



Im Alter daheim

RubiN: Patientenlotsen unterstützen Risikopatient:innen im Alter

Nominiert für den MSD Gesundheitspreis 2021

Autorin: Sonja Laag

Federführende Organisation: BARMER Krankenkasse

Die inhaltliche Verantwortung des Beitrags liegt allein bei der genannten Autorin.
MSD weist ausdrücklich auf die finanzielle Unterstützung dieser Publikation hin.

Management Summary

Viele ältere Menschen leiden an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen. Zusammen mit weiteren altersbedingten Einschränkungen kann dies schnell dazu führen, dass die Betroffenen ihren Alltag nicht mehr selbstständig bewältigen können. Das bedeutet, dass Patient:innen im Alter mehr als eine rein medizinisch ausgerichtete Versorgung benötigen. In dem Projekt *RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz* erhalten geriatrische Patient:innen Unterstützung durch ein umfassendes Care- und Casemanagement (CCM). Das multiprofessionelle, sektorenübergreifende und assessmentgestützte CCM ermöglicht eine schnittstellenfreie Versorgung, die sowohl die gesundheitlichen als auch die sozialen Versorgungsebenen einbezieht. Ziel ist es, möglichst lange die Selbstständigkeit älterer Menschen zu erhalten. Weiterhin wird im Rahmen des Projektes eine Rechtsexpertise entwickelt, um für die nach § 87b SGB V zertifizierten Praxisnetze, die diese neue Versorgungsform anbieten, eine sichere Rechtsgrundlage zu schaffen.

Versorgungsherausforderung

Die starke Fragmentierung des Gesundheitswesens führt im Versorgungsalltag häufig zu Versorgungsbrüchen. Das gilt sowohl für die verschiedenen Sektoren innerhalb des Gesundheitssystems als auch für die Schnittstellen zwischen medizinischen und sozialen Versorgungsbereichen.

Das Fehlen von ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen und strukturierten Behandlungspfaden wirkt sich insbesondere zu Lasten älterer Menschen aus (Sachverständigenrat, 2009). Viele von ihnen leiden an chronischen (Mehrfach-)Erkrankungen, die eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgung erfordern. Hinzu kommen altersbedingte Funktionseinschränkungen, die die Selbstständigkeit in der häuslichen Umgebung beeinträchtigen. Eine altersgerechte Wohnsituation, der Erhalt der Mobilität, finanzielle Sicherheit und das soziale Umfeld sind daher für die Betroffenen meist ebenso wichtig wie die angemessene medizinische Versorgung (Kompetenz-Centrum Geriatrie, o. J.).

Viele Hausarztpraxen sind allerdings bereits mit der Koordination von Facharztterminen, Heil- und Hilfsmittelversorgung, RehaMaßnahmen und Pflegeleistungen überfordert. Die Einbindung weiterer sozialer Dienste und Angehöriger ist aufgrund des permanenten Zeitdrucks in der Regel nicht leistbar. Zudem entspricht es vielfach nicht dem Versorgungsverständnis der Ärzt:innen.

Diese Lücke ließe sich durch ein Care- und Casemanagement schließen. Dafür sind jedoch auch neue Modelle aufseiten der Versorger notwendig. CCM ist im juristischen Sinne keine „Arztassistenz“, sodass hier auch keine bekannten Delegationsmodelle greifen. Vielmehr muss der Verantwortungsbereich der Care- und Case-manager:innen unabhängig von der Arztdirektive definiert werden.

Praxisnetze setzen sich seit Jahren für eine bessere Koordination der Versorgung, interprofessionelles Arbeiten und regional-populationsbezogene Versorgungsmodelle ein, das gilt insbesondere für die nach § 87b SGB V zertifizierten Netze. Die acht Praxisnetze, die am Projekt *RubiN* beteiligt sind, sowie die BARMER arbeiten seit vielen Jahren im Rahmen von Projekten und Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V mit CCM-Ansätzen. Jedoch fanden diese Versorgungsformen bisher nicht den Weg in die Regelversorgung. Die Gründe dafür liegen vor allem in den fehlenden berufs-, haftungs-, korruptions- und steuerrechtlichen Voraussetzungen sowie den Limitierungen verschiedener sozialrechtlicher Regelungen

Innovative Versorgungsformen und Verträge nach § 140a SGB V mit ihren hybriden Betriebsformen und Leistungsbereichen erfordern neue Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, die im sektoral und monodisziplinär gegliederten System bislang nicht abgebildet sind. Im Projekt *RubiN* wurden alle relevanten Rechtsbereiche (Sozialrecht, Berufsrecht, Haftungsrecht, Vertragsgestaltung, Strafrecht usw.) analysiert und mit den Evaluationsergebnissen rückgekoppelt. Hieraus wurden auf Versorgungsebene konkrete Änderungsvorschläge für Gesetzesnovellierungen inner- und außerhalb des Sozialrechts entworfen; auf operativer Ebene wurden entlang

der aktuellen Rechtslage Verträge und Handlungsempfehlungen gestaltet.

