

Implementierung eines landkreisübergreifenden Case- und Care-Managements für Hausarztpraxen im ländlichen Raum

O. Rau¹, U. Boltenhagen², E. Lippert¹, S. Joos¹, C. Mahler², O. Piehl³, C. Rother³, H. Sturm¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen

² Abteilung Pflegewissenschaft, Universitätsklinikum Tübingen

³ Abteilung Gesundheit, Landkreis Tübingen

Hintergrund und Zielsetzung

Der demografiebedingt steigende Versorgungsbedarf bei gleichzeitigem Fachkraft- und Hausärztemangel führt zu wachsenden Versorgungslücken. Case- und Care-Management (CCM) Ansätze gelten als zukunftsfähige Lösungsansätze, um Versorgungsbrüche zu vermeiden und (ärztliche) Ressourcen zu sparen. Im Rahmen des vom Sozialministerium BW geförderten Projekts [1] sollte der Einsatz von CCM angedockt an ländliche Hausarztpraxen erprobt und evaluiert und gleichzeitig die regionale Netzwerkbildung gefördert werden.

Vorgehensweise, Methodik

Nach einer theoriegeleiteten Konzeption der komplexen Versorgungsintervention wurde die praktische Implementierung induktiv angegangen und Prozesse, eingeschlossene Personen und das sich daraus ergebende Aufgabenprofil iterativ im Projektverlauf angepasst. Hierzu wurden 2 Workshops mit den Arztpraxen, dem Projektteam und den CCM-Fachkräften, 5 regionale Vernetzungstreffen sowie zahlreiche bilaterale Kontakte und interprofessionelle Fallbesprechungen mit lokalen Akteuren durchgeführt. Es erfolgte eine gemischtmethodische Evaluation unter Verwendung selbstentwickelter Dokumentations- und Befragungsinstrumente.

