmodell der AOK BW (siehe Zugang),
- ◆ Durchführung eines umfassenden einmaligen Assessments unter Berücksichtigung medizinischer und nicht medizinischer Aspekte (Impfstatus, Medikamentencheck, Hilfe bei ADL, Häusliche Situation) in der Praxis (Dauer 45-60min) und bei Bedarf anschließender präventiver Hausbesuch sofern Immobilität oder Sturzgefahr vorliegt,
- ◆ Ziele/Hilfeplanung: CM-Team plant gemeinsam mit dem/der PatientIn (und Angehörigen) Ziele und Maßnahmen für das CM, wobei Präferenzen des/der PatientIn berücksichtigt werden,
- ◆ Intervention: Intervention wird unterstützt durch ein Patiententagebuch,
- ◆ Monitoring: unterstützt durch die PraCMan-Software wird mit Hilfe eines Ampelschemas die Frequenz des Telefonmonitorings bestimmt (Abstufung 1/3/6 Wochen je nach Stabilität des/der PatientIn) (Dauer 10-15min).

Die MFA übernimmt unter ärztlicher Supervision und mit Unterstützung einer Software die Kernaufgaben des CMs.

Durch PraCMan soll erreicht werden die Lebensqualität multimorbider PatientInnen zu verbessern und damit auch Krankenhauseinweisungen zu verhindern, regional vorhandene Ressourcen zur Unterstützung chronisch Kranker zu nutzen und vor allem die Professionalisierung des nicht-ärztlichen Personals durch Delegation von Leistungen, z. B. an die MFA/VERAH, zu fördern (Der Hausarzt 2016).

Abbildung 9: Ablaufschema PraCMan



Quelle: Freund *et al.* 2010

Qualifikation der Case – ManagerInnen

- ◆ Grundqualifikation: MFA als VERAH
- ◆ Zusatzqualifikation: Teilnahme PraCMan Einsteigerschulung (3,5h) zusammen mit Hausarzt/-ärztin, weitere Teilnahme der VERAH an mind. zwei vom Deutschen Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V. organisierten MFA Qualitätszirkeln pro Jahr, die ein Modul zum Thema PraCMan beinhalten, Nutzung der PraCMan Software
- ◆ Hausarzt/-ärztin: Teilnahme PraCMan Einsteigerschulung (3,5h) zusammen mit der VERAH (gilt als persönliche Qualifikation, d.h. nicht auf eine Gemeinschaftspraxis übertragbar), keine weiteren Schulungen

Anzahl/Zuständigkeitsbereich

- ◆ abhängig von Hausarztpraxis und Patientenstamm

Zugang/fester Anlaufpunkt

Der Zugang der Hausarztpraxen zu PraCMan erfolgt über die Teilnahme am HZV-Vertrag mit der AOK BW. Zusätzlich muss in der Praxis mindestens eine ausgebildete VERAH beschäftigt sein (0,5 Stelle, Festanstellung). Der/die Hausarzt/-ärztin und die VERAH müssen eine Einsteigerschulung besuchen und es muss die Software installiert und genutzt werden in der Praxis (Nachweis für Tätigkeit/Abrechnung).

Der Zugang der PatientInnen zu PraCMan erfolgt durch eine spezielle Vorauswahl der infrage kommenden chronisch erkrankten Patienten durch die AOK BW (Screening mit „ALOH-A 2.1“). Die AOK ermittelt somit quartalsweise die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthaltes derjenigen Patienten in den nächsten 12 Monaten. Die infrage kommenden PatientInnen werden mittels des

Informationsbriefs Patiententeilnahmestatus an den/die Hausarzt/-ärztin übermittelt, welche/r die finale Teilnahme entscheidet. Die Aufklärung und Einwilligung der PatientInnen erfolgt dann über ein persönliches Gespräch bei dem/der Arzt/Ärztin.

Arbeitsumfang

- ♦ Vollzeit (je nach Bedarf in der Praxis)

Träger und beteiligte (Netzwerk-) Partner

- ♦ AOK Baden-Württemberg
- ♦ Hausarztpraxen mit PraCMan-Berechtigung

Finanzierung von PraCMan

Seit 1.7.2014 ist PraCMan im HZV Vertrag aufgenommen und kann über die HZV Vertragssoftware mit eigener Abrechnungsziffer abgerechnet werden (80 Euro pro PatientIn und Quartal).

Eine Vergütung erhalten nur diejenigen Hausarztpraxen, die die Qualifikation für Hausarzt/-ärztin und VERAH nachweisen können (hinterlegt in Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft (HÄVG)).

Die Leistung kann nur für diejenigen PatientInnen abgerechnet werden, die die AOK BW vorgeschlagen und übermittelt hat.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung/Evaluation

Laut der Ergebnisse der durchgeführten Studie von Freund *et al.* (2016) konnte nach 24 Monaten eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität und des allgemeinen Gesundheitszustands festgestellt werden.

Weiterhin sank die Zahl der Klinikaufenthalte durch COPD in den ersten 12 Monaten signifikant um 73 %. In diesem Zeitraum war ebenfalls eine signifikant geringere Sterblichkeit in der Interventionsgruppe (CM) zu verzeichnen (Freund *et al.* 2016).

Insgesamt erleiden weniger PatientInnen Verschlechterungen bezüglich Schmerzen, Bewegung oder Depressivität (Freund zit. in Der Hausarzt 2016).

In Bezug auf die strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen wurde die Software als wertvolles Unterstützungsinstrument für das Monitoring angesehen. Auf der anderen Seite besteht jedoch Optimierungsbedarf in Hinblick auf Ruhe und Zeit für die Betreuung der PraCMan PatientInnen während der Sprechzeiten in der Praxis (Der Hausarzt 2016: 39).

Die Teilnehmerzahlen nahmen pro Quartal stetig zu - von 1.573 (Stand 03/2014) auf 9.620 (Stand 01/2016) (siehe Tabelle 8) (ebd.: 38).

Tabelle 8: Teilnehmerzahlen pro Quartal in PraCMan

QUARTAL TEILNEHMER		
	Ärzte	PraCMan-Patienten
3/2014	155	1.573
4/2014	327	3.333
1/2015	404	4.601
2/2015	451	5.567
3/2015	479	6.015
4/2015	512	8.436
1/2016	523	9.620

Quelle: AOK Baden-Württemberg

Verstetigung von PraCMan

PraCMan wird zunehmend in Hausarztpraxen in Baden-Württemberg angewendet und ist unterdessen in 834 Praxen Teil der Regelversorgung geworden (Stand 2015) (Freund *et al.* 2016).

PraCMan stößt auf große Akzeptanz auf Seiten der PatientInnen, sodass 10.761 PatientInnen (Stand 2016) versorgt werden mit dem Ziel im Jahr 2017 20.000 Menschen zu erreichen (Szecsenyi 2016).

In Zukunft sollen weitere Regionen und Kostenträger erreicht werden. Zudem ist die Evaluation der Implementierungsphase von PraCMan noch ausstehend.

3.5 Weitere Projekte in Kurzfassung

Zur Vervollständigung der Bestandsaufnahme bereits bestehender „Lotsen“-Projekte innerhalb einzelner Bundesländer oder Regionen in Deutschland, werden in diesem Kapitel weitere relevante Projekte in Kurzform aufgeführt.

3.5.1 Babylotsen an der Charité

Zielgruppe

Das Projekt „Babylotsen an der Charité“ richtet sich an Schwangere und Mütter/Eltern nach der Geburt.

Inhalt des Projekts

Ziel des Projekts ist es vorgeburtlich Mütter/Eltern zu beraten und zu begleiten und passgenaue und wohnortnahe Hilfen zu vermitteln. Auch nachgeburtlich stehen die Beratung und Unterstützung und die Weiterleitung an und in entsprechende Beratungs- und Hilfsangebote im Fokus. Des Weiteren soll Mütter/Eltern in beiden

Phasen der Zugang zu Informationen erleichtert werden. Nachgeburtlich steht insbesondere der Schutz der Kinder im Fokus. Gezielte Informationen, ein individueller Hilfeplan und Kenntnisse über Unterstützungs- und Hilfsangebote sollen dazu beitragen Überforderungen und Überlastungen bei Müttern/Eltern frühzeitig zu erkennen und entgegenzuwirken. Bei Überleitung an externe Einrichtungen erfolgt nach etwa 3 - 4 Monaten ein Monitoring der Überleitung, ob die Mütter/Eltern im Hilfesystem angekommen sind und die notwendige Unterstützung erhalten haben, ggfs. erfolgt eine Nachsteuerung.

Zugang zur Zielgruppe

Das Projekt „Babylotsen an der Charité“ ist mittlerweile in sechs Kliniken in Berlin etabliert, in denen ca. 52 % der Kinder in Berlin geboren werden. Mittels eines im Projekt entwickelten Screenings werden Bedarfe systematisch erhoben sowie durch Beobachtungen des geschulten Personals in den Geburtskliniken ergänzt. Die Screenings werden durch Hebammen, (Kinder-) Krankenschwestern und -pfleger und ÄrztInnen durchgeführt, eine Auswertung findet durch die BabylotsInnen statt. Werden hier Auffälligkeiten gefunden, erfolgt ein Gesprächsangebot.

Grundqualifikation der LotsInnen

Die BabylotsInnen haben eine Qualifikation im Bereich der Sozialen Arbeit bzw. Erziehungswissenschaften. Zu dem Projektteam gehören auch FachärztInnen für Geburtshilfe und ehrenamtliche UnterstützerInnen hinsichtlich der Projektkoordination und Vernetzung.

Evaluation

Das Projekt wird seit Beginn laufend evaluiert. Neben Daten zur Häufigkeit der Inanspruchnahme werden Daten zum Bedarf, der Vermittlung in anderen Angebote etc. erhoben. 2016 wurde das Screening zur Erfassung der Bedarfe bei 82 % der Gebärenden durchgeführt, ein Anteil von 38 % an der Grundgesamtheit wiesen Belastungsfaktoren auf. In etwa 10 % aller Mütter/Eltern wurden an externe Einrichtungen weitergeleitet, um die Bedarfe passgenau zu decken.

Träger

Träger des Projekts ist die Charité Berlin.

Finanzierung

Das Projekt wird durch Stiftungsgelder, Spendengelder und das Bezirksamt Mitte getragen.

Verstetigung

Durch die Erweiterung des Netzwerks, bspw. im Bereich der Zusammenarbeit mit weiteren Bezirksamtern, wird auf eine Verstetigung des Projekts hingewirkt, um die frühen Hilfen und Unterstützung für Mütter/Eltern möglichst flächendeckend anbieten zu können.

3.5.2 „Dem-i-K plus“ in Saarlouis und SeniorenlotsInnen (Saarland)

Das Projekt knüpft an das Modellprojekt „Demenz im Krankenhaus“ (Dem-i-K) (2010-2013) an und sollte über einen Zeitraum von zwei Jahren zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung von demenzkranken PatientInnen nach ihrem Krankenhausaufenthalt beitragen.

In diesem Rahmen wurden Konsiliar- und Liaisondienste eingerichtet, welche mit FachärztInnen für Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie mit einer Fachaltenpflegekraft für Psychiatrie ausgestattet sind, um im Krankenhaus neu identifizierten DemenzpatientInnen eine zusätzliche modellhafte Beratungsleistung anzubieten (z. B. eine interdisziplinäre Angehörigenvisite während des Klinikaufenthalts, eine strukturierte Entlassungsplanung sowie eine weiterführende multiprofessionelle Beratung in der eigenen Häuslichkeit) (siehe auch www.demik-plus.de).