Die Intention der Intervention besteht darin, den Effekt des CCM unter verschiedenen Perspektiven zu messen und erstmals die seit 20 Jahren unbearbeiteten Rechtsfragen aufzuarbeiten sowie eine Kosteneffektivitätsanalyse zu erstellen. Soll den Empfehlungen des SVR-Gutachtens und der politischen Forderung nach einer besseren Vernetzung im Gesundheitswesen Rechnung getragen werden, braucht es eine stabile Rechtsgrundlage für die beteiligten Akteure und eine wirtschaftliche Abbildbarkeit.

Beschreibung der neuen Versorgungsform

Ziel der Intervention ist der bestmögliche Erhalt der Selbstständigkeit geriatrischer Patient:innen durch Care- und Casemanagement, gemessen am Barthel-Index. Um dies zu erreichen, wurden 3,5 Stellen für Care- und Casemanager:innen eingerichtet, die in fünf Praxisnetzen tätig sind. Bevor die Care- und Casemanager:innen ihre Tätigkeit aufnahmen, wurden sie geriatricspezifisch von GeriNet e.V. Leipzig geschult und über die Dauer der Intervention in Form von Monitoring und Coaching begleitet (s. Abb. 1).

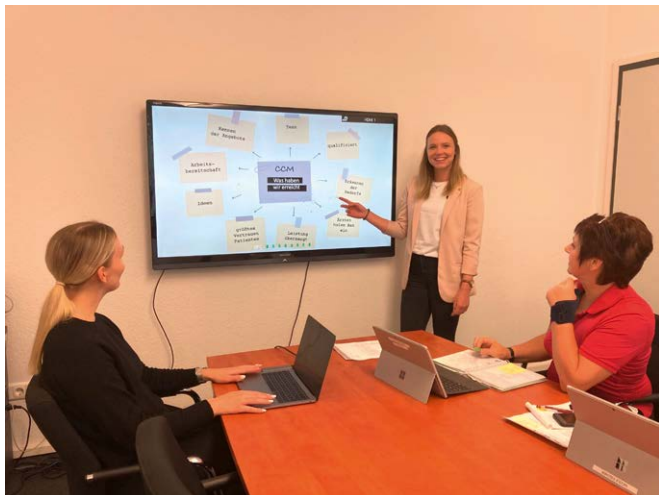


Abbildung 1 Speziell geschulte Casemanager:innen übernehmen im Projekt RubiN die Betreuung geriatrischer Patient:innen.

Foto: pleXxon Management GmbH

Die Zielgruppe der Intervention sind geriatrische Patient:innen ab 70 Jahre. Sie werden über die Haus- und Facharztpraxen der beteiligten Netze identifiziert und durchlaufen dort ein Screening im Hinblick auf ihren Unterstützungsbedarf. Je nach Ergebnis fordern die Praxen anschließend ein CCM beim Praxisnetz an. Im Rahmen eines ersten Hausbesuches erfassen die Casemanager:innen anhand umfangreicher standardisierter Assessments die Gesamtsituation und die Versorgungsbedarfe der Patient:innen. Auf dieser Basis erstellen sie anschließend einen Versorgungsplan. In Rücksprache mit dem/der Hausärzt:in sowie in enger Absprache mit dem/der Patient:in und ggf. den Angehörigen werden die Maßnahmen des Versorgungsplans initiiert, umgesetzt und dokumentiert.

Drei weitere beteiligte Praxisnetze rekrutieren Patient:innen für eine Kontrollgruppe. Sie screenen ebenfalls geriatrische Patient:innen ab 70 Jahre und führen analog der Interventionsnetze dieselben geriatrischen Assessments durch. Allerdings findet hier kein Care- und Case-management statt (s. Abb. 2).



Abbildung 2 Am Projekt beteiligte Praxisnetze.