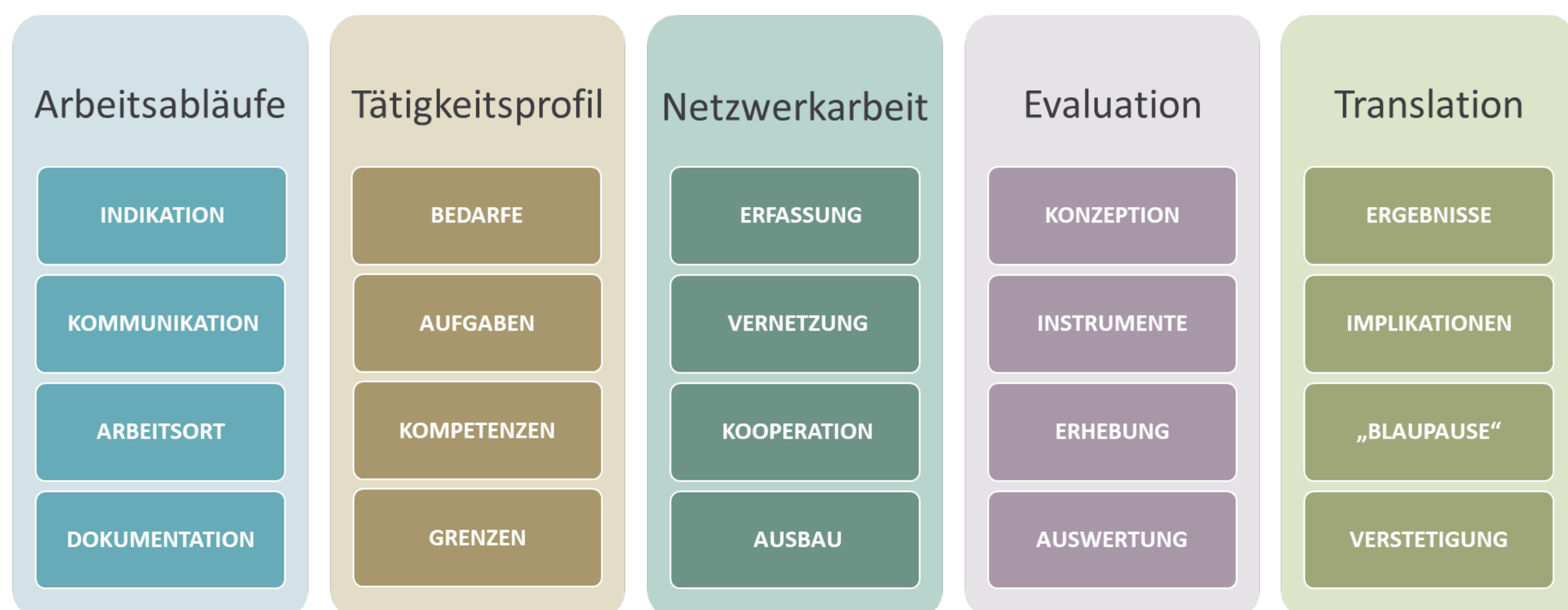


Abb. 1 Projektstruktur in Bezug auf die Zielsetzung

Ergebnisse

1. Umsetzung

Setting: Drei benachbarte hausärztliche Praxen mit 1 bis 4 Ärzt(inn)en aus drei Landkreisen (Calw, Tübingen, Freudenstadt)

CCM-Fachkräfte (CCMs): 2x0,5 VÄ berufserfahrene und unterschiedlich weiterqualifizierte Pflegefachkräfte. Für die Projektphase konnten diese am UK-Tübingen angestellt und damit Haftpflichtfragen geregelt werden. Zu Beginn wurden mehrtägige Hospitationen in den Praxen durchgeführt.

Arbeitsplatz: Die CCMs arbeiteten überwiegend aufsuchend oder in den Praxen.

Patient(inn)en-Einschluss: Bestehen eines (komplexen) Bedarfs nach Einschätzung von Hausarzt(inn)en (HÄ)

