

Konsortialführung:	mamedicon GmbH
Förderkennzeichen:	01NVF17048
Akronym:	VeMaWuRLP
Projekttitel:	VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
Autoren:	Maik Stendera, Uwe Imkamp, Elke Raum, Manfred Erbsland, Maike Scheipers, Leonore Köhler, Karoline Haag, Elke Butzen-Wagner
Förderzeitraum:	1. Mai 2018 – 30. April 2022

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	3
II.	Abbildungsverzeichnis.....	4
III.	Tabellenverzeichnis.....	4
1.	Zusammenfassung.....	5
2.	Beteiligte Projektpartner.....	6
3.	Projektziele.....	7
4.	Projektdurchführung.....	8
4.1.	Beschreibung der neuen Versorgungsform.....	8
4.2.	Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform.....	11
4.3.	Implementierung und Herausforderungen.....	11
5.	Methodik.....	14
5.1	Darstellung des Studiendesign.....	14
5.2	Zielpopulation und Ein- und Ausschlusskriterien.....	14
5.3	Fallzahlen und Drop-out.....	15
5.4	Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung.....	17
5.5	Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte.....	17
5.6	Auswertungsmethoden.....	19
5.7	Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte.....	20
5.8	Form der (Primär-) Datenerhebung.....	20
5.9	Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation.....	22
5.10	Darstellung der qualitativen Evaluation.....	24
6.	Projektergebnisse.....	29
6.1	Beschreibung der Studienpopulation.....	29

6.2	Ergebnisse der quantitativen Evaluation.....	32
6.3	Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analyse	36
6.4	Ergebnisse der qualitativen Evaluation	41
7.	Diskussion der Projektergebnisse	42
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	44
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	44
10.	Literaturverzeichnis.....	45
11.	Anhang	46
12.	Anlagen.....	46

I. Abkürzungsverzeichnis

AP	Arbeitspaket
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
DFS	Diabetisches Fuß Syndrom
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DLR	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab im Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung
EQ-VAS	Euro-QoL Visuelle Analogskala
FM	Fallmanagement
FU	Follow Up
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GWQ	GWQ ServicePlus AG (Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei den Krankenkassen)
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HHVG	Heil- und Hilfsmittel Versorgungsstärkungsgesetz
HWG LU	Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen
ICER	Incremental Cost Effectiveness Ratio
IT	Informationstechnik
IV	Integrierte Versorgung
95%-KI	95% Konfidenzintervall
KF	Konsortialführer
KP	Konsortialpartner
KoopPartner	Kooperationspartner
LQ	Lebensqualität
NFV	Neue Versorgungsform
NYHA	New York Health Association, Schema zur Einteilung der Herzinsuffizienz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PZN	Pharmazentralnummer
QoL	Quality of Life
RCT	Randomized Controlled Trial
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SOP	Standard Operating Procedure
StE	Studieneinrichtung
T	Zeitpunkt einer Untersuchung (im Versorgungsmodell T0, T6, T12)
TK	Techniker Krankenkasse
UC	Usual Care

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Interviewteilnahme.....	13
Abbildung 2: Flussdiagramm VeMaWu RLP.....	16
Abbildung 3: Datenlinkage über die Vertrauensstelle.....	24
Abbildung 4: Qualitatives Evaluationsdesign im Überblick.....	25

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Konsortialpartner.....	6
Tabelle 2: Übersicht Kooperationspartner.....	6
Tabelle 3: Sekundäre Zielgrößen und ihre Operationalisierung.....	17
Tabelle 4: Instrumente Ärztlicher Erhebungsbogen zu den Messzeitpunkten.....	21
Tabelle 5: Instrumente Patientenfragebogen.....	21
Tabelle 6: Übersicht einbezogener Kostenarten und Variablen.....	23
Tabelle 7: Anzahl Einzel- und Gruppeninterviews nach Befragungsgruppe.....	26
Tabelle 8: Erhebungszeiträume und Instrumente der qualitativen Evaluation.....	28
Tabelle 9: Themenbereiche qualitative Interviews mit den Patient:innen.....	28
Tabelle 10: Baseline-Charakteristika der Fallmanagement- und Kontrollgruppe.....	30
Tabelle 11: Baseline-Charakteristika Wunde und Lebensqualität nach Behandlungsart.....	31
Tabelle 12 : Übersicht der Endpunkt-Ergebnisse nach 6 bzw. 12 Monaten.....	34
Tabelle 13: Deskriptive Maße zu den ambulanten Kosten ohne und mit häuslicher Krankenpflege.....	37
Tabelle 14: Deskriptive Maße zu den Stationären Kosten ohne und mit häuslicher Krankenpflege.....	37
Tabelle 15: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis ohne Interventionskosten und Krankengeld.	38
Tabelle 16: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis mit Interventionskosten.....	38
Tabelle 17: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis mit Interventionskosten und Krankengeld.....	39
Tabelle 18: Kosten-Lebensqualitätsverhältnis ohne Interventionskosten.....	40
Tabelle 19: Kosten-Lebensqualitätsverhältnis mit Interventionskosten.....	40
Tabelle 20: Kosten-Lebensqualitätsverhältnis mit Interventionskosten und Krankengeld.....	40

1. Zusammenfassung

Zwischen 400.000 und 1,8 Millionen Menschen mit schwer heilenden Wunden werden nach Expertenschätzungen in Deutschland behandelt. Aufgrund der chronischen, meist langjährigen Verläufe sind schwer heilende Wunden für das Gesundheitssystem auch von hoher ökonomischer Bedeutung. Die Defizite in der Versorgung chronischer Wunden wurden durch die Forschung der letzten Jahre offenbart. Auf Systemebene sind dies eine unzureichende Kommunikation und organisatorische Abläufe im Versorgungsbereich. Seitens der Risikopatient:innen mangelt es oft an Wissen um Prävention, was zu großen Problemen in der Versorgung und häufigen Rezidiven führt. Bei diesen Versorgungslücken setzt das Projekt mit der Erprobung des Versorgungsmanagement Wunde Rheinland-Pfalz an: interdisziplinäre Vernetzung der Leistungserbringer, eine sektorenübergreifende Begleitung und Unterstützung von Menschen mit chronischen Wunden durch ein Fallmanagement und situationsspezifische individuelle Schulungen und Coaching der (Risiko-)Patient:innen und ihrer Zugehörigen.

Zur Evaluation der Versorgungsform wurde ein Mixed-Methods-Design umgesetzt. Die Wirksamkeit der Versorgung wurde hinsichtlich medizinischer Parameter und Lebensqualität überprüft, primäre Zielgröße war die Wundheilungsrate mit der Hypothese eines statistisch nachweisbaren Unterschieds zugunsten der Intervention. In einer gesundheitsökonomischen Analyse wurde ein Teil der Primärdaten mit Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkasse verknüpft. In einer Programmevaluation wurden auf Basis von Konzeptanalyse und rekonstruiertem Zielsystem die Umsetzung und Effektivität aus Perspektive der unterschiedlichen Anspruchsgruppen evaluiert.

Nach einem Jahr Versorgung konnten weder in den medizinischen Parametern noch in der Lebensqualität signifikante Vorteile in der Fallmanagementgruppe gegenüber der Kontrollgruppe festgestellt werden. Es ergaben sich jedoch Hinweise, dass stratifiziert nach Wundart unterschiedliche Wirksamkeit erreicht werden könnte. Für eine Teilpopulation war ein Linkage mit GKV-Daten möglich. Durch die geringe Schnittmenge war die Aussagekraft von Analyseergebnissen auf Basis des gelinkten Datensatzes stark eingeschränkt. Es war keine abschließende Aussage über die Kosteneffizienz des Fallmanagements möglich.

Zusammengefasst stützen unsere Ergebnisse die primäre Hypothese nicht, dass durch ein begleitendes Fallmanagement eine höhere Wundheilungsrate erreicht wird; ebenso konnte keine höhere Lebensqualität erreicht werden.

Eine Wirksamkeit des Fallmanagements bei chronischen Wunden konnte aufgrund geringer erreichter Fallzahlen nicht zweifelsfrei belegt werden; infolge sind robuste versorgungsrelevante Schlussfolgerungen nicht ableitbar. Explorative Analysen zeigen Ansatzpunkte für weitere Forschung zu Zielgruppen des Versorgungsmanagements.

2. Beteiligte Projektpartner

Konsortialpartner

Name Einrichtung	Name Institut	Name Projektleitung	Besonderheiten in der Projektstruktur, Verantwortlichkeiten	Ansprechpartner für Rückfragen
mamedicon GmbH	Geschäftsführung	Uwe Imkamp	Konsortialführer	Maik Stendera
Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft HWG Ludwigshafen	Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)	Prof. Dr. Elke Raum Prof. Dr. Manfred Erbsland	Evaluator	Prof. Dr. Elke Raum
Techniker Krankenkasse		Mechthild Fröhlich	Konsortialkrankenkasse	Mechthild Fröhlich
GWQ-Service-Plus AG	Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität	Oliver Harks Katharina Strunk	Konsortialkrankenkassen Vertretende Kassen: BAHN-BKK, Bertelsmann BKK, BKK Deutsche Bank AG, BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg, Daimler BKK, energie BKK, Heimat Krankenkasse, IKK Südwest, Merck BKK, SBK Siemensbetriebskrankenkasse, Südzucker BKK, vivida BKK	Oliver Harks Katharina Strunk

Tabelle 1: Übersicht Konsortialpartner

Kooperationspartner laut Antragstellung

Name Einrichtung	Name Institut	Name Projektleitung	Besonderheiten in der Projektstruktur, Verantwortlichkeiten	Ansprechpartner für Rückfragen
Wundnetz Rheinland-Pfalz e.V.	Vereinsvorsitz	Elke Butzen-Wagner		Elke Butzen-Wagner
Initiative Chronische Wunden e.V.	Vereinsvorsitz	Veronika Gerber		Veronika Gerber
Dt. Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V.	Vereinsvorsitz	Uwe Imkamp		Uwe Imkamp
Jalomed GmbH	Geschäftsführung	Stefan Glau	Elektronische Dokumentationsplattform	Stefan Glau
DMRZ GmbH			Elektronische Abrechnung mit Konsortialkassen	
Fußnetz RLP-Saarland e.V.		Dr. Schmidt-Reinwald	Abgleich Fallmanagement DFS Patienten	Dr. Schmidt-Reinwald

Tabelle 2: Übersicht Kooperationspartner

3. Projektziele

Zwischen 400.000 und 1,8 Millionen Menschen mit schwer heilenden Wunden werden nach Expertenschätzungen in Deutschland jährlich behandelt (Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung Köln, 2016; Heyer, 2016; Heyer et al, 2016; Dissemond, Kröger, 2019). Für die betroffenen Patient:innen, ihre Angehörigen, und die versorgenden Ärzt:innen und Pflegenden stellen diese Wunden eine große Herausforderung dar. Aufgrund der chronischen, meist langjährigen Verläufe sind schwer heilende Wunden für das Gesundheitssystem zudem von hoher ökonomischer Bedeutung. Die Kosten der Versorgung für die GKV werden für Menschen mit einem Ulcus cruris beispielsweise auf 8.452 € bis 10.384 € jährlich geschätzt. Allein Arzneimittel und Medizinprodukte werden mit 1.646 € je Patient:in beziffert (Purwins et al, 2010; Augustin et al, 2016; Muller-Buhl et al, 2013).

Menschen mit diesem Krankheitsbild sind in der Regel multimorbide und werden oftmals über Jahre durch verschiedene Gesundheitseinrichtungen behandelt. Defizite in der Versorgung chronischer Wunden wurden durch die Forschung der letzten Jahre offenbart. Auf Systemebene wird insbesondere auf eine unzureichende Kommunikation und organisatorischen Verbesserungsbedarf im Versorgungsbereich hingewiesen (Augustin et al, 2016). Die supportive Behandlung von ursächlichen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus oder Gefäßerkrankungen, wird oftmals vernachlässigt; Patient:innen mit Krankheitsrisiken für chronische Wunden bleiben zu lange ohne klare Diagnose und kausale Therapien. Die Erkenntnis, dass für die Behandlung eines oder einer einzelnen Patient:in regelhaft mehrere ärztliche Disziplinen und weitere Berufsgruppen involviert sein müssen¹, findet nur langsam Umsetzung. Eine Kooperation der relevanten (Fach-)Arztgruppen und weiterer Berufsgruppen interdisziplinär und sektorenübergreifend findet eher "zufällig" statt. Dabei zeigten bereits Studien, dass durch interprofessionelle Versorgung mit einem adäquaten Schnittstellenmanagement bspw. eine Verkürzung der Heilungszeit zu erreichen wäre (Dissemond, Kröger, 2019; Kjaer et al, 2005; Harrison et al, 2005).

Ebenso mangelt es bei Risikopatient:innen an Wissen und Praxis zur Prävention. Das führt zu einem zu großen Problemen in der Versorgung der chronischen Wunden und zum anderen zu gesteigerten Rezidivhäufigkeiten. Ansatzpunkte zur Verbesserung werden insbesondere in einer patientenorientierten Ausrichtung der Versorgung gesehen: der Beteiligung der Patient:innen, ihre Befähigung zur wundheilungsfördernden Gestaltung des Lebensumfeldes, sowie einer Unterstützung der an der Pflege und Lebensgestaltung der Patient:in beteiligten Personen.

Das Projekt VeMaWuRLP mit der Erprobung eines neuen Versorgungsmanagements setzt bei diesen Versorgungslücken an.

Im quantitativen Teil der Evaluation wurden folgende Fragestellungen bearbeitet bzw. in Hypothesen überprüft. Die Endpunkte zum medizinisch-pflegerischen Ergebnis der Versorgung wurden wie folgt spezifiziert:

1. Fällt die Heilungsrate nach 12 Monaten mit Fallmanagement signifikant höher aus als in der Vergleichsgruppe (primärer Endpunkt)?
2. Kann durch Fallmanagement eine Eskalation insofern verhindert werden, dass in dieser Gruppe im Jahreszeitraum eine geringere Amputationsrate zu beobachten ist?

¹ So versah bereits 2012 die S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus“ die Notwendigkeit, multidisziplinärer, sektorenübergreifender Elemente integrierter Versorgung sinnvoll zu kombinieren mit Evidenzgrad B. Vgl. Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (Hrsg.): Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz. Stand: 12.06.2012 Version 1. Gießen 2012.

3. Kommt es mit dem Fallmanagement zu weniger wundbezogenen Krankenhauseinweisungen und zu weniger Krankenhausaufenthalten innerhalb eines Jahres insgesamt?

4. Werden bei erwerbstätigen Patient:innen mit Fallmanagement im Vergleich durchschnittlich weniger Tage der Arbeitsunfähigkeit berichtet?

Der Patientennutzen wird mit folgenden Fragestellungen betrachtet:

5. Zeigen Patient:innen mit Fallmanagement nach 12 Monaten eine höhere allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität gemessen über den EQ-5D-5L Index?

6. Wird die Belastung durch die chronische Wunde insgesamt oder in einzelnen Lebensbereichen reduziert, wenn die Patient:innen durch ein Fallmanagement unterstützt werden (Krankheitsspezifische Lebensqualität)?

7. Ist in der Fallmanagementgruppe eine geringere Ausprägung von Depression und Angst gegenüber der Kontrollgruppe zu beobachten?

Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation war es, die Kosteneffizienz des Fallmanagements im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche eine Versorgung gemäß der Regelversorgung erhalten hat, zu bestimmen. Hierzu wurde das inkrementellen Kosten-Nutzenverhältnis (ICER) benutzt.-

Ziel der qualitativen Evaluation ist es, handlungsrelevantes Wissen in Bezug auf die Konzeption und Umsetzung des Programms VeMaWuRLP und seine Wirkungen zu schaffen und Empfehlungen zu formulieren. Die qualitative Evaluation zeigt auf, inwiefern sich das Vorgehen bewährt hat und an welchen Stellen es Optimierungsbedarf gibt. Die Erkenntnis hinsichtlich der Wirksamkeit des Kaskadenprogramms wird zum Hauptziel der qualitativen Evaluation. Im Rahmen der qualitativen Evaluation wird die Sicht auf die Erfahrungen der Menschen mit chronischen Wunden, die Einschätzung der Akteure der Versorgung und die Aktivitäten und Meinungen der Fallmanager:innen gelenkt.

Die übergeordneten Fragestellungen der qualitativen Evaluation sind wie folgt formuliert:

Wie effektiv und effizient unterstützt das Fallmanagement die angestrebte patientenorientierte, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Beteiligten?

Wie reagieren Patient:innen und ihr soziales Umfeld auf die durch ein Fallmanagement strukturierte Wundversorgung und inwieweit berichten die Betroffenen von Verbesserungen im täglichen Leben?

4. Projektdurchführung

4.1. Beschreibung der neuen Versorgungsform

Die Zielgruppe des Versorgungsmanagements Wunde sind Menschen in der ambulanten Versorgung mit chronischen Wunden, also Wunden, die seit mehr als vier Wochen bestehen und keine Heilungstendenz aufweisen. Auf Basis der Diagnostik werden diese nach unterschiedlichen Krankheitsursachen klassifiziert, dass ein standardisiertes Therapieregime ergriffen werden kann.

Unter Versorgungsmanagement wird die vollumfängliche Betrachtung des Menschen, seiner Ressourcen und seiner gesundheitlichen Defizite verstanden. Für die Unterstützung des Menschen im Rahmen des Versorgungsmanagements werden neben dem indikationsbezogenen Fallmanagements (Sach- und Fachkompetenz) das formelle und informelle Netzwerk sowie weitere komplementäre Unterstützungsmöglichkeiten benötigt. Das Konzept des Versorgungsmanagements Wunde basiert auf dem Fallmanagement-Prozess.

In diesem Kontext wird unter Regelversorgung die bestehende durch Ärzt:innen bzw. Pflegediensten stattfindende medizinische und pflegerische Behandlung der Wunden ohne Fallmanagement verstanden.

Damit unterscheidet sich die neue Versorgungsform anhand folgender Kennzeichen von der Regelversorgung:

1. Die standardisierte qualitätsgesicherte Koordination der Leistungserbringung unter Beachtung der ICW-Wundsiegel Kriterien.
2. Die sektorübergreifende Koordination (Fallmanagement) von Einzelmaßnahmen zur Verbesserung von Patienten-Compliance und -Adhärenz; Verbesserung des medizinischen Outcomes, Patientenedukation, Vermeidung von Fehlverhalten nach der Abheilung, Förderung der Rezidivprophylaxe durch den Fallmanager (vgl. zur Definition des Fallmanagement Anlage_1).
3. Das enge interdisziplinäre Zusammenspiel aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzt:innen, Fachärzt:innen, Physiotherapie, Podologie, Verbandmittelversorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige).
4. Die aktive Einbeziehung der Patient:innen durch eine situationspezifische Schulung sowie Coaching.
5. Die zentrale Datenerfassung und Qualitätssicherung mittels einer webbasierten Steuerungsplattform.

Die Leistungen der Intervention sind ergebnisorientiert in einer Zielmatrix veranschaulicht (vgl. Evaluationsbericht, Kapitel 2.3.1 zum Wirkmodell). An den individuellen Fall angepasst erbringt das Fallmanagements zum Erreichen der Ziele verschiedene Leistungen:

- Aufbau direkter Kommunikationspfade mit Haus- und Facharztpraxen, regelmäßiger Austausch,
- Sammeln und Vervollständigen aller verfügbaren medizinischen Befunde und Laborergebnisse und Vervollständigen,
- Führen und Kommunizieren der digitalen Dokumentation,
- Teilnahme an Verbandwechselterminen mit dem Pflegedienst,
- Regelmäßige Re-Assessments (in der häuslichen Umgebung),
- Beratung der Patient:innen zu wundbezogenen Gesundheitsfragen, Hilfsmittelversorgung, heilungsförderliche Lebensumwelt,
- Anleitung zu Wundpflege-Prozeduren und gesundheitsförderlichem Handeln,
- Bedarfsorientierte Erweiterung des Gesundheitswissens,
- Fallbesprechungen vorbereiten und durchführen,
- Unterstützung von Aufbau und Organisation regionaler Wundnetze.

Der zeitliche Aufwand der Fallbegleitung wurde mit 8,5 Stunden inklusive Dokumentation im ersten Monat (Startmodul) und mit 8 Stunden in den Monaten 2 bis 6 veranschlagt. Für weitere 6 Monate der Nachsorge wurde der Aufwand auf jeweils 1,5 Stunden pro Fall reduziert (siehe Anlage 1, Abschnitt D.3_Pflegerische Fallführung von Menschen mit chronischen Wunden).

Das Profil der:des Fallmanager:in Chronische Wunde setzt eine nachgewiesene Wundexpertise (Wundexperte ICW® oder eine vergleichbare Weiterbildung) voraus; integriert werden die strukturellen Prozesse der pflegerischen Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Darauf aufbauend bilden die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität sowie edukative Anteile Schwerpunkte der Tätigkeit.

Die Qualifizierung der künftigen Fallmanager:innen umfasste 72 Unterrichtsstunden, verteilt auf neun Ausbildungstage. Wesentliche Elemente dieser Fortbildung in Modulen beziehen sich auf die Vermittlung von

- Methodik und Steuerung im Fallmanagement von Menschen mit chronischen Wunden,
- rechtlichem und verwaltungsspezifischem Vertiefungswissen in SGB V und XI,
- Lebenslagen- und krankheitsbezogenes Wissen in Bezug auf Menschen mit chronischen Wunden,
- Fachcontrolling,
- Methoden der Gesprächsführung und Individualberatung,
- Kooperation- und Netzwerkmanagement.

Mit einer Definition des Schulungscurriculums sind Spezifikation und Umfang der einzelnen Module im Handbuch festgelegt (vgl. Anlage 1_Grundlagen Fallmanagement, Kapitel C.3.2). Im Rahmen des Projektes wurden die Fallmanager:innen als Freiberufliche oder in Nebentätigkeit verpflichtet. Die „freien“ Fallmanager:innen wurden bezgl. des Haftpflichtrisikos über die mamedicon GmbH bei der Versicherung gemeldet und geführt. Dieser Aspekt wurde Bestandteil des Vertrages zur Besonderen Versorgung.

Die Konsortialpartner hatten für die Bearbeitung der Arbeitspakete unterschiedliche Verantwortliche benannt.

mamedicon GmbH (KF)

Uwe Imkamp (Leitender)

Elke Butzen Wagner (Betreuung Fallmanagement)

Maik Stendera (Zusammenarbeit KP)

HWG LU (Evaluator)

Prof. Dr. Elke Raum

Prof. Dr. Manfred Erbsland (quantitative Evaluation)

Karoline Haag (Betreuung Studieneinrichtungen)

Leonore Köhler (quantitative Evaluation)

Maike Scheipers (qualitative Evaluation)

TK (Konsortialkasse)

Mechthild Fröhlich

GWQ ServicePlus AG

Christian Mävers (2018-2021) Projektleitung

Carola Eli (2018-2020) ausführende Fachexpertin

Sabrina Reinders (2020) ausführende Fachexpertin

Oliver Harks (2021-2022) Projektleitung

Katharina Strunk (2021-2022) ausführende Fachexpertin

4.2. Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform

Das Fallmanagement wird tätig auf der Basis eines Vertrages nach § 140a SGB V für ein Versorgungsmanagement bei chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz „(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung, bzw. „Besondere Versorgung im Sinne des SGB V) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge ...“.

Im Laufe des Jahres 2019 wurde deutlich, dass die geplante Teilnehmerzahl im vorgesehenen Rekrutierungszeitraum nicht erreicht werden kann. Es wurde neben dem Angebot an die Versicherten der Konsortialkrankenkassen auch die Teilnahmeoption für Versicherte aller anderen gesetzlichen Krankenversicherungen beantragt. Diesem Antrag wurde vom Projektträger stattgegeben. Die gesetzliche Grundlage für diese Teilnahme wurde durch die Unterzeichnung (der Teilnehmenden) von Behandlungsverträgen nach § 630a BGB abgesichert.

4.3. Implementierung und Herausforderungen

Arbeiten, die im Rahmen der Evaluation nicht wie geplant durchgeführt werden konnten und eventuelle Konsequenzen für das Projekt, ergaben sich wie folgt:

Aufgrund zögerlicher Einschlusszahlen wurde eine kostenneutrale Projektverlängerung um ein Jahr mit einer entsprechenden Verlängerung der Rekrutierungszeit sowie eine Reduktion der Teilnehmerzahl beantragt. Mit dem positiven Bescheid des Antrags zu Öffnung für weitere Teilnehmende wurden weitere Erhebungszentren akquiriert. Es wurde eine umfangreiche Fach- und Öffentlichkeitsarbeit initiiert, u.a. ein Artikel in der Apotheken Umschau und im rheinland-pfälzischen Ärzteblatt. Letztendlich wurde eine kostenneutrale Projektverlängerung um ein Jahr mit einer entsprechenden Verlängerung der Rekrutierungszeit sowie eine Reduktion der Teilnehmerzahl beantragt. Die Reduktion der geplanten Teilnehmerzahl beeinflusste die Aussichten für das Erreichen der Projektziele bezüglich der quantitativen Evaluation insofern, dass die statistisch nachweisbaren Effekte nun größer sein mussten. Weiterhin hat die Öffnung der Studie für Versicherte von Nicht-Konsortialkrankenkassen nach § 630a BGB zur Folge, dass für diese nur Primärdaten zur Verfügung stehen, aber keine Abrechnungsdaten der Krankenkassen, die für die gesundheitsökonomische Analyse notwendig sind. Dies bedeutet, dass Kosten nur für ein Teilkollektiv der Teilnehmer:innen berechnet werden können, mit der entsprechend niedrigeren statistischen Aussagekraft. Nicht beeinträchtigt sind Ergebnisse des qualitativen Teilprojektes und die Verknüpfung mit den quantitativen Daten im Mixed-Methods-Ansatz.