Die wissenschaftliche Begleitung wurde durch das *iso* – Institut durchgeführt mit dem Ergebnis, dass wichtige Aspekte zur Übertragbarkeit auf andere Regionen herausgearbeitet werden konnten. Es konnte weiterhin eine hohe Zufriedenheit der Angehörigen mit der Unterstützung festgestellt werden, weiterhin fand eine Stabilisierung der Pflegehaushalte durch sektorenübergreifende Hilfen statt und die Anzahl an Einweisungen in psychiatrische Kliniken konnte reduziert werden. Die Entwicklung eines Handlungskonzepts ist gelungen. Hinsichtlich einer Versteigerung des Projekts bedarf es jedoch noch der Verhandlung versorgungsstruktureller Aspekte (z. B. Abrechnung sektorenübergreifender Leistungen) (Kirchen-Peters & Ischebeck 2016).

3.5.3 Seniorenlotsin in Aschaffenburg (Bayern)

In Aschaffenburg wurde ein Seniorenlotsen-Projekt durch das Bayerische Rote Kreuz (BRK) (Kreisverband (KV) Aschaffenburg) zur besseren Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens sowie zur Lückenschließung bereits bestehender Angebote eingerichtet (2014-2016). Die Seniorenlotsin war mit einem Stundenumfang von 5,75h/Woche beschäftigt, was sich als deutlich zu wenig herausstellte.

Ca. 20 % der Beratungen fanden im häuslichen Umfeld der SeniorInnen statt und beinhalteten komplexe Fälle, die im Rahmen eines Case-Managements bearbeitet wurden, wohingegen die verbleibenden 80 % per Email oder telefonisch mit Verweis auf Netzwerkpartner bearbeitet werden konnten (Seidel 2015).

Eine Fortführung des Projekts wurde durch die Stadt Aschaffenburg abgelehnt. Aufgrund des Bedarfs der SeniorInnen entschloss sich jedoch der BRK KV Aschaffenburg zur vorübergehenden Fortführung des Projekts, sodass aktuell nach einer Lösung gesucht wird das Projekt langfristig finanziell tragen zu können (Seidel 2016).

3.5.4 Schlaganfall-LotsInnen

Ein/e Schlaganfall-LotsIn begleitet PatientInnen und Angehörige während des gesamten Behandlungsprozesses bis in die Rehabilitationsphase im häuslichen Umfeld. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe hat bereits ein Projekt mit Schlaganfall-LotsInnen in Ostwestfalen-Lippe erfolgreich getestet (siehe auch www.schlaganfall-hilfe.de/lotsen). Nun wird das Anschlussprojekt STROKE OWL für drei Jahre mit insg. 7 Mio. Euro durch den Innovationsfonds gefördert, damit das Angebot in die Regelversorgung übergehen kann. Insgesamt 15 am Krankenhaus angesiedelte LotsInnen sollen jährlich rd. 1.000 PatientInnen nach Schlaganfall betreuen. Nach einer hochprofessionellen Akutbehandlung kommt es meist zu Problemen bei der Nachsorge. Vielen PatientInnen fehlt es an Begleitung, Beratung und an der Organisation ihrer Versorgung. Schlaganfall-LotsInnen kommen aus einem Gesundheitsberuf (Pflege, Therapie oder ähnlich) und absolvieren eine Zusatzqualifikation in "Case Management". Sie sind für die Verzahnung von FachärztInnen, TherapeutInnen, Krankenkasse und Rentenversicherung zuständig. Zudem beraten sie die PatientInnen und schalten sich bei Problemen ein.

Weitere Projekte im Bereich Schlaganfall:

- ◆ Lotsen-Team an der Universitätsklinik Dresden (seit 2011),
- ◆ einzelne Lotsin in Chemnitz (seit 2015),
- ◆ Versorgungsnetzwerk mit Case-Managern an der Universitätsklinik Halle an der Saale,
- ◆ INDIKA-Projekt in Berlin-Pankow (2013-2016),
- ◆ Central Krankenversicherung AG bietet ihren Versicherten in Rheinland durch zwei Case-Managerinnen eine spezialisierte Begleitung,
- ◆ Start der Initiative des NeSSt e.V. in Rheine (NRW),
- ◆ Stroke-Nurse in Ravensburg am Bodensee,
- ◆ Stroke-Managerin in Bad Neustadt an der Saale (Bayern).

3.5.5 genial-Lotse Lingen (Niedersachsen)

Der genial-Lotse ist ein übergreifendes Betreuungskonzept, in dessen Zentrum Erkrankte im erwerbsfähigem Alter und deren Lebenswirklichkeit stehen. Angesprochen werden Menschen, die neben gesundheitlichen Beeinträchtigungen belastende Lebensumstände aufweisen (z. B. familiäre Konflikte, Überforderung durch Doppelbelastung in Beruf und Familie, Schulden, Sucht, etc.).

Das Ziel ist es die Eigenmotivation und Selbstorganisation zu stärken und den Genesungsprozess des PatientInnen zu beschleunigen. Der/die LotsIn steht in engem Kontakt mit dem/der Hausarzt/-ärztin.

In diesem Zusammenhang bietet der genial-Lotse eine individuelle Beratung an, übernimmt die Koordination therapeutischer Abläufe und erfasst Ressourcen sowie Hemmnisse.

Das Ärztenetzwerk Genial stellt für die beteiligten Hausarztpraxen den/die LotsIn zur Verfügung. Der/die LotsIn ist qualifiziert durch eine abgeschlossene Berufsausbildung im Gesundheitswesen und mindestens 5 Jahren Berufserfahrung im ambulanten Sektor. Er/sie ist erreichbar über ein eigenes Büro in der Genial Geschäftsstelle mit der Möglichkeit für Beratungsgespräche.

Beteiligt sind neben der Geschäftsstelle und der Mitglieder der Genial eG der Landkreis Emsland und die Krankenkassen. Das Projekt wird zunächst für die Dauer von zwei Jahren ausgeführt (Lingen o.J.).

4. Anhang 4: Internationale Konzepte zur Versorgung von PatientInnen mit hohem Unterstützungsbedarf

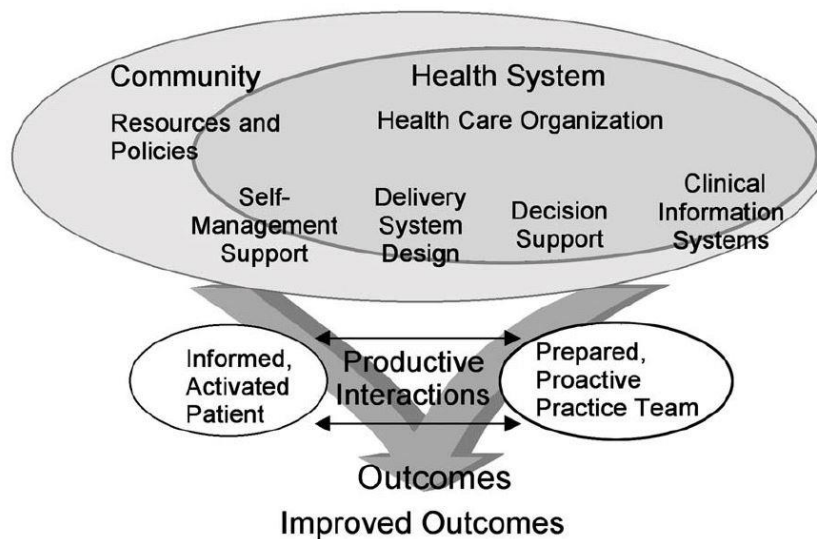
4.1 Chronic Care Model (CCM) und Improving Chronic Illness Care (ICIC)

Bei dem CCM handelt es sich um einen organisatorischen Ansatz für die Versorgung von chronisch Kranken. Das Modell geht davon aus, dass eine Optimierung der Versorgung nur geschehen kann, wenn sich das Versorgungssystem an den Bedürfnissen von chronisch Kranken orientiert (Grover & Joshi 2015; Wagner *et al.* 2005). Im Mittelpunkt des Modells steht die Interaktion zwischen einem/einer informierten, aktiven PatientIn und einem geschulten, proaktiven Praxisteam. Das Modell beschreibt, wie informierte PatientInnen eine aktive Rolle in ihrer Versorgung übernehmen und gemeinsam mit einem Praxisteam optimierte Behandlungsergebnisse erzielen. Diese sollen über den Aufbau „produktiver Interaktionen“ zwischen dem Praxisteam und dem/der PatientIn erreicht werden. Das Modell setzt sich aus den folgenden Kernelementen zusammen:

- ◆ Unterstützung des Selbstmanagements, Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz (Empowerment): Anerkennen der zentralen Rolle des/der PatientIn im Management seiner/ihrer Erkrankung und unterstützen, diese Rolle zu akzeptieren, auszuüben und Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen zu können. Dies beinhaltet Programme zur Wissensvermittlung und zum Umgang mit der eigenen Erkrankung.
- ◆ Gestaltung der Leistungserbringung, (Neu-)Konzipierung der Versorgungsabläufe durch Aufgabenteilung innerhalb des Behandlungsteams
- ◆ gezielte (evidenzbasierte) Entscheidungsunterstützung unter Berücksichtigung von Patientenpräferenzen, Leitlinien sollten in die tägliche Versorgungspraxis (z. B. in Form von Versorgungspfaden oder pflegerischen Expertenstandards) eingebettet werden. Dabei sollte der/die PatientIn einbezogen werden, um dessen/deren Teilnahmebereitschaft zu erhöhen.
- ◆ klinische Informationssysteme: krankheitsspezifische Informationen über PatientInnen zur Berichterstellung von Krankheitsverläufen und Patienteninformationen. Diese Daten bilden die Grundlage des Informationsaustauschs zwischen ÄrztInnen, Pflegepersonal und PatientInnen (z. B. Terminerinnerungen)
- ◆ Gemeinwesen: Arztpraxen, MVZ, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind eingebettet in ein sie umgebendes Gemeinwesen. Die Vernetzung zwischen den Beteiligten eines Versorgungssystems ist ein wichtiges Element des CCM.

Das Zusammenwirken der einzelnen Elemente des CCM ist in Abbildung 10 veranschaulicht.

Abbildung 10: Chronic Care Model



Quelle: Wagner *et al.* (2005)

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Umsetzung des CCM Versorgungsprozesse und in diesem Zuge Behandlungsergebnisse verbessern können (Davy *et al.* 2015).

Das CCM wurde auf Grundlage von Anwendungserfahrungen und Expertenumfragen mit weiteren Elementen modifiziert (Grover & Joshi 2015). Das Programm, in dem die Weiterentwicklung des CCM erfolgte, lautet „Improving Chronic Illness Care“ (ICIC). Die Ergänzungen werden in Tabelle 9 beschrieben.

Tabelle 9: Zusätzliche Kernelemente des ICIC

Anpassung (in Element)	Beschreibung
Patientensicherheit (in Health System)	Aufdecken von Optimierungspotential in der Versorgung und Setzen verbindlicher Ziele zur Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen.
Kulturelle Kompetenz (in Delivery System Design)	Definition der Rollen und Aufgaben in der Gesundheitsversorgung. Interaktionen müssen aufeinander abgestimmt sein und eine evidenzbasierte Versorgung unterstützen. Eine Anpassung an die Gesundheitskompetenz des Patienten und kulturelle Gegebenheiten ist notwendig.
Koordination der Versorgung (in Health System und Clinical Information System)	Nutzung von klinischen Informationssystemen zur Optimierung der Versorgung durch Zugang zu wesentlichen Gesundheitsdaten der PatientInnen bzw. von Populationen. Informationssysteme können Patientengruppen mit erhöhten Versorgungsbedarf identifizieren

Anpassung (in Element)	Beschreibung
	und deren Entwicklung über den Zeitverlauf abbilden. Diese Daten können zur Evaluation genutzt werden.
Case Management (in Delivery System Design)	Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf können von einem Case Management profitieren.

