

Projektvorstellung: Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, Bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement (MamBo)

Johannes Hartrampf¹, Volker Latz², Peter Rehling², Thorsten Wolf², Manfred Klemm³, Jochen Walker⁴, Holger Pfaff¹, Ute Karbach¹

Hintergrund & Fragestellung

Der Bedarf an Koordination und Integration in der segmentierten Versorgung im deutschen Gesundheitssystem ist hinlänglich bekannt.¹ Eine adäquate und effiziente Behandlung von Patient*innen, die sich in einer komplexen – multimorbiden – Krankheitssituation befinden, verlangt nach einer gut strukturierten, informierten und indikationsübergreifenden Behandlung. Krankheitspezifische Versorgungsstrukturen können nicht für jede Krankheit vorgehalten werden. Das MamBo-Versorgungsmodell verfolgt daher eine krankheitsübergreifende Metastrategie und die dafür notwendigen Strukturen werden im Rahmen des Projekts etabliert.

Für die indikationsübergreifende Versorgung werden Public-Health- und Individualziele gleichermaßen fokussiert. Es werden Rahmenbedingungen geschaffen, die es ermöglichen, dass patientenrelevante und sektorenumfassende Informationen den Behandelnden erreichen. Diese werden dadurch entlastet, dass patientennahe sowie koordinative Aufgaben praxisübergreifend an sogenannte Monitoring- und Koordinationsassistent*innen (MoniKa) delegiert werden.

Das Versorgungsmodell MamBo setzt an einem genossenschaftlich organisierten Arztnetz (RGL) an, dessen Mitglieder bereits seit 2014 eine gemeinsame elektronische Netzakte nutzen. Die für dieses Versorgungsmodell notwendigen Strukturen bestehen aus einem Bedarfsmanagement (BM) auf Seiten des Kostenträgers, einem Versorgungsmanagement (VM) seitens des beteiligten Arztnetzes und aus Treffen zu kontinuierlichen Verbesserungsprozessen (KVP). Zu den KVP-Meetings kommen regelmäßig Prozessbeteiligte (z.B. Ärzt*innen, MoniKa, VM) zusammen, um Wege zur Verbesserung der Versorgung in der Region zu diskutieren. Hintergrund des KVP-Prozesses ist das Konzept der Versorgungsentwicklung.² Der Prozess wird begleitet durch ein Unternehmen der Organisationsberatung.