Grundsätzlich ist der Studienverlauf ab dem Frühjahr 2020 von den Auswirkungen der Corona-Pandemie geprägt: Die Restriktionen, die durch Corona vor allem im stationären Sektor notwendig waren, insbesondere die Einschränkungen der regulären medizinischen Versorgung (Schließung von Ambulanzen, Verschiebung elektiver Eingriffe, etc.), hatten Auswirkungen auf die Rekrutierung von neuen Patient:innen in den teilnehmenden Krankenhäusern. Im ambulanten Sektor war dies zunächst weniger bedeutsam, da die teilnehmenden niedergelassenen Arztpraxen ihrem regulären Versorgungsauftrag nachkamen und auch weiterhin Patient:innen in die Studie aufnahmen. Wenngleich auch die Bereitschaft der Patient:innen durch die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Empfehlungen abnahm, an wissenschaftlichen Studien teilzunehmen.

Vergleichbare Auswirkungen waren auch für die Folgeuntersuchungen nach 6 und 12 Monaten zu beobachten. Auch hier stellte es sich für die teilnehmenden Krankenhäuser aufgrund der gegebenen Corona-bedingten Restriktionen schwieriger dar, diese durchzuführen, als bei den niedergelassenen Studienärzt:innen. Bei Einladung zu den Folgeuntersuchungen äußern die Patient:innen zudem Ängste, sich in die Studieneinrichtungen zu begeben bzw. ggf. für Hin- und

Rückweg auf den ÖPNV angewiesen zu sein. Als Reaktion auf den 1. Lockdown wurde mit allen Studieneinrichtungen routinemäßig Rücksprache gehalten, inwieweit und wie lange die jeweilige Situation vor Ort die Rekrutierung und Folgerhebung im Rahmen des Projekts beeinträchtigt. Allen rekrutierenden und erhebenden Einrichtungen wurde Unterstützung bei Problemen infolge des Infektionsgeschehens angeboten. Die terminierten ärztlichen Erhebungen wurden ausgesetzt bzw. auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, um unnötige Infektionsrisiken für die Studienteilnehmer:innen zu vermeiden; zumal das Kollektiv der VeMaWuRLP-Studie zu großen Teilen aus älteren, multimorbiden Patient:innen bestand, die damit eindeutig der Risikogruppe zuzuordnen waren und häufiger einen schweren Krankheitsverlauf aufwiesen.

Im weiteren Verlauf der Pandemie haben die COVID-19-Situation und einsetzenden Impfkraftigkeiten im vertragsärztlichen Sektor die Feldphase der Evaluation auch dadurch deutlich beeinträchtigt, dass für Aufgaben über die Grundversorgung hinaus zeitliche und personelle Ressourcen der Studieneinrichtungen phasenweise kaum verfügbar waren. Seit April 2020 wurden daher die Teilnehmerfragebögen direkt mit den Einladungen der Studienteilnehmer:innen zu den Folgerhebungen versendet, um die Aufenthaltsdauer in der Studieneinrichtung möglichst kurz zu halten bzw. wurden sie ggf. telefonisch durchgeführt. Die Studieneinrichtungen erhielten weiterhin die ärztlichen Erhebungsbögen und schickten alle Unterlagen einschließlich des Teilnehmerfragebogens als Einschreiben an das Evaluationszentrum zurück. Als sich im Verlauf des Jahres 2020 abzeichnete, dass nicht mit einer signifikanten Verbesserung der Lage zu rechnen ist, wurde in enger Abstimmung mit der Konsortialführung eine alternative Form der Befragung erarbeitet mit dem Ziel, den größtmöglichen Schutz und die Unterstützung der Teilnehmer:innen bei maximal möglicher Standardisierung und homogener Erfassung der Befragungsergebnisse zu gewährleisten. Im Detail wurden folgende Vereinbarungen mit dem Konsortialführer getroffen: Die HWG koordinierte die Durchführung der Folgerhebungen weiterhin in enger Abstimmung mit den Studieneinrichtungen. Alle Befragungen wurden möglichst nach dem etablierten Standard zum geplanten Zeitpunkt durchgeführt. Alternative Formen der Befragung kamen zum Einsatz, wenn die Daten so nicht erhoben werden konnten.

Um eine basale Information zu Endpunkten (Dokumentation Wundstatus, Amputationen, Hospitalisierungen) zu erhalten, wurde den Einladungen der Studienteilnehmer:innen zu den Folgerhebungen ab Januar 2021 ein kurzes Formular zur Abfrage des Wundstatus etc. beigelegt.

Zur Aufarbeitung verschobener oder ausgesetzter Folge-Erhebungen aus dem Pandemiejahr 2020 mussten intensive zeitliche und personelle Ressourcen eingesetzt werden. Abhängig von der Pandemieentwicklung waren mehrere Anfragen bei identifizierten Datenlieferanten (behandelnde Ärzt:innen, Pflegedienste, Angehörige) notwendig. Eine Unterstützung bei der Datenerhebung durch Mitarbeiterinnen von mamedicon wurde nur in einzelnen Fällen möglich und erforderlich.

Die ursprünglich geplante Fallzahl von 1.000 Teilnehmenden konnte trotz massiver Bemühungen nicht erreicht werden. Durch die Corona-Pandemie wurde die Rekrutierung zudem maßgeblich erschwert. Die tatsächlich auswertbare Studienpopulation besteht aus 186 Patient:innen, davon waren 92 dem Fallmanagement zugewiesen und 94 der Kontrollgruppe. 55 Teilnehmende (29,5%) gingen dem Projekt über die Laufzeit verloren, davon 28 (30,4%) aus der Fallmanagement-Gruppe und 27 (28,7%) aus der Kontrollgruppe. Gründe lagen im Tod des Teilnehmenden (n=18 (9,7%)), fehlender Bereitschaft des Teilnehmenden (n=26 (14%)) und Wegzug bzw. fehlenden Kontaktmöglichkeiten (n=3 (1,6%)).

Die qualitative Datenerhebung erfolgt zunächst nach Plan, wenn es auch aufgrund der niedrigeren Rekrutierungszahlen zu Verzögerungen bei der Identifizierung geeigneter Interviewpartner:innen mit unterschiedlicher Einschussdiagnose und aus verschiedenen Studienzentren kam. Durch die Corona-bedingten Kontaktbeschränkungen ergaben sich

ebenfalls Veränderungen. Die Abstands- und Hygieneregeln zum Schutz der Befragten veränderten das Interviewsetting. Im März 2020 wurde die Entscheidung getroffen, die Corona-Pandemieentwicklung zu beobachten und eine face-to-face Interviewführung zum Schutz der Teilnehmenden zunächst auszusetzen. Ab September 2020 wurden Telefoninterviews initiiert und durchgeführt: zunächst mit Teilnehmer:innen, bei denen zum ersten Befragungszeitpunkt bereits ein face-to-face Interview stattgefunden hat und deshalb bereits eine persönliche Beziehung zur Interviewerin bestand. Bei diesen Teilnehmer:innen konnte auch im Rahmen eines Telefoninterviews zum zweiten Befragungszeitpunkt die Informationen zu ihrer Lebens- und Behandlungssituation erhoben werden. Ab November 2020 wurden auch neue Teilnehmer:innen kontaktiert. Alle Teilnehmer:innen akzeptierten generell den höheren Aufwand bezüglich der schriftlichen Einverständniserklärung über den Postweg oder per E-Mail. Die Interviewdauer am Telefon fiel in der Regel kürzer aus als bei Hausbesuchen und auf den Gesamteindruck der häuslichen Umgebung musste verzichtet werden. Der Informationsgehalt wurde dadurch nicht beeinträchtigt. Grundsätzlich wurde angestrebt mit teilnehmenden Patient:innen zwei Interviews zu führen. Dies erwies sich als ausreichend, um die Veränderungen im zeitlichen Verlauf abzubilden.

Die Bereitschaft zur Kontaktaufnahme und Interviewteilnahme aller als Interviewpartner:innen vorgesehenen Akteure nahm aufgrund der Pandemie im Jahr 2021 ab. Bei den Studienteilnehmer:innen kam es zu wiederholten Verschiebungen von Telefonterminen oder zum Beziehungsabbruch durch Unerreichbarkeit.

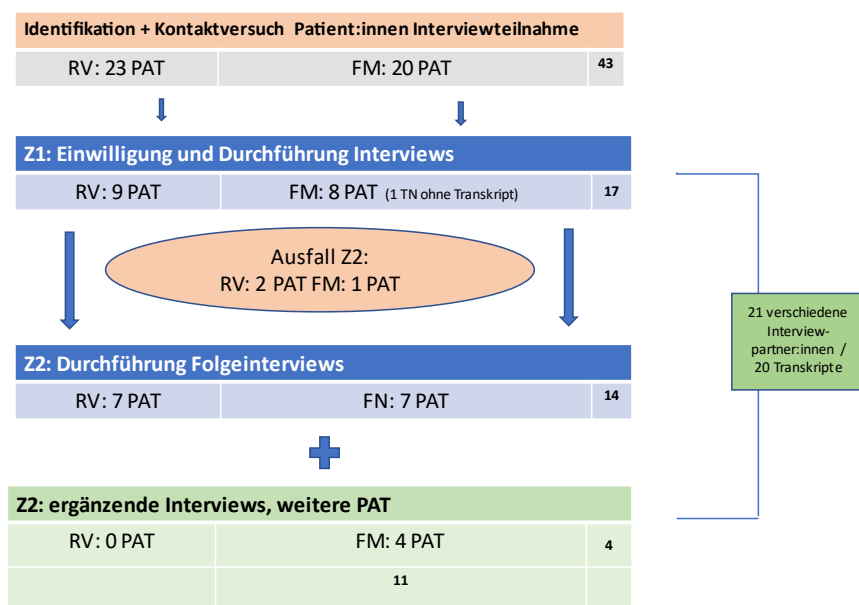


Abbildung 1: Darstellung der Interviewteilnahme

Insgesamt wurden 43 Kontaktversuche bei Patient:innen gestartet und es konnten 17 Personen zum Zeitpunkt Z1 kurz nach Einschluss für ein Interview gewonnen werden. Ein Patient hatte eine solch verwaschene Aussprache, so dass kein Transkript angefertigt und nur das Postskript einbezogen werden konnte. Von diesen Interviewpartner:innen erklärten sich 14 Teilnehmer:innen auch zum zweiten Zeitpunkt Z2 mindestens 10 Monate nach Einschluss zum Gespräch bereit. Drei Teilnehmende konnten nicht mehr erreicht werden: Bei einem Teilnehmer hatte sich der Gesundheitszustand so sehr verschlechtert, dass er sich nicht in der Lage sah an einem weiteren Interview teilzunehmen. Die Person mit der verwaschene Aussprache kam für ein Telefoninterview nicht in Frage. Eine Interviewpartner verstarb, bevor der Termin wahrgenommen werden konnte. Ergänzend wurden 4 Personen mit

Fallmanagement einmalig zum Ende des Interventionszeitraums (Z2) interviewt, so dass Daten aus 21 Patienteninterviews in 20 Transkripten nach Abschluss der Studienteilnahme vorlagen.

Es wurden die unterschiedlichen Studieneinrichtungen bei der Auswahl der Interviewpartner:innen berücksichtigt. Von den Interviewpartner:innen wurden 7 Patient:innen in 4 Kliniken, 10 Patient:innen in drei Facharztpraxen und 4 Patient:innen in zwei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) rekrutiert.

Interviews mit Hausarzt- / Facharztpraxen, die nicht als Studieneinrichtung im Rahmen des Projekts eingebunden waren, und Pflegekräften der ambulanten Regelversorgung, konnten nicht realisiert werden, da aufgrund des Arbeitsdrucks durch die Pandemielage und Impfverpflichtungen weder Zeit noch Bereitschaft zur Durchführung von Interviews bestand. Stattdessen wurden Gesprächssituationen (in Präsenz und virtuell) bei verschiedenen Wundnetztreffen und auf Fachtagungen genutzt, um mit sonstigen Akteuren, Ärzt:innen und Pflegefachkräften Expertengespräche zu führen und Gesprächsnotizen anzufertigen.

Nach Rücksprache mit der Konsortialführung wurden die geplanten Fokusgruppen zum Abschluss des Fallmanagement Ende 2021 Pandemie-bedingt nicht in Präsenz realisiert und verschoben. Ab Frühjahr 2021 wurde deutlich, dass sich Fallmanager:innen neue Aufgabenfelder suchten. Insbesondere die Fallmanagerinnen, die keine Patient:innen zugewiesen bekommen hatten, distanzierten sich vom Projekt und besonders engagierte Fallmanager:innen suchten sich neue Herausforderungen und bewarben sich auf Arbeitsplätze, an denen sie ihre Projekterfahrungen einbringen konnten. Um die Attraktivität einer Fokusgruppen-Teilnahme zu steigern, wurde die Fokusgruppe in Kombination mit einem Abschlussfest angekündigt, das aber aufgrund der geringen Teilnahmebereitschaft nicht stattfand. Eine virtuelle Alternative scheiterte an dem mangelnden Interesse der Fallmanager:innen. Stattdessen wurden zwei weitere Telefoninterviews mit Fallmanagerinnen durchgeführt und es fand ein Kleingruppengespräch mit drei Fallmanager:innen statt.

Bis zum Ende des Berichtszeitraums wurden jeweils die Studienärzt:innen und die Fallmanager:innen mit den meisten Studienteilnehmer:innen zum Interview aufgesucht, da sie in der Lage waren, Verläufe zu vergleichen und eigene Erfahrungen mit dem Fallmanagement VeMaWuRLP zu reflektieren.

Unter den gegebenen – vor allem auch durch Corona geprägten - Rahmenbedingungen konnten Interviews mit den unterschiedlichen Zielgruppen wie folgt durchgeführt werden: Mit der Anzahl der durchgeführten Interviews sowie Expertengespräche bei Wundnetz-Veranstaltungen und Fachtagungen wurde eine umfangreiche Datengrundlage und damit auch eine ausreichenden Datensättigung erreicht.

5. Methodik

5.1 Darstellung des Studiendesign

Die wissenschaftliche Evaluation umfasst eine Wirkungsevaluation mit einer multizentrisch, randomisiert kontrollierten Studie in Parallelgruppen (Intervention: Fallmanagement und Kontrollgruppe: Routineversorgung/Usual Care), eine Kosten-Nutzwert-Analyse der Kosten für die GKV und eine Programm- und qualitative Evaluation. Im Rahmen eines Mixed-Methods-Ansatzes wurden quantitative und qualitative Methoden parallel eingesetzt.

5.2 Zielpopulation und Ein- und Ausschlusskriterien

Zielgruppe des Versorgungsmanagements Wunde waren gesetzlich Versicherte mit chronischen Wunden unterschiedlicher Krankheitsursache. Chronische Wunden wurden definiert als Wunden, die seit mehr als vier Wochen bestehen und keine Heilungstendenz aufweisen.

Einschlusskriterien waren wie folgt definiert:

- Menschen mit schlecht heilenden (chronischen) Wunden (mindestens vier Wochen Heilungsstagnation, nach erster medizinischer Dokumentation oder bei Krankenhausentlassung),
- *oder* direkter Einschluss bei Wunden im Sinne: Ulcus cruris, Dekubitus, diabetisches Fußsyndrom (DFS); gemäß der ICD-10 DM Kodierungen: L.89.1-, L.89.2-, L.89.3-, I83.0, I83.2, I87.01, I87.21, I89.0, I70.24, I70.25, E10.5-, E10.6-, E10.7-, E11.5-, E11.6-, E11.7-, I73.-, L97, L98.4, R02.

Die folgenden Merkmale führten zum Ausschluss von der Studienteilnahme:

- Alter <18 Jahre,
- Lebenserwartung < 1 Jahr,
- pAVK Stadium > III nach Fontaine (außer bei erfolgreicher Revaskularisation),
- diagnostizierte Demenzerkrankungen,
- aktive Suchterkrankungen mit Medikamenten, Alkohol und/oder Drogen,
- eine diagnostizierte, psychiatrische Erkrankung,
- Herzinsuffizienz NYHA IV.

Rekrutiert wurden Patient:innen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung, MVZ und Krankenhaus bei Feststellen einer chronischen Wunde. Die Einschluss- und Ausschlusskriterien wurden jeweils von geschulten Mitarbeiter:innen der teilnehmenden Kliniken, MVZs und Arztpraxen vor Aufnahme in die Studie überprüft.

5.3 Fallzahlen und Drop-out

Eine Powerkalkulation wurde vorgenommen unter der Annahme, dass insgesamt 1.000 Patient:innen mit chronischen Wunden innerhalb des Rekrutierungszeitraums in die Evaluation eingeschlossen werden können. Ebenso wurde erwartet, dass in einer multimorbiden Population sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe ein Verlust von etwa 25% der Teilnehmenden über die Laufzeit eintritt. Da davon ausgegangen wird, dass aufgrund der Intervention ein Zusatznutzen anfällt, wurden gerichtete Hypothesen formuliert und die Kalkulation für einseitiges Testen vorgenommen.

Um die Powerberechnung durchzuführen, wurde ein Test für die Differenz zwischen zwei relativen Häufigkeiten (Anteile) für unabhängigen Stichproben zugrunde gelegt. Da man von Stichprobengrößen von mehr als 40 Beobachtungen ausgehen kann, wird der asymptotische Test verwendet, d.h. die Binomialverteilung wird durch die Normalverteilung approximiert (z-Test) (Acock, 2023, Kapitel 7.6; Fisz, 1976, S. 504 f.; Weber, 1980, S. 181 f.).

Für die primäre Zielgröße Heilungsrate ergab sich bei einer angenommenen Heilungsrate von mindestens 33,5% durch das Fallmanagement, dass bei einem Signifikanzniveau von 5% und einer Power von 80% ein Unterschied zur Kontrollgruppe von mindestens 8,5 Prozentpunkten bei einseitigem Testen als statistisch signifikant nachgewiesen werden kann.

Im Laufe der Projektzeit wurde deutlich, dass die ursprünglich erwarteten Fallzahlen nicht erreicht würden. Entsprechend dem Rekrutierungsstand wurde die Powerkalkulation mehrmals zur Bestimmung der erreichbaren Effektgröße angepasst, zuletzt zum Ende des Rekrutierungszeitraums. Die Berechnungen für eine auf n=300 (in jeder Gruppe 150) reduzierte Stichprobe machten deutlich: Je kleiner die Stichprobe ausfällt, umso größer muss dieser Effekt ausfallen, damit er nachgewiesen werden kann. Wenn in der Kontrollgruppe 25% aller Wunden abheilen, müsste die Heilungsrate in der Fallmanagementgruppe bei einem Signifikanzniveau von 5% und einer Power von 80% bei der gerichteten Hypothese bei mindestens 38,2% liegen.

Im gesamten Rekrutierungszeitraum konnten nach klar definierten Einschluss- und Ausschlusskriterien 198 Teilnehmer:innen rekrutiert werden. In 12 Fällen mussten Personen nachträglich durch die Studienleitung ausgeschlossen werden (Gründe: Ausschlusskriterium erfüllt, fehlende oder ungültige Teilnahmeerklärung (da nicht unterschriftsbevollmächtigt)). Die Studienpopulation bestand aus 186 Patient:innen, davon waren 92 dem Fallmanagement zugewiesen und 94 der Kontrollgruppe. Von den 186 Personen bei Einschluss sind im Beobachtungszeitraum 18 (9,7 %) Personen verstorben. 152 Personen konnten bei der ersten Folgerhebung und 131 Personen bei der zweiten abschließenden Folgerhebung untersucht und befragt werden. Die Teilnahme zu allen Messzeitpunkten konnte, auch den Bedingungen der Covid-19 Pandemie geschuldet, nicht vollumfänglich sichergestellt werden. In der Follow Up 1- Nachbeobachtung mussten 14 Termine aufgeschoben werden, die nicht mehr realisiert wurden; 6 Teilnehmende gingen der Studie jedoch nicht gänzlich verloren, sie konnten zur Abschlusserhebung wieder einbezogen werden. Die Ausfallquote über 12 Monate individueller Beobachtungszeit liegt damit bei knapp 30%. Während aus der Fallmanagementgruppe 30,5% nicht bis zum Ende in der Studie verblieben, fiel der Anteil für die Routineversorgung mit 28.7% etwas geringer aus (siehe [Abbildung 2](#)).

Flussdiagramm VeMaWu

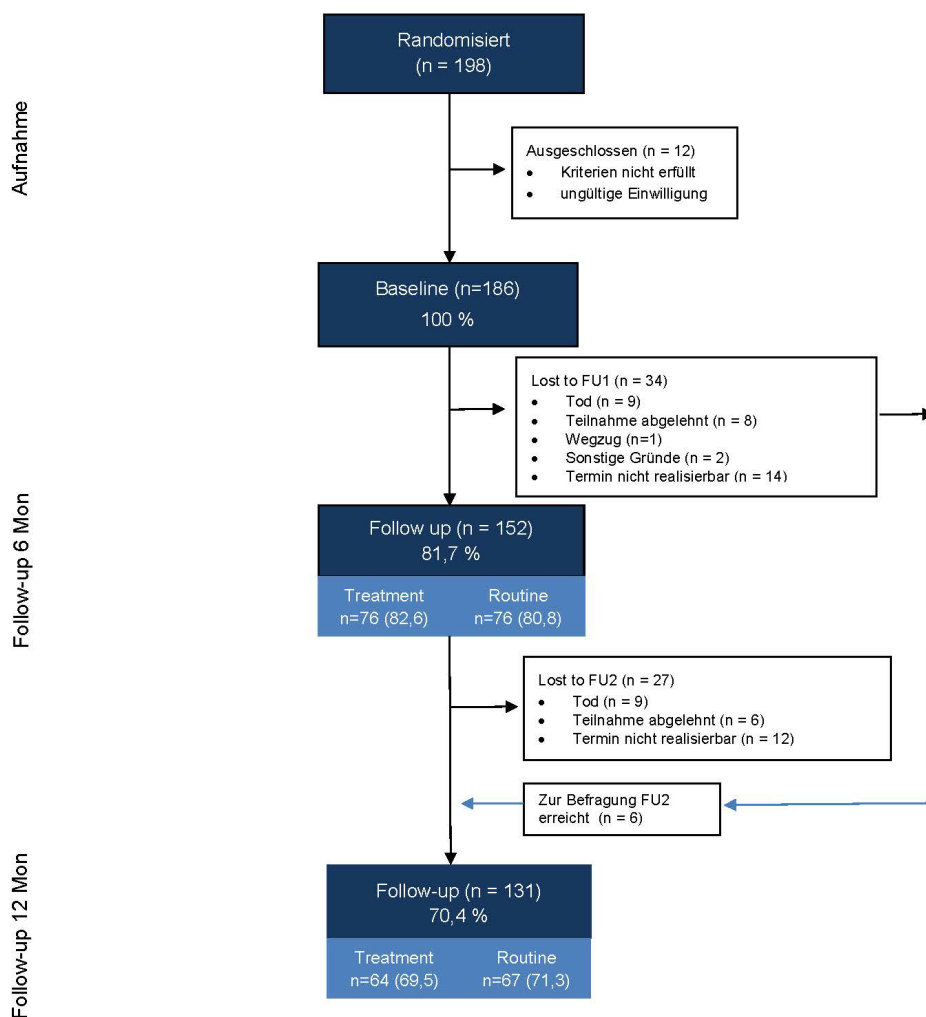


Abbildung 2: Flussdiagramm VeMaWu RLP

5.4 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

Der Zeitraum der Rekrutierung erstreckte sich von 01.11.2018 bis 31.12.2020. Die Studie war multizentrisch angelegt. Studieneinrichtungen waren in Mainz, Koblenz, Lahnstein, Trier, Kaiserslautern, Ludwigshafen, Bad Bergzabern, Bad Kreuznach und Wittlich. Beteiligt waren Schwerpunktpraxen der ambulanten Versorgung, spezialisierte MVZ, Klinik-Ambulanzen und eine Rehabilitationsklinik. Hinsichtlich der fachlichen Expertise waren 7 Facharztzentren der Diabetologie, 6 (Gefäß-)chirurgische, 1 dermatologische und eine geriatrische Einrichtung vertreten.

Die Randomisierung wurde patientenweise zentral vom Evaluator und webbasiert über den Randomisierungsgenerator der Medizinischen Universität Graz durchgeführt. Die Zuweisung zu einer Studiengruppe erfolgte je Einrichtung im Verhältnis 1:1 unter Verwendung des Minimierungsverfahrens. Das Verfahren dient dazu, einander hinsichtlich mehrerer Charakteristika sehr ähnliche Gruppen zu bilden (Pocock, 1983). Die Randomisierung wurde stratifiziert nach Studieneinrichtung sowie den Faktoren Wundart (DFS, Ulcus cruris, Dekubitus und sonstige chronische Wunde), Altersgruppe (70 plus, jünger als 70 Jahre) und Geschlecht (männlich, weiblich) durchgeführt. Weder Patient:innen noch Leistungserbringende konnten in Unkenntnis über die Gruppenzuteilung (verblindet) gehalten werden.

5.5 Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte

Als primärer Endpunkt wurde die Heilungsrate (Wundverschluss) festgelegt. Ein Wundverschluss lag bei einer vollständig geschlossenen Epidermis, ohne Lokalrezidiv (innerhalb der Beobachtungszeit von 12 Monaten) vor. Die Wundheilungsrate für ein Follow Up ist wie folgt definiert: Anteil der Personen ohne Wunde.