Dokumentation: Selbstentwickelte Instrumente

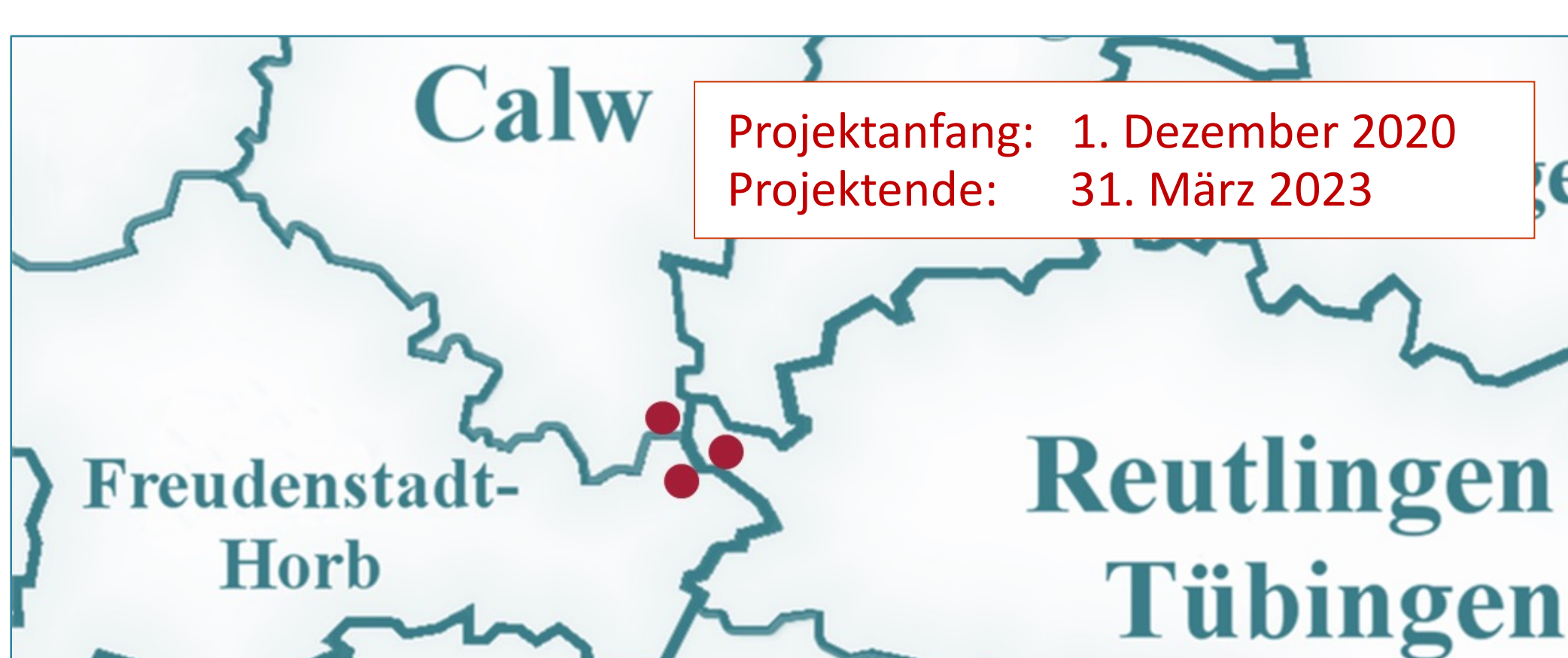


Abb. 2 Standorte der drei im Projekt teilnehmenden HÄ-Praxen

2. Versorgte Personen und Tätigkeitsprofil

Innerhalb von 16 Monaten wurden 85 Patient(inn)en im Alter von 17 bis 100 Jahren (37% < 65 J, 63% ≥ 65 J) an die CCMs verwiesen und erhielten Unterstützungsleistungen. Am häufigsten kamen Bedarfe „Koordination von Leistungen“ (44%, n=37) und „Psychosoziale Entlastung“ (18%, n=15) vor. In 2/3 der Fälle war ein umfassendes Case-Management-Verfahren notwendig. 65% der fallbezogenen Arbeitszeit der CCMs entfiel auf die persönliche oder telefonische Kommunikation mit Betroffenen. Kommunikative Vorgänge mit HÄ und regionalen Akteuren nahmen 17% der Zeit in Anspruch.