Quelle: IGES, eigene Darstellung

4.2 Konzept Guided Care (GC)

GC ist ein Modell des Case-Managements, das sich an multimorbide Menschen und deren Familien richtet. Elemente dieses Modells umfassen Disease Management, Selbstmanagement, Lebensstilmodifikationen, Übergangspflege (transitional care) sowie Aufklärung und Unterstützung pflegender Angehöriger (Aliotta *et al.* 2008, Boyd *et al.* 2007, Boyd *et al.* 2010). Zur Umsetzung des Modells betreut eine Pflegefachkraft mit entsprechender Weiterbildung zu den Inhalten des Modells (eine sogenannte Guided Care Nurse, GCN) eine Gruppe von 50 bis 60 PatientInnen. Für jede/n KlientIn führt die Fachkraft ein Assessment durch und erarbeitet anschließend gemeinsam mit den PatientInnen, den Angehörigen und dem/der Hausarzt/-ärztin einen Maßnahmenplan zum Managen und Überwachen des Gesundheitszustandes (siehe nachfolgende Punkte). Die GCN überprüft regelmäßig den Zustand der PatientInnen, unterstützt deren Selbstmanagementfähigkeiten, koordiniert die Maßnahmen aller an der Versorgung Beteiligten, stellt die Kontinuität der Versorgung beim Transfer zwischen unterschiedlichen Versorgungssettings sicher und unterstützt auch die pflegenden Angehörigen.

Die Aufgaben der GCN in diesem Modell umfassen folgende Punkte:

1. **Assessment:** Mithilfe eines standardisierten Instruments wird ein umfangreiches Assessment hinsichtlich des medizinischen, funktionalen, kognitiven, affektiven und Ernährungsstatus vorgenommen. Dieses Assessment basiert auf verschiedenen validierten Skalen wie u. a. Mini-Mental State Examination, Activities of daily living und Geriatric depression scale. Zudem werden Aspekte identifiziert, die für den/die PatientIn/Pflegebedürftigen und dessen/deren Wohlbefinden von Bedeutung sind (entsprechend dem personenzentrierten Ansatz). Die Erfassung dieser Daten erfolgt in einer elektronischen Patientenakte, kann aber auch in Papierform vorgenommen werden.
2. **Erstellung eines Maßnahmenplanes auf Basis evidenzbasierter Prinzipien:** Auf Grundlage des Assessments wird ein Maßnahmenplan zum Managen und Überwachen des Gesundheitszustandes der PatientInnen/Pflegebedürftigen erstellt. Dieser Maßnahmenplan wird mit dem/der Versicherten und dessen/deren Angehörigen diskutiert und modifiziert und mit allen an der Pflege Beteiligten abgestimmt. Die finale „Pflegeanleitung“ (Care Guide) stellt allen an der Pflege beteiligten Personen eine klare Zusammenfassung über den Status und die Ziele des Pflegebedürftigen zur Verfügung.

Dieser Care Guide wird von der GCN regelmäßig überarbeitet. Für die Versicherten und deren Angehörige wird eine patientenfreundliche, einfach verständliche Version des Care Guide erstellt.

3. Befähigung des Versicherten zum Selbstmanagement: Der/die Versicherte und dessen/deren Angehörige werden ermutigt und aktiv unterstützt, Weiterbildungsangebote zu nutzen, um in Zusammenarbeit mit der GCN den oben beschriebenen Maßnahmenplan und gesundheitsbezogene Ziele zu entwickeln. Dieses Element des GC-Modells basiert auf dem Chronic Disease Self-Management Program oder Stanford Modell.
4. Monitoring: Die GCN überwacht den Status des/der Versicherten regelmäßig, mindestens einmal pro Monat. Dies kann auch telefonisch geschehen. Das Monitoring verfolgt das Ziel, Probleme sofort zu erkennen und anzugehen. Bei auftretenden Problemen stimmt die GCN die Maßnahmen mit den an der Pflege Beteiligten ab und übernimmt die Koordination.
5. Patientencoaching: In Verbindung mit dem monatlichen Monitoring ermutigt die GCN den/die Versicherte/n, die vereinbarten Ziele zu verfolgen. Dieses Interview basiert auf dem Konzept des transtheoretischen Modells, das eine Einschätzung und Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens von PatientInnen ermöglichen soll. Das Modell beschreibt einen mehrstufigen Prozess der Verhaltensänderungen, der von der GCN begleitet wird. Dieses Konzept ist Bestandteil des Curriculums der Weiterbildung zur GCN.
6. Koordination des Transfers des/der Versicherten zwischen verschiedenen Versorgungsformen: Die GCN koordiniert den Transfer des/der PatientIn/Pflegebedürftigen in z. B. Notaufnahme, Krankenhaushäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen sowie in die häusliche Umgebung. Die Versicherten werden ermutigt, bei notfallmäßigen Krankenhauseinweisungen die GCN zu informieren. Die GCN informiert alle an der Versorgung Beteiligten über den Status des/der KlientIn.
7. Unterrichten und unterstützen der pflegenden Angehörigen: Für pflegende Angehörige bietet die GCN Bildungsangebote an, organisiert monatliche Gruppentreffen und telefonische Sprechstunden.
8. Zugang zu Gemeinschaftsressourcen: Die GCN ermöglicht bei Bedarf den Zugang zu Leistungen wie Essen auf Rädern, Transportdiensten oder lokalen Selbsthilfeorganisationen.

4.3 Konzept Integrated Care und Modelle

Die Gestaltung eines integrierten Gesundheitssystems für ältere (hochaltrige) Menschen stellt weltweit Herausforderungen für alle Akteure des Gesundheitswesens bereit (Ebrahimi *et al.* 2015).

„Integration is about placing patients at the centre of the design and delivery of care with the aim of improving patient outcomes, satisfaction and value for money. (...) Integration aims to overcome organisational, professional, legal and regulatory

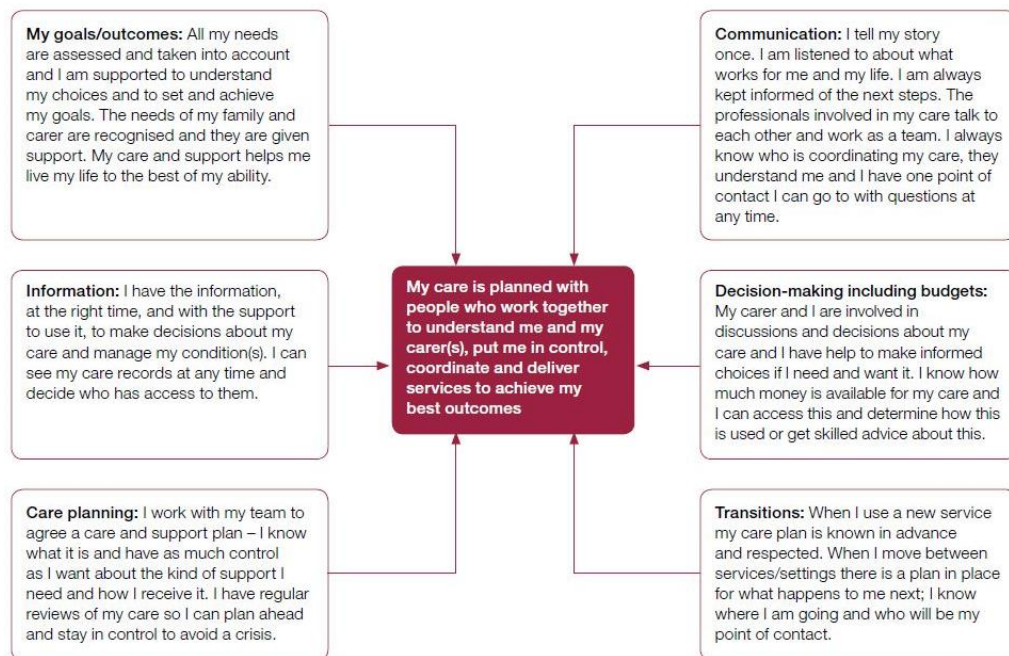
boundaries within the health and social care sectors, to ensure that patients receive the most cost-effective care, when and where they need it“ (National Audit Office 2017).

Dieser Definition zu Folge liegen die Kernelemente einer integrativen Versorgung in einem personenzentrierten Ansatz und einem individuellen Bedarfsplan, der in einem Team aus unterschiedlichen Professionen entwickelt und abgestimmt wird. Visualisiert ist dies in der folgenden Abbildung 11.

Abbildung 11: Definition “integrated care” in England

Definition of integrated care

The Department of Health and national partners have defined what integrated care and support looks like from a user's perspective



Quelle: National Audit Office 2017: 21

Entsprechende Ansätze bzw. Modelle wurden nicht nur in England, sondern weltweit in unterschiedlichen Ländern erprobt und teilweise etabliert, so z. B. in:

- ◆ Sydney (Australia): “HealthOne Mount Druitt”,
- ◆ Quebec (Canada): “Programme of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA)”,
- ◆ Noord-Holland Provinz (Netherlands): “Geriant”,
- ◆ Eastern Bay of Plenty (New Zealand): „Te Whiringa Ora“,
- ◆ Norrtälje (Sweden),

- ♦ United Kingdom: “Torbay and Southern Devon Health and Care NHS Trust”,
- ♦ Boston (USA): “The Massachusetts General Care Management Programme”,
- ♦ Walcheren (Netherlands): “Walcheren Integrated Care Model (WICM)”,
- ♦ Nijmegen (Netherlands): „The CareWell-primary care program“,
- ♦ Leiden (Netherlands): Integrated Systematic Care for older People (ISCOPE)”,
- ♦ Mölndal (Sweden): “Continuum of care for frail older people”.

Goodwin *et al.* (2014) analysierten sieben der o. g. erfolgreichen internationalen Fallstudienprogramme (Australia „HealthOne“; Canada „PRISMA“; Netherlands „Geriant“; New Zealand „Te Whiringa Ora“; UK „Torbay“; USA „MassGeneral“) hinsichtlich ihrer universalen Erfolgsdeterminanten im Hinblick auf eine Integrative Versorgung älterer Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen.

Innerhalb der analysierten Fallstudien sind die verschiedenen Versorgungsebenen wiederzufinden. Einheitlich bewegen sie sich auf der Mikro-Ebene und erbringen Koordinationsleistungen für die betroffenen Personen. Auf der Meso-Ebene erfolgt die Integration von (professionellen) Organisationen dagegen in unterschiedlicher Form, jedoch zumeist in multidisziplinären Teams. Bezüglich der Integration auf der Makro-Ebene weisen lediglich die Fallstudien aus Schweden und UK signifikante Anhaltspunkte auf (Goodwin *et al.* 2014).