Als weitere Endpunkte wurden definiert:

Endpunkt	Operationalisierung
Rezidivrate	Angabe Studienarzt/-ärztin zu Anzahl, Datum
Amputationsrate	Angabe Studienarzt/-ärztin zur Amputation ja/nein
Krankenhausaufenthalt Anzahl	Angaben Studienarzt/-ärztin zu a. Aufenthalt ja/nein b. wundbezogen ja/nein
Lebensqualität, generisch	EQ-5D-5L
Lebensqualität, krankheitsspezifische Beeinträchtigung	Wund-QoI17
Arbeitsunfähigkeit, Tage	Angabe Patient:in
Krankheitskosten	Sekundärdaten der gesetzlichen Krankenkassen

Tabelle 3: Sekundäre Zielgrößen und ihre Operationalisierung

Die betrachtete Rezidivrate bezieht sich das Auftreten von Lokalrezidiven, die Beurteilung lag beim Studienarzt /bei der Studienärztin. Bei Ersterhebung wurde jede Wunde nummeriert und lokal gekennzeichnet. Bei der Folgerhebung entschied ein Studienarzt /eine Studienärztin jeweils, ob eine neue Wunde oder ein Lokalrezidiv zu einer bekannten Kennzeichnung vorlag. Damit sollte ermöglicht werden, Wunden bei Zeitpunkt des Einschlusses und Wunden, die im Verlauf der Beobachtungszeit entstanden, einer getrennten Analyse zugänglich zu machen.

Krankenhausaufenthalte wurden durch die Angabe des Studienarztes/ der Studienärztin als "wundbezogen" kategorisiert. Es werden sowohl das Vorliegen eines oder mehrerer Aufenthalte, als auch die Liegezeit insgesamt betrachtet.

Die Lebensqualität wird allgemein und krankheitsspezifisch erhoben: Für die generische gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit dem EuroQol als Patient Reported Outcome - Instrument eingesetzt. Verwendet wurde die Version EQ-5D-5L mit 5 Dimensionen erhoben in 5 Levels. Er beinhaltet auch eine vertikale visuelle Analogskala (EQ VAS, 0-100 Punkte). In der Studie werden die Crosswalk Index Values für Deutschland den jeweiligen Kombinationen zugeordnet.

Zur Messung der krankheitsspezifischen Lebensqualität findet der Wund-QoI17 Anwendung. Dessen Aussage zu wundbedingten Beeinträchtigungen bezieht sich jeweils auf die letzten 7 Tage vor Befragung. Berechnet wird ein Gesamtwert (mindestens 75% der Fragen sind beantwortet) und zusätzlich lassen sich 3 Subskalen (Körper, Psyche, Alltagsleben) bilden. Wirkannahmen bestehen u.a. hinsichtlich Veränderung wundbezogener Schmerzen, der Mobilität, des Schlafverhaltens, der Motivation, des Angstverhaltens, des Abhängigkeitsgefühls. Dieses Instrument wurde validiert über eine Querschnittsstudie und eine sogenannte virtuelle Validierung. Es wird als änderungssensitiv beurteilt (Blome et al, 2014).

Arbeitsunfähigkeit wird als Ereignis (ja/nein) und in Tagen durch Befragung der Patient:innen eruiert.

Als weiterer sekundärer Endpunkt werden die Kosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung der chronischen Wunde entstanden, im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation betrachtet. Es werden die direkten Krankheitskosten aus Perspektive der Krankenkassen erhoben. Datenbasis sind die Abrechnungsdaten aller eingeschriebenen Versicherten der beteiligten Krankenkassen bzw. –Verbände im Projektzeitraum.

Ein sekundärer Endpunkt „Adhärenz“ konnte im Rahmen des Projektes nicht hinreichend operationalisiert und erhoben werden. Zum Zeitpunkt T0 sind Therapieziele aus Perspektive der Studienärzt:innen erfragt; Adhärenz stellt eine der angebotenen Ausprägungen dar. Für die spätere Post-Messung von Adhärenz stellten sich jedoch einige Probleme. Von den vorfindbaren Methoden kamen wenige für die komplexe Wundversorgung infrage.

- Selbst-Report z.B. Tagebuch (subjektives Verfahren; Bias-Risiko hoch),²
- Fremdreport (subjektives Verfahren),
- direkte Beobachtung (stellt Methode und Intervention zugleich dar; nur im FM möglich).

Medical Records oder andere, objektivere Messmethoden hätten für den Bereich chronische Wunde erst entwickelt und erprobt werden müssen. Für die konfirmatorische Studie war zunächst der Fremdreport durch die Studieneinrichtung in Betracht gezogen. Die Kritik an dieser Methode ist ebenfalls groß, die Chance, vergleichbare Messbedingungen zu gewährleisten, erscheint aber höher. Im Versorgungsalltag hat sich eine Festlegung hinsichtlich der beurteilenden Person(en) jedoch als schwierig bis schlicht nicht umsetzbar gezeigt. Zudem fehlt es in den Praxen und insbesondere Ambulanzen oftmals an Einsichtnahme in das (Wund-) Pflegeverhalten zuhause. Kontaktfrequenz oder allein Kontaktmöglichkeiten als Grundlage der Bewertung erwiesen sich unter Realbedingungen und teilweise mit DMP-Programmen als sehr heterogen.

Die Dokumentation der Fallmanager:innen hätte ggf. Möglichkeiten für explorative Auswertungen eröffnet. Entsprechende Informationen konnten jedoch nicht als nutzbare Daten extrahiert und bereitgestellt werden.

² Neben dem Aufwand, den die Methode für Patient:innen bedeutet und der erforderlichen Mitarbeit, wird der Nutzen kontrovers betrachtet. Verschiedene Studien belegen, dass der Selbst-Report zu einer Adhärenzüberbewertung führt. Berg & Arnsten kommen zu dem Schluss, dass diese Methode als spezifisch, aber nicht sensitiv anzusehen sei (vgl. Berg & Arnsten 2006, S. 81).

5.6 Auswertungsmethoden

Zur quantitativen Analyse werden zwei Analysesets gebildet:

1. Eine Gesamtstichprobe aller Teilnehmenden entsprechend ihrer Gruppenzuweisung in der Randomisierung: Die Auswertung folgt dem Intention-to-Treat Prinzip.
2. Eine Teilstichprobe bestehend aus allen Teilnehmenden mit Vertrag zur besonderen Versorgung. Die Daten werden verknüpft mit Sekundärdaten aus der GKV-Abrechnung. Auch für dieses Auswertekollektiv gilt das Intention-to-Treat Prinzip.

Im Vordergrund steht der Vergleich von Fallmanagement- und Kontrollgruppe (Usual Care). Subgruppenanalysen werden explorativ durchgeführt, wenn Daten eine hohe Intragruppen-Heterogenität aufzeigen.

Die statistische Auswertung umfasst eine sorgfältige Beschreibung (u.a. Alter, Geschlecht, Dauer der Erkrankung, Medikation, Komorbidität, Lebensstilfaktoren) der Stichprobe, den Vergleich der Fallmanagement- und Kontrollgruppe hinsichtlich wundrelevanter Parameter sowie der primären und sekundären Zielvariablen.

Für den Gruppenvergleich Fallmanagement versus Usual Care werden gerichtete Hypothese (einseitig) getestet, zur Charakterisierung der Baseline zweiseitige Test durchgeführt. Bei einem p-Wert von $< 0,05$ (Irrtumswahrscheinlichkeit $< 5\%$) ist die Nullhypothese zu verwerfen, ein Unterschied wird als statistisch signifikant betrachtet.

Die erfolgreiche Randomisierung erlaubt die Verwendung von wahrscheinlichkeitsbasierten Methoden, um zu formulieren, ob eine Ergebnisdifferenz überzufällig sein wird. Mittelwerteunterschiede metrischer Daten werden mittels t-Test für zwei unabhängige Stichproben geprüft. Ist keine Normalverteilung gegeben oder die Fallzahl zu gering, wird ein nicht-parametrischer Test (Mann-Whitney-U-Test) eingesetzt.

Zum Vergleich von zwei Quoten bzw. Anteilen wurde der Binomialtest verwendet. Mit dem Mann-Whitney-U-Test werden zwei Stichproben hinsichtlich ihrer zentralen Tendenzen untersucht, ob sie der gleichen Grundgesamtheit entstammen. Die Nullhypothese beinhaltet immer die Annahme, dass sich die zu vergleichenden Verteilungen nicht hinsichtlich ihrer Streuung, ihrer zentralen Tendenz (Median) und hinsichtlich ihrer allgemeinen Form unterscheiden.

Bei Zähldaten, d.h. die Ausprägungen einer Variablen sind ausschließlich ganzzahlige nichtnegative Werte, wird eine negative Binomialverteilung (NEGBIN) angenommen. Es wird das in der empirischen Analyse oft genutzte Negbin2 Modell von Cameron u. Trivedi benutzt (Cameron & Trivedi 2013, S. 74). Die Modelldiagnostik bei verschiedenen Approximationen umfasst die Anpassungsgüte durch einen Vergleich der quadrierten Korrelationskoeffizienten zwischen den jeweils geschätzten und den beobachteten Zähldaten. Bei moderaten Verstößen gegen die wichtigsten Voraussetzungen des Modells werden robuste Varianzen verwendet (Harrell, 2015).

Die statistischen Berechnungen und Modellprüfungen wurden mit STATA Version 17 (StataCorp, College Station, TX) und IBM SPSS Version 28 durchgeführt. Die Berechnungen von Cohen's d und der Testpower erfolgten mit dem Programm G*Power 3.0.

Umgang mit Multiplizität beim Testen: In der induktiven Statistik und Interpretation werden in der Regel jeweils die Testergebnisse nach dem zweiten Follow Up betrachtet. Bei vielen Outcome-Variablen, wie z.B. die Zahl der Krankenhaustage oder die Anzahl der Amputationen macht auch nur eine Analyse nach dem zweiten Follow Up einen Sinn. Aufgrund der Pandemie fand das erste Follow Up bei einigen Patient:innen verspätet statt, so dass eine sinnvolle Interpretation der Daten bei Follow Up 1 wegen der zeitlichen Differenzen aus unserer Sicht stark eingeschränkt ist. Zu einer gegensätzlichen signifikanten Aussage des Effekts des

Fallmanagements auf die unterschiedlichen Outcome-Variablen kam es nicht, so dass hierzu auch keine Aussage zu treffen ist.

Umgang mit fehlenden Werten: Von einer complete-case-Analyse wird wegen des hohen Informationsverlustes abgesehen. Bei item-missings wird einfallweiser Ausschluss gewählt. Dies reduziert die Zahl der Beobachtungen teilweise erheblich, so dass Subgruppenanalysen kaum möglich waren. Eine Drop-Out-Analyse wird in dem durch die Datenlage ermöglichten Umfang durchgeführt, um sicher zu stellen, dass es durch den Verlust nicht zu relevanten Verschiebungen innerhalb der Treatment- und Kontrollgruppe kam.

Für die Teilpopulation, die in die Sekundärdatenanalyse eingeht, wird mittels Fisher-Yates-Test eine Abhängigkeit der Ausprägungen bei Einschluss von der Gruppenzuteilung überprüft. Nicht-parametrische Verfahren werden bei den Nutzenindikatoren, Abheilung und gesundheitsbezogene Lebensqualität (FU2), verwendet. Ist aufgrund der inferenzstatistischen Analyse davon auszugehen, dass der Nutzen nach Behandlungsart nicht signifikant unterschiedlich ist, reicht für die gesundheitsökonomische Evaluation ein einfacher Kostenvergleich aus.

Die gemäß Selektion (siehe Evaluationsbericht, Anhang 3) erhaltenen Abrechnungsdaten werden je Kostenart, nach Versorgungssektor (stationär, ambulant) und Behandlungskosten gesamt aufaddiert.

Bei niedrigen Fallzahlen wirken sich Extremwerte insbesondere verzerrend auf die pro Kopf-Werte aus. Es werden daher jeweils arithmetisches Mittel und Median neben den Maximalwerten ausgewiesen. „Ausreißer“ werden anhand der Cook Distanz bestimmt. Für den Vergleich sind Analysen mit und ohne solche Extremwerte durchzuführen.

Explorierend wird das inkrementelle Kosten-Nutzenverhältnis (ICER) und das Kosten-Nutzenverhältnis zunächst ohne, dann inklusive Interventionskosten berechnet. Das ICER und das KNR für die Heilungsrate als Nutzenmaß berechnen sich nach folgender Formel:

$$ICER = \frac{\Delta \text{Kosten pro Kopf}}{\Delta \text{Heilungsrate in \% - Pkt}}; KNR = \frac{\text{Kosten pro Kopf}}{\text{Heilungsrate in \%}}$$

Für die Lebensqualität (LQ) als Nutzenmaß erhält man als ICER:

$$ICER = \frac{\Delta \text{Kosten pro Kopf}}{\Delta \text{LQ pro Kopf}}; KNR = \frac{\text{Kosten pro Kopf}}{\text{LQ pro Kopf}}$$

5.7 Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte

Die Studienteilnehmenden wurden von 01.11.2018 bis 31.12.2020 in die Studie aufgenommen und individuell für 1 Jahr beobachtet. Follow Up Untersuchungen fanden zu zwei Messzeitpunkten nach 6 Monaten und nach 12 Monaten statt.

5.8 Form der (Primär-) Datenerhebung

Die Primärdaten für das RCT zu den Erhebungszeitpunkten wurden mittels Papierfragebögen erfasst: Es wurden jeweils ein medizinisch-versorgungsbezogener Bogen für die Bearbeitung durch Studienärzt:innen/Fachpersonal und ein Selbsteinschätzungsbogen für die Patient:innen entwickelt. Der Fragenkorpus stützte sich auf validierte, klinisch etablierte Assessments sowie die Erhebung soziodemographischer, Lebensstil- und klinischer Parameter. Weiterhin wurden Fotodokumentationen der Wunden (soweit vorhanden), Kopien aktueller Untersuchungsbefunde und Laboruntersuchungen als Datengrundlage einbezogen. Die Fragebögen der verschiedenen Messzeitpunkte sind weitgehend deckungsgleich; einige

Elemente erhielten aus inhaltlichen Gründen zeitpunktabhängig jedoch unterschiedliches Gewicht (z.B. soziodemografische Daten).

Die standardisierte ärztliche Erhebung umfasst folgende Parameter:

Fragestellung	Ersterhebung	Follow Up
Wundanamnese (Minimal-Set)	+	+
Komorbidität/ Neuerkrankungen	+	+
Medikation allgemein	+	
Schmerzmedikation	+	+
Schmerzskala	+	+
Krankenhausaufenthalte (wundbezogen)		+
Amputationen		+
Diagnostische und Therapeutische Maßnahmen	+	+
Behandlungspflege	+	+

Tabelle 4: Instrumente Ärztlicher Erhebungsbogen zu den Messzeitpunkten

Die Erfassung der Wundsituation orientiert sich am Minimalset zur Dokumentation Chronischer Wunden der Nationalen Konsensuskonferenz, im speziellen bei Versorgung eines Ulcus cruris (Herberger et al, 2017).

Der Patient:innen-Fragebogen zum Selbstauffüllen umfasst folgende Instrumente:

Fragestellung	Operationalisierung	Ersterhebung	Follow Up
Lebensqualität, krankheitsspezifisch	Wund-QoL17	+	+
Lebensqualität, gesundheitsbezogen	EQ-5D-5L	+	+
Depressivität-Angst	HADS	+	+
Therapieziele	PBI	+	+
Patientenzufriedenheit	entwickelte Items	+	+
Patientenaktivierung	PAM	+	+
Unterstützung	BSS6	+	+
Versorgungssituation	entwickelte Items	-	+
Lebensstil	Alkohol, Rauchen, Essgewohnheiten	+	(+)
Soziodemografie	Schulbildung	+	-
	Familienstand	+	-
	Wohnsituation	+	+

Tabelle 5: Instrumente Patientenfragebogen
 Anm.: (+) vorhanden in reduzierter Form

Im Kontext der durch die Pandemie auferlegten Beschränkungen in persönlichen Kontakten wurden die Wege zur Primärdatengewinnung erweitert. Eine telefonische oder wo machbar per Hausbesuch durchgeführte Erhebung wurden möglich gemacht; Kurzfassungen des Befragungsinstrumentariums, die sich auf basale Parameter der Ergebnismessung beschränkten, wurden entwickelt. Der Einsatz dieser modifizierten Erhebungsinstrumente war zurückhaltend, denn oftmals blieb die Umsetzung auch damit schwierig (u.a. bei weiten Entfernungen zur Studieneinrichtung, Hör- oder Sprechprobleme, nicht zugängliche Pflegeeinrichtung oder Rückzugsverhalten der Betroffenen) oder musste abgebrochen werden. Weiterhin wurden anderen Datenquellen genutzt, um benötigte Informationen zu substituieren. Eingesetzt wurden Kurzfragebögen für Haus- oder andere behandelnde Ärzt:innen, Arztbriefe, Wund- oder Fotodokumentationen, Abfrage des Vitalstatus und Endpunkt-Recherche. Die Endpunkt-Recherche sollte insbesondere dazu beitragen, unklare Gründe eines Kontaktabbruchs aufzuklären. Über die Meldeämter des letzten bekannten Wohnortes wurde jeweils eruiert, ob ein Sterbedatum der Person oder ihr Wegzug dokumentiert ist.

5.9 Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation

Es werden die direkten Krankheitskosten aus Perspektive der Krankenkassen erhoben. Datenbasis sind die Abrechnungsdaten aller eingeschriebenen Versicherten der beteiligten Krankenkassen bzw. –Verbände im Projektzeitraum.

Die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen werden in Relation zum erfassten Patientennutzen gestellt. Dazu werden die Abrechnungsdaten in einem 1:1 Datenlinkage mit den erhobenen Primärdaten verknüpft.

Für Teilnehmende, die über einen Versorgungsvertrag nach § 140a SGB V in die Studie eingeschlossen wurden, waren der Abruf und die Übermittlung der pseudonymisierten Abrechnungsdaten der Krankenkasse an die wissenschaftliche Evaluation Bestandteil der Versorgungsvereinbarung. Die Übermittlung, Verarbeitung und Speicherung der benötigten Sozialdaten wurde nach § 75 Abs. 2 SGB X beim Bundesamt für Soziale Sicherung beantragt und bewilligt. Für Teilnehmer:innen, die auf Grundlage eines zivilrechtlichen Behandlungsvertrages (§ 630a BGB) in die Studie eingeschlossen wurden, standen keine Abrechnungsdaten zur Verfügung.

Aufgrund der Prinzipien der Datensparsamkeit, der Zweckmäßigkeit für das Erkenntnisinteresse und der Datenschutzgrundverordnung konnten keine Gesamtkosten zur Verfügung gestellt werden. In Zusammenarbeit mit den Krankenkassen wurden die einzelnen Kostenarten mit ihren nach Literatur und Expertenmeinung relevanten Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung chronischer Wunden spezifiziert. Aufwendungen für Schmerzmittel werden aus Gründen nicht eindeutiger Zuordnung daher nicht einbezogen. Ausgewiesen werden angefallene Bruttokosten je Kostenart.

Für jede:n Teilnehmer:in wurde der Beobachtungszeitraum von 12 Monaten ab Einschluss als Kostenzeitraum festgelegt und selektiert.

Als Aufwendungen der Krankenkasse werden Kosten für Heilmittel, Hilfs- und Verbandmittel, Krankenhausaufenthalte, Behandlungspflege und spezifische Arzneimittel einbezogen. Die einbezogenen Kostenarten mit der angewandten Selektionsweise zeigt Tabelle 6; eine detaillierte Aufstellung der spezifizierten Leistungs-codes befindet sich im Evaluationsbericht, Anhang 3

Kostenart	Subkategorien	Kriterium
Krankenhaus stationäre Versorgung	Diagnostik Operative Maßnahmen Therapeutische Maßnahmen	Prozeduren OPS Version 2020 <i>Erfassung der ICD-10 und OPS-Codierung, um Krankenhausaufenthalte mit Amputation oder wunddeckenden, heilungsfördernden Interventionen zu selektieren.</i>
Vertragsärztliche Versorgung	Wundkomplexe Chirurgische Intervention Weitere Interventionen Diagnostik Fachpauschale	Gebührenordnungsposition EBM Stand 3/2020 <i>Selektion der EBM-Ziffern für deckende, heilungsfördernde und kausale Maßnahmen und deren Kosten.</i>
Verbandmittel		Pharmazentralnummer PZN <i>Identifizieren von modernen Wundverbandmitteln über eine PZN-Liste zum Ausweisen der Abrechnungsbeträge.</i>
Hilfsmittel	Hilfsmittel gegen Dekubitus Hilfsmittel zur Kompression Orthesen und Schienen Beinprothesen Schuhe Lagerungshilfen Adaptionshilfen	Produktgruppen GKV-Hilfsmittelverzeichnis <i>Wundassoziierte Leistungen gemäß Bundeseinheitlichem Positionsnummern Verzeichnis identifiziert und Ausweisen der Abrechnungsbeträge.</i>
Heilmittel	Podolog. Komplexbehandlung Lymphdrainage	Positionsnummer Bundeseinheitliches Verzeichnis <i>Wundassoziierte Leistungen gemäß Bundeseinheitlichem Positionsnummern Verzeichnis identifiziert und Ausweisen der Abrechnungsbeträge.</i>
Häusliche Krankenpflege	Wundreinigung und -versorgung Kompressionsbandagierung Dekubitusversorgung	Positionsnummer Bundeseinheitliches Verzeichnis 2020 <i>Selektion wundspezifischer Leistungen gemäß Verzeichnis und Ausweisen der Abrechnungsbeträge.</i>
Medikamente	Dermatika Antiinfektiva Varia	ATC-Gruppe <i>Für ausgewählte ATC-Codes werden vorhandene PZN mit ihrem Abrechnungsbeträgen selektiert.</i>
Zusätzlich herangezogen werden folgende Sozialdaten		
Arbeitsunfähigkeit	Ausweisen von AU-Zeiten über Beginn und Enddatum.	
Krankengeld	Ausweisen von Zahltagen und Kosten für Krankengeld Transfer.	
Stammdaten	Angaben zu Geburtsjahr, Geschlecht, Versichertenstatus und ggf. Austrittsdatum dienen dem Zweck der Zuordnungsprüfung.	

Tabelle 6. Übersicht einbezogener Kostenarten und Variablen

Aufwendungen für stationäre Behandlungen werden einheitlich als Gesamtkosten je Aufenthalt dargestellt. Für eine Kostenberücksichtigung dienen dokumentierte Abrechnungs-codes mit Bezug zur Wunde bzw. kausaler Therapie der Grunderkrankung als Indikator zumindest einer Mitbehandlung der Wunde.

Für die Auswertung wurden die Abrechnungsdaten je Versicherten mit Primärdaten aus der Effektevaluation verknüpft. Dazu wurden Abrechnungs- und gesundheitsbezogene Daten pseudonymisiert an die beauftragte Vertrauensstelle übermittelt, der Verknüpfungsschlüssel durch ein neues gemeinsames Pseudonym ersetzt, und die Daten auf Personenebene zusammengeführt (siehe Abbildung 3). Die Datenübermittlung erfolgte jeweils verschlüsselt über Private Clouds mit Zwei-Faktor-Authentisierung.

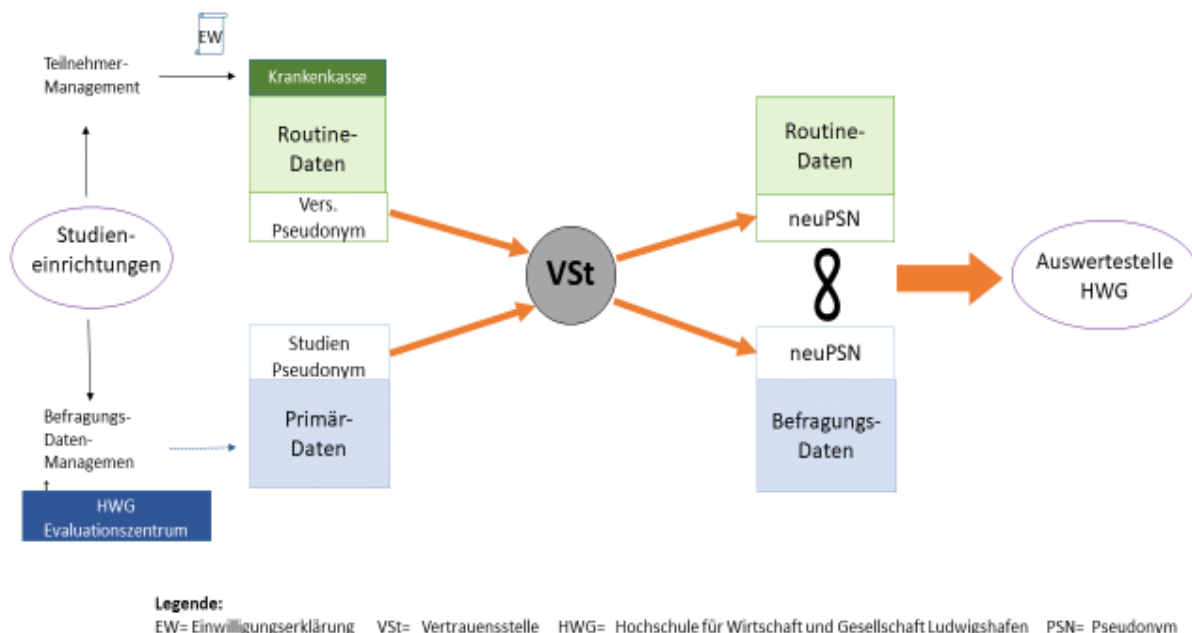


Abbildung 3: Datenlinkage über die Vertrauensstelle

In der gesundheitsökonomischen Betrachtung werden neben Behandlungskosten auch Interventionskosten bestimmt und in Relation zu den Nutzenparametern gesetzt. Als Interventionskosten werden ausschließlich die Leistungen der Fallmanager:innen gemäß ihrer Abrechnungen (erbrachte Leistungsmodule je Fall) herangezogen. Es werden die angefallenen Kosten der Interventionsgruppe aus den Konsortialkassen dargestellt. Da es sich in dieser „IV-Gruppe“ um eine kleine nicht repräsentative Teilmenge handelt, werden auch die Kosten über alle Fallmanagementfälle berichtet.