Quelle: Eigene Darstellung

Das CCM bezieht sich auf alle Versorgungsebenen und Sektoren. Die Casemanager:innen sind vor diesem Hintergrund nicht nur auf der individuellen Patientenebene tätig, sondern bauen parallel dazu ein regionales Care-

management auf. Aufgrund der Pandemie-Situation nahm dabei neben den klassischen medizinischen und sozialen Versorgungsbereichen die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern und Gebietskörperschaften einen besonderen Stellenwert ein. Da ältere Menschen in besonderem Maße von Lockdown, Hygiene-, Test- und Impfstrategien betroffen sind, ergaben sich neue und ungeplante Herausforderungen für das CCM. Insgesamt konnten diese zusätzlichen Aufgaben aufgrund der bereits etablierten Beziehungen und Kommunikationsstrukturen sowohl auf regionaler Ebene als auch zu den Versorgern und Patient:innen gut organisiert werden.

In der Regelversorgung existiert bisher kein vergleichbares Care- und Casemanagement, das deutlich von üblichen Delegationsmodellen abzugrenzen ist. Vielmehr sorgen die Casemanager:innen für eine umfassende Bestandsaufnahme der Versorgungssituation bei den Patient:innen, auch über die Grenzen des SGB V hinaus. Die ersten Evaluationsergebnisse zeigen positive Effekte auf die Patientensituation.

Die zweijährige Intervention lief im Zeitraum vom 01.01.2019 bis zum 31.12.2020 und ist somit bereits abgeschlossen. Die Patient:innen konnten kassenunabhängig in das *RubiN*-Projekt aufgenommen werden. Dies ist jedoch in den klassischen IV-Verträgen nicht möglich.

Parallel zur Durchführung und Auswertung der Intervention erfolgen seit Sommer 2020 die juristischen Arbeiten der Rechtsexpertise. Hier werden juristische Papers erarbeitet, die sich derzeit in unterschiedlichen „Reifestadien“ befinden. Themen der Rechts-Papers sind:

- Care- und Casemanagement in der Regelversorgung der GKV – mögliche Verortung und Grundzüge des Leistungserbringungsrechts
- Tätigkeiten im Care- und Casemanagement und Schlussfolgerungen für Leistungsinhalte und Vergütungssystematik
- Strafbarkeitsrisiken bei Care- und Casemanagement in Versorgung und Forschung
- Rechtsberatung und versorgungswirksamer Einsatz von Care- und Casemanager:innen
- Pflegeberufegesetz erschwert versorgungswirksamen Einsatz von CCM
- Auswirkungen der Pflegekammern auf CCM

- Korruptionsrechtliche Aspekte der Leistungserbringung durch Praxisnetze
- Praxis/MVZ: Herausforderungen für Versorgung und Organisation
- Dürfen Versorgungsforschungsprojekte gegen geltendes Recht verstoßen?
- Care- und Case Management durch Krankenkassen
- Das Objekt des Grundrechts als Subjekt – der Grundrechtsschutz von wissenschaftlichem Hilfspersonal und Erfahrungsobjekten
- Vertragliche Beziehungen und Haftung bei Care- und Casemanagement
- Selektivverträge und Care- und Casemanagement
- Mustervertragsgestaltungen Genossenschaft/ GbR/GmbH für Praxisnetze

Angestrebter Mehrwert

Die Intervention strebt die Sicherstellung guter und effizienter Versorgungsprozesse an, die auf die Sichtweise des/der Patient:in sowie der Angehörigen ausgerichtet sind. Dadurch sollen die generelle Versorgungssituation verbessert und Versorger entlastet werden. Aus Befragungen geht hervor, dass für Patient:innen und ihre Angehörigen das derzeitige Versorgungssystem oft eine Hürde darstellt. Es ist für sie belastend, Hauptmanager:innen der Versorgung zu sein und alle damit verbundenen Aspekte, wie z. B. Terminkoordination, Beantragung von Pflegeleistungen, Suche nach Kurzzeitpflegeplätzen, Auffinden sozialer Unterstützungsangebote und hauswirtschaftlicher Leistungen zu bewältigen. Hausarztpraxen können diese Koordination nicht leisten, sehen aber oftmals den Bedarf. Für Hausärzt:innen stellt es daher eine Entlastung dar, wenn sie ihre älteren Patient:innen umfassend und gut versorgt wissen. Für alle Beteiligten bedeutet eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit auch eine Verbesserung der Prozesse. Diese gilt es zunächst mit dem neuen Akteur – den Care- und Casemanager:innen – im Alltag einzuüben.

Inwieweit sich ein CCM auf die Inanspruchnahme von Leistungen und die Kostenentwicklung auswirkt, wird die gesundheitsökonomische Evaluation zeigen. Hierfür werden zehn Krankenkassen Routinedaten zur Verfügung stellen. Da für die Forschung mit Sozialdaten lang-

wierige Aufsichtsverfahren erforderlich sind und zur Zusammenführung von Primär- und Sekundärdaten die Einbindung einer Datentreuhandstelle erforderlich ist, sind die Ergebnisse nicht vor Frühjahr 2022 zu erwarten. Jedoch wird ein relevanter Mehrwert für das Gesamtsystem angenommen, da durch gut aufeinander abgestimmte Prozesse unnötige personelle, zeitliche und finanzielle Aufwände vermieden werden können.