Die zentralen Merkmale der einzelnen Fallstudien sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Tabelle 10: Vergleich der 7 Fallstudien in einzelnen Bereichen

Name/Zeitraum	Zielgruppe	Zugang zum Angebot	Outcome
Australia „HealthOne“/ seit 2005	Menschen mit komplexen und chronischen Gesundheitsbedarfen mit Gefahr des Krankenhausaufenthalts.	Überweisung durch unterschiedliche Quellen	„Better care planning and case management of older people with complex health needs supports more appropriate signposting and links to the right care providers, so reducing unnecessary hospital admissions.“
Canada „PRISMA“/ seit 1999	Über 65Jährige mit funktionellen Beeinträchtigungen, die von verschiedenen sozialen und gesundheitlichen Anbietern zu Hause versorgt werden.	Überweisung durch unterschiedliche Quellen, inklusive Selbstüberweisung	“Intelligent co-ordination of care using real-time data and information between care providers enables earlier, faster and more effective delivery of care and cure services.“
Netherlands „Geriant“/ seit 2000	Alle Menschen mit Demenz, die in der eigenen Häuslichkeit leben	Überweisung nur durch den/die Hausarzt/-ärztin	„Intensive multidisciplinary care support to dementia sufferers and their informal carers allows users to remain at home for longer.“
New Zealand „Te Whiringa Ora“/ seit 2011	PatientInnen mit komplexen, lang andauernden Gesundheitsbedarfen, die vermehrt Krankenhausleistungen in Anspruch nehmen.	Überweisung durch unterschiedliche Quellen	„Strong focus on education and supported selfcare enables people with long-term conditions to better manage their conditions and reduces acute episodes of care needing hospitalization.“
Sweden „Norr-talje“/ seit 2006	Ältere Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Bedarfen.	Fokus auf Bildung von Versorgungsketten	“Integrated communication and co-ordination between care providers enables earlier, faster and more effective delivery of care and cure services. Intensive home-based service allows users to remain at home for longer and so reduces home care placements.“
UK „Torbay“/ seit 2000	Über 65Jährige, die Rehabilitation nach Krankenhausentlassung benötigen bzw. Personen, die zu Hause leben und die Gefahr eines Krankenhausaufenthalts besteht.	Überweisung durch unterschiedliche Quellen	„Multidisciplinary care support to older people reduces acute episodes of care needing hospitalisation, and allows users to remain at home for longer, which reduces home care placements.“

Name/Zeitraum	Zielgruppe	Zugang zum Angebot	Outcome
USA „MassGeneral“/ seit 2006	Personen mit komplexem medizinischem Bedarf, die teure Dienstleistungen in Anspruch nehmen und von einer Eintragung in ein Versorgungsmanagement profitieren könnten.	Freiwillige Ein-schreibung, Vorselektion Berechtigter	“Intensive case management of high-cost patients with strong self-care support and close working relationships with primary care physicians reduces acute episodes of care needing hospitalization.”

Quelle: Eigene Darstellung IGES in Anlehnung an Goodwin *et al.* (2014): 9;22

Die Schlüsse der Autorinnen und Autoren ähneln Ergebnissen früherer Studien von Goodwin *et al.* (2013) und Curry & Ham (2010). Trotz der teilweise unterschiedlichen Ansätze der einzelnen Studien steht im Mittelpunkt die Verbesserung der Koordination der bedarfsgerechten Versorgung durch die Anbieter sowie die Zusammenarbeit der professionellen Dienste. Notwendig dafür sind persönliche Kontakte mit KoordinatorInnen, die die Kontinuität der Versorgung gewährleisten (Case-ManagerInnen), multidisziplinäre Teams und Versorgungsanbieter, die beispielsweise in einem Netzwerk organisiert sind und im Rahmen von „pooled budgets“ finanziert werden. Zusätzlich bedarf es eines ganzheitlichen Assessments, eines Versorgungsplans sowie eines Zugangspunktes. Goodwin *et al.* (2014) kommen überein, dass Integrierte Versorgung ein Prozess darstellt, der geleitet werden und bestehende institutionelle sowie finanzielle Strukturen aufbrechen muss.

4.4 Konzept Family Health Nursing der WHO (Familiengesundheitspflege)

„Family Health Nursing ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelter Ansatz zur Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung, bei dem familien- und gesundheitsorientierte und gemeindenahе Dienste angeboten und etabliert werden“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. 2014).

Die Neuheit des Konzepts besteht in der Verbindung verschiedener sozialer und gesundheitlicher Elemente, dem speziellen Schwerpunkt der Familie als wichtige Ressource und dem Zuhause als Setting.

In Deutschland wurde das Konzept "Familiengesundheit für Pflegendе und Hebammen" in zwei Projektphasen modellhaft untersucht. Innerhalb der ersten Projektphase (2004-2005) wurde die „Passfähigkeit“ für das deutsche Gesundheitssystem im Rahmen von Experteninterviews ermittelt. Ableitend ließen sich mögliche Praxisszenarien für das Arbeitsfeld einer Familiengesundheitsschwester darstellen. Das Szenario 1: „Aufsuchende Hilfe bei einem alleinstehenden älteren Herrn“ soll hier angeführt werden:

„Der Hausarzt verordnet bei Herrn H. Behandlungspflege. Er beauftragt hierzu den ambulanten Pflegedienst. In der Fallbesprechung informiert er die Familiengesundheitspflegerin (FGP), dass Herr H. Unterstützung bei der Versorgung des infizierten Ulcus cruris sowie Beratung und Begleitung in der alltäglichen Lebensführung benötigt. Herr H. leidet an Diabetes mellitus mit peripheren Durchblutungsstörungen an den unteren Extremitäten und einem arteriellen Hypertonus.

Die FGP setzt sich telefonisch mit Herrn H. in Verbindung und meldet sich zu einem Hausbesuch bei ihm an. Herr H. ist 73 Jahre alt und seit acht Monaten Witwer. Er hat keine Kinder und lebt alleine in einem Reihenhaus am Stadtrand. Bis zu seiner Rente führte er einen kleinen Schreinereibetrieb. Herr H. und seine Frau sind erst vor fünf Jahren in die Stadt gezogen. Frau H. war kurz vor ihrem Tod aufgrund eines Schlaganfalls pflegebedürftig, ihre Pflege hatte Herr H. alleine übernommen. Herr H. vermisst seine Frau sehr und geht nur noch für die nötigsten Besorgungen außer Haus. Herr H. fühlt sich sehr einsam, er möchte aber trotzdem keine fremden Menschen in seinem Haus haben.

Die FGP führt ein Assessment bei Herrn H. durch. Die Mobilität sowie der Ernährungs- und Allgemeinzustand sind deutlich reduziert. Herr H. klagt zudem über Schmerzen in den Beinen, er fühlt sich müde und abgeschlagen. Er kocht sich nur unregelmäßig warme Mahlzeiten und es bereitet ihm Schwierigkeiten, das Haus alleine zu versorgen. Insgesamt besteht bei Herrn H. ein erhebliches Selbstfürsorgedefizit. Die FGP informiert Herrn H. über das notwendige Wundmanagement und vereinbart mit ihm das weitere Vorgehen. Herr H. zeigt wenig Interesse daran, die Wunde selbst zu versorgen, willigt aber einer Wundversorgung durch die FGP ein. Sie kommt zweimal pro Woche, führt die Wundversorgung durch und unterstützt Herrn H. bei der Medikation. Während der Besuche kontrolliert sie den Blutdruck und die Blutzuckerwerte und motiviert Herrn H. regelmäßig zu essen. Die FGP zeigt ihm Möglichkeiten und Alternativen auf, wie er im Alltag wieder besser zurechtkommen kann und leitet Herrn H. zur selbständigen Versorgung der Wunde an.

Nach weiteren vier Wochen versorgt Herr H. die Wunde fast alleine. Herr H. entwickelt während dieser Zeit zunehmend Vertrauen zur FGP. Er redet oft über seine Frau und wie sehr sie ihm fehlt. Ein halbes Jahr später ist das Ulcus am Bein abgeheilt und Herr H. fühlt sich insgesamt wieder besser, er geht jedoch nach wie vor nur sehr wenig aus dem Haus. Die FGP besucht Herrn H. weiterhin alle drei Monate, um die Behandlungserfolge, die bestehende Beziehung zu Herrn H. und den Vertrauensaufbau nicht zu gefährden. Durch die fördernde Unterstützung, die Begleitung und Beratung verbessert sich der Zustand von Herrn H. und er kommt wieder besser im Alltag zurecht.

Nach einem halben Jahr motiviert die FGP Herrn H., an einem Seniorentreffen teilzunehmen, um neue Kontakte knüpfen zu können. Herr H. lehnt anfangs ab, entscheidet sich dann aber doch zu einem Treffen zu gehen. Anfangs tut er dies noch unregelmäßig, später nimmt er regelmäßig einmal in der Woche an den Treffen

teil. Nach einem weiteren Jahr überlegt Herr H. aus seinem Haus auszuziehen. Er ist unsicher und bittet die FGP um Rat. Diese motiviert ihn zur Wohnungssuche und nach einigen Monaten zieht er in eine kleinere, zentral gelegene Wohnung, die behindertengerecht ausgestattet ist. Als Herr H. in seiner neuen Wohnung alleine zurechtkommt und er wieder selbst für sich sorgen kann, ist die Unterstützung der FGP nicht mehr erforderlich. Nach einer gemeinsamen Fallbesprechung mit dem Hausarzt zieht sich die FGP aus der Versorgung zurück“ (Schnepf & Eberl 2005).

Wie das Beispiel verdeutlicht, bedarf es in bestimmten Fällen über eine (pflegerische) Unterstützung im Alltag hinaus der Einbindung anderer Berufsgruppen (TherapeutInnen, FachärztInnen), der Vernetzung mit anderen Akteuren oder der Funktion als LotsIn in angrenzende Bereiche (z. B. Sozial- oder Arbeitsamt, Kranken- oder Pflegekasse). In diesem Zusammenhang ist eine institutionelle Anbindung an beispielsweise Kranken-/Pflegekassen, Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste, das Jugend- oder Sozialamt oder Hausarztpraxen zwingend notwendig. Im o. g. Fall war die Familiengesundheitsschwester beim ambulanten Pflegedienst angesiedelt, sodass die Finanzierung durch die Krankenkasse (häusliche Krankenpflege) gewährleistet werden konnte (auch im Rahmen von Sozialtherapie denkbar) (Schnepf & Eberl 2005: 13; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. 2009: 8).

Bezüglich der Machbarkeit in Deutschland konnte ein vorhandener Bedarf eindeutig identifiziert werden. Die FamiliengesundheitspflegerInnen (FGP) und -hebammen (FGH) „fungieren in den Familien vor allem als GesprächspartnerInnen, als BeraterInnen, als AnleiterInnen, als BegleiterInnen, als MotivatorInnen, als LotsInnen, als VermittlerInnen, als VernetzerInnen, als FürsprecherInnen und als StabilisatorInnen. Die Rolle der FGP bzw. FGH kann somit, analog des FHN-Konzepts der WHO (1999), als multifaktoriell bezeichnet werden“ (ebd.: 163). Zugänge erfolgten über die Tätigkeit als freiberufliche Hebamme, den ambulanten Pflegedienst, das Gesundheitsamt, das Jugendamt, die Klinik oder den Angehörigengesprächskreis (ebd.: 164).

Die zweijährige Weiterbildung kann in Deutschland berufsbegleitend absolviert werden und umfasst jeweils 720 Stunden Theorie und Selbststudium sowie 120 Stunden Praktikum.

Das niedrigschwellige Versorgungsangebot richtet sich explizit an:

- ◆ gesundheitlich, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Familien,
- ◆ Familien mit Migrationshintergrund,
- ◆ Kinder, Jugendliche, alleinstehende ältere Menschen,
- ◆ Schwangere, drogenabhängige Schwangere, alleinerziehende Mütter und Väter,
- ◆ Familien in Krisen- und Umbruchsituation,

- ♦ Familien, die von akuten und/oder chronischen Krankheiten und/oder Behinderung betroffen sind,
- ♦ pflegebedürftige Menschen im familiären Umfeld (DBfK 2009: 8).

In Abhängigkeit der Zielgruppe und des Bedarfs werden Pflegefachpersonen oder Hebammen aufsuchend systemisch (ganzheitlich) beratend, unterstützend und begleitend tätig und ermöglichen sozial benachteiligten Menschen oder Gruppen den Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen (ebd.: 7).