5.10 Darstellung der qualitativen Evaluation

Das Evaluationsdesign qualitative Evaluation gliedert sich in drei Phasen mit einer breit angelegten Datenerhebung (leitfadengestützte Befragungen, Expert:innen - Interviews und – Gesprächen, Fokusgruppen, teilnehmende Beobachtung) (vgl. detaillierte Darstellung der Phasen der Prozessevaluation im Evaluationsbericht 2.3., insbesondere 2.3.1 und Anlage 2 des Evaluationsberichts für Leitfäden und Auswertungsstrategien).

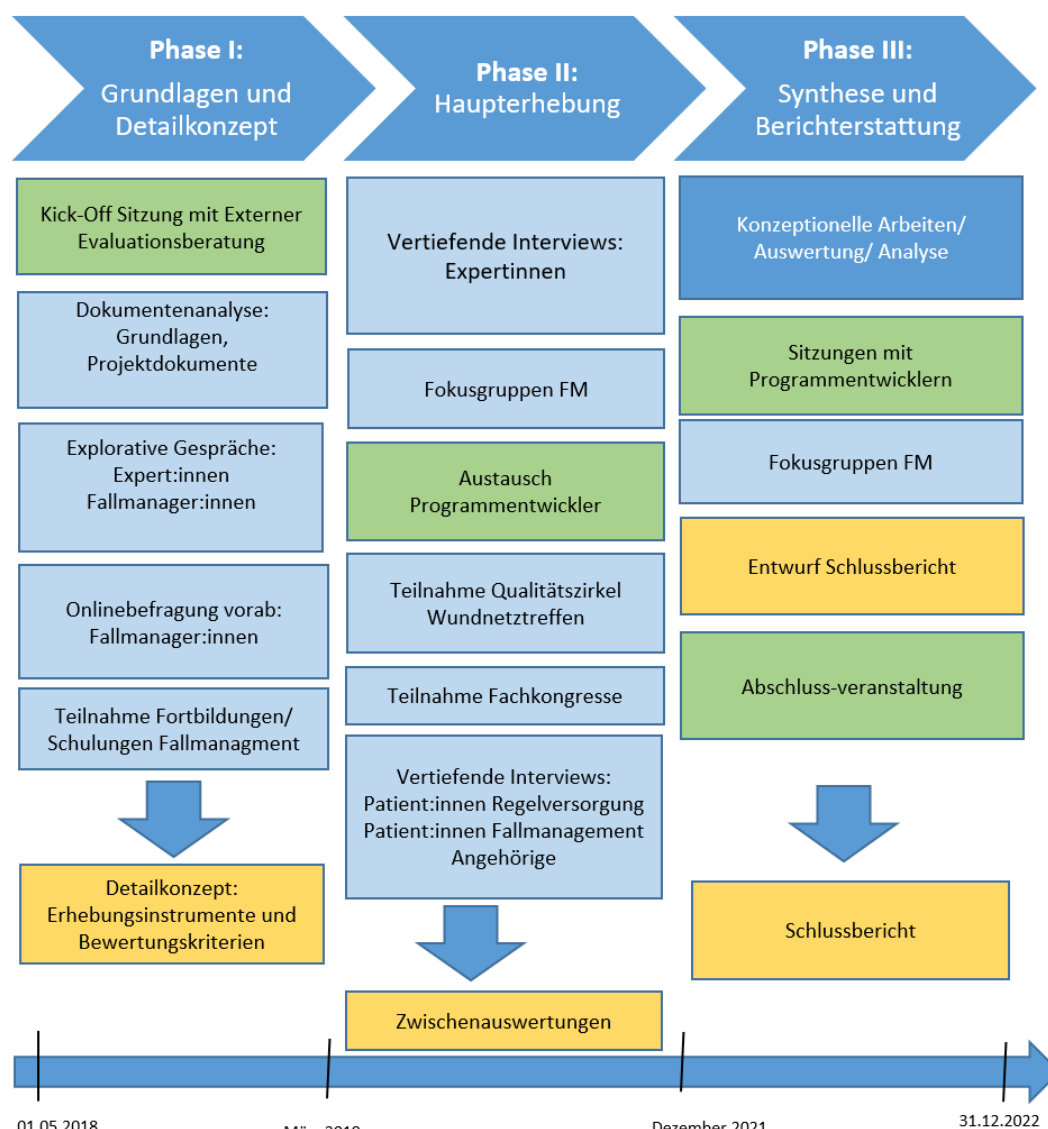


Abbildung 4: Qualitatives Evaluationsdesign im Überblick

Die qualitative Evaluation arbeitet mit einem multiperspektivischen und multimethodischen Ansatz.

In **Phase 1** wurden Grundlagen recherchiert und das Detailkonzept erarbeitet: Um grundlegende Informationen zu Input, Prozess, Output und Outcomes zu erlangen, wurden die Dokumente herangezogen, die der Programmentwickler in der Vorbereitungsphase zusammengestellt hatte. Dazu gehörte weiterhin Fachliteratur zu Motivationstheorien, der rechtlicher Hintergrund des Fallmanagements, zu Delegation und Literatur zur Wunde. Um ein breites Verständnis des Evaluationsgegenstands zu erhalten, wurden vier explorative Gespräche mit ausgewählten Expert:innen. Es fand eine Vollerhebung zu den individuellen fachlichen Voraussetzungen und Erwartungen an das Projekt aller beteiligten Fallmanager:innen als Onlinebefragung statt. Die Befragungsergebnisse wurden aufbereitet und je nach Frage deskriptiv-statistisch oder qualitativ ausgewertet. Die Ergebnisse wurden mittels Tabellen, Grafiken und Text dargestellt und interpretiert.

In **Phase 2** erfolgten zur Vertiefung der Erkenntnisse auf den Ebenen Umsetzung und Wirkungen des Versorgungsmanagements wurden leitfadengestützte Expert:innen-Interviews durchgeführt. Vertiefende Interviews mit Patient:innen in Regelversorgung/ Patient:innen mit Fallmanagement fanden statt. Die Interviews wurden leitfadengestützt face to face oder per Telefon durchgeführt. Die Interviews dauerten 20 Minuten bis 120 Minuten, wurden als

Audiodatei aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte wurden inhaltsanalytisch nach Gläser und Laudel (2010) ausgewertet. Zusätzlich wurden zwei Fokusgruppendifkussionen mit Fallmanager:innen und eine Fokusgruppendifkussion nach Abschluss der Interventionsphase. Die Fokusgruppen widmeten sich insbesondere den Fragen, wie eine wirksame Umsetzung von Fallmanagement möglich wird und welche Hindernisse die Fallmanager:innen zu bewältigen haben. Grundlage für die Fokusgruppe bildete ein Inputpapier mit den zu diskutierenden Fragen. Die Fokusgruppen fanden in Präsenz statt und dauerten ca. zwei Stunden. Es wurden Transkripte angefertigt und qualitativ ausgewertet.

Insgesamt wurden folgende Einzel- und Gruppeninterviews durchgeführt:

Befragungsgruppe		Zeitpunkt	Anzahl geplante Interviews	Anzahl durchgeführte Interviews	
1	Patient:innen mit Fallmanagement (FM)	Z1-FM	12	8	
		Z2-FM	12	11	
2	Patient:innen in der Regelversorgung (RV)	Z1-RV	10	9	Zeitpunkt: Z1-FM: Anbahnung und Durchführung Interview zeitnah nach Einschluss in das Projekt, nachdem die Fallmanager:innen erste Zielvereinbarungen ausgehandelt haben.
		Z2-RV	10	7	
3	Angehörige	Z1-A	3	3	Z2-FM: Kontaktaufnahme und Durchführung Interview zum Ende bzw. nach Abschluss des Fallmanagements, (10 – 12 Monate nach Z1)
		Z2-A	3	3	
4*1	Fokusgruppen Fallmanager:innen	Z1-FM	2	2	Z1-RV: Anbahnung und Durchführung Interview zeitnah nach Einschluss in das Projekt
		Z2-FM	2	1	
5	Einzelinterviews Fallmanager:innen		6	6	Z1-RV: Kontaktaufnahme und Durchführung Interview zum Ende oder kurz nach Beendigung der Studienteilnahme
6	Arzt/Ärztin: Arbeitsfeld stationäre Einrichtung / Studieneinrichtung		2	2	Z1-FM: Zeitpunkt Durchführung Interview nach ersten Erfahrungen mit Fallmanagement
7	Arzt/Ärztin: Arbeitsfeld ambulante Einrichtung / Studieneinrichtung		2	1	Z2-FM: nach Ende des Fallmanagements
8*2	Pflegekraft regulär		3	0	
9	Arzt/Ärztin: keine Studieneinrichtung		2	0	Befragtengruppe: 4*1: Fokusgruppe Fallmanager:innen – (6 – 8 Teilnehmer:innen), 2 regionale Gruppen
10	Sonstige Akteure (z.B. Homecare Unternehmen, Podologie)		2	1	8*2: Pflegekraft regulär - ist keine Fallmanager:in, aber in der Wundversorgung von Studienteilnehmer:innen tätig. (FM, RV)
	Insgesamt		71	54	

Tabelle 7: Anzahl Einzel- und Gruppeninterviews nach Befragungsgruppe

Die Teilnahme an Sektionstreffen des Wundnetz e.V., bei denen sich die Akteure der Versorgung miteinander über die Versorgungspfade der Region austauschten, Qualitätsstandards diskutierten und festlegten, sowie Fortbildungen durchführten, ermöglichte dem Evaluationsteam einen Einblick in Themen und Vernetzung der Region und die Bereitschaft gemeinsam die Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit zu intensivieren. So konnten die Evaluatoren Hemmnisse in der regionalen Versorgung identifizieren und einzelne Akteure wahrnehmen.

Die Teilnahme an Fortbildungen, die mamedicon vor Aufnahme der Fallbegleitung und im Verlauf der Projektzeit anbot und Anleitungssituationen in der Häuslichkeit, sowie Expertengespräche mit den Programmentwicklern dienten der Entwicklung eines Verständnisses zum Interventionsprogramm. Die Teilnahme an verschiedenen Fachmessen (Wundkongress Bremen 2019, Wundsymposium Kaiserslautern 2020) ermöglichte den Einblick in die Wundszene.

In **Phase 3** wurden drei Sitzungen mit den Programmentwicklern der mamedicon GmbH durchgeführt, um die Wirkanahmen zu überprüfen und die Erfahrungen aus der Projektumsetzung in die Analyse einzubeziehen. Anhand eines Analyserasters werden die Informationen aus den transkribierten Texten relevanten Kategorien zugeordnet. Ergänzend wurde eine „Keyword-in-Context“ Analyse vorgenommen. Die extrahierten Informationen wurden getrennt vom Text weiterverarbeitet. Eine abschließende Fokusgruppe reflektierte die Phasen in der Patientenbegleitung und die Gesamteinschätzung zu den Rahmenbedingungen des Fallmanagements. Mit der Datenauswertung entstanden ein ausdifferenziertes Zielsystem

und die Beschreibung eines Kaskadenprogramms, die jeweils im Expertenkreis mit Wundwissen und im hochschulischen Umfeld (peer-respond) zur Diskussion gestellt wurden. Die Abschlussveranstaltung thematisierte Besonderheiten im Umgang mit den Menschen mit chronischen Wunden und die Arbeit der Fallmanager:innen differenziert nach Wundursache. Die Ergebnisse der qualitativen Evaluation wurden von den Programmentwicklern auf Plausibilität geprüft und mit den Evaluatoren diskutiert.

Zur Rekonstruktion von Wirkannahmen wurde zunächst die Dokumentenanalyse herangezogen und Expertengespräche im fachlichen Netzwerk geführt.

Es wurden Annahmen und Einschätzungen zur Durchführung des Fallmanagements allgemein, in Familien und zur Wunde, sowie zu möglichen Chancen und Hindernissen der Projektdurchführung und die Rolle der eingebundenen Fallmanager:innen diskutiert.

Am Rande der anfänglichen Fortbildung für die Fallmanager:innen und bei Schulung ergaben sich immer wieder Gelegenheiten zum vertieften Gespräch mit den teilnehmenden Fallmanager:innen und/ oder Dozent:innen.

Die Gespräche in der Planungsphase fanden zwischen Mitte Juli 2018 bis Februar 2019 statt.

Folgende Erhebungsmethoden und Datenquellen wurden genutzt, um sich dem Gegenstand Versorgungsmanagement Wunde und den Evaluationsfragestellungen zu nähern.

Methode	Analysegegenstand/Stichprobe	Zeitraum
Dokumenten- und Datenanalyse	Dokumente mamedicon GmbH Homepage VeMaWuRLP Formulare FM Selektivvertrag im Entwurf Curriculum Fortbildung Fallmanagement Auszüge digitale Plattform Edukationskonzept im Entwurf Schulungsmaterial	Juni 2018 / Juni 2020
Literaturanalyse	Rechtlicher Hintergrund Literatur zu Motivationstheorien Fachliteratur Wunde Casemanagement	März 2019 / Januar 2020
Explorative Expertengespräche	Programmplaner Gespräche mit ausgewählten Expert:innen Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V.	Juni 2018
Online Befragung	Fallmanager:innen vor dem ersten Patientenkontakt	Dezember 2018
Vertiefende Interviews	leitfadengestützte Interviews mit 4 ausgewählten Expert:innen Patient:innen Regelversorgung Patient:innen mit Fallmanagement Angehörigen	Januar 2019 – Februar 2022
Fokusgruppen Anfangsphase	Fokusgruppendifkussion mit 6 Fallmanagerinnen mit 5 Fallmanager:innen	Mai / Juni 2019

Fokusgruppe Abschluss	Fokusgruppendifkussion mit 3 Vertreter:innen des Fallmanagements	Mai 2022
Teilnehmende Beobachtung	Feld - und Heftnotizen, Forschungstagebuch 6. Sektionstreffen Wundnetz e.V. Qualitätszirkel Studieneinrichtungen 6 Tage Fortbildung Fallmanager:innen Online Treffen FM 1 Anleitungssituation FM in der Häuslichkeit 4 Besuche Studieneinrichtungen (2 Kliniken, 2 niedergelassene Facharztpraxen/Diabetologen)	fortlaufend

Tabelle 8: Erhebungszeiträume und Instrumente der qualitativen Evaluation

Zur Entwicklung der Interviewleitfäden wurden zunächst Themenbereiche (Dimensionen) aus den Antragsunterlagen und den dort beschriebenen Wirkmechanismen und Zielvorstellungen abgeleitet, um dann Fragen zu formulieren.

Die Dimensionen/ Themenbereiche der Interviews mit Patient:innen in der Regelversorgung/ Fallmanagement sind in Tabelle 9 dargestellt.

	Themenbereich/Dimension	Fokus
1.	Angaben zur Person und zur Wundart	Soziodemografische Fragen zur Person, erste Angaben zur Entstehung und Dauer der offenen Wunde
2.	Individuelle Versorgungssituation	„Helferkreis“, Unterstützungssystem
3.	Motive zur Studienteilnahme und eigene Ressourcen	Erwartung gegenüber professioneller Unterstützung, Einschätzung eigener Kompetenzen
4.	Wundsituation/- verlauf	Abgaben zur Einschränkungen/ Belastungen durch die offene Wunde (im Alltag) und zum Heilungsverlauf der Wunde, subjektive Bewertung
5.	Professionelle Begleitung/ Versorgung	Berührungspunkte mit Akteuren des Gesundheitssystems (Ärzt:innen, Pflegedienst etc.) Erfahrungen mit sektoralen Grenzen
6.	Zukunftsvorstellungen	Hoffnungen/ Sorgen in Bezug auf weiteren Heilungs-Krankheitsverlauf, Auswirkungen auf das tägliche Leben, Familie, Berufsleben
7.	ggf. Fallmanagement	Zusammenarbeit und Begleitung durch Fallmanager:in, Erfahrungen, Beispiele Zielvereinbarungen, Edukation
8.	Selbstpflege/ Gesundheitskompetenz	Einschätzung eigene Kompetenzen z.B. im Umgang mit Schmerzen, Exsudat, Steigerung Mobilität etc.

Tabelle 9: Themenbereiche qualitative Interviews mit den Patient:innen

Die Fragen zu den Themenbereichen wurden so (offen) formuliert und situativ angepasst, dass die teilnehmenden Personen sich dazu angeregt fühlten, Hintergrundinformationen, Meinungen und empfundene Konfliktsituationen anzusprechen.

Ein Patientenfürsprecher des Wundnetzes RLP trug mit Hinweisen zur Verbesserung der Verständlichkeit aus Patientensicht bei.

Von allen Teilnehmenden wurden im Rahmen des Interviews auch persönliche Daten (familiäre Versorgungssituation, beruflicher Hintergrund, etc.) erfragt.

Die Interviews fanden in der gewohnten Wohnumgebung oder an einem Ort der Wahl der jeweiligen Interviewpartner:innen statt. Während der Coronapandemie wurden die Interviews zum Schutz der Interviewpartner:innen telefonisch durchgeführt.

Alle Leitfäden befinden sich in Anlage 2 Qualitative Evaluation des Evaluationsberichts.

Die Bearbeitung des Datenkorpus erfolgte angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010). Durch die Extraktion, Aufbereitung und Auswertung der Daten wurden thematische Zuordnungen in ein Kategoriensystem vorgenommen. So konnten Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet und Zusammenhänge hergestellt werden. Durch die Beschäftigung mit den Daten sowohl auf Einzelfallebene als auch auf struktureller Ebene wurden neue Wirkzusammenhänge identifiziert. Es wurden fall- und themenorientierte Auswertungen vorgenommen (vgl. Gläser & Laudel, 2010).

6. Projektergebnisse

6.1 Beschreibung der Studienpopulation

Die einer Gruppe Fallmanagement- oder Usual Care zugewiesenen 186 Patient:innen waren in ihren sozialen, demografischen und Lebensstil-Faktoren vergleichbar, wie [Tabelle 10](#) zeigt. Jeweils knapp zwei Drittel der Teilnehmenden waren Männer (62,5% bzw. 64,9%). Bei Einschluss lag kein signifikanter Unterschied im Geschlechterverhältnis nach Behandlungsart vor.³ Im Altersprofil waren bei Einschluss Ältere (70 Jahre u. älter) und Jüngere (unter 70 Jahre) nahezu gleich stark vertreten.⁴ Im Fallmanagement lag das Durchschnittsalter bei 67,1 Jahre und bei Usual Care bei 67,5 Jahre. Knapp 53% der Patient:innen waren verheiratet, 17,2% bereits verwitwet. Als ledig bezeichneten sich knapp 20% und 10,3% gaben „geschieden“ als Familienstand an. Bezüglich des Familienstandes unterschieden sich die Behandlungsgruppen nicht ($\chi^2 = 1,0001$; $p = 0,801$).

Merkmal	n	Fallmanagement	n	Usual Care	p-Wert
Geschlecht männlich, %	92	62,5	94	64,9	0,667 ¹
Alter, M (SD)	92	67,1 (12,9)	94	67,6 (12,8)	0,809 ²
Anteil ≥ 70 Jahre, %		48,9		50,0	0,882 ¹
Familienstand, %	87		87		0,725 ³
verheiratet		50,6		55,2	
ledig		21,8		17,2	
geschieden o. verwitwet		27,6		27,6	
Privathaushalt, >1 Person, %	89	64,0	93	66,7	0,710 ³
Pflegeheim/betreutes Wohnen, %	88	3,4	89	2,2	0,682 ⁴
Erwerbstätigkeit, %	89	18,0	93	18,3	0,958 ³
Bildung, %	88		92		0,251 ³

³ Ein Anteilstest mit STATA 17.0 (Befehl **prtest**) führt zu keinem signifikanten Ergebnis. P-Wert = 0,6675. > Signifikanzniveau 0,05. Die Nullhypothese, dass kein signifikanter Unterschied nach Behandlungsgruppen vorliegt (nicht gerichtete Hypothese), kann somit nicht verworfen werden.

⁴ Ein Anteilstest mit STATA 17.0 (Befehl **prtest**) führt zu keinem signifikanten Ergebnis. P-Wert = 0,8822 > Signifikanzniveau 0,05. Die Nullhypothese, dass kein signifikanter Unterschied vorliegt (nicht gerichtete Hypothese), kann somit nicht verworfen werden.

ohne Abschluss		3,4		7,6	
Abitur		6,8		9,8	
Mittlerer Abschluss		25,0		15,2	
Hauptschule o.a. Abschluss		64,8		67,4	
Rauchen, %	88		91		0,274 ³
aktiv		17,0		18,7	
vormals		31,8		41,8	
nie		51,1		39,6	
Body Mass Index, M in kg/m ²	90	33,9	94	31,1	0,137 ²
BMI >=30 (Adipositas), %	90	60,0	94	48,9	0,132 ¹
Alkoholkonsum, %	88		91		0,778 ³
regelmäßig		17,0		14,3	
gelegentlich		31,8		36,3	
nie		51,1		49,5	
Pflegedienst einbezogen, %	86	44,2	90	50,0	0,440 ³

Tabelle 10: Baseline-Charakteristika der Fallmanagement- und Kontrollgruppe

Legende: M Mittelwert; SD Standardabweichung

Teststatistik: 1 z-Test (Wald); 2 t-Test; 3 Pearson-Chi²; 4 Fishers exakter Test;

Quelle: berechnet mit SPSS

Der mittlere Body Mass Index (BMI) lag bei Einschluss in der Usual Care Gruppe bei 31,1 kg/m² und in der Fallmanagementgruppe bei 33,9 kg/m². Mehr als die Hälfte der Patient:innen (54,3 %) gilt als adipös (BMI >= 30 kg/m²). Ein Unterschied zwischen den beiden Behandlungsformen war auch hier nicht gegeben (zweiseitiger Test, p-Wert = 0,1320).

Das Fallmanagement wurde an Patient:innen erprobt, die an einem Diabetischen Fußsyndrom (DFS) (50%), an einem Ulcus Cruris (32,6%), einem Dekubitus (7,6%) oder einer anderen chronischen Wunde (9,8%) litten. Die Zusammensetzung in der Kontrollgruppe fiel mit den Anteilen DFS 47,8%, Ulcus cruris 31,9%, Dekubitus 7,4% und sonstigen Wunden 12,8% vergleichbar aus.

Die initiale Wundsituation und damit verbundene Heilungsaussichten differierte nicht zwischen den Studiengruppen. Bei Einschluss hatten 60% der 186 Patient:innen nur eine Wunde, 24% zwei Wunden und 12% drei Wunden. Mehr als drei Wunden wiesen 4% der Patient:innen auf. Die Ausprägungen für Fallmanagement- und Kontrollgruppe weichen nicht bedeutsam voneinander ab.

Im Fallmanagement wie in der Kontrollgruppe lag die Wunddauer bei Einschluss zur Hälfte unter 4 Monaten. Als extreme Fälle mit einer Chronifizierung über 2 Jahre und mehr fanden sich in der Fallmanagement-Gruppe 13 Personen zugeteilt, in Usual Care 8 Personen (vgl. Tabelle 11). Der Anteil Teilnehmender mit rezidivierenden Wunden oder früherer Amputation lag zwischen 20 bis 30 Prozent.

Mit der Verknüpfung von Wundgröße und Wunddauer bietet der Margolis-Index (Margolis et al, 2001) eine Risikoklassifikation an. Die Studienpopulation war mehrheitlich der mittleren Stufe zuzuordnen. Stufe 2, die Verbindung einer größeren Fläche mit einer mehr als 6-monatigen Wunddauer, entsprach der jeweils kleinste Teil in beiden Gruppen (18,5% bzw. 14,9 %).

Auch hinsichtlich der Beeinträchtigungen in ihrer (spezifischen) Lebensqualität waren die beiden Studiengruppen bei Einschluss vergleichbar wie Tabelle 11 zeigt. Das Gleiche trifft für die Zufriedenheit mit der bis dahin erfahrenen Behandlung zu.

Merkmal	n	Fallmanagement	n	Usual Care	p-Wert
Wundart, %	92		94		0,936 ³
diabetisches Fußsyndrom		50,0		47,9	
Ulcus cruris		32,6		31,9	
Dekubitus		7,6		7,4	
andere chronische Wunde		9,8		12,8	
Dokumentierte Wunden, %	92		94		0,931 ³
Singular		60,9		58,5	
2 Wunden		23,9		24,5	
> 2 Wunden		15,2		17,0	
Durchschnittl. Wundzahl, M(SD)		1,64 (1,03)		1,67 (0,99)	0,845 ²
rezidivierende Wunde, %	92	28,3	94	30,9	0,699 ³
Infektionszeichen, %	92	7,6	94	5,3	0,525 ³
Wundfläche gesamt in qcm, M (SD)	92	45,0 (136,8)	94	42,1 (134,7)	0,884 ²
Erstmanifestation in Jahren, M (SD)	85	17,69 (48,76)	84	7,99 (12,57)	0,006
Median (Min; Max)		4 Mon (0;415)		4 Mon (0;81)	0,372 ⁵
Margolis-Index, %	92		94		0,795 ³
Stufe 0 (≤6 Mon. & Fläche≤ 5cm ²)		31,5		34,0	
Stufe 1 (>6 Mon. oder Fläche> 5cm ²)		50,0		51,1	
Stufe 2 (>6 Mon. & Fläche> 5cm ²)		18,5		14,9	

Z. n. Amputation, %	88	30,7	91	22,0	0,186 ³
pAVK, %	81	42,0	88	46,6	0,546 ³
Z. n. Revaskularisation, %	88	25,0	90	25,6	0,932 ³
Schmerzen wundbedingt, %	90	43,3	91	42,9	0,948 ³
Schmerzstärke, M (SD)	23	4,83 (3,51)	23	4,22 (3,18)	0,541 ²
EQ-5D-5L Index, M (SD)	89	0,62 (0,29)	90	0,60 (0,28)	0,724 ²
EQ-5D-5L VAS, M (SD)	87	59,9 (22,6)	91	54,4 (22,3)	0,104 ²
Wund-QoL, M (SD)	89	1,61 (0,93)	91	1,77 (1,01)	0,271 ²
Wund-QoL, kritischer Wert (≥3,0), %	89	11,2	91	11,0	0,958 ³
HADS Depression, M (SD)	87	6,7 (4,6)	89	7,1 (4,5)	0,591 ²
HADS Angst, M (SD)	87	6,2 (4,2)	88	6,2 (4,1)	0,963 ²
Patient Activation Measure, M (SD)	89	38,1 (6,9)	89	38,6 (5,9)	0,601 ²
Behandlungszufriedenheit, M (SD)	88	1,9 (1,5)	91	1,7 (1,4)	0,341 ²
Adhärenz als Behandlerziel, %	89	29,2	90	31,1	0,782 ³

Tabelle 11: Baseline-Charakteristika Wunde und Lebensqualität nach Behandlungsart

Akronym: VeMaWuRLP
Förderkennzeichen: 01NVF17048

Mittelwert; SD Standardabweichung

Teststatistik: 1 z-Test (Wald); 2 t-Test; 3 Chi² Unabhängigkeitstest; 4 Fisher's exact Test; 5 Mediantest;

Quelle: berechnet mit SPSS

6.2 Ergebnisse der quantitativen Evaluation

Vorbemerkung: Aufgrund der niedrigen Beobachtungszahl wird die notwendige Power von mindestens 80% bei den Tests nicht erreicht. Deswegen haben die Ergebnisse eher explorativen Charakter.