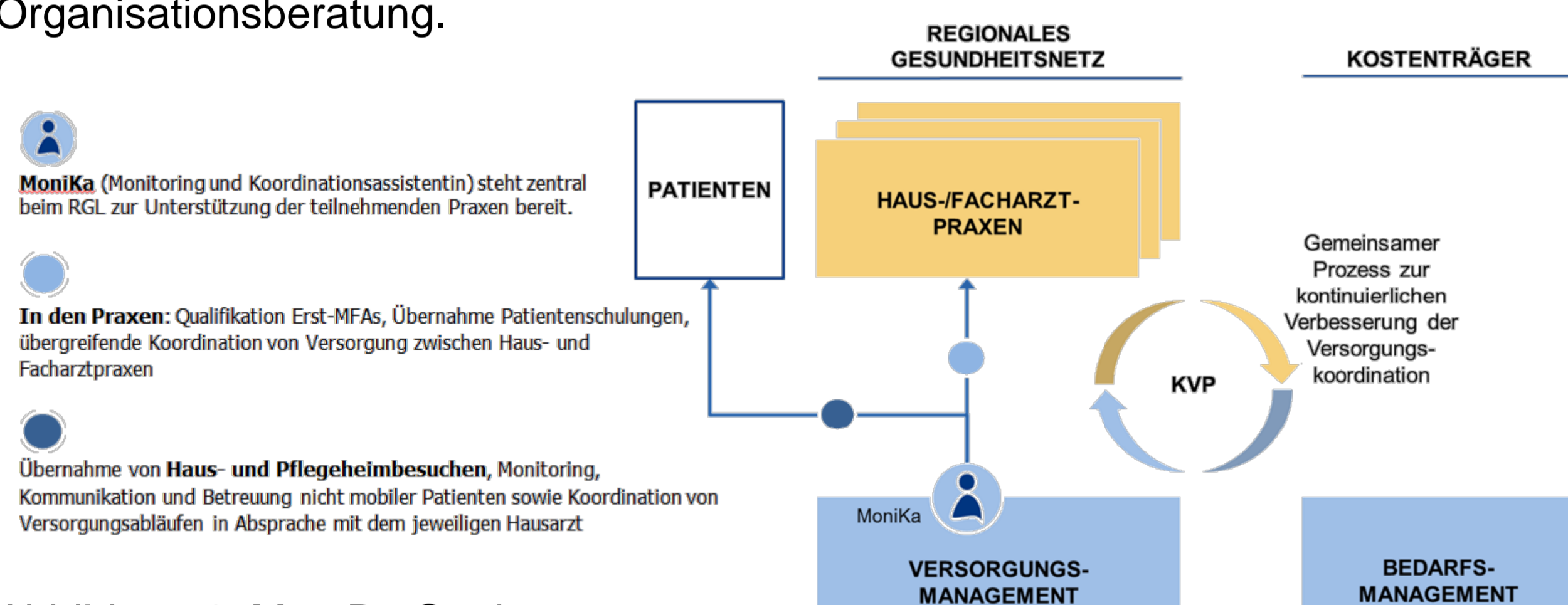


Abbildung 1: MamBo-Struktur.

Fragestellung: Das vorliegende Forschungsprojekt geht der Frage nach, ob es dargestellt am Beispiel multimorbider Menschen, durch die Etablierung einer Kombination von Bedarfs- und Versorgungsmanagement als indikationsübergreifende Metastrategie zu einer Erhöhung der generellen Versorgungseffizienz kommt?

Methoden (1)

Zur angemessenen Berücksichtigung der Heterogenität und Komplexität der neuen Versorgungsstruktur erfolgt die Evaluation formativ und summativ anhand verschiedener Datenquellen.

Im Rahmen der prozessbegleitenden formativen Evaluation³ werden jährliche Erhebungen durchgeführt. Mit Bedarfs- und Versorgungsmanagement wird es Einzelinterviews und mit Ärzt*innen und MoniKa-Fachkräften Fokusgruppen geben. Diese werden in qualitativen Inhaltsanalysen ausgewertet. Endpunkte sind hierbei förderliche und hemmende Faktoren der Innovationsimplementierung sowie die Nützlichkeit des Change Managements als Implementierungsstrategie. Die Ergebnisse werden im Rahmen von Ergebnisworkshops zurückgespiegelt.

Kooperationspartner

- 1 Institut für Medizinsoziologie Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftliche und Medizinische Fakultät der Universität zu Köln (IMVR)
- 2 Pronova BKK (Konsortialführung)
- 3 Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG (RGL)
- 4 Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin GmbH (InGef)

Methoden (2)

Im Rahmen der summativen Evaluation werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität multiperspektivisch untersucht. Hierbei werden verschiedene primäre und sekundäre Datenquellen verwendet.