Evaluation

Für die Intervention wurde eine multiperspektivische Evaluation durchgeführt, das Studienprotokoll wurde in BMC Geriatrics veröffentlicht (Gloystein et al., 2021). Die Evaluation basiert auf einem Mixed-Methods-Ansatz, um die Implementierung eines geriatrischen Care- und Casemanagements (CCM) in die Praxisnetze umfassend mit qualitativen und quantitativen Methoden zu evaluieren. Sie gliedert sich in vier Teilprojekte. In Teilprojekt 1 erfolgte die Primärdatenerhebung auf Basis verschiedener geriatrischer Assessments (z. B. Barthel-Index, Sturzprotokoll, DemTect). Teilprojekt 2 umfasst die Analyse der Sekundärdaten, insbesondere die Betrachtung gesundheitsökonomischer Parameter. Hier werden auch die Versorgungsschnittstellen und die damit verbundenen Herausforderungen genauer untersucht. Die qualitative und quantitative Prozessevaluation findet in den Teilprojekten 3 und 4 statt. Während Teilprojekt 3 die Machbarkeit der Intervention und deren Umsetzung in den einzelnen Praxisnetzen bzw. Regionen betrachtet, fokussiert Teilprojekt 4 die Akzeptanz und Zufriedenheit der Patient:innen mit der neuen Versorgungsform.

Im Mittelpunkt der Evaluation steht folgende Fragestellung: Verbessert ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes und assessmentgestütztes Care- und Casemanagement die Identifikation, die Versorgungssituation und den Gesundheitszustand geriatrischer Patient:innen?

Die Fragestellung wird auf den drei Ebenen Leistungsempfänger (Patient:in, An- und Zugehörige), Leistungserbringer und Praxisnetze untersucht und impliziert verschiedene Methoden und Evaluationsendpunkte. Neben fünf Praxisnetzen, die die Interventionsgruppe

betreuten, werden drei Praxisnetze betrachtet, in denen die Kontrollgruppe medizinisch versorgt wurde. Als primärer patientenbezogener Endpunkt wurde die Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagstätigkeiten nach zwölf Monaten definiert, gemessen mit dem Barthel-Index. Primärdaten, Sekundärdaten und eine begleitende Prozessevaluation sollen Aufschluss darüber geben, inwiefern sich ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes und assessmentgestütztes CCM auf die Versorgung geriatrischer Patient:innen auswirkt.

Die Intervention wurde im Zeitraum vom 01.01.2019 bis 31.12.2020 durchgeführt. Die geplanten Fallzahlen der Intervention betragen 3.200 Patient:innen (je Netz 640). Tatsächlich einbezogen wurden 3.384 Patient:innen. In der Kontrollgruppe war vorab eine Evaluation von 1.200 Patient:innen geplant (je Netz 400), tatsächlich erreicht wurden 1.071 Personen. Befragungen fanden zum Zeitpunkt der Einschreibung (Baseline) sowie nach zwölf Monaten (Follow-up) statt.

Nach der Auswertung der Daten in den Teilprojekten findet eine gemeinsame Interpretation der Ergebnisse statt. Dabei stellt insbesondere die Verknüpfung der Effekte der Intervention auf Patientenebene mit den Ergebnissen der Prozessanalysen den Schwerpunkt der Betrachtung dar. Bei der Analyse werden verschiedene Fragestellungen berücksichtigt: Sind eventuelle Unterschiede in den Effekten zwischen den Netzen auf unterschiedliche Prozesse bei der Implementation und Durchführung der Intervention zurückzuführen? Sind eventuelle Unterschiede in den Effekten zwischen den Netzen auf unterschiedliche Barrieren in der Umsetzung der Intervention zurückzuführen? Sind eventuelle Unterschiede in den Effekten zwischen den Netzen auf Unterschiede in der Einbindung der Leistungserbringer zurückzuführen?