Die folgende Tabelle 12 gibt einen Überblick über die zentralen Ergebnisse zu den Endpunkten. Eine detaillierte Darstellung der einzelnen Auswertungen ist dokumentiert in Anhang 5 des Evaluationsberichts.

Endpunkt	Hypothese	Ergebnis FM vs. Usual	n	Teststatistik
Heilungsrate	FM > Usual nicht bestätigt	FU1: 46,8% vs. 43,9% FU2: 53,2% vs. 53,0%	128	Diff=-0,028348; p=0,3737 ¹ Diff=-0,00195; p=0,4912 ¹
<i>Subgruppenanalyse</i>				
Ulcus cruris	FM > Usual bestätigt (bei power 40%)	FU2: 68,2% vs. 22,7%	40	OR=6,999 (95% KI: 1,71;28,68) p= 0,007**2
Diabetischer Fuß	FM > Usual nicht bestätigt	FU2: 38,7% vs. 60,6%	62	OR=0,397 (95% KI: 0,17;0,95) p= 0,080*2
Sekundäre Endpunkte:				
Amputationsrate	FM < Usual Nicht bestätigt	FU2: 8,7% vs. 13,8%	186	Diff=0,05134; p=0,1343 ¹
Krankenhausaufenthalt, wundbezogen/ Jahr	FM < Usual bestätigt	FU2: 21% vs. 36,9%	127	Diff=0,1595; p=0,0240**1
Krankenhaustage, wundbezogen/ Jahr	FM < Usual bestätigt	FU2: MW 3,58 vs. 11,95	127	z=-1,952; p= 0,02505***3
Allg. Lebensqualität, EQ-5D-5L	FM > Usual FU1: bestätigt FU2: nicht bestätigt	FU1: MW 0,728 vs. 0,640 FU2: MW 0,729 vs. 0,705	95	t = 1,6664; p= 0,0495***4 t = 0,4702; p= 0,3197 ⁴
Beeinträchtigung Spez. Lebensqualität (Wund-QoI17)	FM < Usual FU1: nicht bestätigt FU2: nicht bestätigt	FU1: Median 1,7 vs. 1,7 FU2: Median 1,2 vs. 1,6	72 48	z=0,756; p= 0,2269 ⁵ z=0,754; p= 0,2289 ⁵

Angst (HADS-A)	FM < Usual FU1: nicht bestätigt FU2: nicht bestätigt	FU1: MW 5,2 vs. 6,5 FU2: MW 5,2 vs. 6,0	98	t = -1,5117; p= 0,0669 ^{*5} t = -0,8710; p= 0,1930 ⁵
Depression (HADS-D)	FM < Usual FU1: nicht bestätigt FU2: nicht bestätigt	FU1: MW 6,2 vs. 6,9 FU2: MW 5,7 vs. 6,8	98	t = -0,7220; p= 0,2360 ⁵ t = -1,3053; p= 0,0975 ^{*5}

Tabelle 12 : Übersicht der Endpunkt-Ergebnisse nach 6 bzw. 12 Monaten

Legende: OR= Odds Ratio; KI= Konfidenzintervall; MW= Mittelwert; FM=Fallmanagement; Usual= Usual Care

Teststatistik: 1 Test Anteilsdifferenz; 2 Binär Logistische Regression (zweiseitig); 3 Negative Binomialregression; 4 t-Test; 5 Mann-Whitney U-Test (exakt); Signifikanzniveau 5%**, 10% *

Quelle: berechnet mit stata

1. Heilungsrate (primärer Endpunkt)

Auf der Grundlage von 128 Beobachtungen über den gesamten Zeitraum von 12 Monaten kann die Forschungshypothese bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% nicht bestätigt werden (Anteilsdifferenz: -0,001955; 95%-KI: -0,17; 0,17; einseitige Hypothese: p-Wert (z)= 0,4912). Die Power des Tests liegt nur bei 50%; für eine ausreichende Teststärke erwies sich die Zahl der Beobachtungen als zu klein. (siehe Tabelle 12; vgl. hierzu die im Evaluationsbericht, Kapitel 3.1.4).

Eine nach Wundart differenzierte Analyse zeigte, dass bei Ulcus cruris die Chance, dass die Wunden verheilen, im Fallmanagement um das 7,0-fache höher liegt als bei Usual Care. Dieses Ergebnis ist bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% signifikant. (95%-KI für Odds Ratio: 1,71; 28,68). Das Pseudo R^2 nach Nagelkerke beträgt 0,152. Auch hier ist einschränkend auf eine zu geringe Zahl der Beobachtungen zu verweisen, die Testpower liegt lediglich bei 40%.

Bei Wunden im Spektrum des diabetischen Fußsyndroms ist kein signifikanter Effekt des Fallmanagements auf die Heilungsrate bei einem Signifikanzniveau von 5% festzustellen. Bei einem Signifikanzniveau von 10% ist das Chancenverhältnis von 0,40 beim DFS hingegen signifikant, da die 1 nicht im 90%-Konfidenzintervall (0,17; 0,95) liegt. Das Chancenverhältnis von 0,4 bedeutet, dass die Chance, dass bei Follow Up 2 keine Wunde besteht beim 0,4-fachen liegt bzw. die Chance, dass mindestens eine Wunde besteht beim 2,5-fachen.

Eine Erklärung eröffnet die Betrachtung der Heildauer der ersten bzw. führenden Wunde. Der Anteil dauerhaft – das meint ohne Lokalrezidiv - abgeheilte Wunden stieg zunächst in beiden Gruppen gleichermaßen moderat an (vgl. Abbildung 9 im Evaluationsbericht). Seit dem sechsten Monat lag der Anteil in der Fallmanagement Gruppe höher als in der Usual Care Gruppe. Parallel wuchs jedoch der Anteil jener, die von neuen Wunden betroffen waren, in der Fallmanagementgruppe schneller als in der Kontrollgruppe.

2. Amputationsrate

Es liegt kein signifikanter Unterschied in der Amputationsrate vor. Die Differenz im Anteilswert beträgt 0,0513 (95%-KI: -0,04;0,14) und für die gerichtete Hypothese (Amputationsrate liegt bei Usual Care höher als beim Fallmanagement) liegt der p-Wert bei 0,1343 (Vgl. Kapitel 3.1.5 im Evaluationsbericht). Berücksichtigt werden Amputationsereignisse über einen Zeitraum bis zu 12 Monaten, die aus allen verfügbaren Quellen bekannt wurden. Nimmt man nur die Population, die aktiv an der letzten Untersuchung teilnahm (n= 131), fallen die jeweiligen Raten etwas höher aus; das Resultat besteht gleichermaßen (10,9% vs. 16,4%; p= 0,256).

3. Wundbezogene Krankenhaustage und Krankenhaustage insgesamt innerhalb eines Jahres

Die Anzahl der wundbedingten Krankenhaustage geht beim Fallmanagement gegenüber Usual Care signifikant um 72% zurück (Signifikanzniveau 5%) wie ein geschätztes Zählmodell (NEGBIN 2) mit Amputation und Deckung als weitere erklärende Größen und unter Nichtberücksichtigung eines Ausreißers zeigt (vgl. Evaluationsbericht, Tabelle 16).

Die Anzahl der Krankenhaustage insgesamt geht beim Fallmanagement gegenüber der Regelversorgung um 43,5% zurück, wie ein geschätztes Zählmodell (NEGBIN2) mit Amputation, Deckung und Herzinsuffizienz als weitere erklärende Größen zeigt. Bei einseitiger Hypothese liegt hier der p-Wert bei 5,15%; (zweiseitig: 10,3%).

Weitere Ausführungen zu den verschiedenen berechneten Modellen der wundbezogenen sowie der Krankenhausaufenthalte insgesamt finden sich in Kapitel 3.1.6 des Evaluationsberichts.

4. Arbeitsunfähigkeit

Die Frage nach einem Einfluss der Intervention auf den Umfang von Phasen der Arbeitsunfähigkeit konnte im Rahmen der Studie nicht beantwortet werden. Es waren nur wenige im Erwerbsleben stehende Teilnehmende (n=33) in die Studie eingeschlossen, dass eine statistische Prüfung auf Unterschiede nicht angemessen erschien (Vgl. Evaluationsbericht, Tabelle 17).

5. Lebensqualität, Angst und Depression

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (LQ) wurde anhand des EQ-5D-5L gemessen. Hierzu lagen über die ganze Beobachtungsperiode 95 auswertbare Beobachtungen vor. Beim ersten Follow Up nach einem halben Jahr gab es einen signifikanten Unterschied in der LQ: Im Fallmanagement (LQ = 0,728) lag die LQ höher als bei Usual Care (LQ = 0,640) (einseitiger Test: $p = 0,0495$). Bei Follow Up 2, d.h. nach einem Jahr, gab es keinen signifikanten Unterschied mehr (einseitiger Test: $p = 0,3197$), da in der Regelversorgung nach Follow Up 1 die LQ weiter auf 0,705 angestiegen ist, während beim Fallmanagement die LQ sich auf dem erreichten Niveau in etwa stabilisierte (LQ = 0,729), so dass die Differenz nicht mehr signifikant war. Eine vergleichbare Lebensqualität wird bei Usual care auch, aber zu einem späteren Zeitpunkt erreicht.

Die indikationsspezifische Lebensqualität wurde anhand des Wund-QoL17 bestimmt. Da der Wund-QoL wundspezifische Beeinträchtigungen erfragt, wurden nur Personen betrachtet, bei denen bei Follow Up 1 (n = 72) bzw. Follow Up 2 (n = 48) noch mindestens eine Wunde vorlag. Aufgrund der geringen Beobachtungszahl wurden der nichtparametrische U-Test durchgeführt. Sowohl bei Follow Up 1 (einseitiger Test: $p = 0,2269$) und bei Follow Up 2 (einseitiger Test: $p = 0,2289$) lag kein signifikantes Ergebnis vor. Betrachtet man die Subskalen Psyche und Alltagsleben, dann ergeben sich auch keine signifikanten Effekte. Die Subskala Körper wurde nicht betrachtet, da bei Einschluss ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen vorlag (n = 179; Zwei-Stichproben t-Test; $p = 0,0294$). Zu den Ergebnissen in den Subskalen vergleiche auch Kapitel 3.1.8.2 und 3.1.8.3 Evaluationsbericht.

Um eventuelle Unterschiede in der Ausprägung von Angst und Depression zwischen den beiden Gruppen festzustellen, wurde die „Hospital, Anxiety and Depression Scale“ (HADS) mit ihren Subskalen Angst (HADS-A) und Depression (HADS-D) herangezogen. Hierzu wurden Zwei-Stichproben-t-Tests und nichtparametrische U-Tests durchgeführt. Bei der Subskala Angst bei Follow Up 1 und bei der Subskala Depression bei Follow Up 2 ergab sich bei einem Signifikanzniveau von 10% sowohl beim t-Test wie auch beim U-Test ein signifikantes Ergebnis (einseitiger Test). Beim U-Test erhält man zusätzlich bei HADS-A und HADS-Gesamt für Follow Up 2 ein signifikantes Ergebnis bei einem Signifikanzniveau von 10% (einseitiger Test). Eine ausführlichere Darstellung der Analysen findet sich in Kapitel 3.1.9 des Evaluationsberichts.

Zusammengefasst: Es kann bei einem Signifikanzniveau von 5% kein signifikanter Unterschied in der Lebensqualität sowohl gesundheitsbezogen (EQ-5D-5L) wie indikationsspezifisch (Wund-QoL17) bei Follow Up 2 inferenzstatistisch nachgewiesen werden. Bei Follow Up 1 liegt die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L) mit Fallmanagement signifikant höher als bei Usual Care. Anhand der HADS kann nicht gezeigt werden, dass bei einem Signifikanzniveau von 5% ein Unterschied in den Subskalen Angst und Depression zwischen den beiden Gruppen bei Follow Up 1 und Follow Up 2 vorliegt. Entsprechendes gilt für die Gesamtskala.

6.3 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analyse

Vorbemerkung: Von den 186 Teilnehmer:innen waren 57 (30,6%) in den Vertrag zur Besonderen Versorgung nach §140a SGB V in die Studie eingeschrieben. Nach dem

Datenlinkage standen Daten zu 54 Personen zur Verfügung. Vier weitere Datensätze (Routineversorgung) wurden von der Analyse ausgeschlossen, weil die Versicherten vorzeitig verstorben waren. Von den 50 verbleibenden Datensätzen waren 22 (44%) dem Fallmanagement zugeordnet und 28 (56%) der Routineversorgung.

Die Interventionskosten für diese Teilgruppe ergeben sich aus der Abrechnung von Leistungsmodulen des Fallmanagement. Zu vermerken ist, dass die Fallmanagement-Kosten in der IV-Gruppe, die in die folgende Kosten-Nutzwert-Betrachtung eingeht (im Mittel 810 € pro Kopf), insgesamt etwas höher ausfielen als die Kosten im Mittel aller durchgeführten Fallmanagementfälle (mit durchschnittlich 744 € pro Kopf). Diese Kosten umfassen im Mittel neben dem Startmodul (1. Monat) über im Mittel 3,5 Monate Leistungen in Modul 2, das bis zur Abheilung oder maximal 5 Monate lang abgerechnet werden konnte. Dieser Zeitraum konnte bis zu 2 Monaten plus oder minus variieren. Für die Nachsorgebegleitung, die über sechs Monate vorgesehen war, wurden durchschnittlich 4 Monate geltend gemacht (vgl. Evaluationsbericht, Kapitel 3.2.2.3).

Ambulante Kosten:

Tabelle 13 zeigt die ambulanten Kosten pro Kopf mit und ohne Häusliche Krankenpflege nach Behandlungsart. Die ambulanten Kosten pro Kopf lagen in der Usual Care Gruppe um 247 € höher als in der Interventionsgruppe. Zählt man die Häusliche Krankenpflege dazu, dann kommt jetzt Usual Care durchschnittlich um 808 € teurer als das Fallmanagement.

Kostenart	Gruppe	n	Min	Max	Median	Arithmet. Mittel	Standard-Abweichung
Ambulante Behand ohne häusl. Krankenpfl.	Fallmanag.	22	64,60	10.386,50	1.465,83	2.667,90	656,79
	Usual Care	28	27,80	10.715,10	2.112,95	2.914,45	561,23
Häusliche Krankenpfl.	Fallmanag.	22	0,00	1.973,00	0,00	308,63	134,17
	Usual Care	28	0,00	7.109,89	0,00	870,05	313,38
Ambulante Behand. mit häusl. Krankenpfl	Fallmanag.	22	64,60	12.114,30	1.465,53	2.976,53	775,24
	Usual Care	28	27,80	10.715,10	2.555,31	3.784,50	630,12

*Tabelle 13: Deskriptive Maße zu den ambulanten Kosten ohne und mit häuslicher Krankenpflege.
 Quelle: berechnet mit SPSS.*

Stationäre Kosten:

Tabelle 14 zeigt die stationären Kosten pro Kopf. Für das Fallmanagement ergaben sich Durchschnittskosten von 2.303 € und für Usual Care von 5.137 €. In der Regelversorgung hatte eine Person extrem hohe Kosten von 86.889 €.

Kostenart	Gruppe	n	Min	Max	Median	Arithmet. Mittel	Standard-Abweichung
Stationäre Kosten	Fallmanag.	22	0,00	14.718,52	0,00	2.302,92	984,31
	Usual Care	28	0,00	86.889,61	0,00	5.137,47	3.078,91

*Tabelle 14: Deskriptive Maße zu den Stationären Kosten ohne und mit häuslicher Krankenpflege.
 Quelle: berechnet mit SPSS.*

Kosten und Effektgröße Heilungsrate:

Aufgrund des Extremwertes von 86.889,61 € in den stationären Kosten bei Usual Care, wurde die gesundheitsökonomische Analyse mit und ohne den Extremwert durchgeführt. Insgesamt lagen 40 Beobachtungen mit bekannten Kosten und Heilungsraten vor.

Wie die Tabelle 15 bis Tabelle 17 ausweisen, fällt der Effekt (Heilungsrate) im Fallmanagement geringer aus als bei Usual Care. Da man in der Regel nur Fälle betrachtet, in denen der Effekt der neuen Invention zumindest nicht geringer ausfällt als der Effekt der Vergleichsintervention, könnte man hier mit der Betrachtung aufhören. Die Kosten pro Kopf sind jedoch im Fallmanagement geringer als bei Usual Care.

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten ohne Interventionskosten in € / pro Kopf in €	Heilungsrate in %	Kosten-Heilungsraten-Verhältnis <i>Kosten pro Kopf</i> <i>Heilungsrate in % – Pkt</i>
Mit Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	105.144 /5.841	33,3	175,4 €/(%-Pkt)
Usual Care	26	241.986 /9.307	50,0	186,1 €/(%-Pkt)
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	105.144 /5.841	33,3	175,4 €/(%-Pkt)
Usual Care	25	154.306/ 6.172	52,0	118,7€/(%-Pkt)

Tabelle 15: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis ohne Interventionskosten und Krankengeld.
 Quelle: Eigene Berechnungen.

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten einschließlich Interventionskosten in € / pro Kopf in €	Heilungsrate in %	Kosten-Heilungsraten-Verhältnis <i>Kosten pro Kopf</i> <i>Heilungsrate in % – Pkt</i>
Mit Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	120.519 /6.696	33,3	201,1 €/(%-Pkt)
Usual Care	26	241.986 /9.307	50,0	186,1 €/(%-Pkt)
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	120.519 /6.696	33,3	201,1 €/(%-Pkt)
Usual Care	25	154.306/ 6.172	52,0	118,7 €/(%-Pkt)

Tabelle 16: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis mit Interventionskosten.
 Quelle: Eigene Berechnungen.

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten einschließlich Interventionskosten und Krankengeld in €	Heilungsrate in %	Kosten-Heilungsraten-Verhältnis <i>Kosten pro Kopf</i> <i>Heilungsrate in % – Pkt</i>
Mit Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	120.519 /6.696	33,3	201,1 €/(%-Pkt)
Usual Care	26	285.668 /10.987	50,0	219,7 €/(%-Pkt)
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	18	120.519 /6.696	33,3	201,1€/(%-Pkt)
Usual Care	25	173.779 / 6.951	52,0	133,7 €/(%-Pkt)

Tabelle 17: Kosten-Heilungsrate-Verhältnis mit Interventionskosten und Krankengeld.
 Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Tabelle 15 bis Tabelle 17 zeigen, dass ohne den Extremwert in den Krankenhauskosten das Fallmanagement mehr an Durchschnittskosten pro Prozentpunkt an Heilungsrate verursacht als die Regelversorgung, d.h. Usual Care ist effizienter als das Fallmanagement. Bezieht man den Extremwert in den stationären Kosten von Usual Care mit ein, dann ist das Fallmanagement kosteneffizienter als die Regelversorgung, da das Fallmanagement weniger Durchschnittskosten pro Prozentpunkt Heilungsrate besitzt als die Regelversorgung.

In der Praxis bzw. aus ethischen Gründen ist es so, dass man eher ein zweistufiges Verfahren wählt (vgl. Schöffski et al., 2012, S. 121; Schulenburg et al., 2012, S. 54).⁵ In der ersten Stufe muss ein neues Verfahren effektiver sein als die bisherige Versorgung. Liegt das nicht vor, dann werden die Kosten nicht weiter betrachtet. Ist das neue Verfahren effektiver, erst dann werden in einer zweiten Stufe die Kosten mit betrachtet und eine Effizienzanalyse durchgeführt.

Kosten und Effektgröße Lebensqualität:

Für 30 Beobachtungen liegen Kosten und Angaben zur Lebensqualität (EQ-5D-5L) bei Follow Up 2 vor. Da hier ebenfalls der Extremwert bei den stationären Kosten der Regelversorgung auftritt, wird die Berechnung des Kosten-Lebensqualitäts-Verhältnisses mit und ohne Berücksichtigung des Extremwerts durchgeführt. Die Ergebnisse geben Tabelle 18 bis Tabelle 20 wieder. Die LQ im Fallmanagement fällt pro Kopf (0,618) geringer aus als bei Usual Care (0,72), so dass sich hier wieder die Frage stellt, ob es sinnvoll ist, weitere Betrachtungen anzustellen.

⁵ Ethische Probleme treten auf, wenn man in den Leistungskatalog eine neue Intervention aufnimmt, die einen geringeren Nutzen besitzt als die bisherige Regelversorgung. „In der Literatur wird argumentiert, dass Maßnahmen mit entsprechender Charakterisierung abzulehnen sind, da sie keinen medizinischen Nutzen erbringen“ (vgl. Schulenburg et al, 2012, S. 54.). Wenn jedoch durch die Beibehaltung der bisherigen Regelversorgung gegenüber der neuen Intervention erhebliche zusätzliche Kosten auftreten im Vergleich zur neuen Intervention, dann ist zu überlegen, ob die dadurch eingesparten Ressourcen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens besser eingesetzt werden können und dadurch einen Zusatznutzen schaffen (vgl. Schöffski et al, 2012, S. 54).

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten ohne Interventionskosten in €	Summe Lebensqualität	Kosten pro LQ
Fallmanagement	11	63.523	6,80	9.342€/LQ
Usual Care	19	194.752	13,76	14.153€/LQ
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	63.523	6,80	9.342€/LQ
Usual Care	18	107.072	12,97	8.255€/LQ

*Tabelle 18: Kosten-Lebensqualitätsverhältnis ohne Interventionskosten
 Quelle: Eigene Berechnungen.*

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten mit Interventionskosten in €	Summe Lebensqualität u. pro Kopf	Kosten pro LQ
Mit Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	74.566	6,80	10.966€/LQ
Usual Care	19	194.752	13,76	14.153€/LQ
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	74.566	6,80	10.966€/LQ
Usual Care	18	107.072	12,97	8.255€/LQ

*Tabelle 19: Kosten-Lebensqualitätsverhältnis mit Interventionskosten
 Quelle: Eigene Berechnungen.*

Behandlungsgruppe	n	Behandlungskosten mit Interventionskosten und Krankengeld in €	Summe Lebensqualität u. pro Kopf	Kosten pro LQ
Mit Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	74.566	6,80	10.966€/LQ
Usual Care	19	236.957	13,76	17.221€/LQ
Ohne Extremwert bei Usual Care				
Fallmanagement	11	74.566	6,80	10.966€/LQ
Usual Care	18	126.545	12,97	9.757€/LQ

*Tabelle 20: Kosten-Lebensqualitätsverhältnis mit Interventionskosten und Krankengeld
 Quelle: Eigene Berechnungen.*

Ohne den Extremwert in den Krankenhauskosten der Regelversorgung besitzt das Fallmanagement höhere Kosten pro Einheit LQ als Usual Care. Beim Einbeziehen des Extremwerts in die stationären Kosten der Regelversorgung ist das Fallmanagement kosteneffizienter als Usual Care.

Fazit:

Die gesundheitsökonomische Betrachtung lässt keine Empfehlung zu, da aufgrund der geringen Fallzahl der Ausreißer in den stationären Kosten der Regelversorgung das Ergebnis stark beeinflusst. Daneben weisen nur Personen der Regelversorgung Krankengeld auf. Die

dargestellten Ergebnisse sind deskriptiver Natur und dienen eher zu explorativen Zwecken. Eine inferenzstatistische Analyse macht aufgrund der geringen Beobachtungszahl keinen Sinn.

Weiterhin ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analyse für die beiden Nutzenmaße Heilungsrate und Lebensqualität stark eingeschränkt, da die Anzahl der Beobachtungen zwischen den beiden Arten der Nutzenmessung stark variiert.

6.4 Ergebnisse der qualitativen Evaluation

Im Rahmen der Projektevaluation des Programms Versorgungsmanagement chronische Wunde (VeMaWuRLP), die 2018 durch den Innovationsfonds des G-BA beauftragt wurde, entstanden die Ergebnisse des vorliegenden Berichtsteils zur qualitativen Evaluation. Die Erkenntnisse dienen dazu, den Evaluationsgegenstand ausführlich zu beschreiben und die Ergebnisse aus der RCT-Studie und gesundheitsökonomischer Evaluation im Kontext interpretieren zu können. Zweck der qualitativen Evaluation war die Herausarbeitung von Hinweisen, inwieweit Fallmanagement einen Beitrag zur Verbesserung des Alltags für Menschen mit chronischen Wunden (und ihren Angehörigen) und bei der Zusammenarbeit der Akteure in der Wundversorgung geleistet hat. Zwischen 2019 und 2022 wurden 92 Patient:innen von 14 Fallmanager:innen für jeweils bis zu 12 Monaten begleitet.