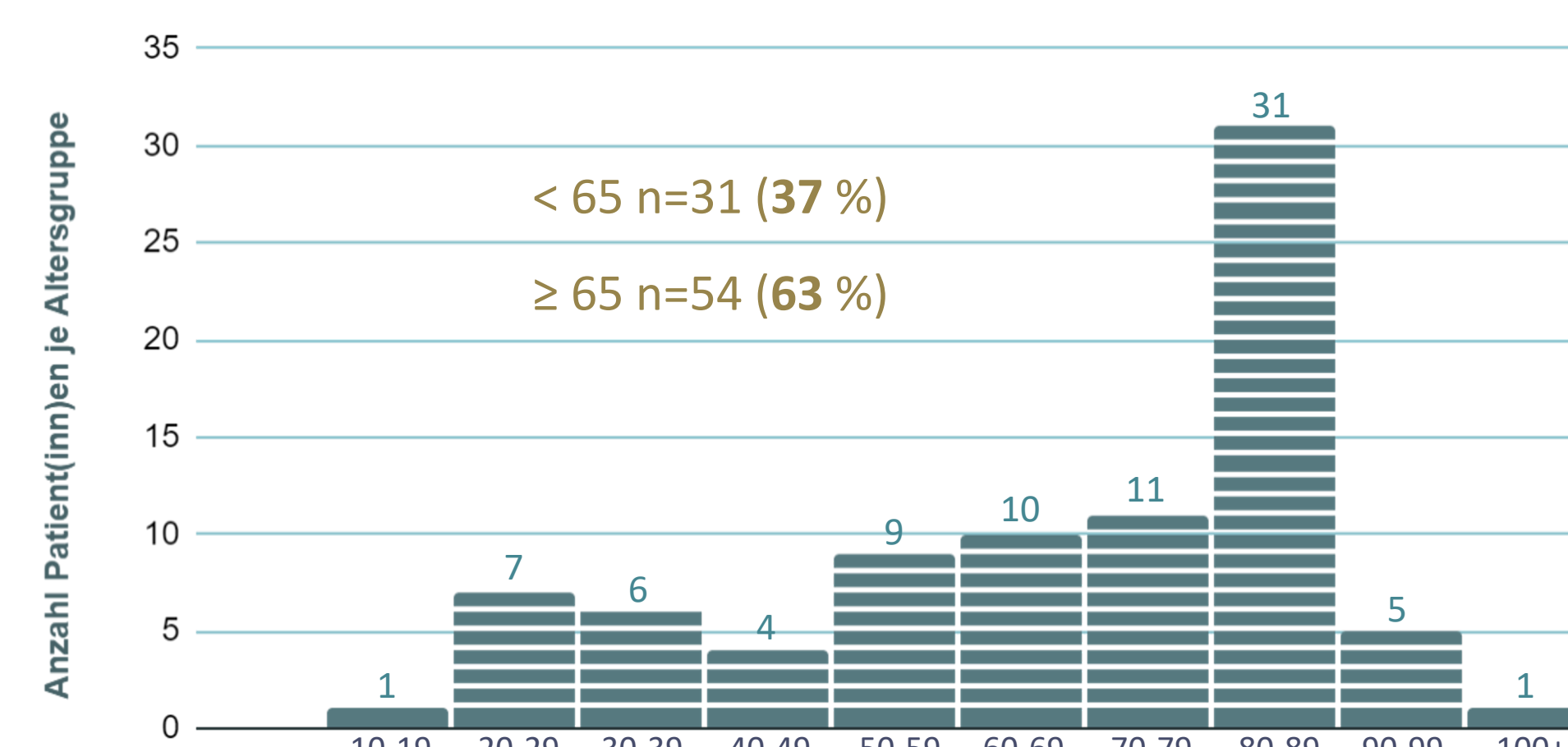


Abb. 3 Altersstruktur und Altersverteilung der im Rahmen des CCM betreuten Personen

3. Akzeptanz und Mehrwert

Aufseiten der HÄ stieg die Inanspruchnahme des CCM mit zunehmendem Verständnis der Möglichkeiten und dem Einsetzen der Routine. Die Auswertungen der Fokusgruppe mit HÄ ergab eine hohe Zufriedenheit bzgl. der Kooperation, des Ablaufs und bzgl. Aufwand und Nutzen (vgl. Zitat). Der enge, unkomplizierte Kontakt zwischen Praxen und CCMs wurde als erfolgskritisch gesehen.

„...Aber mir ist so eine Zahl eingefallen: 1 zu 10. Also ich würde sagen, der Aufwand war 1 und der Benefit war zehnmals höher, also was jetzt die Zeit, die investierte Zeit angeht. Und von daher wird es also für mich ein Verlust sein, weil diese Arbeit jetzt wieder dann auf einen zukommen wird, ja. Oder man muss gucken: Wie kann man das dann verteilen? Oder es besteht dann eben auch ein Versorgungsdefizit für die Patienten...“

Die Patientenbefragung ergab durchweg positive Ergebnisse. Reibungspunkte zeigten sich im regionalen Austausch, wo insbesondere die Abgrenzung zu Pflegestützpunkten kritisch gesehen wurde. Weiterhin schien der direkte Kontakt zum Entlassmanagement zielführend.

Diskussion und Fazit

Das Angebot wurde von HÄ, Betroffenen und CCMs positiv bewertet. Das Fallspektrum war breiter als erwartet, auch Jüngere profitierten von der Unterstützung. Das Tätigkeitsprofil und die Abläufe bildeten sich im Verlauf immer klarer ab. Eine enge Anbindung an und ein informeller Austausch mit den Praxen war ausschlaggebend für die erfolgreiche Umsetzung und Akzeptanz. Ein früher und offener Austausch mit dem regionalen Versorgungsnetzwerk erscheint ebenfalls zwingend geboten, um das neue Angebot in bestehende Angebote zu integrieren und Doppelstrukturen zu vermeiden. Für die langfristige Umsetzung des CCM in die Regelversorgung ist die Klärung der Finanzierung und des rechtlichen Rahmens erforderlich.

Unterstützung

[1] Das Projekt „Aufbau eines Primärversorgungsnetzwerkes durch das Angebot eines Case- und Care-Managements für Arztpraxen im ländlichen Raum“ wurde durch Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz LK Tübingen initiiert und vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg gefördert (AZ 5400.2-006/9)