5. Anhang 5: Interviewergebnisse

IGES führte zum Thema „Patientenlotsen“ im Zeitraum von Dezember 2017 bis Januar 2018 insgesamt sieben leitfadengestützte Interviews mit VertreterInnen einzelner Modellprojekte durch (der Interviewleitfaden findet sich im Anhang 6). Die GesprächspartnerInnen verfügten über unterschiedliche berufliche Qualifikationen im Gesundheitsbereich und steuerten vielseitige Erfahrungswerte aus ihrer Beteiligung an Modellprojekten mit verschiedenen Zielgruppen bzw. Versorgungsschwerpunkten bei. Die folgende Tabelle enthält einen Überblick über die Qualifikationen der InterviewpartnerInnen und die im jeweiligen Projekt im Mittelpunkt stehende Zielgruppe für den Einsatz von PatientenlotsInnen (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Übersicht der Experteninterviews zum Thema „Patientenlotsen“ mit VertreterInnen aus Modellprojekten

Interview-Nr.	Interviewpartner	Zielgruppe des Modellprojektes
1	Sozialpädagogin/ Schlaganfallberaterin	PatientInnen nach Schlaganfall
2	Gesundheits- und Krankenpfle- gerin / Dipl.-Sozialarbeiterin (FH) (Doppelqualifikation)	Kurzzeitpflegegäste
3	Facharzt für Innere Medizin/ Geriater	Geriatrische PatientInnen beim Über- gang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung
4	Gesundheits- und Krankenpfle- gerin mit Zusatzqualifikation	Ältere und chronisch kranke PatientInnen
5	Dipl.-Pädagogin und Gesundheits- und Kinderkran- kenpflegerin (zwei Personen)	Familien mit frühgeborenen oder chronisch kranken Kindern
6	Arzt für Neurologie und Psychi- atrie	Psychisch Kranke
7	Hausarzt	Chronisch kranke, multimorbide PatientInnen

Quelle: IGES, eigene Darstellung

Der Interviewleitfaden (siehe Anhang 6) enthielt Fragen zu Zielgruppen (und Zugang), Aufgaben, Qualifikation, Anbindung und Finanzierung von PL sowie zum Thema Neutralität und Datenschutz. Die GesprächspartnerInnen hatten zudem die Möglichkeit, am Ende des Interviews Wünsche und Empfehlungen in Richtung Politik zu äußern.

5.1 Zielgruppen (Anspruchsinhaber) und Zugang

Es zeigte sich ein hoher Konsens darüber, welche Personen in erster Linie von PL profitieren würden: chronisch Kranke und multimorbide, ältere Menschen, insb. wenn sie allein leben und wenig Unterstützung durch eigene soziale Netzwerke haben. Genannt wurden auch psychisch Kranke, bei denen eine hohe Gefahr des Therapieabbruchs besteht und wo die Motivation zur Behandlung sowie die Einhaltung von Terminen im Vordergrund steht. Bei schwer und chronisch kranken Kindern sind es die Eltern, die insb. bei der Organisation der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nach Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus einen hohen Beratungs- und Anleitungsbeford haben. Ein besonderer Unterstützungsbeford wird auch bei Menschen mit Migrationshintergrund, die über wenige bis gar keine Kenntnisse über das Gesundheitssystem verfügen, gesehen.

Es wurde immer wieder betont, dass ein möglichst niedrigschwelliger Zugang zum/zur PL, z. B. durch die Hausarztpraxis oder über das klinische Entlassmanagement, ermöglicht werden sollte. Auch die Möglichkeit, sich als PatientIn an die Krankenkasse zu wenden, um Zugang zu Leistungen von PL zu erhalten, wurde diskutiert. Ein weiterer Gedanke bezüglich der Zielgruppen und des Zugangs war es, ein speziell zu entwickelndes Assessment zu verwenden oder bereits vorhandene Klassifikationen, wie z. B. die ICF, zu nutzen, um Personen zu identifizieren, die vom Angebot des/der PL im besonderen Maße profitieren würden.

Die InterviewpartnerInnen gehen anhand der eigenen Erfahrungen davon aus, dass von den PatientInnen, die nach Einschätzung der Fachkräfte einen hohen Unterstützungsbeford aufweisen, rund 70 % das Angebot eines/einer PL nutzen würden oder in den jeweiligen Modellprojekten genutzt haben. Die Akzeptanz einer solchen Leistung sei demnach sehr gut.

Insgesamt waren sich die PraxisexpertInnen über die Zielgruppen (chronisch krank, multimorbid, höheres Lebensalter, fehlendes soziales Umfeld, psychische Erkrankung) relativ einig, wohingegen bezüglich der Zugangsmöglichkeiten noch keine homogenen Vorstellungen darüber vorliegen, welche objektiven Kriterien oder Instrumente zur Auswahl von PatientInnen für den Zugang zu Leistungen eines/einer PL eingesetzt werden könnten.

5.2 Aufgaben der PatientenlotsInnen

Vor allem im Bereich der Schnittstellenarbeit und der Sicherung der Kontinuität der Behandlung sehen die Praxiserfahrenen die Hauptaufgabe eines/einer PL. Die Aufgaben sollten denen eines/einer Case-ManagerIn entsprechen. Hierbei sollte der/die PL nicht nur grundlegende medizinische Kenntnisse über Erkrankungen und deren Behandlungen vorweisen können, sondern auch örtlich gut vernetzt sein, um effektiv passende Leistungserbringer identifizieren zu können. PL gewährleisten, dass die PatientInnen die für die Behandlung notwendigen Kontaktdaten erhalten, koordinieren Termine und stellen Verbindungen zwischen unterschiedlichen Akteuren her. Dabei wurde betont, dass der/die PL keine „Intensivbetreuung“

anbieten sollte, sondern sich zunächst ein umfassendes Bild der persönlichen Bedarfe macht und die PatientInnen dann an geeignete Fach- oder Beratungsstellen weiterleitet (Vermeidung von Parallelstrukturen). Der Tätigkeitsrahmen eines/einer PL würde sich vor allem auf die Information/Aufklärung der PatientInnen und die Koordination der Versorgung konzentrieren.

Da die Unterstützungsbedarfe von kranken und/oder älteren Personen zum Teil sehr stark variieren können, zeigte sich auch auf die Frage nach einem möglichen Arbeitsumfang ein sehr breit gefächertes Ergebnis: Einige ExpertInnen sehen aus ihrer Praxiserfahrung heraus 30 bis 40 Fälle im Jahr (bei gleichzeitiger Tätigkeit in der Arztpraxis) als realistisch an, andere rechnen mit durchschnittlich 80 bis 150 Fällen für eine Vollzeitkraft. Das deckt sich auch mit Angaben aus der Literatur.

5.3 Qualifikation der PatientenlotsInnen

Die Mehrheit der ExpertInnen fordert als notwendige Qualifikation für PL einen Gesundheitsberuf. Basis sollte laut ExpertInnen eine medizinische oder pflegerische Ausbildung sein. Ein Abschluss im Bereich soziale Arbeit käme für bestimmte Patientengruppen bzw. Aufgabenschwerpunkte (bei hochaltrigen Personen mit Pflegebedarf) auch infrage. Es sollten zudem Erfahrungen im Beratungskontext, in der Hilfsmittelversorgung und/oder im therapeutisch-rehabilitativen Bereich vorliegen. Vielfach wurde die Weiterbildung im Bereich des Case-Managements als notwendige Zusatzqualifikation genannt. Zudem sollten LotsInnen über weitere persönliche Eignungen, wie z. B. kommunikative Stärke, Empathie und ein offenes, auf die Menschen zugehendes Wesen, verfügen. Man muss sehr gut zuhören können und PatientInnen respektvoll begegnen.

Die Idee der Etablierung eines neuen Berufsbildes wurde verneint – eher wurde die Lotsenrolle bei dem/der Hausarzt/-ärztin gesehen: „Wir sollten es dem Hausarzt ermöglichen, diese Lotsenfunktion wahrzunehmen und uns nicht neue Lotsen ausdenken“ (Interview 3, Facharzt für Innere Medizin/Geriater). Auch die medizinischen Fachangestellten wurden (insb. von den Ärzten) mit der Arbeit eines/einer PL in Verbindung gebracht oder die Lotsenfunktion als Querschnittsaufgabe vieler Akteure betrachtet, die bereits im System verankert sind.

5.4 Institutionelle Anbindung von PatientenlotsInnen

Im Hinblick auf die institutionelle Anbindung von PL zeigte sich erneut ein eher heterogenes Meinungsbild. Einige ExpertInnen sehen diese bei Kliniken oder in Hausarztpraxen, andere sehen die Krankenkasse in der Verantwortung, PL als besondere Beratungs- und Informationsquelle anzubieten. Der Interviewpartner 6 (Arzt für Neurologie und Psychiatrie) betonte in dieser Hinsicht noch einmal, dass es wichtig sei, dass LotsInnen regional und individuell arbeiten. In einem anderen Gespräch wurde eine grundlegende Anbindung an frei-gemeinnützige Träger, wie Caritas, das Deutsche Rote Kreuz oder die Diakonie vorgeschlagen.

Die besondere Funktion der Hausarztpraxis für chronisch Kranke und die dort tätigen medizinischen Fachangestellten wurde außerdem erneut betont. Demnach sehen einige ExpertInnen, dass vor allem die HausärztInnen und ihre Angestellten Einblick in den besonderen Hilfebedarf der PatientInnen haben und präventiv intervenieren könnten, um somit entweder selbst die Rolle der LotsInnen erfüllen oder weiterführende Informationen zum Thema PL zur Verfügung stellen könnten.

Es wurde erfragt, ob es für jede Hausarztpraxis eine/n PL braucht oder ob ein/e solche/r für mehrere Praxen tätig sein könnte. Der große Vorteil, über viele persönliche Informationen zu den PatientInnen (z. B. zum sozialen Netzwerk oder der Situation zu Hause) und über einen intensiveren Kontakt zu diesen zu verfügen, ginge bei der Tätigkeit für mehrere ÄrztInnen verloren (Interview 7, Hausarzt).

5.5 Datenschutz

Je nach institutioneller Anbindung der LotsInnen müssten Behandlungsverträge dahingehend geprüft werden, welche patientenbezogenen Informationen weitergeleitet werden dürfen bzw. inwiefern ein neuer Vertrag zwischen PatientIn und LotsIn geschlossen werden müsste, um das Thema Datenschutz ausreichend abzubilden. Sofern die PatientInnen selbst nicht einwilligungsfähig sind, müssten die BetreuerInnen dem Einsatz einer/s PatientenlotsIn zustimmen. Die Interviewpartnerin 4 (Krankenpflegerin) berichtete, dass in ihrem Modellprojekt grundsätzlich positive Erfahrungen mit einer Verschwiegenheitspflicht für GesundheitshelferInnen gemacht wurden. Sofern z. B. Kontakt zu Krankenkassen aufgenommen wurde, passierte dies immer im Einverständnis und Beisein von betroffenen PatientInnen – hier sollte wiederum eine Schweigepflichtentbindung folgen, um den/der LotsIn mehr Handlungsspielräume für die Netzwerkarbeit zu ermöglichen.

Hinsichtlich des Schutzes von personenbezogenen Daten kam der Punkt elektronische Patientenakte zur Sprache. Ein Vorschlag war, PatientInnen die Möglichkeit zu geben, in die eigenen Daten einsehen zu können, so dass größtmögliche Transparenz aus Patientensicht gewährleistet und ein höheres Vertrauen den LotsInnen gegenüber gefördert wird.

5.6 Erfolgskriterien und Ergebnisse

Sofern PL etabliert würden, stellt sich die Frage, inwieweit die Ergebnisse der Lotsenarbeit evaluiert werden könnten und inwiefern sich mögliche Erfolge auf unterschiedlichen Ebenen zeigen würden. Die Antworten der GesprächspartnerInnen reichten hier von übergeordneten Perspektiven, wie z. B. positive Auswirkungen auf das gesamte Gemeinwesen oder Stabilität in der gesamten Versorgungssituation bis hin zu spezifischen Vorschlägen zur Einschätzung der subjektiven Zufriedenheit mit der eigenen Versorgung oder der Veränderung der Lebensqualität.