Erste national und international publizierte Ergebnisse aus der Evaluation liegen bereits vor (Gloystein et al., 2021; Goetz et al., 2021; Wilfling et al., 2021). Die in RubiN eingeschriebenen Patient:innen äußerten sich insgesamt sehr positiv über diese neue Versorgungsform und schätzten vor allem die strukturelle und funktionale Unterstützung, die sie durch das CCM erlebten. Umgekehrt nahmen die Care- und Casemanager:innen einen Zuge-

winn an Wertschätzung und Anerkennung durch die Etablierung eines eigenen Verantwortungsbereiches und Gestaltungsspielraums wahr. Um die Akzeptanz und Zufriedenheit aus der Perspektive der Angehörigen hinsichtlich des CCM zu beurteilen, konnte der Entwicklungsprozess des Fragebogens publiziert und zur Nachnutzung zur Verfügung gestellt werden (Schmitt et al., 2021)..

Projektpartner/Konsortium

Die Konsortialführerschaft des Projektes liegt bei der BARMER. Die Umsetzung der Intervention liegt bei den fünf Praxisnetzen Gesundheitsregion Siegerland, Ärztenetz Lippe, Praxisnetz Herzogtum Lauenburg, Leipziger Gesundheitsnetz, plexxon Ammerland/Uplengen/Wiesmoor. Als Praxisnetze für die Kontrollgruppe beteiligten sich das GKS Gesundheitsnetz Köln-Süd, MuM Bünde sowie genial Lingen. Die Schulung und das Coaching der Care- und Casemanager:innen übernahm GeriNet e.V. Leipzig. Die Evaluation wurde von den Universitäten Greifswald, Frankfurt und Lübeck sowie von der inav GmbH durchgeführt. Beteiligte Krankenkassen sind neben der BARMER die AOK Nordwest, die Techniker Krankenkasse und die KKH. Die Rechtsexpertise stammt von Herrn Dr. Dr. Thomas Ruppel. Weitere Kooperationspartner des Projektes sind die KVen und Ärztekammern der Regionen sowie Geriatrie-Experten wie u. a. das Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst Nord, die IKK classic sowie die AOK Niedersachsen.

Finanzierung

Die Intervention wird aus dem Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit 8,1 Mio. Euro gefördert. Da die Förderung über den Innovationsfonds am 31.12.2020 auslief, sichern bis zur Vorlage des Evaluationsberichtes am 31.03.2022 *RubiN-IV*-Verträge die Fortführung des CCM in allen fünf Interventionsregionen.

Nächste Schritte

Als nächste Schritte ist eine Versorgung in den *RubiN*-Interventionsregionen bis zur Vorlage des Evaluationsberichtes geplant. Zudem wird auf eine weiterführende Vervollständigung der Evaluation hingearbeitet. Weitere zentrale Aspekte bestehen in der Entwicklung der *RubiN*-Rechts-Papers und in der Einbringung von Vorschlägen in den Gesetzgebungsprozess für ein Patientenlotsengesetz. Darüber hinaus wird die Entwicklung einer stabilen Rechtsgrundlage für Praxisnetze als reguläre Anbieter von Versorgungsleistungen angestrebt.

Ansprechpartnerin

Sonja Laag

Leiterin Versorgungsprogramme
BARMER Ersatzkasse
Lichtscheider Str. 89
42285 Wuppertal
Telefon: 0800333004992971
E-Mail: sonja.laag@barmer.de

Literatur

- Gloystein, S., Thomé, F., Goetz, K., Warkentin, N., Mergenthal, K., Engler, F., Amelung, V., Arnold, M., Freigang, F., Klähn, A. K., Laag, S. & van den Berg, N. (2021). RubiN – continuous care in regional networks: a study protocol for a prospective controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02106-z>
- Goetz, K., Warkentin, N., Weiss, L. & Kasprick, L. (2021). „We are the patients’ advocates“: Care and case managers’ reasons to participate in a geriatric health care project – A qualitative study. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 161, 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.12.004>
- Kompetenz-Centrum Geriatrie (o. J.) Vorträge und Veröffentlichungen. https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Seiten/Vorträge_und_Veröffentlichungen.aspx, letzter Zugriff: 30.06.2021
- Laag, S., Sydow, H., Klähn, A.-K., Freigang, F., Lewy, M., Götz, K., van den Berg, N., Gloystein, S., Mergenthal, K., Engler, F., Rühle, A., Herder-Peyrounette, A., Schwerdt, C. & Hentrich, W. (2019). Transferorientiert fördern: Ein RubiN auf Rezept. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 73(6), 36–42. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2019-6-36>
- Schmitt, J., Warkentin, N., Wilfling, D., Steinhäuser, J. & Götz, K. (2021). Ein Case-Management-Fragebogen für Angehörige geriatrischer Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Published. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01871-1>
- Wilfling, D., Warkentin, N., Laag, S. & Goetz, K. (2021). „I have such a great care“ – Geriatric patients’ experiences with a new healthcare model. A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*; 15, 309–315. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.12.004>