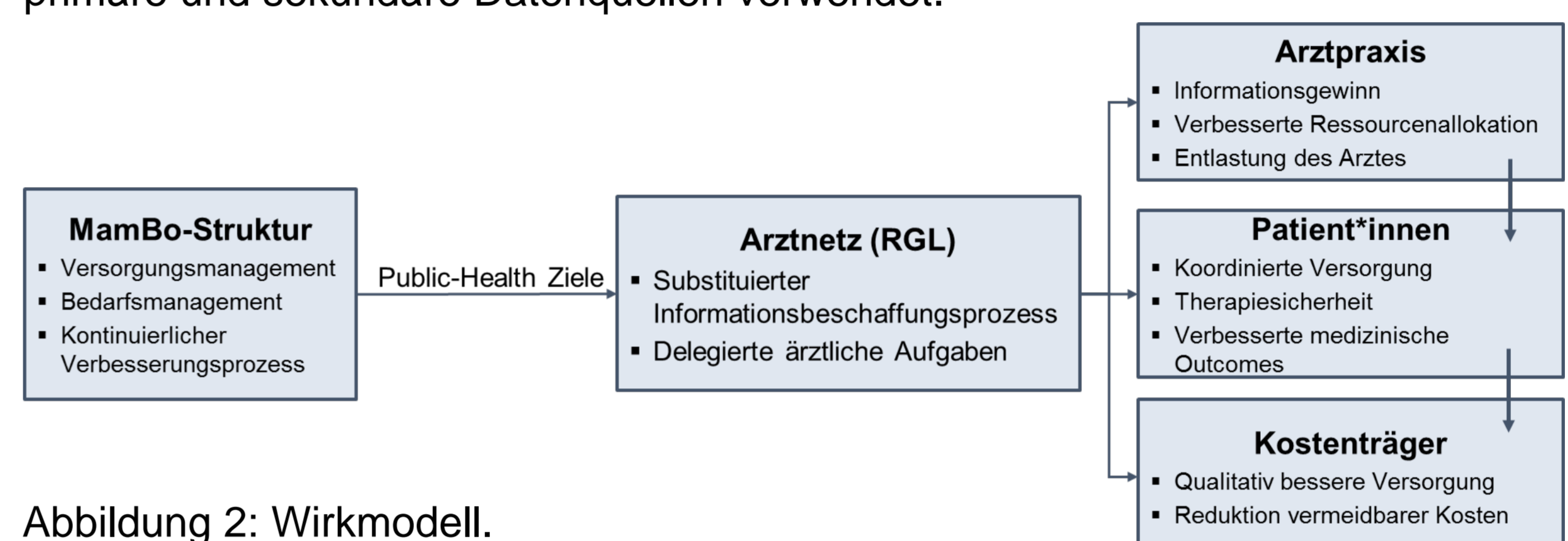


Abbildung 2: Wirkmodell.

Zum einen werden Befragungen im Prä-Post-Design durchgeführt (Patient*innen der Evaluationsgruppe N=2.617, Ärzt*innen N=80, Praxismitarbeitende N=320). Alle Befragungen erfolgen postalisch zu zwei Zeitpunkten nach Dillman's Total Design Methode.⁴ Zum andern werden im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse im quasiexperimentellen Design Struktur-, Prozess- und Ergebniszahlen betrachtet (Zielpopulation N=8.723, Evaluationsgruppe n=2.617, quasi-experimentelle Zwillingsgruppe (HRI-Routinedaten)⁵ N=2.617). Endpunkte der Analyse sind hier u.a. Kennzahlen zur Hospitalisierung, zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen und allgemein zur Koordination des Leistungsgeschehens. Auch Sekundärdaten aus der Dokumentation des Arztnetzes (z.B. Tätigkeitsdokumentationen des Versorgungsmanagements) werden analysiert. Die Analysen der verschiedenen Datenbasen werden einander gegenübergestellt.

Mögliche Ergebnisse und praktische Implikationen

Das Ergebnis soll sich sowohl anhand von patientenbezogenen Versorgungszielen, als auch leistungserbringerbezogenen und kostenträgerbezogenen Zielen messen lassen. Es wird erwartet, dass sich im Rahmen der Sekundärdatenanalyse ein Rückgang an Hospitalisierungen, ambulant sensitiven Krankenhausdiagnosen, Facharztbesuchen gleicher Fachrichtung und Kontakten zum ärztlichen Bereitschaftsdienst zeigt. Mögliche Ergebnisse der Befragungen im Rahmen des Projektes sind eine Entlastung der Ärzt*innen in der Informationsbeschaffung und eine Entlastung durch die Delegation ärztlicher Aufgaben, sowie eine von allen Stakeholdern spürbar verbesserte Versorgungskoordination. Aus ökonomischer Perspektive wird langfristig eine Kostenreduktion erwartet. Ob entsprechende Nachweise trotz des kurzen Evaluationszeitraumes erfolgen können, ist nicht klar zu sagen.

Die Metastrategie des indikationsübergreifenden Bedarfs- und Versorgungsmanagements ist prinzipiell vom hier vorgestellten Anwendungsfeld losgelöst anwendbar und unabhängig von der Region Leverkusen. Bei Erfolg ist eine Übertragbarkeit auf andere Populationen und Erkrankungen ebenso möglich, wie eine Ausweitung auf weitere Kostenträger und Arztnetze oder arztübergreifende Körperschaften.

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, ed. *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Kurzfassung*. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.; 2009.
2. Pfaff H, Pfortner T. *Gesundheitssystemgestaltung, Versorgungsgestaltung und Versorgungsentwicklung*. In: Richter M, Hurrelmann K, eds. *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016:327–340.
3. Stetler CB, Legro MW, Wallace CM, et al. *The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience*. *J Gen Intern Med*. 2006;21 Suppl 2:S1-8.
4. Dillman DA, ed. *Mail and telephone surveys: the total design method*. New York u. a.: Wiley; 1978.
5. Andersohn F, Walker J. *Characteristics and external validity of the German Health Risk Institute (HRI) Database*. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2016;25:106–109.

Kontakt

Johannes Hartrampf
IMVR
Eupener Straße 129
D-50933 Köln

+49 (0)221 478 97158
johannes.hartrampf@uk-koeln.de
www.imvr.de

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!