Einige InterviewpartnerInnen sehen schon jetzt Faktoren, die sich potenziell positiv verändern würden, falls die PatientInnen in ihrer Versorgung zukünftig mehr

unterstützt würden. Hier wurden beispielsweise ein geringerer Medikamentenverbrauch, eine stabilere häusliche Versorgung, die Reduktion von Krankenhauseinweisungen, eine ressourcenschonendere Hilfsmittelversorgung oder Kosteneinsparungen allgemein genannt.

Zudem wird angenommen, dass PL die Compliance der PatientInnen positiv beeinflussen könnten und somit Doppelversorgungen/-verordnungen reduziert werden können.

5.7 Finanzierung und Neutralität

Die noch nicht genau definierte institutionelle Anbindung von PL spiegelte sich in der Frage zur Finanzierung und Neutralität von PL wider. In den Interviews wurde die Möglichkeit der Mischfinanzierung diskutiert, insbesondere wenn es darum geht, die Versorgung durch LotsInnen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit höchstmöglicher Neutralität umzusetzen (Interview 1, Sozialpädagogin/Schlaganfallberaterin). Ebenso wurde eine reine Finanzierung über die Krankenkasse (unter Einbeziehung der Pflegekasse) in Erwägung gezogen, wobei es hier auch Meinungen dahingehend gab, dass die Finanzierung über die Krankenversicherung sehr schwierig oder kaum realisierbar scheint.

Trotz möglicher Anbindung von PL in Arztpraxen konnten sich die GesprächspartnerInnen eine Finanzierung über das Arzthonorar nicht vorstellen bzw. erwähnten eine solche Möglichkeit gar nicht erst.

Grundsätzlich wird das Gebot der Neutralität als schwierig umsetzbar gesehen. PatientInnen sollte es möglich sein, von ihrem Recht auf freie Arzt- und Leistungserbringerwahl Gebrauch machen zu können - andererseits wird diese freie Wahl in dem spezifischen Versorgungsnetzwerk, in dem ggf. auch der/die LotsIn agiert, als kritisch betrachtet. Zudem sollten industriennahe Interessen, krankenkassenspezifische Zielvorgaben oder die Bevorzugung bestimmter Leistungserbringer in der Arbeit der PL nicht von Bedeutung sein (Interview 7, Hausarzt) und somit eine durchgängig unabhängige Beratung ermöglicht werden.

5.8 Empfehlungen und Wünsche an die Politik

In den Interviews wurde deutlich, dass sich eine verbesserte Versorgungskoordination und -unterstützung insbesondere für PatientInnen gewünscht wird, die sich nicht mehr ausreichend selbstversorgen können oder einen erhöhten Unterstützungsbedarf, z. B. aufgrund von Mehrfacherkrankungen, haben. Vor allem Menschen, denen es an sozialer Unterstützung durch Familie oder Angehörige fehlt, benötigen den Interviewten zufolge häufig viel mehr Hilfe, um zusätzliche oder langfristige Defizite und Erkrankungen vermeiden zu können. Der Grundgedanke muss laut GesprächspartnerInnen in Richtung einer integrierten, weniger fragmentierten Versorgung gehen, in der für alle Akteure klar ist, an welche Stelle sich PatientInnen je nach Bedarf wenden können. Zudem sollte viel Öffentlichkeitsar-

beit betrieben werden, um die Bekanntheit von PL, wo es sie bereits gibt, zu erhöhen. Häufig scheiterte eine ausreichende und individuell passende Versorgung vor allem daran, dass PatientInnen nicht hinlänglich über vorhandene Möglichkeiten der Unterstützung informiert sind.

Grundsätzlich sind sich die ExpertInnen einig, dass neben einer notwendigen schnittstellenübergreifenden Zusammenarbeit auch vermehrt Offenheit und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen vorhanden sein muss, um PatientInnen ganzheitlich versorgen und gemeinsam Lösungen finden zu können.

6. Anhang 6: Interviewleitfaden

Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____, vielen Dank für die Teilnahme an diesem Interview. Zunächst möchte ich Sie um Erlaubnis bitten das Telefonat digital aufzeichnen zu dürfen, um es später detailliert auswerten zu können und unser Gesprächsverlauf nicht durch mein paralleles Notieren gestört wird. Die Aufnahme wird im Anschluss unverzüglich gelöscht. Darf ich das Gespräch aufzeichnen?

Antwort: ja ☐ nein ☐

Einführung:

- ♦ das Gesundheitssystem wird immer komplexer, vielfältige Leistungsansprüche auf der einen Seite und unterschiedliche Zugänge sowie viele Schnittstellen auf der anderen Seite
- ♦ immer mehr Menschen haben einen dauerhaften und sehr umfassenden Versorgungs- und Unterstützungsbedarf und finden sich allein nicht zu recht
- ♦ zur Überwindung von Schnittstellenproblemen werden in zahlreichen Modellprojekten Patienten- oder Versorgungslotsen etabliert
- ♦ Ziel der Studie ist es, den Bedarf an Patientenlotsen zu ermitteln und deren Aufgaben zu konkretisieren

Interviewfragen:

- 1.) Wie stellen Sie sich die Unterstützung von Patienten durch einen Patientenlotsen vor? Was sind seine Hauptaufgaben?
 - 2.) Können Sie mir aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus eine Einschätzung geben welche PATIENTENGRUPPEN insbesondere von der Unterstützung durch einen Patientenlotsen profitieren würden?
 - 3.) Was schätzen Sie, wie viele Patienten der eben genannten Zielgruppen in % von der Unterstützung eines Patientenlotsen profitieren würden?
(Hintergrund: nicht jeder mit einer bestimmten Diagnose benötigt einen Lotsen, Schätzung bzgl. des quantitativen Bedarfs)
 - 4.) Wie sollte der Zugang zum Patientenlotsen gestaltet sein? Wer identifiziert an welcher Stelle geeignete Patienten für den Einsatz eines Lotsen?
 - 5.) Wie unterscheidet sich die Arbeit des Patientenlotsen von der „reinen“ Beratung durch die zahlreichen z. T. spezialisierten Beratungsstellen (z. B. Unabhängige Patientenberatung UPD, Pflegeberatung/Pflegestützpunkte, Selbsthilfe etc.)? Wie sollten diese Beratungsleistungen in die Tätigkeit der Patientenlotsen einbezogen werden?
-

- 6.) Welche (Grund-)Qualifikation sollte ein Patientenlotse haben und über welches Fachwissen muss er (ggf. darüber hinaus) verfügen?
 - 7.) Wie denken Sie über den Aspekt der „Neutralität“ des Lotsen?
 - 8.) Wo sollte ein Patientenlotse fachlich und organisatorisch angebunden sein? Wer könnte Träger sein, um den Neutralitätsgedanken zu realisieren? Welche rechtliche Stellung (Zusammenhang Weisungsbefugnisse) ist aus Ihrer Sicht denkbar?
 - 9.) Aus welchen Mitteln sollte die Finanzierung von Patientenlotsen erfolgen (Sozialversicherungsbeiträge – Kranken-/Pflegeversicherung und/oder andere Quellen)?
 - 10.) Anhand Ihrer praktischen Erfahrung - wie viele Patienten kann ein Patientenlotse ungefähr pro Jahr begleiten? Wie lange dauert die Unterstützung/Begleitung im Einzelfall (Zeitraum in Wochen/Monaten – von... bis)?
 - 11.) Wie wird der Patientenlotse von den Patienten angenommen (wie häufig wird das Angebot ggf. von Patienten abgelehnt)?
 - 12.) Anhand welcher Kriterien lässt sich der Erfolg des Einsatzes von Patientenlotsen beurteilen? Welche Ergebnisse zeigen sich in der Praxis?
 - 13.) Wie wird das Thema Datenschutz/Weitergabe patientenbezogener Daten an Kostenträger und Leistungserbringer gehandhabt? Welche Probleme gibt es ggf. bzw. sind noch zu klären?
 - 14.) Welche allgemeinen Empfehlungen/Wünsche haben Sie an die Politik im Hinblick auf das Thema „Einsatz von Patientenlotsen“ noch?
-

Literaturverzeichnis

- Aliotta SL, Grieve K, Giddens JF, Dunbar L, Groves C, Frey K & Boulton C (2008): Guided care: a new frontier for adults with chronic conditions. *Prof Case Manag* 13(3), 151-158; quiz 159-160. DOI: 10.1097/01.PCAMA.0000319968.76605.b3.
- Am Orde B, Castrup D, Hörter S, Rückhardt I, Wöhler A & Stoll M (2016): Case Management in der Pflegeberatung. *Kompass* 126(9-10), 3-11.
- Askew DA, Togni SJ, Schluter PJ, Rogers L, Egert S, Potter N, Hayman NE, Cass A & Brown ADH (2016): Investigating the feasibility, acceptability and appropriateness of outreach case management in an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service: a mixed methods exploratory study. *BMC Health Serv Res* 16, 178. DOI: 10.1186/s12913-016-1428-0.
- Assmann C, Borchers U, Iseringhausen O, Körner H-C, Liebe C, Rethmeier-Hanke A & Wedmann B (2013): Regionales Versorgungskonzept Geriatrie (RVG): Berichterstattung und Evaluation.
- Battersby M, Harvey P, Mills PD, Kalucy E, Pols RG, Frith PA, McDonald P, Esterman A, Tsourtos G, Donato R, Pearce R & McGowan C (2007): SA HealthPlus: a controlled trial of a statewide application of a generic model of chronic illness care. *Milbank Q* 85(1), 37-67. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2007.00476.x.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie und Frauen, Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (2004): Leitfaden für Altenservicezentren und Altagestätten in Bayern. Februar. München. http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/senioren/asz-leit.pdf [Abruf am: 01.06.2017].
- Becker U & Kingreen T (2017): SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. München: C.H. Beck. ISBN: 978 3 406 69201 7.
- Berthold HK, Bestehorn KP, Jannowitz C, Krone W & Gouni-Berthold I (2011): Disease management programs in type 2 diabetes: quality of care. *Am J Manag Care* 17(6), 393-403. ISSN: 1088-0224.
- Boltz M, Resnick B, Chippendale T & Galvin J (2014): Testing a family-centered intervention to promote functional and cognitive recovery in hospitalized older adults. *J Am Geriatr Soc* 62(12), 2398-2407. DOI: 10.1111/jgs.13139.
- Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, Leff B, Brager R, Dunbar L, Wolff JL & Wegener S (2007): Guided care for multimorbid older adults. *Gerontologist* 47(5), 697-704. ISSN: 0016-9013 (Print).
- Boyd CM, Reider L, Frey K, Scharfstein D, Leff B, Wolff J, Groves C, Karm L, Wegener S, Marsteller J & Boulton C (2010): The Effects of Guided Care on the Perceived Quality of Health Care for Multi-morbid Older Persons: 18-Month