Die Fallmanager:innen wurden in diesem Projekt insbesondere im Bereich Information, Beratung und Schulungen, Koordination für Menschen mit chronischen Wunden sowie in den jeweiligen regionalen Netzwerken moderierend aktiv. Sie vermittelten Informationen zu ursächlichen Krankheitsbildern, Wundzuständen und zur Wundpflege, aber auch zur Beantragung von anderen Sozialleistungen.

Die Fallmanager:innen gaben an, dass sie Studienpatient:innen und Angehörige bei Alltagsbelastungen durch finanzielle Problemlagen, psychischen Belastungen oder Motivationskrisen beraten haben.

Schulungen und Anleitungen bezogen sich auf systematisierte Selbstpflege zur Wundsituation und allgemein zur Verbesserung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens (z.B. Umgang mit Schmerz, Anwendung von Hilfsmitteln).

Im Laufe des Projekts haben die Fallmanager:innen ein neues Rollenverständnis entwickelt und sich mit verschiedenen Motivationsphasen der Patient:innen auseinandergesetzt. Es wurden unter Covid 19-Pandemiebedingungen neue Formen der Beziehungsgestaltung ausprobiert.

Die Arbeit mit Menschen mit chronischen Wunden und ihren Angehörigen wurde häufig als herausfordernd beschrieben. Beziehungsaufbau, Motivationssteigerung, verbindliche Zielformulierungen, zielgruppengerechte Informationsvermittlung und die eigenständige Umsetzung der Inhalte im häuslichen Umfeld erwiesen sich als zeitaufwendig und setzten ein hohes Maß an Empathie und Kreativität bei den Fallmanager:innen voraus. Gewohnheiten der unzureichenden Selbstpflege waren häufig so verfestigt, dass der Interventionszeitraum selten ausreichend war, um neue gesundheitsförderliche Gewohnheiten stabil anzulegen.

Besonders erfolgreich wurde die Arbeit mit Menschen beschrieben, die in erster Linie Wissen und Anleitung einforderten und in ein fachärztliches Setting eingebunden waren.

Die Arbeit im personenbezogenen regionalen Netzwerk erwies sich regelmäßig als Herausforderung, da die Rolle und Aufgaben, mit der die Fallmanager:innen ins Feld traten, als widersprüchlich erlebt wurden.

Ausgestattet mit einer hohen Fachexpertise zur Wunde, aber ohne Auftrag zur Wundversorgung oder zur Kontrolle anderer Akteure und ohne Sanktionsmöglichkeit bei Versorgungsfehlern, konnten die Fallmanager:innen nur auf Überzeugung durch Fachkompetenz und moderierende Fähigkeiten im Umgang mit Ärzt:innen, Pflegekräften und Angehörigen setzen, um die Versorgungssituation für die Menschen mit chronischen Wunden besser aufzustellen.

Die Netzwerkarbeit und Patientenbegleitung der Fallmanager:innen wurde vom Versorgungsnetz als Unterstützung erlebt, wenn Fallmanager:innen dazu beitrugen, Einzelfälle mit Wunden ohne Heilungstendenz sondierend zu begutachten, um so zum besseren Verständnis über die häusliche, psychische und soziale Situation der Patient:innen beizutragen und Impulse zur Therapieverbesserung geben zu können.

Entscheidend für die nachhaltige Sicherung einer verbesserten Versorgungssituation war, ob die jeweils involvierte Fallmanager:in sich selbst gegenüber den multiplen Problemen der Menschen mit chronischen Wunden abgrenzen und Verbündete im Feld ausmachen konnte, um sich so selbst nach dem zeitlich begrenzten Fallmanagement aus dem Versorgungssetting zurückziehen zu können und die Unterstützung im Alltag und der Regelversorgung über den Einsatz hinaus zu sichern.

7. Diskussion der Projektergebnisse

In Bezug auf die Wirksamkeit der NVF lassen sich die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen. Die primäre Hypothese der Effektevaluation, dass die Heilungsrate bei Fallmanagement höher ausfällt, konnte für die Studienpopulation insgesamt nicht bestätigt werden. Eine Differenzierung nach Wundarten zeigte jedoch, dass für Ulcus cruris die Wahrscheinlichkeit der Abheilung mit Fallmanagement um das 7,0-fache höher lag. Für das Spektrum Diabetisches Fußsyndrom war (bei einer höheren Irrtumswahrscheinlichkeit) ein gegenläufiger Effekt zu beobachten. Eine nach Wundart differenzierende Studie wäre erforderlich, um zu prüfen, ob dieses Ergebnis überzufällig und reproduzierbar ist.

Ein Effekt auf die Anzahl wundbedingter Krankenhaustage konnte beobachtet werden: diese gehen bei Fallmanagement gegenüber der Routineversorgung um 72% zurück (Signifikanzniveau 5%), wenn Aufenthalte mit Amputation und Deckung eigens betrachtet werden. In der Häufigkeit von Amputationen konnte kein Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden.

Hinsichtlich der Lebensqualität konnte sowohl allgemein gesundheitsbezogen (EQ-5D-5L) wie indikationsspezifisch (WundQoL17) nach 12 Monaten inferenzstatistisch kein Unterschied nachgewiesen werden. Bei der ersten Nachuntersuchung (Follow Up 1) jedoch lag die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L) beim Fallmanagement signifikant höher als bei Usual Care. Für die weiteren Endpunkte Angst und Depression (Subskalen bzw. HADS gesamt) konnte nicht gezeigt werden, dass ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen zu einem der Zeitpunkte vorlag.

Auch wenn nur ein Teil der vermuteten Effekte für die Studienpopulation chronischer Wundpatient:innen bzw. eine Subgruppe bestätigt werden konnte, ist zu bedenken: Mit der aufgrund der geringen Zahl der Beobachtungen zumeist niedrigen Teststärke steigt allerdings auch die Wahrscheinlichkeit, mit der Aussage, dass die Behandlungsform keinen Unterschied mache, eine Fehlentscheidung zu begehen.

Die gesundheitsökonomische Betrachtung konnte nur auf eine Subgruppe der Primärstudie mit entsprechend kleiner Fallzahl stützen. Diese Datenbasis lässt keine Empfehlung zu, da aufgrund der geringen Fallzahl zufällige Extremwerte das Ergebnis stark beeinflussen. Weiterhin ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analyse für die beiden Nutzenmaße Heilungsrate und Lebensqualität stark eingeschränkt, da die Anzahl der Beobachtungen zwischen den beiden Arten der Nutzenmessung stark variiert.

Zur Operationalisierung der Zielgrößen wurden standardisierte, psychometrisch geprüfte Instrumente verwendet. Die aus verschiedenen Gründen niedrigen erreichten Fallzahlen (siehe vorherige Ausführungen) begründen hauptsächlich Einschränkungen in der Zuverlässigkeit von Aussagen zu Wirksamkeit und Kosteneffizienz in der Studie. Den Ergebnissen ist daher ein explorativer Charakter zuzusprechen.

Im Design der Studie als Versorgungsforschung sind auch gewisse Risiken für die interne Validität der Ergebnisse zu konstatieren. Zu nennen sind insbesondere drei Bereiche, die mit einem unklaren bis hohen Risiko behaftet sind.

Da ein Versorgungssystem angeboten wurde, das die persönliche Beziehung und Mitarbeit der Patient:innen erforderlich machte, war eine Verblindung von Behandlern und Patient:innen weder möglich noch zweckmäßig. Prozesse der Selbstselektion oder Vorselektion bei der Rekrutierung mit Bezug auf die Interventionen haben möglicherweise Einfluss auf die untersuchte Population genommen.

Zur Feststellung der Endpunkte im RCT war eine Verblindung des Erhebungspersonals nicht realisierbar. In den meisten Fällen lag die Erhebung in Händen des Personals der Studieneinrichtungen, das auch in die jeweilige Behandlung involviert war und Ansprechpartner für das Fallmanagement darstellte. Hier besteht das Risiko einer Verzerrung der Ergebnisse. Jedoch waren Zielgrößen aus der ärztlichen Erhebung mit weitestgehend objektiven, standardisierten Instrumenten operationalisiert, um subjektive Einflussmöglichkeiten zu begrenzen.

Mit einer ITT („intention to treat“) -Analyse wurden alle randomisierten Patient:innen gemäß ihrer Gruppenzuteilung in der Rekrutierung ausgewertet. Alle Patient:innen wurden einbezogen, für die mindestens ein Post-Baseline-Wert erhoben worden ist („full analysis set“). Der Verlust an Teilnehmenden über die Studiendauer ist allerdings nicht vernachlässigbar. Aufgrund der niedrigen Gesamtfallzahl wurden valide Möglichkeiten der Imputation nicht gesehen. Es wurden die Ausfälle lost-to-Follow Up nach Art, Häufigkeit und Charakteristika pro Gruppe beschrieben. Eine Verzerrung im Verhältnis der Ausgangsgruppen und infolgedessen der Effekte zugunsten der evaluierten Behandlung war nicht erkennbar.

Die Durchführung unter Routine-Versorgungsbedingungen dient andererseits in hohem Maße der externen Validität zur Übertragbarkeit einer Intervention. Mit der Anlage der Studie, der Auswahl des Settings und Umsetzung bzw. Anpassung des Konzeptes an die situativen Gegebenheiten sind dennoch Einschränkungen externer Validität möglich und zu prüfen. Im Falle der VeMaWuRLP Studie ist insbesondere die Spezialisierung der Leistungserbringer (Facharztzniveau) kritisch zu reflektieren. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Erkenntnisse zu Potential und Wirkungen oder Nicht-Wirken des Fallmanagement sich in weniger spezialisierten Bereichen, in denen eine Versorgung von chronischen Wunden stattfindet, in gleicher Weise wiederfinden.

Die qualitative Analyse legt nahe, dass Fallmanager:innen mit einer hohen Fachexpertise im Bereich chronischer Wunden in der Lage sind, bei Menschen mit chronischen Wunden und Multimorbidität, Brüche in der Versorgung oder Selbstpflege aufzudecken und kreative und spezielle Edukationsangebote zur Erweiterung von Möglichkeitsräumen im Alltag der Patient:innen anzubieten. Zur Begleitung einer Gewohnheitsänderung wäre dabei ein längerer Interventionszeitraum einzuplanen, um Beziehungsaufbau, Bedarfsermittlung und Stabilisierung zur Vorbereitung eines Edukationsangebotes zu ermöglichen.

Der häufig hohe Unterstützungsbedarf der Zielgruppe mit Multimorbidität auf personaler, institutioneller und sozialer Ebene erfordert eine umfangreiche Vorbereitung der Fallmanager:innen auf das Tätigkeitsfeld und eine Möglichkeit zur fachgerechten und zeitnahen Inaugenscheinnahme der Wunde.

Die Identifikation und Begrenzung auf Patient:innen mit einem hohen Unterstützungsbedarf oder auf Patient:innen mit einem vornehmlichen Wissensdefizit zum Thema chronische Wunde könnte zur Profilbildung eines Fallmanagements beitragen.

So könnte das Fallmanagement entweder dauerhaft zur Kompensation von Versorgungslücken im bestehenden System der Regelversorgung beitragen oder übergangsweise die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Auftrag stärken, erforderliche Unterstützungsleistungen bei einem etablierten Akteur der Regelversorgung zu verankern.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Überlegenheit eines Fallmanagements bei der Behandlung von chronischen Wunden gegenüber der Regelversorgung konnten weder im Rahmen der gesundheitsökonomischen Analyse noch in der quantitativen Betrachtung von VeMaWuRLP, v.a. aufgrund der geringen Anzahl an Teilnehmenden und auswertbaren kompletten Datensätze, mit statistischer Signifikanz belegt werden.

Das Wundnetz Rheinland-Pfalz e.V. mit den angeschlossenen fachärztlichen Einrichtungen bildete die Grundlage des regionalen interprofessionellen Netzwerks aus relevanten Gesundheitseinrichtungen mit Qualitätszirkeln. Diese Qualitätszirkel waren fester Bestandteil der Entwicklung des Fallmanagements und Basis von Fallkonferenzen zur fachlichen Evaluation der Fallmanagement-Begleitung im Rahmen von VeMaWuRLP. Die Fallmanager:innen hatten regionalen Bezug und wurden aufgrund ihrer umfänglichen Berufserfahrungen als aktiv tätige Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation als Wundexpert:innen ausgewählt und durch die projektinterner Fortbildung für das Fallmanagement vorbereitet. Diese Qualifizierung und Anbindung an eine Netzwerkstruktur mit Qualitätszirkeln sowie die Qualifikation der Pflegefachkräfte als Fallmanager:innen scheint sinnvoll zu sein.

Der Gesetzgeber hat während der Projektlaufzeit auch die Notwendigkeit der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden erkannt. So wurde durch die zum 06.12.2019 in Kraft getretene überarbeitete GBA-Richtlinie zur Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie) eine neue Nr. 31a im Leistungsverzeichnis eingeführt und damit die Behandlung chronischer und schwer heilender Wunden gesondert geregelt. Diese Leistungen sollen primär von spezialisierten Pflegediensten in der Häuslichkeit erbracht werden, darüber hinaus gibt es auch die Möglichkeit der Etablierung von spezialisierten Einrichtungen (Wundzentren). Die in der Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der HKP-Richtlinie benannten Aufgaben der fachlichen Leitung umfassen einen Teil der im Projekt erprobten Fallmanagementleistungen.

Die mit dem GVWG gesetzlich angestrebten Modellvorhaben nach § 64d SGB V zur Heilkundeübertragung auf zusätzlich fortgebildete Pflegefachkräfte greifen das Thema Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden ebenfalls auf und berücksichtigen im Curriculum der Fachkommission nach § 55 Pflegeberufegesetz einige der im Projekt erprobten Fallmanagementaufgaben. Darüber hinaus sieht die aktuelle Bundesregierung laut Koalitionsvertrag die Etablierung von Patientenlotsen für Versicherte mit chronischen Erkrankungen vor.

Aufgrund der vorhandenen Komplexität von chronischen Erkrankungen, aber auch der angespannten Fachkräftesituation im Gesundheitssystem und der notwendigerweise regional zu organisierenden Gesundheitsversorgung spricht vieles für ein auf mehrere Indikationsfelder ausgedehntes Fallmanagement, dass in seiner Realisation von erfahrenen und regional verbundenen Fallmanager:innen oder auch Advanced Practice Nurses (APN) durchgeführt wird. Die regionale Reichweite der versorgenden Einrichtungen ist dabei von der Güte des ärztlichen und pflegerischen Netzwerkes, der Erreichbarkeit und zunehmend der Nutzung digitaler Anwendungen abhängig.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Zu den Projektergebnissen sind bislang keine Veröffentlichungen durch einzelne Konsortialpartner oder das Konsortium erfolgt oder geplant.

10. Literaturverzeichnis

- Acock, A.C. (2023): A gentle Introduction to Stata. Revised sixth Ed. Kindle Ausgabe.
- Augustin, M., Brocatti, L.K., Rustenbach, S.J. et al. (2014): Cost of illness of leg ulcers in the community. *Int Wund J* 11(3), S. 283-292.
- Augustin, M., Storck, M., Lawall, H. (2016): Mehr Qualität und Effizienz in der Versorgung chronischer Wunden. *Gpk* Nr. 2, S. 2.
- Berg, K.M., Arnsten, J.H. (2006): Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 43 Suppl 1, S. S79-S87.
- Blome, C., Baade, K., Debus, E.S. et al. (2014). The "Wound-QoL": a short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. *Wound Repair Regen* 22(4), 504-14. doi: 10.1111/wrr.12193.
- Cameron, A. C., Trivedi, P. K. (2013): *Regression Analysis of Count Data*. 2nd Edition. Cambridge University Press.
- Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (Hrsg.): *Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz*. Stand: 12.06.2012 Version 1. Gießen 2012.
- Dissemond, J., Kröger, K. (2019): *Chronische Wunden. Diagnostik – Therapie – Versorgung*. Urban & Fischer: München, Jena.
- Fisz, M. (1976): *Wahrscheinlichkeitsrechnung und mathematische Statistik*. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin.
- Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung Köln (Hrsg.) (2016): *Epidemiologie und Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. Eine Analyse auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. Zusammenfassung der Ergebnisse*. Berlin.
- Gläser, J., Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag (Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://d-nb.info/1002141753/04>.
- Gottrup, F. (2004): A specialized Woundhealing center concept: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic Wounds. *Am J Surg* 187(5a), S. 38-43.
- Harrell, F.E. (2015): *Regression Modeling Strategies*. 2nd Edition. Springer: Berlin.
- Harrison, M.B., Graham, I.D., Lorimer, K. et al. (2005): Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *CMAJ* 172(11), S. 1447-1452.
- Herberger, K., Heyer, K., Protz, K. et al. (2017): Nationaler Konsensus zur Wunddokumentation: Teil 2: Routinedokumentation, Ausprägung der Variablengruppen. *Hautarzt* 68: 896–911. DOI 10.1007/s00105-017-4012-6
- Heyer, K. (2016): *Versorgungsepidemiologie des Ulcus cruris in Deutschland. Erkrankungshäufigkeit, Versorgungsqualität und Prädiktoren der Wundheilung*. Springer Medizin: Wiesbaden.
- Heyer, K., Herberger, K., Protz, K. et al. (2016): Epidemiology of Chronic Wounds in Germany: Analysis of Statutory Health Insurance Data. *Wound Repair Regen* 24: 434-42
- Kjaer, M.L., Sorensen, L.T., Karlsmark, T. et al. (2005): Evaluation of the quality of venous leg ulcer care given in a multidisciplinary specialist centre. *J Wound Care* 14(4): 145-150.

Margolis, D. J., Berlin, J. A., Strom, B. L. (2001). A simple model based on wound size and duration predicted healing of venous leg ulcers at 24 weeks. Evidence-Based Medicine, 2001; 6:

Muller-Buhl U, Leutgeb R, Bungartz J et al. (2013): Expenditure of chronic venous leg ulcer management in German primary care: results from a population-based study. Int Wund J 10(1), S. 526.

Pocock, S.J.: Clinical trials: a practical approach. Chichester: John Wiley, 1983, S. 66–99

Purwins, S., Herberger, K., Debus, E.S. et al. (2010): Cost of illness of chronic leg ulcers in Germany. Int Wund J 7(2): 97-102.

Schöffski, O. (2012): Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluation. In: Schöffski, O. / Schulenburg, J.-M- Graf v. d. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 4. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg u.a., S. 43 – 70.

Schöffski, O. et al. (2012): Das Schwellenwertkonzept: Theorie sowie Umsetzung beim IQWiG und anderen Institutionen. In: Schöffski, O. / Schulenburg, J.-M- Graf v.d. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 4. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg u.a., S. 111 – 153.

Weber, E. (1980): Grundriss der biologischen Statistik. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York.

11. Anhang

Keine

12. Anlagen

- Anlage_1. Grundlagen Fallmanagement
- Anlage_2. Screenshots Jalomed
- Anlage_3. Screenshots OwnCloud
- Anlage_4. Technische Beschreibung Jalomed
- Anlage_5. Beauftragung FM
- Anlage_6. Lehrplan
- Anlage_7. Stundenplan
- Anlage_8. Broschüre Fallmanagement
- Anlage_9. FM-Schulung – VeMaWu – Projektvorstellung
- Anlage_10. Informationsveranstaltung Fallmanager
- Anlage_11. Standard Operation Procedure
- Anlage_12. Stundenplan Fallmanager
- Anlage_13. Teilnahme-Informationsbroschüre
- Anlage_14. Übersicht Schulungsblöcke
- Anlage_15. Vorstellung mac und Projektrahmen
- Anlage_16. Broschüre RLP – Fallmanagement Wunde



Grundlagen für das Fallmanagement

**Grundlagen der Patientenedukation und
anteilige Bewertung des Dokumentationssystems**

Erstellt im Rahmen des Projektes

VeMaWu RLP - 01NVF17048

Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz

31.01.2023

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF17048 gefördert.

Grundlagen Fallmanagement und Patientenedukation

Inhaltsverzeichnis

Präambel	4
A – Einführung zum Umgang mit dem Handbuch	4
B – Einführung in das Fallmanagement.....	5
B.1 rechtliche Rahmenbedingungen im Projekt.....	5
B.2 Grundsätze der Delegation	6
B.3 Schweigepflicht, DSGVO.....	8
B.4 versicherungsrechtliche Absicherung der Fallmanager	9
C – Grundsätze und Voraussetzungen	10
C.1 Verändertes Selbstverständnis der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden	10
C.2 Das Grundprinzip des Fallmanagement und die Rolle des Fallmanagers	10
C.2.1 Grundlagen des Fallmanagement	11
C.2.2. Orientierung der Fallmanagementtätigkeit	12
C.3 Projektinterne Qualifikation der Fallmanager	13
C.3.1 Schulungsstruktur und Schulungsinhalte der Fallmanagementschulung	14
C.3.2 Definition des Schulungscurriculums	16
C.3.3 Definition der Personengruppen – „Eignung und Qualifikation“	26
C.3.4 Basis – Fallmanagement 2.0 für das regionale Versorgungsmanagement	29
C.4 Kommunikation und digitale Dokumentation.....	29
C.4.1 Grundlagen der Kommunikation.....	29
C.4.2 Aussagen zur VOVID-19 Situation	30
C.4.3 Digitale Dokumentation – JalomedFlex® (Stefan Glau)	31
C.5 Der Mensch mit chronischen Wunden als Partner	31
D – Skizze der Darstellung eines Idealverlaufs	33
D.1 Verfolgte Ziele:	33
D.2 Erstellung einer Modellidee und eines zugehörigen Leistungsablaufs.....	34
D.3 Pflegerische Fallführung von Menschen mit chronischen Wunden	41
E – Edukation	42
E.1 Einleitung.....	42
E.2 Patientenedukation – Beratung, Schulung, Information in der Pflege	43
a. Begriffserläuterung / Definition	43
b. Problemstellung	43
c. Neue gesetzliche Bestimmungen	44
Spezialisierte Wundpflegedienste.....	44
Modellvorhaben nach § 64d	45
Patientenlotsen	45
d. Ziele der Edukation.....	45
E.3 Formen der Edukation.....	46
a. Information.....	47
b. Beratung	47
c. Schulung	47
d. Was ist eine Mikroschulung?.....	47
e. Anleitung	47
E.4 Aspekte der Rolle des Patienten	47
a. Gesundheitskompetenz.....	47

b.	Die Rolle der Patienten.....	48
c.	Diskussion: Compliance, Adhärenz.....	48
d.	Compliance	49
e.	Adhärenz	49
f.	Patientenbezogene Aspekte.....	49
g.	Selbstmanagement.....	50
h.	Strukturelemente der Selbstpflegekompetenz.....	50
i.	Einschätzende Tätigkeiten.....	50
j.	Transitive Fähigkeiten	50
k.	Produktive Tätigkeiten	50
E.5	Die Rolle der Angehörigen.....	51
E.6	Die Rolle des Informierenden / Anleitenden / Schulenden / Moderierenden	52
E.7	Leistung wird transparent	52
E.8	Methodisches Vorgehen – Der Patientenedukationsprozess	53
a.	Abschluss der Edukation	53
E.9	Zusammenfassung.....	54
E –	Präventionsansätze.....	54
F –	Operatives Vorgehen	54
Anlagen.....		58
1)	Anlagenverzeichnis	58
2)	Literaturverzeichnis	58

Präambel

Ziel des Projekts VeMaWu RLP war es, ein flächendeckendes Versorgungsmanagement zur Begleitung von Menschen mit chronischen Wunden im Land zu etablieren. Als Stilmittel wurde hier für das Projekt das Fallmanagement gewählt.

Unter einem Versorgungsmanagement ist die vollumfängliche Betrachtung des Menschen, seiner Ressourcen und seiner gesundheitlichen Defizite zu verstehen. Für die Unterstützung des Menschen im Rahmen des Versorgungsmanagements benötigen wir neben dem indikationsbezogenen Fallmanagements (Sach- und Fachkompetenz) das formelle und informelle Netzwerk sowie weitere komplementäre Unterstützungsmöglichkeiten. Dies reicht von dem individuellen Concierge Service bis hin zu politisch und versicherungstechnisch gewollten Maßnahmen. Die Grundlage bilden die Sozial-gesetzbücher.

Der sektorenübergreifende und interdisziplinäre Ansatz soll dazu führen, dass durch die bessere Koordination von Einzelmaßnahmen die Zahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund chronischer Wunden reduziert wird, die Rate der Amputationen zurück geht und die Rückfallquote (Rezidivrate) nach Abheilung sinkt.

Der/ die Fallmanager*in baut auf den Qualifizierungen Wundexperten ICW® (oder anderer vergleichbarer Weiterbildungen) auf und integriert die strukturellen Prozesse der pflegerischen Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Darauf basierend sind die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität sowie edukative Anteile benannte Schwerpunkte. Dies wird in dem Themenbereichen Qualitätssicherung, Überleitung, Fall- oder Casemanagement umgesetzt. Zudem finden administrative, organisatorisch-planerische, wissenschaftliche und pädagogische Anteile Berücksichtigung.

Impressum

Angaben gemäß § 5 TMG: mamedicon GmbH, Gewerbepark 18, 49143 Bissendorf

Erstellt im Rahmen des Projektes VeMaWu RLP Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz. Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wird mit Mitteln des Innovations-ausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF17048 gefördert.

A – Einführung zum Umgang mit dem Handbuch

Das Handbuch ist eine wesentliche Grundlage für die einheitliche Umsetzung des Fallmanagements im „VeMaWu RLP“ Projekt, jedoch ohne formalrechtliche Bindungswirkung.

Es verfolgt das Ziel, die Handlungsoptionen und Instrumente des Fallmanagements in einem Leitfaden zusammenzufassen, der insbesondere die Grundlage für die zukünftige Basis- und Modul „Wundmanagement“-Schulungen der Fallmanager*innen bietet. Darüber hinaus soll es Bestandteil der fachlichen und personellen Führung des Fallmanagements sein.