- Outcomes from a Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine* 25(3), 235-242. DOI: 10.1007/s11606-009-1192-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2839336/>.
- Boyd CM, Shadmi E, Conwell LJ, Griswold M, Leff B, Brager R, Sylvia M & Boulton C (2008): A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *J Gen Intern Med* 23(5), 536-542. DOI: 10.1007/s11606-008-0529-9.
- Braun J (2015): Das Entlassmanagement nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG). *GesundheitsRecht* 14(9). 518-522.
- Britto MT, Vockell AL, Munafo JK, Schoettler PJ, Wimberg JA, Pruett R, Yi MS & Byczkowski TL (2014): Improving outcomes for underserved adolescents with asthma. *Pediatrics* 133(2), e418-427. DOI: 10.1542/peds.2013-0684.
- Bundessozialgericht (2003): Urteil vom 20.05.2013 – B 1 KR 23/01 R. *GesundheitsRecht* 3 (3), 106-108.
- Bundessozialgericht (2007): Beschluss vom 25.09.2007 – GS 1/06. *BSGE* 99, 111-122.
- Bundessozialgericht (2010): Urteil vom 20.04.2010 – B 1/3 KR 21/08 R. *SozR* 4-2500 § 37a Nr. 1.
- Bundessozialgericht (2015): Urteil vom 17.11.2015 – B 1 KR 20/15 R. *Die Sozialgerichtsbarkeit* 64(4), 212-218.
- Bundestagsdrucksache 14/1245 (1999) Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). 23. Juni 1999. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/012/1401245.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
- Bundestagsdrucksache 15/1525 (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). 8. September 2003. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf> [Abruf am: 01.03.2018].
- Bundestagsdrucksache 16/3100 (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). 24. Oktober 2016. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/031/1603100.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
- Bundestagsdrucksache 16/7439 (2007): Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). 07. Dezember 2007. Berlin: Bundesanzeiger
-

- Verlagsgesellschaft mbH.
<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/16/074/1607439.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
- Bundestagsdrucksache 16/8525 (2008): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). 12. März 2008. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/085/1608525.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
- Bundestagsdrucksache 16/10609 (2008): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG). 15. Oktober 2008. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/16/106/1610609.pdf> [Abruf am: 01.03.2018].
- Bundestagsdrucksache 17/2413 (2010): Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG). 06. Juli 2010. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/024/1702413.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
- Bundestagsdrucksache 17/3698 (2010): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG). 10. November 2010. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/036/1703698.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
- Bundestagsdrucksache 17/6906 (2011): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). 05. September 2011. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/069/1706906.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
- Bundestagsdrucksache 17/13127 (2013): Erfahrungsbericht der Bundesregierung über die Durchführung der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung. 15. April 2013. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/131/1713127.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
-

- Bundestagsdrucksache 18/5687 (2015). Antwort der Bundesregierung, Sicherstellung der Unabhängigkeit von Einrichtungen der Patientenberatung. 31. Juli 2015. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/056/1805687.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
- Bundestagsdrucksache 18/4095 (2015). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). 25. Februar 2015. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/040/1804095.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
- Bundestagsdrucksache 18/5123 (2015). Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). 10. Juni 2015. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805123.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
- Bundesratsdrucksache 641/14 (2014). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). 29. Dezember 2014. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2014/0641-14.pdf> [Abruf am: 26.10.2017].
- Bundesverfassungsgericht (2015): Urteil vom 15.11.2015 – 1 BvR 2056/12. *Neue Juristische Wochenschrift* 69(21), 1505-1507.
- Counsell SR, Callahan CM, Tu W, Stump TE & Arling GW (2009): Cost analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders care management intervention. *J Am Geriatr Soc* 57(8), 1420-1426. ISSN: 0002-8614.
- Curry N & Ham C (2010): Clinical and service integration. The route to improved outcomes. London: The King's Fund. ISBN: 978 1 85717 605 6.
- Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S & Brown A (2015): Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 15, 194. DOI: 10.1186/s12913-015-0854-8.
- Deckenbach B (2013): Präventive Hausbesuche: Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche. Zentrum für Qualität in der Pflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paev-entive_Hausbesuche.pdf [Abruf am: 15. Mai 2017].
-

- Der Hausarzt (2016): Multimorbid? Ein Fall für die Case-Managerin! *Der Hausarzt* (11), 38-39. <http://www.derhausarzt.eu/hausarzt/2016/11/38-39.pdf> [Abruf am: 14.06.2017].
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (2014): Familiengesundheitspflege. <https://www.dbfk.de/de/themen/Familiengesundheitspflege.php> [Abruf am: 29.06.2017].
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (Hrsg.) (2009): Familiengesundheitspflege in Deutschland. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Familiengesundheitspflege/FGP-Broschuerefinal2009.pdf>.
- Deutscher Präventionspreis (2005): Preisträger "Gesund Älter Werden". http://creating-corporate-cultures.org/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_15556_2.pdf [Abruf am: 14.06.2017].
- Dieners P & Heil M (2016): Kooperationen im Entlassmanagement nach dem GKV-VSG. *GesundheitsRecht* 15(1). 1-8.
- Dill H & Gmür W (2014): Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner. Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP). <https://www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/3441248.pdf> [Abruf am: 15. Mai 2017].
- Düwell FJ & Ganz W (2016): Individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse – zugleich eine kritische Anmerkung zum Krankengeldfallmanager. *Arbeitsrecht Aktuell* (2), 27-29.
- Ebrahimi Z, Dahlin-Ivanoff S, Eklund K, Jakobsson A & Wilhelmson K (2015): Self-rated health and health-strengthening factors in community-living frail older people. *Journal of advanced nursing* 71(4), 825-836. DOI: 10.1111/jan.12579. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25430563> [Abruf am: 15. Mai 2017].
- Engelmann K & Schlegel R (2016): juris Praxiskommentar SGB V. Saarbrücken: juris. ISBN: 978 3 86330 090 6.
- Fagan PJ, Schuster AB, Boyd C, Marsteller JA, Griswold M, Murphy SM, Dunbar L & Forrest CB (2010): Chronic care improvement in primary care: evaluation of an integrated pay-for-performance and practice-based care coordination program among elderly patients with diabetes. *Health Serv Res* 45(6 Pt 1), 1763-1782. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01166.x.
- Fireman B, Bartlett J & Selby J (2004): Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Aff (Millwood)* 23(6), 63-75. ISSN: 0278-2715 (Print)0278-2715.
-

- Freie und Hansestadt Hamburg & Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2016): Dokumentation. Experten-Gespräch zum Präventiven Hausbesuch. 17. Juni. Hamburg.
- Freund T (2012): Entwicklung und Evaluation eines Hausarztpraxis-basierten Case Managements für multimorbide Patienten - PraCMan. Fachtagung Multimorbidität. 25. April. Berlin. https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/arztundpraxis/pracman/pracman_folien_freund.pdf [Abruf am: 14.06.2017].
- Freund T, Kayling F, Miksch A, Szecsenyi J & Wensing M (2010): Effectiveness and efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials [CRD32009100316]. [journal article] *BMC Health Services Research* 10(1), 112. DOI: 10.1186/1472-6963-10-112. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-112>.
- Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Gondan M, Rochon J, Gerlach FM & Szecsenyi J (2016): Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med* 164(5), 323-330. DOI: 10.7326/m14-2403.
- Gassner U (2016): Götterdämmerung des Gemeinsamen Bundesausschusses? *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* 26(4), 121-127.
- Gebert A, Schmidt C & Weidner F (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht. *Reihe: Pflegeforschung*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft. ISBN: 978-3-89993-200-3.
- Gebert A & Weidner F (2010): PON-Ergebnisbericht der Adressatenbefragung. Evaluation der die Inanspruchnahme beeinflussenden Faktoren des Präventiven Hausbesuchs im Kreis Siegen-Wittgenstein. Köln: Deutsches Institut für Pflegeforschung e.V. <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/PON-Ergebnisbericht-Adressatenbefragung.pdf> [Abruf am: 09.06.2017].
- Gesundheitsregionen Niedersachsen/Lüneburg (o. J.): Die Lüneburger Alterslotsen. Projektkurzvorstellung. <https://www.lueneburger-alterslotsen.de/assets/Uploads/PDFs/Alterslotsen-Kurzvorstellung.pdf> [Abruf am: 13.04.2018].
- Goldbach C & Heberlein I (2013): Der Anspruch auf das Entlassmanagement nach § 39 SGB V. *Vierteljahrszeitschrift für Sozialrecht* 31(2), 113-141.
- Goldhagen J & Fafard M (2016): Community-based pediatric palliative care for health related quality of life, hospital utilization and costs lessons learned from a pilot study. 15, 73. DOI: 10.1186/s12904-016-0138-z.
-

- Goodwin N, Dixon A, Anderson G & Wodchis W (2014): Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. Januar. London: The King's Fund.
- Goodwin N, Sonola L, Thiel V & Kodner D (2013): Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success. London: The King's Fund. ISBN: 978 1 909029 19 4.
- Grover A & Joshi A (2015): An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Glob J Health Sci* 7(2), 210-227. DOI: 10.5539/gjhs.v7n2p210.
- Hauck E (2017): juris Praxiskommentar SGB XI. Saarbrücken: juris. ISBN: 978 3 86330 193 4.
- Hauck K & Noftz W (2017): Sozialgesetzbuch – SGB V. Berlin: Erich Schmidt Verlag. ISBN: 978 3 503 02788 0.
- Hauck K & Noftz W (2017): Sozialgesetzbuch – SGB XI, Berlin: Erich Schmidt Verlag. ISBN: 978 3 503 03642 4.
- Hawkins K, Parker PM, Hommer CE, Bhattarai GR, Huang J, Wells TS, Ozminkowski RJ & Yeh CS (2015): Evaluation of a high-risk case management pilot program for Medicare beneficiaries with Medigap coverage. *Popul Health Manag* 18(2), 93-103. DOI: 10.1089/pop.2014.0035.
- Heberlein I (2016), SGB V und Interessenkollisionen – Konflikt mit dem Kartellvergaberecht? *Die Sozialgerichtsbarkeit* 63(8), 426-433.
- Heinzen F & Fleckenstein J (2007): Präventives Fallmanagement durch Krankenkassen. *Managed care* (4), 35-39.
- Heller-Jung S (2017): Heute schon an morgen denken. *Gesundheit und Gesellschaft SPEZIAL* 20(3), 10.
- Hendricks V, Schmidt S, Vogt A, Gysan D, Latz V, Schwang I, Griebenow R & Riedel R (2014): Case management program for patients with chronic heart failure: effectiveness in terms of mortality, hospital admissions and costs. *Dtsch Arztebl Int* 111(15), 264-270. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0264.
- Hildebrandt S, Nolting H-D, Burger S, Elleuche K & Fleckenstein J (2011): Fallmanagementprogramm für Multimorbidität im Alter: Evaluation zur Kosteneffektivität. *Monitor Versorgungsforschung* 4(1), 38-43. ISSN: 1866-0533.
- Hochman ME, Asch S, Jibilian A, Chaudry B, Ben-Ari R, Hsieh E, Berumen M, Mokhtari S, Raad M, Hicks E, Sanford C, Aguirre N, Tseng CH, Vangala S, Mangione CM & Goldstein DA (2013): Patient-centered medical home intervention at an internal medicine resident safety-net clinic. *JAMA Intern Med* 173(18), 1694-1701. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.9241.
-