Das Handbuch beschreibt einen **idealtypischen Prozessablauf** im Fallmanagement in seinen wesentlichen Schritten, wobei sich in der praktischen Arbeit selbstverständlich individuell bedingte Abweichungen ergeben können.

Gender-Hinweis:

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit steht im vorliegenden Handbuch der Begriff „Fallmanager“ synonym für die weibliche und männliche Form der Fallmanagerin / des

Fallmanagers. Gleiches gilt auch für die im Text verwandte männliche Form des Patienten, Angehörigen und anderer Personifizierungen.

B – Einführung in das Fallmanagement

B.1 rechtliche Rahmenbedingungen im Projekt

Grundlage der Fallmanager ist auf der Basis des Vertrages nach § 140a SGB V für ein Versorgungsmanagement bei chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz des durch den Innovationsfonds gemäß § 92a SGB V geförderten Projekts "Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz" verankert, „(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung, bezw. „Besondere Versorgung im Sinne des SGB V) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge ...“.¹

Diverse große Krankenkassen lehnten trotz intensiver Gespräche die Zusammenarbeit im Rahmen des Projektes ab. Wir beantragten deshalb die „Öffnung“ unseres Projektes im Sinne des § 630a BGB und somit die Teilnahmemöglichkeit für alle gesetzlich Versicherten, die die sonstigen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Nach der Zustimmung der „Öffnung“ der Einschreibung der Teilnehmenden im Sinne des § 630a BGB wurden ab Juni 2019 wesentlich mehr Teilnehmende in die Studie und somit zur Teilnahme am Projekt eingeschrieben. Die Landesärztekammer RLP begrüßte unser Projekt und hat dies in Rundschreiben an die niedergelassenen Ärzte entsprechend inhaltlich gewürdigt.

Einer qualifizierten Beratung sowie der Beachtung des Wunsch- und Wahlrechtes des Leistungsberechtigten kommt ein besonderer Stellenwert zu, um die individuell erforderliche Hilfe passgenau und zielorientiert auszurichten.

Ein weiterer wichtiger Paragraph für die Arbeit im Fallmanagement ist der SGB XI § 2 Selbstbestimmung der besagt das „(1) die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen helfen sollen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten. Und (2) die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.“

Diese rechtlichen Rahmenbedingungen mit deren Umsetzungskriterien werden in Form einer angemessenen Fortbildung / Schulung zur „**Basisqualifikation Fallmanagement**“ unterrichtet, so dass die Aufgaben im Fallmanagement gewährleistet sind. Diese umfasst auch die Qualifizierung zur Durchführung von Dienstleistungen, insbesondere in Form von Beratung und Unterstützung.

¹ Aussagen zur „Besonderen Versorgung“, <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/140a.html>

Ziel der Schulung ist es die Fallmanager zu befähigen in: ...

- der standardisierten qualitätsgesicherten Koordination der Akteure
- der sektorübergreifenden Koordination von Einzelmaßnahmen
- die Koordination des engen interdisziplinären Zusammenspiels aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapie, Podologen, Verbandmittelversorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige)
- die aktive Einbeziehung des Patienten durch eine situationspezifische Schulung sowie Coaching der Patienten und deren Angehörigen
- die zentrale Datenerfassung und Qualitätssicherung mittels der IT-Dokumentation Jalomed® Flex
- der Ermittlung des Bedarfs an Edukation der Patienten und deren Angehörigen sowie die korrekte Durchführung dieser

Der initiale Schulungsplan ist in den Ausführungen: „Skizze der Darstellung eines Idealverlaufs der Begleitung (Start-, Routine-, Tertiärpräventions-Modul) und des Schulungsansatzes: Pflegerische Fallführung von Menschen mit chronischen Wunden“ unter dem Punkt: C.3.2 Definition des Schulungscurriculums ausgewiesen

Der Mensch mit chronischen Wunden im Modul „Wundmanagement“ wird aktiv in die Hilfe- und Gesamtplanung im Rahmen eines **Edukationskonzeptes** einbezogen. Auf der Grundlage seiner Wünsche, Fähigkeiten und seines aktuellen Hilfebedarfs werden möglichst passgenaue Maßnahmen geplant und damit der Forderung nach Selbstbestimmung von Menschen Rechnung getragen.

Umfang und Inhalt der Schulungsmaßnahme siehe unter: „C.3.2 Definition des Schulungscurriculums“

B.2 Grundsätze der Delegation

1.) Delegation, Arztrecht, niedergelassener Arzt, Regelversorgung

Die aktuelle Grundlage der Delegation basiert auf der zwischen kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband geschlossene „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ als Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag; gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V“ vom 1. Oktober 2013 mit Stand vom 1. Januar 2015. Diese Leistungen sind beispielhaft in einem Katalog in Anlage 8 BMV-Ä aufgeführt.²

Im Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen – im Sinne der Anlage 24 des Bundesmantelvertrags (BMV-Ä) sind aktuell zehn Leistungen benannt:

- Administrative Tätigkeiten
- Anamnesevorbereitung

² Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen, vom 17. März 2009 in der Fassung vom 6. Januar 2022, https://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf

- Aufklärungsvorbereitung
- Technische Durchführung von Untersuchungen
- Früherkennung
- Hausbesuche
- Injektion/Infusion
- Labordiagnostik
- Unterstützende Maßnahmen zur
- Diagnostik/Überwachung
- Wundversorgung/Verbandwechsel

Zitat: „... Nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V gehört zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von einem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Es ist zu gewährleisten, dass der delegierende Arzt gegenüber dem nichtärztlichen Mitarbeiter über eine durch eine schriftliche Vereinbarung sicherzustellende Weisungsbefugnis verfügt“...³.

Der letzte Halbsatz „... Es ist zu gewährleisten, dass der delegierende Arzt gegenüber dem nichtärztlichen Mitarbeiter über eine durch eine schriftliche Vereinbarung sicherzustellende Weisungsbefugnis verfügt“ grenzt die Delegation einer delegierungswürdigen Tätigkeit oder Maßnahme an nichtärztliches Personal ein, welches einen wie auch immer gearteten Vertrag mit der Praxis haben muss. Denn nur hierdurch entsteht die bezeichnete Weisungsbefugnis. Gemeint sind hier insbesondere die Medizinischen Fachangestellten.

Nicht gemeint sind hier freiberufliche oder firmengebundene Pflegefachkräfte, die z.B. einen Service anbieten, hier kann man sich NICHT auf das Delegationsrecht stützen. Sollte hier eine ähnliche Konstruktion angestrebt werden, muss eine auf Qualitätskriterien begründete Kooperation schriftlich eingegangen werden.

Vielmehr muss nach den Statuten der Mitarbeitende, dem Aufgaben delegiert werden sollen, in der Arztpraxis mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Stunden angestellt sein.

Der Arzt auf der einen Seite formuliert die klaren Qualitätskriterien, die er für notwendig erachtet. Die Pflegefachkraft akzeptiert schriftlich diese Qualitätskriterien und zeigt auf, wie und in welcher Ausprägung sie diese Qualitätskriterien erfüllen kann und umsetzt.

Abzugrenzen ist diese Tatsache von all den Leistungen, die durch Anordnung (z.B. Häusliche Krankenpflege; Behandlungspflege in der stationären Altenpflege) getätigt werden. Hier besteht auf Grund der Anordnung und auf der anderen Seite durch den Vertrag im Sinne des SGB V (zugelassener Pflegedienst; zugelassene stationäre Altenpflegeeinrichtung) ein Leistungsverhältnis mit den Kostenträgern.

2.) Delegation, Besondere Versorgung § 140a SGB V

Ist ein Arzt und ein Leistungserbringer über einen Vertrag zur „Besonderen Versorgung“ im Sinne des § 140a SGB V verbunden, gilt hier der Vertrag als die Grundlage für das Handeln Beider. Im Rahmen dessen ist auch die Delegation von Tätigkeiten und/oder Maßnahmen rechtlich möglich – zwingend aber in dem Rahmen, den der Vertrag vorsieht.

³ Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013 Stand: 1. Januar 2015; abgerufen am 14.01.2019 unter: https://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf

3.) Übernahme von delegierten Leistungen

Die Grundsatzfragen zur Übernahme einer Tätigkeit lauten:

- Darf ich die Tätigkeit ausführen?
- Kann ich die Tätigkeit ausführen?
- Will ich die Tätigkeit ausführen?
- Will der Patient die Tätigkeit erhalten?
- Beherrsche ich die Folgen meines Handelns?

-> **Darf ich die Tätigkeit ausführen?** Hier muss die Pflegefachkraft oder MFA für sich klären, ob sie die notwendige Ausbildung und rechtliche Befähigung zur Übernahme der Delegation hat. Hier gilt die Basisausbildung als Grundlage (z.B. Krankenpflegeausbildungsgesetz/ Pflegeberufegesetz) sowie weitere Weiterbildungen, die zur Übernahme von Tätigkeiten oder Maßnahmen befähigen. Nur die Tatsache eine Fortbildung zum Thema Infusionsgabe besucht zu haben, befähigt im rechtlichen Sinne den Teilnehmer nicht zur Infusionsgabe! Weiterhin muss immer geprüft werden, ob die zunächst delegierte Leistung überhaupt hätte delegiert werden dürfen.

-> **Kann ich die Tätigkeit ausführen?** Habe ich eine genügend große Erfahrung in der Durchführung einer Tätigkeit oder Maßnahme? Bin ich sicher im Handeln?

-> **Will ich die Tätigkeit ausführen?** Bin ich in der jetzigen Situation dazu in der Lage, daß ich die Leistung durchführen will und kann?

-> **Will der Patient die Tätigkeit erhalten?** Klärungswürdig ist ebenfalls, ob es der Patientenwunsch ist, dass eine bestimmte Leistung durchgeführt wird. Verneint der Patient dies und man würde trotzdem handeln führt dies zu einer Körperverletzung.

-> **Beherrsche ich die Folgen meines Handelns?** Hier ist gemeint, dass man immer auch die Rahmenbedingungen die sich dem Handelnden bieten, prüfen muss. Beispiel: Eine Pflegefachkraft kann zwar rein rechtlich einen Endotrachealtubuswechsel (Zusatzausbildung) vornehmen, ihr fehlen aber die wichtigen dazugehörigen Instrumente. Dieses Fehlen lässt die Folgen des Handelns (Trachealstomaverschluss) nicht beherrschbar erscheinen, somit darf die Pflegefachkraft in dieser Situation die Maßnahme nicht durchführen.

B.3 Schweigepflicht, DSGVO

Datenschutz, Datengeheimnis, Einbeziehung bislang unbeteiligter Dritter

An dieser Stelle wollen wir auf die Seite: <https://dejure.org/gesetze/DSGVO> verweisen. In den vergangenen Jahren konnte jeder Einzelne viel in der Fachpresse darüber erfahren und lesen. Wichtig ist, dass die Vorschriften des DSGVO dazu eingehalten werden, daher werden wir in diesem Handbuch nicht näher darauf eingehen.

Wir möchten aber unbedingt darauf hinweisen, dass bei Einbeziehung von bislang unbeteiligten Dritten, immer das Einvernehmen des Patienten oder dessen Betreuer einzuholen ist! Dies gilt insbesondere auch dann, wenn „nur“ eben nachgefragt wird etc.

Beachte: Hinsichtlich der Schweigepflicht auf das Daten- und Unternehmensgeheimnis inkl. Sozialdatengeheimnis hat der Fallmanager bei seinem Arbeitgeber oder bei der mamedicon ein dafür vorgesehenes Formular unterzeichnet. Die dort formulierten Inhalte sind stets zu beachten und einzuhalten.

Bei der Einbeziehung bislang unbeteiligter Dritter muss geprüft werden, ob eine ärztliche Versordnung für Heil- oder Hilfsmittel besteht. Wenn nicht, muss der Patient der Beteiligung bislang unbeteiligter Dritter explizit zustimmen.

B.4 versicherungsrechtliche Absicherung der Fallmanager

Im beruflichen Arbeitsfeld hat der Fallmanager die Möglichkeit

Variante 1) Der Fallmanager ist bei einem Unternehmen im Gesundheitsbereich beschäftigt:

- Über den Arbeitgeber, der dann den Vertrag im Rahmen z.B. des § 140a SGB V eingegangen ist, ist auch der Fallmanager weiterhin abgesichert. Das gilt für Wegeunfälle und Haftpflicht. Es ist darauf zu achten, dass Inhalte die erfüllt werden sollen, auch den entsprechenden Versicherungen gemeldet sind.

Variante 2) Der Fallmanager handelt selbstständig.

- Der Fallmanager beantragt einen Gewerbeschein, um damit steuerrechtlich auf sicherem Boden zu stehen. Die Anmeldegebühren sind von Stadt zu Stadt unterschiedlich und belaufen sich 00,00 € bis ca. 50,00 €. In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Meldung an die Berufsgenossenschaft.
- Im Rahmen dessen wird eine Steuernummer vergeben, der Fallmanager an die Managementgesellschaft melden muss. Die Steuernummer ist fortan auch fester Bestandteil seiner Rechnung.

Begriffsklärung

Berufsgenossenschaften:

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für die Unternehmen der deutschen Privatwirtschaft und deren Beschäftigte. Daneben gibt es die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft als Teil der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

Berufsgenossenschaften haben die Aufgabe, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Beschäftigte, die einen Arbeitsunfall erlitten haben oder an einer Berufskrankheit leiden, werden durch die Berufsgenossenschaften medizinisch, beruflich und sozial rehabilitiert. Darüber hinaus obliegt es den Berufsgenossenschaften, die Unfall- und Krankheitsfolgen durch Geldzahlungen finanziell auszugleichen. Im Jahr 2005 waren etwa 46,2 Millionen Personen bei den gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften versichert.

Bei den Berufsgenossenschaften handelt es sich um Sozialversicherungsträger. Sie sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung organisiert und finanzieren sich im Wesentlichen aus Beiträgen der ihnen durch Pflichtmitgliedschaft zugewiesenen Unternehmen (die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (SVLFG) erhält Bundeszuschüsse

aus Steuermitteln). 2005 waren etwa 3,2 Millionen Unternehmen Mitglied einer gewerblichen Berufsgenossenschaft⁴.

Berufshaftpflichtversicherungen

„ ... Die Berufshaftpflichtversicherung ist eine Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufe, die durch mögliche Fehlberatung ein erhöhtes Risiko, Vermögensschäden anzurichten, aufweisen. Dazu gehören etwa Rechtsanwälte und Rechtsbeistände, Steuerberater, Architekten und Ingenieure, Treuhänder und Ärzte, sowie Dolmetscher/Übersetzer/Berater/Dienstleister“⁵.

Beachte: Die „freien“ Fallmanager werden in unserem Projekt bezgl. des Haftpflichtrisikos über die mamedicon GmbH bei der ERGO Versicherung gemeldet und geführt. Dies ist auch Bestandteil des Vertrages zur Besonderen Versorgung. Wir müssen sicherstellen, dass hier jeder den ausreichenden Schutz besitzt.

C – Grundsätze und Voraussetzungen

C.1 Verändertes Selbstverständnis der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden

Das veränderte Selbstverständnis des Menschen mit chronischen Wunden in der Gesellschaft, sein fortentwickelter Krankheitsstatus, seine Rolle als wünschenswerter aktiv beteiligter Experte macht es notwendig auf ein personenorientierten und individuellen Beratungs- und Leistungsangeboten zu reagieren und dem Menschen mit chronischen Wunden als gleichberechtigtem Partner zu begegnen.

Damit rücken Beziehung zu und Kommunikation mit dem Menschen mit chronischen Wunden in den Mittelpunkt der Aufgaben der Fallmanager. Es ist wichtig, diesen Dialog positiv zu gestalten und die Chancen, die in einem Austausch liegen können, zu nutzen.

Ein Rollenwandel von der Pflegefachkraft und anderen Akteuren im Gesundheitsbereich zum Fallmanagement ist erforderlich und stellt der Gesundheitspolitik vor neue Herausforderungen.

Handlungsleitende Grundsätze innerhalb dieses Prozesses sind insbesondere, ...

- die Stärkung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung
- die personenzentrierte Hilfe
- die Berücksichtigung der persönlichen Wünsche sowie des Wahlrechtes des Leistungsberechtigten
- eine zielorientierte Gestaltung der Hilfe durch eine individuelle Edukation

C.2 Das Grundprinzip des Fallmanagement und die Rolle des Fallmanagers

Das heutige Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland, ist durch seine große Differenzierung unübersichtlich geworden. Aufgrund der knapper werdenden finanziellen und personellen Ressourcen fordert der Gesetzgeber eine wirtschaftliche Rationalisierung des

⁴ Berufsgenossenschaften - <https://de.wikipedia.org/wiki/Berufsgenossenschaft> - abgerufen am 13.01.2023

⁵ Berufshaftpflicht - <https://de.wikipedia.org/wiki/Berufshaftpflichtversicherung> - abgerufen am 13.01.2023

Sozial- und Gesundheitswesens bei gleichzeitiger Steigerung der Effektivität und Qualität der Versorgung und einen wesentlich höheren Vernetzungsgrad.

Für den Patienten in seiner komplexen Problemsituation ist deshalb eine Unterstützung bei der Auswahl der passenden Hilfen und der Stärkung seiner Gesundheitskompetenz wünschenswert. Eine professionelle Begleitung im Sinne des Fallmanagements ermöglicht ihm den Zugang zu den unterstützenden Angeboten des regionalen Versorgungssystems in Kooperation mit den notwendigen Leistungserbringern. Der Fallmanager unterstützt nun den Patienten unter Berücksichtigung seiner persönlichen Ressourcen bei der gezielten Auswahl der Hilfsangebote. Ziel ist hierbei eine optimale Versorgung des Patienten durch eine systemübergreifende Vernetzung.

Pfeiler des Fallmanagements im „VeMaWu RLP Projekt“ sind neben den Grundlagen des Fallmanagements auch ein **Edukationskonzept** -> Siehe Punkt „E“ in diesem Papier.

C.2.1 Grundlagen des Fallmanagement

Beim Fallmanagement handelt es sich um eine Methode, die in folgenden Phasen verläuft^{6,7}

- **Intake:**

nach der Fallübernahme wird im Erstgespräch versucht, die Ausgangssituation einzuschätzen. Der Fallmanager erfragt hierbei neben der familiären, persönlichen und beruflichen Situation die aktuelle Befindlichkeit und die Belastungssituation des Patienten. Dies soll zur Entscheidung führen, in welcher Ausprägung Fallmanagement notwendig ist.

- **Assessment:**

Sind die Rahmenbedingungen geklärt, wird durch eine gezielte Erfassung der Ausgangssituation mit dem Assessmentbogen (XY) eingeschätzt, wo die größten Probleme und Belastungen liegen. Hiermit wird die grobe Bedarfserhebung des Intakes weitergeführt und verfeinert. Es wird erfasst, welche Ressourcen vorhanden sind und genutzt werden können.

- **Hilfeplanung:**

Im Hilfeplan werden die Schritte geplant, die zum Erreichen der gemeinsam erarbeiteten und formulierten Ziele notwendig sind. Mit der Dokumentation in Jalomed® wird festgelegt, welche Aufgaben von dem Patienten oder vom Fallmanager übernommen werden.

- **Durchführung / Monitoring:**

Der Fallmanager initiiert die vereinbarten Maßnahmen und überwacht die vereinbarte Versorgung. Er klärt hierbei, ob der Patient alle vereinbarten Hilfen in der besprochenen Art und im angemessenen Umfang erhält. Der Fallmanager beobachtet und dokumentiert, ob und wie der Betroffene und/oder seine Angehörigen die Hilfen annimmt.

- **Evaluation:**

⁶ Schmid, Elmar; Weatherly John N.; Meyer-Lutterloh, Klaus; Seiler, Reiner; Lägell, Ralph: Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Casemanagement - Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen 1. Auflage, MWV Berlin, 2008 ISBN 978-3-939069-29-4

⁷ Manfred Neuffer, Case Management Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Buch 264 Seiten ISBN:978-3-7799-1962-9 Erschienen: 04.03.2013

Es wird überprüft ob die gesteckten Ziele erreicht wurden. Es kommt entweder zur Beendigung des Prozesses oder es ergibt sich ein Re-Assessment mit neuem Hilfeplan.

Durch die Phasen des Intakes sowie des Assessments wird eine gezielte Einschätzung der Situation erreicht. Dadurch erst kann der individuelle Versorgungsbedarf des Patienten unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen, des sozialen Netzes sowie des professionellen Netzes geplant und verbunden werden.

Das bedeutet operativ:

Über einen am Projektverlauf orientierten, festgelegten Zeitraum plant der Fallmanager insgesamt 12 Monate pro „Studienpatient“, implementiert, koordiniert, begleitet und evaluiert der Fallmanager im persönlichen Kontakt eine bedarfsgerechte, fallbezogene Hilfe gemeinsam mit dem Menschen mit chronischen Wunden, seinen Angehörigen, den betreuenden Ärzten und Pflegediensten und weiteren Akteuren des betreuenden Patienten.

Bei der Planung von Leistungen steht der Fallmanager vor der Herausforderung, eine maßgeschneiderte Leistungsgewährung für den Menschen mit chronischen Wunden zu realisieren und andererseits, die am Fallmanagement orientierten Transferaufgaben aktiv und zielgerichtet zu steuern.

Der Fallmanager entscheidet gemeinsam mit dem Patienten die Aufgaben/Ziele und legt auf der Grundlage der ermittelten Entscheidungskriterien und Abstimmungsergebnisse die zu erreichenden Ziele der Patienten und deren Angehörigen fest. Er organisiert, sichert und kontrolliert im weiteren Verfahren die notwendigen Maßnahmen und Ressourcen, stimmt diese jedoch auch immer mit dem behandelnden Arzt ab.

Eine Voraussetzung für die Bündelung von Fach- und Ressourcenverantwortung in der Hand des Fallmanagers ist unter anderem auch, dass er alle erforderlichen Informationen, insbesondere Fachexpertise Schulung / Anleitung/ Beratung auswertet.

C.2.2. Orientierung der Fallmanagementtätigkeit

Der Fallmanager orientiert sich an fachlich fundierten Erkenntnissen und Institutionen wie z.B.

- AWMF-Leitlinien⁸
- Expertenstandards in der Pflege⁹
- Standards des Wundzentrum HH e. V.¹⁰
- Standards des ICW e. V.¹¹

Diese Quellen sind als Hilfestellung zu verstehen und dienen **nicht** zu Kontrollzwecken.

Der Fallmanager erbringt folgende Leistungen:

- Fallmanagement-Begleitung von zugeteilten Patienten, basierend auf klaren Arbeitsabfolgen und Logiken
- Koordination von Prozessen zwischen den Akteuren – operativ, praktisch und telefonisch

⁸ AWMF online - Portal der wissenschaftlichen Medizin - <https://www.awmf.org/leitlinien>

⁹ Hochschule Osnabrück - DNQP - <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>

¹⁰ Wundzentrum Hamburg e. V. – Erarbeitete Standards -

¹¹ Initiative Chronische Wunden e. V. – Standards/Definitionen - <https://www.icwunden.de/wundwissen/standardsdefinitionen/>

- Patienten- und Angehörigen Edukation; Kommunikation mit allen Netzwerkpartnern
- Pflege der Dokumentationsplattform; Erfassung von (pseudonymisierten) Versorgungsdaten
- verbindliche Teilnahme an Fallkonferenzen, Teilnahme an Qualitätszirkel, Teilnahme an Fortbildungen. Die Frequenz der Teilnahme ist im Netzwerk zu definieren im Rahmen des Vertrages

... mit dem Ziel, die Versorgungs- und Lebensqualität der Teilnehmer zu verbessern.

Weitere Leistungen die zu erbringen sind....

- gestaltet in persönlicher Abstimmung mit dem Patienten und deren Angehörigen mit dem Ziel, eine weitestgehend selbständige Lebensführung für diesen zu erreichen
- koordiniert die Einbeziehung notwendiger Fachkompetenzen aller Beteiligter
- stimmt die zu erreichenden Ziele ab, plant gemeinsam mit den Beteiligten die dafür erforderlichen Maßnahmen und dokumentiert diese in einem Gesamtplan der Jalomed-Dokumentationsplattform ([2023-01-31-01NVF01748 VeMaWuRLP Anlage 2 Screenshots Jalomed](#))
- begleitet und unterstützt die Umsetzung des Gesamtplans und passt kontinuierlich die Ziele und deren Maßnahmen an
- Die persönliche Kommunikation aller Beteiligter unter der Koordination des Fallmanagers dient auch dem Aufbau eines Netzwerkes zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Leistung

Es gilt hierbei:

- mit dem Menschen mit chronischen Wunden eine Beziehung aufzubauen und zu pflegen
- ihn persönlich zu beraten, anzuleiten und zu begleiten
- ihn als Experten in eigener Sache zu akzeptieren und aktiv einzubeziehen
- seine persönlichen Wünsche, Bedürfnisse und Ziele herauszufinden
- seine vorhandenen Ressourcen aufzuzeigen
- in Abstimmung mit ihm und allen Akteuren ein individuellen, passgenauen Maßnahmen- und Edukationsplan zu erstellen

C.3 Projektinterne Qualifikation der Fallmanager

Die vielfältigen und anspruchsvollen Anforderungen an einen Fallmanager erfordern eine umfassende Basisqualifizierung. In 72 Unterrichtsstunden werden künftigen Fallmanagern notwendiges Basis- und modulares „Wundmanagement“ Vertiefungswissen vermittelt.

Wesentliche Elemente dieser Fortbildung in Modulen beziehen sich auf die Vermittlung von

...