- Hölling G (2011): Unabhängige Patientenberatung – vom Modell zum Regelangebot. *Die BKK* 99(6), 336-341.
- Iliffe S, Waugh A, Poole M, Bamford C, Brittain K, Chew-Graham C, Fox C, Katona C, Livingston G, Manthorpe J, Steen N, Stephens B, Hogan V & Robinson L (2014): The effectiveness of collaborative care for people with memory problems in primary care: results of the CAREDEM case management modelling and feasibility study. *Health Technol Assess* 18(52), 1-148. DOI: 10.3310/hta18520.
- Jansen DL, Heijmans M & Rijken M (2015): Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care. *Scand J Prim Health Care* 33(2), 100-106. DOI: 10.3109/02813432.2015.1030167.
- Kelly RP, Stoll SC, Bryant-Stephens T, Janevic MR, Lara M, Ohadike YU, Persky V, Ramos-Valencia G, Uyeda K & Malveaux FJ (2015): The Influence of Setting on Care Coordination for Childhood Asthma. *Health Promot Pract* 16(6), 867-877. DOI: 10.1177/1524839915598499.
- Kirchen-Peters S & Ischebeck M (2016): Sektorenübergreifende Hilfen nach Erstdiagnose Demenz im Krankenhaus: Ergebnisse des Projekts Dem-i-K plus. März 2016. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. Saarbrücken.
- Knickrehm S, Kreikebohm R & Waltermann R (2017): Kommentar zum Sozialrecht. München: C.H. Beck. ISBN: 978 3 406 70154 2.
- Knispel U (2016): Beteiligung externer Dritter beim Entlassmanagement im Krankenhaus – Zusammenarbeit oder Outsourcing. *GesundheitsRecht* 15(6) 339-345.
- Körner A, Leitherer S & Mutschler B (2017): Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht. München: C.H. Beck. ISBN: 978 3 406 44224 7.
- Korzilius H & Osterloh F (2017): Übergang ambulant/stationär: Entlassmanagement steht infrage, *Deutsches Ärzteblatt* 114(4). 146-148.
- Krahmer U (2016): Nachruf und Aufruf zugleich: Schwächung der Beratungsansprüche im SGB XI bleibt – zum Verstoß der §§ 7 ff. SGB XI n.F. durch das PSG II gegen zwingende Regeln der §§ 14, 37 Satz 2 SGB I. *ZFSH/SGB* 55(2), 79-81.
- Krahmer U (2016): Duplik zur Replik von Dagmara Rymarczyk: Warum nicht den sozialrechtlichen Beratungsanspruch Pflegebedürftiger i.S.d. § 14 SGB I (und § 7 Abs. 2 SGB XI a.F.) ausdrücklich in § 7a SGB XI n.F. neben dem speziellen Anspruch auf Beratung im Rahmen eines ausnahmsweisen Fallmanagements benennen? *ZFSH/SGB* 55(9), 453-512.
-

- Kuck K (2016): Das neue Entlassmanagement im Krankenhaus. *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* 26(7), 256-261.
- Lauterberg J & Meinck M (2008): Beratung zur Erprobung von präventiven Hausbesuchen für ältere Menschen in Deutschland. Präsentationsveranstaltung der Kompetenz-Centren. 17.11.2008. Hamburg. https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/2008_lauterberg-meinck_hamburg.pdf [Abruf am: 09.06.2017].
- Lingen gGiA (o.J.): genial Lotse. http://www.genial-lingen.com/gesundheitsnetz/aktuelles/projekte/genial_lotse.html [Abruf am: 14.06.2017].
- Luck T, Roling G, Heinrich S, Lupp M, Matschinger H, Fleischer S, Sesselmann Y, Beutner K, Rothgang H, König H, Riedel-Heller G & Behrens J (2011): Ergebnisbericht Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd: Altern zu Hause-Unterstützung durch präventive Hausbesuche. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Vol. 10*. Halle/Saale. ISSN: 1610-7268 [http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegewissenschaften/Hallesche Beitr%C3%A4ge und EBN/Halle-PfleGe-10-08.pdf](http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/Halle-PfleGe-10-08.pdf) [Abruf am: 12.06.2017].
- Luhe E (2016): Die neue gesundheitliche Versorgungsplanung im SGB V für die letzte Lebensphase. *Die Sozialgerichtsbarkeit* 63(6), 329-334.
- Marburger H (2015): Soziotherapie, Palliativversorgung und Hospizleistungen, *Sozialrecht+Praxis* 25(5), 295-304.
- McCall N & Cromwell J (2011): Results of the Medicare Health Support disease-management pilot program. *N Engl J Med* 365(18), 1704-1712. DOI: 10.1056/NEJMsa1011785.
- MedicalContact AG (Hrsg.) (2008): 365 Tage Casaplus: Ein Präventionsprogramm feiert Geburtstag.
- MedicalContact AG (2010): Drei Jahre Casaplus.
- Melching H (2017): Neue gesetzliche Regelungen für die Palliativversorgung und ihre Implikationen für Politik und Praxis. *Bundesgesundheitsblatt* 60(1), 4-10.
- Morgan RO, Bass DM, Judge KS, Liu CF, Wilson N, Snow AL, Pirraglia P, Garcia-Maldonado M, Raia P, Fouladi NN & Kunik ME (2015): A break-even analysis for dementia care collaboration: Partners in Dementia Care. *J Gen Intern Med* 30(6), 804-809. DOI: 10.1097/hpc.00000000000003110.1007/s11606-015-3205-x.
- National Audit Office (Hrsg.) (2017): Health and social care integration. National Audit Office. ISBN: 978-1-78604-104-3.
- Ossege M (2012): Aspekte des Entlassmanagements nach § 39 SGB V. *GesundheitsRecht* 11(4), 204-209.
-

- Paßmann J (2016): Ein Jahr Versorgungsstärkungsgesetz – Überblick und erste Erfahrungen. *Wege zur Sozialversicherung* 70(8), 207-212.
- Passey M, Sheldrake M, Leitch K & Gilmore V (2007): Impact of case management on rural women's quality of life and substance use. *Rural Remote Health* 7(3), 710. ISSN: 1445-6354.
- Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Muller-Tasch T & Szecsenyi J (2010): Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials* 11, 56. DOI: 10.1186/1745-6215-11-56.
- Petri T & Kettinger A (2015): Keine Legalisierung von datenschutzrechtlichen Missständen beim Krankengeldfallmanagement! *Zeitschrift für Datenschutz* (2), 49-50.
- Pröfener F, Anders J, Dapp U, Minder CE, Golgert S & von Renteln-Kruse W (2016): Akzeptanz des präventiven Hausbesuchs bei älteren Personen mit Frailty. Teilnehmende und Nichtteilnehmende im Zwei- und Vierjahres-Follow-up im Rahmen der LUCAS-Langzeitstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49(7), 596-605. DOI: DOI 10.1007/s00391-016-1127-9.
- Ratzke K (2010): Soziotherapie: Warum eine sinnvolle Leistung nicht umgesetzt wird. *Rechtsdienst der Lebenshilfe* (3), 94-96.
- Rebscher H (2014): Mehr Qualität im Gesundheitswesen durch Versorgungsmanagement. *Forum für Gesundheitspolitik* (3-4), 46-49.
- Reimer S (2016), Überblick über Änderungen des SGB XI durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz. *Die Sozialgerichtsbarkeit* 63(5), 252-259.
- Rixen S, Marckmann G & in der Schmitt J (2016): Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase – Das Hospiz- und Palliativgesetz. *Neue juristische Wochenschrift* 69(3), 125-129.
- Renz J-C & Meinck M (2016): Präventive Hausbesuche im Alter: Systematische Bestandsaufnahme der Anwendung in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49(Supplement 1), S1-S152. DOI: DOI 10.1007/s00391-016-1123-0.
http://www.dggeriatrie.de/images/stories/pdf/Stuttgart2016_AbstractBand.pdf [Abruf am: 09.06.2017].
- Rolfs C, Giesen R, Kreikebohm R & Udsching P (2017): BeckOK Sozialrecht. München: C.H. Beck.
- Ronis SD, Baldwin CD, McIntosh S, McConnochie K, Szilagyi PG & Dolan J (2015): Caregiver Preferences Regarding Personal Health Records in the Management of ADHD. *Clin Pediatr (Phila)* 54(8), 765-774. DOI: 10.1177/0009922814565883.
- Rosenthal F (2002): Soziotherapie. *Wege zur Sozialversicherung* 54(3), 71-75.
-

- Rymarczyk D (2016): Die Ausgestaltung der Beratungsansprüche nach dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz. *ZFSH/SGB 55*(8), 419-421.
- Sanwald A, Drenkpohl A, Wessling J & Hohmann A (2016): Krankengeld: Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. *Gesundheits- und Sozialpolitik* (3), 42-46.
- Schnepp W & Eberl I (2005): Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland. Ergebnisse aus der Expertenrunde zu den Szenarien. Januar 2005. Witten: Universität Witten/Herdecke gGmbH.
- Schultz S (2017): „Gebühreuziffern und Steigerungsfaktoren gehören nicht zum Standardwortschatz von Patienten!“ *Zahnärztliche Mitteilungen* 107(14), 26-28.
- Seidel J (2016): Pilotprojekt Seniorenlotsin: Dritter Jahresbericht (März 2016-Dezember 2016). 31.12.2016. Aschaffenburg: Bayerisches Rotes Kreuz. <https://kvaschaffenburg.brk.de/seniorenlotsin/3-jahresbericht> [Abruf am: 12.06.2017].
- Seidel J (2015): Pilotprojekt Seniorenlotsin: Erster Jahresbericht (März 2014-März 2015). 3. Januar 2015. Aschaffenburg: Bayerisches Rotes Kreuz. http://anlaufstellen.deutscher-verband.org/fileadmin/user_upload/images/Inhalte/A_Projekte/174_Aschaffenburg/Seniorenlotsin_Seidel_Erster_Jahresbericht.pdf [Abruf am: 12.06.2017].
- Sodan H (2014): Handbuch des Krankenversicherungsrechts. München: C.H. Beck. ISBN: 978 3 406 64904 2.
- Spickhoff A (2014): Medizinrecht. München: C.H. Beck. ISBN: 978 3 406 65753 5.
- Statile AM, Komatz K, Eason T, Livingood WC, Schondelmeyer AC, Thomson JE, Brower LH, Davis B, Redel J, Hausfeld J, Tucker K, White DL & White CM (2016): Improving Discharge Efficiency in Medically Complex Pediatric Patients. *BMC Palliat Care* 138(2). DOI: 10.1186/s12904-016-0138-z10.1542/peds.2015-3832.
- Stock S, Drabik A, Buscher G, Graf C, Ullrich W, Gerber A, Lauterbach KW & Lungen M (2010): German diabetes management programs improve quality of care and curb costs. *Health Aff (Millwood)* 29(12), 2197-2205. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.0799.
- Stokes J, Kristensen SR, Checkland K & Bower P (2016): Effectiveness of multidisciplinary team case management: difference-in-differences analysis. *BMJ Open* 6(4), e010468. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010468.
- Szecsényi J (2016): Entwicklung, Evaluation und Breitenimplementierung eines praxisbasierten Konzeptes zur Versorgung von Patienten mit Multimorbidität - Sicht der Versorgungsforschung. Symposium WINEG. 16. November.
-

- Hamburg.
https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/923560/Datei/3710/WINEGSymposium_VortragSzecsenyi.pdf [Abruf am: 14.06.2017].
- Thomae H (2016): Das Krankenhaus-Entlassmanagement nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG). *Gesundheit und Pflege* 6(2), 41-45.
- Vergabekammer Bund (2015): Beschluss vom 03.09.2015 – VK 1 - 74/15.
- Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK & Vonkorff M (2005): Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *J Altern Complement Med* 11 Suppl 1, S7-15. DOI: 10.1089/acm.2005.11.s-7.
- Wagner R & Knittel S (2017): Krauskopf – Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung. München: C.H. Beck. ISBN: 978 3 406 45832 3.
- Weidner F, Gebert A, Seifert K & Mazhari R (2016): Modellprojekt Gemeindeschwesterplus: Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP).
- Weidner F, Schmidt C & Gebert A (2008): Das Projekt mobil - Hintergründe, Instrumente, Ergebnisse. [Vortrag] Abschlusstagung - Präventive Hausbesuche bei Senioren. 13. März. Stuttgart.
- Wise CG, Bahl V, Mitchell R, West BT & Carli T (2006): Population-based medical and disease management: an evaluation of cost and quality. *Dis Manag* 9(1), 45-55. DOI: 10.1089/dis.2006.9.45.
- Zawade C (2017): Versorgungs- und Entlassmanagement / stationäre Behandlung. *Die Sozialgerichtsbarkeit* 64(4), 215-218.
-

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com