- Methodik und Steuerung im Fallmanagement von Menschen mit chronischen Wunden
- rechtlichem und verwaltungsspezifischem Vertiefungswissen im SGB V und XI -
- Lebenslagen- und krankheitsbezogenes Wissen in Bezug auf Menschen mit chronischen Wunden
- Fachcontrolling
- Methoden der Gesprächsführung und Individualberatung
- Kooperation- und Netzwerkmanagement

Der Qualifizierungserfolg ist wesentlich durch individuelles Vorwissen, berufliche Erfahrungen und persönliche Kompetenzen der Fallmanager beeinflusst. Das Schulungsprogramm setzt Grundlagenwissen im Wundmanagement voraus, dass von Einsteigern im Fallmanagement möglichst vor Beginn der Qualifizierung erworben werden sollte. Nach Abschluss der Qualifizierung sollen sich die Fallmanager in nachweislicher Teilnahme an **Fallkonferenzen und Qualitätszirkel (MODUL 4)** gezielt fortbilden.

Ziel der Schulung ist es die Fallmanager zu befähigen in

- der standardisierten qualitätsgesicherten Koordination der Akteure
- der sektorübergreifenden Koordination von Einzelmaßnahmen
- die Koordination des engen interdisziplinären Zusammenspiels aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapie, Podologen, Verbandmittelversorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige)
- die aktive Einbeziehung des Patienten durch eine situationsspezifische Schulung sowie Coaching der Patienten und deren Angehörigen
- die zentrale Datenerfassung und Qualitätssicherung mittels der IT-Dokumentation Jalomed® Flex
- der Ermittlung des Bedarfs an Edukation der Patienten und deren Angehörigen sowie die korrekte Durchführung dieser

Fallmanager bringen folgende Voraussetzungen mit

- Zusatzqualifikation: Wundexperte oder Pflegetherapeut
- praktische Erfahrungen im stationären oder ambulanten Sektor
- kennen die gängigen Wundaufgaben und deren Qualitätskriterien
- sind der deutschen Sprache mächtig (Zertifikat A 1 oder B 1)
- bringen EDV-Kenntnisse mit -Word und PowerPoint sind Voraussetzung
- Kommunikationstalent / Schlüsselqualifikation
- Selbstmanagement
- Zeitmanagement

Arbeitsfelder:

- (indikationsbezogenes & indikationsunabhängiges) Fallmanagement
- Kurzzeitintervention bei akutem Bedarf
- fallbezogene / indikationsbezogene Beratung / Schulung / Coaching

Aufbau der Schulung:

- Selbststudium Gesetzestexte (klare Aufgabenstellung)
- Gestaltung der Gesprächsführung
- Gestaltung der Beratung / Schulung / Anleitung mittels eines Falles
- Handhabung Nationalen Expertenstandards / Nutzung der Assessment Instrumente
- Hospitationseinheit
- Abschluss kleine Überprüfungseinheit mittels Colloquiums

Grundsätzlich sind die geplanten Stunden für die Qualifizierung zu eng bemessen- daher müssen die einzelnen Themen in den regelmäßigen Qualitätszirkeln erneut aufgegriffen und weiter vertieft werden.

C.3.1 Schulungsstruktur und Schulungsinhalte der Fallmanagementschulung

Fortbildung der Pflegepersonen

- ✓ Fachwissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten der Pflege u. Bezugsdisziplinen

- ✓ Verständnis bzgl. Patientenedukation
- ✓ Kommunikative Kompetenzen
 - Symmetrische Beziehung und Kommunikation
 - lernfördernde Atmosphäre und aktive Partizipation der Betroffenen
 - Ansprechen von Problemen, Unannehmlichkeiten, Bewältigung partnerschaftliche Interaktion¹²
 - Erfahrungen, Wertvorstellungen und Wahrnehmungen integrieren¹³.
 - Abstimmung der Sprache auf Verständnismöglichkeiten der Betroffenen
 - Bezug zur Alltagssituation
 - Struktur in den edukativen Aktivitäten

¹² Angelika Abt-Zegelin, Die Sprachen der Pflege: interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie, Schlütersche, Hannover 2006, ISBN-10: 3899931688

¹³ Leenerts, Mary Hobbs, Cynthia S. Teel, and Mary K. Pendleton. "Building a model of self-care for health promotion in aging." Journal of Nursing Scholarship 34.4 (2002): 355-361.

C.3.2 Definition des Schulungscurriculums

Ziel der Schulung ist es die Fallmanager zu befähigen in

- der standardisierten qualitätsgesicherten Koordination der Akteure
- der sektorübergreifenden Koordination von Einzelmaßnahmen
- die Koordination des engen interdisziplinären Zusammenspiels aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapie, Podologen, Verbandmittelversorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige)
- die aktive Einbeziehung des Patienten durch eine situationspezifische Schulung sowie Coaching der Patienten und deren Angehörigen
- die zentrale Datenerfassung und Qualitätssicherung mittels der IT-Dokumentation Jalomed® Flex
- der Ermittlung des Bedarfs an Edukation der Patienten und deren Angehörigen sowie die korrekte Durchführung dieser

Fallmanager bringen folgende Voraussetzungen mit

- Zusatzqualifikation: Wundexperte oder Pflegeberater
- praktische Erfahrungen im stationären oder ambulanten Sektor
- kennen die gängigen Wundauflagen und deren Qualitätskriterien
- sind der deutschen Sprache mächtig (Zertifikat A 1 oder B 1)
- bringen EDV-Kenntnisse mit -Word und PowerPoint sind Voraussetzung
- Kommunikationstalent / Schlüsselqualifikation
- Selbstmanagement
- Zeitmanagement

geplanter Stundenaufwand

9 Ausbildungstage á 8 Unterrichtseinheiten in 3 Modulen – zeitlich gestaffelt

Qualifikationen

Pflegedachkräfte; Krankenversicherungsmitarbeiter; Podologen; Diabetologen

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)

Tag 1 Modul I

Datum: XX.XX.XXXX Raum XY

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
10:00-11:30 2 UE	Kursstart <ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen • Erwartungen • Kurskonzept /Stundenplan vorstellen 		Karteikarten/ Visualisierung Pinnwand	Pflegefachkraft
11:45-13:15 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Projektvorstellung • Integrierte Versorgungsmodelle (SGB V, § 140) • Rollenverständnis/Haltung (persönliche Haltung) • Besprechung Werkverträge FM und Verträge im Arbeitsverhältnis HomeCare/Sanitätshaus • Healthcare Compliance – Warum ist darauf zu achten? • Projektmanagement: Definition, Methoden, Analyse, Projektplan, Projektziele, Meilensteine, Aufgaben des Projektleiters 	<ul style="list-style-type: none"> • kennt das Projekt Pflegerische Fallführung von Menschen mit chronischen Wunden • kennt seine Grenzen • Akzeptanz schaffen • begreift die Grundlagen des Projektmanagement und realisiert die Bedeutung und sind bestrebt Projektverantwortung zu übernehmen 	PowerPoint Formulare vorstellen Unterrichtsgespräch Flipchart	
14:15-15:45 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben/Tätigkeiten der Fallmanager/ Grenzen / Rollenüberschreitungen • Vorstellung Homepage mamedicon GmbH uvm. / Projekt-Homepage VeMaWu RLP (www.vemawu.de) 	<ul style="list-style-type: none"> • kennt seine Aufgaben und Grenzen 	Gruppenarbeit: 4 Gruppen (20 min) TN erstellen je 10 Karteikarten mit Aufgaben / Tätigkeiten- Auswertung mit Zuordnung nach Rubrik „Rote Wand“-Grenzen auf Flipchart /Diskussion PowerPoint	
16:00-17:30 2 UE	Organisation und Koordination <ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkende Studieneinrichtungen kurz vorstellen • PLZ-Zuordnung und Bereiche besprechen • Vertretungen untereinander festlegen • Termine QZ informieren (KW 2019) 	<ul style="list-style-type: none"> • kennen die Akteure in der Studie (Ort/Name des zuständigen Facharztes) 	Unterrichtsgespräch	

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)

Tag 2 Modul I

Datum: XX.XX.XXXX Raum XY

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
09:00-10:30 2 UE	<p>Aufgaben HS LU Patienteneinschreibung durch HS – SOP vorstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme behandelnder / Vertragsarzt: Übergabe • Assessment: Checkliste, Infosammlung, ärztliche Erhebungsbogen, TN- Informationsbroschüre, Teilnehmerfragebogen, Patientenflyer, (Lebensqualitätsbogen –WoundQol) <p>Vorstellung SOP-FM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • erfassen die Bedeutung des Erstkontaktes • sind vertraut mit Assessments und können diese fachgerecht einsetzen • kennt den Algorithmus und kann dies nutzen 	Lehrervortrag, Vorstellung der Formblätter Fragend, entwickelnd	Pflegefachkraft
10:45-12:15 2 UE	<p>DNQP: Systematik, Aufbau, Inhalte und Implementierung von Expertenstandard; Aufgaben und Arbeitsstrukturen des DNQPs Handhabung Nationalen Expertenstandards / Nutzung der Assessment Instrumente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden • Dekubitusprophylaxe • Entlassmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • kennen den Aufbau und Inhalt des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und „Dekubitusprophylaxe“ • können Chancen und Grenzen unterscheiden 	Lehrervortrag Gruppenarbeiten mit gezielten Fragestellungen	
13:15-14:45 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Heilmittel • Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • kennen die Unterschiede, die §§ und können diese anwenden • Abgrenzung rechtlicher Grenzen 	PowerPoint Präsentation	Mitarbeiter:in Krankenversicherung
15:00-16:30 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Heilmittel • Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • kennen die Unterschiede und die §§ und können diese anwenden 	PowerPoint Präsentation	

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)

Tag 3 Modul I

Datum: XX.XX.XXXX Raum XY

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
10:00-11:30 2 UE	Fragen die sich übers Wochenende entwickelt haben sammeln und bearbeiten Einführung und Grundlagen Edukation (Def., Zielsetzung)		Flipchart sammeln PowerPoint Präsentation Lehrervortrag	Pflegefachkraft
11:45-13:15 2 UE	Patientenedukation: <ul style="list-style-type: none"> • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuersteam • Patientenorientierte Fragen entwickeln bezogen auf die Krankheitsbilder UC/DFS/Dekubitus • Methodik, Informationsbroschüren, Entwicklung Checkliste 	<ul style="list-style-type: none"> • sind sich der Bedeutung der Edukation bewusst • können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten • verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken • betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie • bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit • identifiziert schwierige Edukationsprozesse 	Gruppenarbeit á 5-6 Personen – 4 Gruppen (KH-Bild bezogen) Unterrichtsgespräch	
14:15-15:45 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Ablaufbeschreibung VeMaWu RLP • Formularvorstellung • Zeitmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Können sich selbst einschätzen, was sie an Zeit für das Projekt effektiv aufbringen können 	Fallbeispiel Gruppenarbeit: 4 Gruppen	
16:00-17:30 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Ablaufbeschreibung VeMaWu RLP • Formularvorstellung • Zeitmanagement 	-	Fallbeispiel Gruppenarbeit: 4 Gruppen	

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
09:00-10:30 2 UE	Kommunikation Aktives Zuhören anhand folgender Gesprächsinhalte: <ul style="list-style-type: none"> • Erstgespräch mit dem Patienten (Startmodul) • Ziele eruieren, Kenntnisstand ermitteln (Edukation) • Bisherige Versorgung erfassen (Assessmentinstrumente anwenden) • Kommunikationsstruktur: Identifikation der Netzwerkpartner krankheitsbildbezogen (1 Std.). Informationsgewinnung: Vermittlung, Reduktion, Dokumentation (1Std.), Umgang mit Quellen (2Std) Aufgaben als Fallmanager am Fall von Tag 1 erarbeiten (4 Std.) 	<ul style="list-style-type: none"> • können vertrauensbildende Situation gestalten • organisieren und gestalten Beratungsprozesse • verwenden Techniken und Methoden der Gesprächsführung an 	Rollenspiel Reflektion, Auswertung	Pflegefachkraft
10:45-12:15 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit „schwierigen“ Menschen – über schwierige Themen“ - Konfliktgespräche • Gestaltung der Gesprächsführung • Gestaltung der Beratung / Schulung / Anleitung mittels eines Falles 	<ul style="list-style-type: none"> • erfassen Informationen „zwischen den Zeilen“ • gleichen die Ziele des Patienten mit den Zielen der Therapeuten ab • erkennen professionelle Kommunikation und erwerben entsprechende Kompetenzen • können interprofessionell, wertschätzend und kompetent kommunizieren • entwickeln eine Haltung, aus der die Akteure des interprofessionellen Teams, hierarchieübergreifend kollegial beraten können 	Rollenspiel Reflektion, Auswertung	
13:15-14:45 2 UE	MBO (Führen durch Zielvereinbarung); Zeitmanagement, Selbstmanagement			
15:00-16:30 2 UE	Fallmanagement Ergebnissicherung	<ul style="list-style-type: none"> • können sie gelernten Inhalte reflektiert einsetzen und anwenden 		

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
10:00-11:30 2 UE	Berichterstattung erste Erfahrungen im/aus dem Projekt <ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit • Probleme • Fragen Software 		Unterrichtsgespräch	Pflegefachkraft
11:45-13:15 2 UE	Jalomed-Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung Software „Jalomed“ • Patient einschreiben als Testversion • Vorstellung Assessment • Fotodokumentation (Standard Hamburg) • Vorstellung Software „Jalomed“ • Übertragung der Daten in die Software 	<ul style="list-style-type: none"> • TN kann die Dokumentationsplattform anwenden 	Lehrervortrag	Dokumentationsplattform-dienstleister
14:15-15:45 2 UE	Jalomed-Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung Software „Jalomed“ • Patient einschreiben als Testversion • Vorstellung Assessment • Fotodokumentation (Standard Hamburg) • Vorstellung Software „Jalomed“ • Übertragung der Daten in die Software 	<ul style="list-style-type: none"> • TN kann die Dokumentationsplattform anwenden 	Lizenznummer vergeben IT-Vorstellung Tablets oder eigene Laptops (Unterzeichnen lassen zum Erhalt des Tablets)	Dokumentationsplattform-dienstleister
16:00-17:30 2 UE	Fallmanagement <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung von Versorgungsketten,-brüchen, Koordinationsnotwendigkeiten, • Qualifikations- und Kompetenzerfordernisse der beteiligten Akteure inkl. Patient/Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> • beherrscht grundlegende Elemente des Fallmanagement • entwickelt eine reflektierende, selbstkritische Haltung zur eigenen Rolle im Fallmanagement 		Pflegefachkraft

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
09:00-15:45 7 UE	<p>Gesundheitswesen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau Gesundheitswesen und dessen Akteure (z.B. Sanitätsfachhandel, Orthopädieschuhmacher, KK, medizinischer Versorgungszentren) • Verschreiben von Medizinprodukten (verband- und Hilfsmittel) • HHvG • Abrechnung und Budgetierung (Praxisbesonderheiten), DRG´s inklusive pflegerelevanter Nebendiagnosen • Abrechnungsmöglichkeiten in der ambulanten Pflege • Sprechstundenbedarfsverordnung • Aktuelle gesundheitspolitische Diskussion integrierte Versorgung • Entlassmanagement <p>Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V und XI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • erfassen unterschiedliche Aufgaben der Akteure bzw. Institutionen im Gesundheitswesen und deren Finanzierung und Verordnung von Medizinprodukten sowie Arzneimittel • können verschiedene Leistungsarten und die jeweilige Zugangsvoraussetzungen benennen. Sie können die Konsequenzen des Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen. • können anhand exemplarischer Fallbeispiele individuelle Versorgungsvorschläge der gesetzlichen Pflegeversicherung ableiten. 	Lehrervortrag Formulare / Unterrichtsgespräch	Pflegefachkraft
15:45-16:30 1 UE	Struktur Fallmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • TN kennt die Strukturen für das Fallmanagement 		Pflegefachkraft

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
10:00-11:30 2 UE	Kurze Vorstellung ICW Patientenedukation: <ul style="list-style-type: none"> • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuerteam 	<ul style="list-style-type: none"> • sind sich der Bedeutung der Edukation bew. • können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten • verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken • betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie • bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit • identifiziert schwierige Edukationsprozesse 	Unterrichtsgespräch	z. B. ICW Vorstandsmitglied Pflegefachkraft
11:45-13:15 2 UE	Patientenedukation: <ul style="list-style-type: none"> • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuerteam 	<ul style="list-style-type: none"> • sind sich der Bedeutung der Edukation bewusst • können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten • verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken • betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie • bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit • identifiziert schwierige Edukationsprozesse 	Unterrichtsgespräch	
14:15-17:30 4 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenorientierte Fragen entwickeln bezogen auf die Krankheitsbilder UC/DFS/Dekubitus • Präsentation durch 2 FM ihrer Versorgungspatienten 	<ul style="list-style-type: none"> • identifiziert schwierige Edukationsprozesse 	Gruppenarbeit á 5-6 Personen – 2 Gruppen (KH-Bild bezogen UC und DFS) Unterrichtsgespräch	

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
09:00-10:30 2 UE	Fortsetzung: Gesundheitswesen <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau Gesundheitswesen und dessen Akteure (z.B. Sanitätsfachhandel, Orthopädieschuhmacher, KK, medizinischer Versorgungszentren) • Verschreiben von Medizinprodukten (verband- und Hilfsmittel) • HHvG • Abrechnung und Budgetierung (Praxisbesonderheiten), DRG´s inklusive pflegerelevanter Nebendiagnosen • Abrechnungsmöglichkeiten in der ambulanten Pflege • Sprechstundenbedarfsverordnung • Aktuelle gesundheitspolitische Diskussion integrierte Versorgung • Entlassmanagement Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V und XI)	<ul style="list-style-type: none"> • erfassen unterschiedliche Aufgaben der Akteure bzw. Institutionen im Gesundheitswesen und deren Finanzierung und Verordnung von Medizinprodukten sowie Arzneimittel • können verschiedene Leistungsarten und die jeweiligen Zugangsvoraussetzungen benennen. Sie können die Konsequenzen des Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen. • können anhand exemplarischer Fallbeispiele individuelle Versorgungsvorschläge der gesetzlichen Pflegeversicherung ableiten. 	Lehrervortrag, Unterrichtsgespräch	Pflegefachkraft
10:45-12:15 2 UE	Fortsetzung: Gesundheitswesen			
13:15-14:45 2 UE	Fachwissen auffrischen Ergebnisse aus dem Fragebogen der FM besprechen und evtl. Veränderungen bearbeiten Termine planen			
15:00-16:30 2 UE	Haut – wieso ist die Haut so wichtig	<ul style="list-style-type: none"> • kennen Defizite und können diese benennen 	Lehrervortrag, Unterrichtsgespräch	z.B. Podologe

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
09:00-10:30 2 UE:	Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> kennen die Unterschiede, die §§ und können diese anwenden Abgrenzung rechtlicher Grenzen 	Lehrervortrag, PowerPoint Präsentation, Unterrichtsgespräch	Mitarbeiter:in Krankenversicherung
10:45-12:15 2 UE	<p>Fachliche Fragestellung Schwerpunkte der lokalen Wundtherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Exsudat- / Infektionsmanagement <p>Wundtherapie: Kriterien der einzelnen Wundauflagen besprechen</p> <p>Vorstellung unterschiedlicher Wundstandard/Leitlinien, Empfehlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Wundzentrum Hamburg Standards AWMF <p>Eigen Erfahrungen /Selbstverständnis, eigene Erlebnisse, Umgangsart –stile, Kommunikation und Konfrontation mit Ärzten und anderen Akteuren, Erfahrungen mit Patienten und Angehörigen; Berichterstattung Erfahrungen im/aus dem Projekt</p> <ul style="list-style-type: none"> Erreichbarkeit Probleme und Konflikte Fragen Software Unklarheiten besprechen 	<ul style="list-style-type: none"> optimieren die Wundversorgung durch fachkundige Handhabung der Materialien wenden geeignete Maßnahmen zum Exsudatmanagement unter Beachtung der spezifischen Wundsituation an kennen Kriterien der Wundauflagen und können diese anwenden <ul style="list-style-type: none"> Schaffen von Verständnis und Akzeptanz 	Wundauflagen – praktische Übungen Lehrervortrag, Unterrichtsgespräch	Pflegefachkraft
13:15-16:30 4 UE	AG-Fuß Vorstellung Standards und Algorithmen	<ul style="list-style-type: none"> kennen die diagnostischen Verfahren kennen die Prinzipien des Evidence Based Nursing kennen unterschiedliche Standards/ Empfehlungen/Leitlinien und können diese anwenden 		Diabetologe:in

C.3.3 Definition der Personengruppen – „Eignung und Qualifikation“¹⁴

Einrichtungen:

Arztpraxis: Hausarzt/allgemein hausärztliche Versorgung, Praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin, Internist ohne Schwerpunkt, Kinder- und Jugendmediziner, Palliativmediziner:

- Behandlungserfahrung im Umgang mit Menschen mit chronischen Wunden unterschiedlicher Genese und/oder palliativen Wunden
- Basiswissen über Diagnostik und Behandlung entsprechend der medizinischen Leitlinien -> in Anlehnung an das Papier des Deutschen Wundrates¹⁵.
 - *Daraus Ableitung der Entscheidung, bis zu welchen Diagnostik- und Behandlungsschritten diese vom Arzt selbst durchgeführt werden, wann sie erforderlich sind und ab welchem Schritt weitere Fachdisziplinen hinzuzuziehen sind.*
- Behandlung:
 - *Beherrschen von verschiedenen Débridement-Techniken*
 - *Auswahl der adäquaten, medizinisch notwendigen Wundtherapie*
 - *Erkennen und sachgerechtes Behandeln von Wundinfektionen bzw. Fähigkeiten Entzündungszeichen und entsprechende Risiken zutreffend zu deuten*
 - *leitliniengerechte Kompressionsanwendung und -techniken einleiten und sachgerecht umsetzen*
 - *Fähigkeit Mangelernährung und Flüssigkeitsmangel zu erkennen und den Betroffenen entsprechend zu beraten*
 - *Kenntnis von schmerzminimierenden Strategien beim Verbandwechsel und Fähigkeit diese anzuwenden*
 - *Beherrschen von druckentlastenden Maßnahmen und Methoden beim diabetischen Fußulkus, z. B. Filzdistanzpolsterung*
 - *Hilfsmittelversorgung*
- MFA/Pflegefachkräfte
 - *Kompressionsanwendung und -techniken sach- und fachgerecht beherrschen*
 - *wünschenswert: Zusatzqualifikation Wundversorgung*
 - *nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPa) als Schnittstelle in der Versorgung sinnvoll*

Spezialisten in alphabetischer Reihenfolge, vorausgesetzt werden Erfahrung in der Behandlung von chronischen Wunden sowie Basiswissen über Diagnostik und Behandlung

- Allgemeinmediziner mit spezieller wundärztlicher Ausrichtung
- Angiologen
- Chirurgen/Fußchirurgen (DFS)
- Dermatologen

¹⁴ Deutscher Wundrat, „Expertenrat Strukturentwicklung Wundmanagement“, 2019, Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland, <https://www.wundrat.de/downloads/>

¹⁵ Deutscher Wundrat, „Expertenrat Strukturentwicklung Wundmanagement“, 2019, Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland, <https://www.wundrat.de/downloads/>

- Diabetologen
 - ✓ *DDG-Zusatzqualifikation Diabetisches Fußsyndrom (DFS) – als anerkannte Schwerpunktpraxis/Fußambulanz/Klinikabteilung, Anforderungsmerkmale der AG-Fuß der Deutschen Diabetologischen Gesellschaft*
 - ✓ *Teilnahme am Disease Management Programm „Diabetes“*
 - ✓ *Kenntnis der Grundlagen der Druckentlastung, des „Filzens“ und der Wundtherapie (sogenanntes „Filzen“ dient der Druckentlastung beim diabetischen Fußulkus)*
- Gefäßchirurgen
- Orthopäden/technische Orthopäden
- Palliativmediziner
- Phlebologen
- Plastische Chirurgen/Wiederherstellungschirurgen
- Schmerztherapeuten
- Eingebundenes Fachpersonal in den Einrichtungen (wünschenswert: Behandlungserfahrung von chronischen Wunden, Basiswissen über Prävention, Wund- und Kompressionstherapie)
- MFA
- Pflegefachkräfte
- Physician Assistants

Spezielle Einrichtungen und weitere Anlaufstellen

- **Ambulante Pflegeeinrichtungen (inkl. spezieller Palliativ-Pflege/SAPV)**
 - ✓ *Unter anderem Einsatz von qualifiziertem Pflegefachpersonal zur Wundversorgung, EDV zur Wunddokumentation, Qualitätsmanagement-System für Behandlung chronischer Wunden*
 - ✓ *Umsetzung und Einhaltung der DNQP-Expertenstandards bzw. zertifiziert, zum Beispiel nach Initiative chronische Wunden e.V. (ICW), Deutsche Gesellschaft für Wundversorgung e.V. (DGfW), der Akademie Kammerlander, Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP) oder analoge Standards*
- **Pflegefachkräfte**
 - ✓ *Beherrschung von sach- und fachgerechter Kompressionstherapie*
 - ✓ *Beratungs- und edukative Kompetenz*
- **Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation**
 - ✓ *zum Beispiel zertifiziert nach ICW, DGfW, Kammerlander, DDG oder analoge Standards*
 - ✓ *Beratungs- und edukative Kompetenz*
- **Stationäre Pflegeeinrichtungen**
 - ✓ *Unter anderem Einsatz von qualifiziertem Pflegefachpersonal zur Wundversorgung, EDV zur Wunddokumentation, Qualitätsmanagement-System für Behandlung chronischer Wunden*
- **Stationäre Hospize**
- **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**
- **Einrichtungen der Eingliederungshilfe**

Bedarfsorientierte, ergänzende Professionen

- **Podologen**
 - ✓ *Spezielle Kenntnisse zur Prävention, Lokalthherapie, Druckentlastung und zu Risiken beim diabetischen Fuß*
- **Physiotherapeuten**
 - ✓ *Spezielle Kenntnisse zur Ödem-Therapie*
 - ✓ *Manuelle Lymphtherapie*
- **Ernährungsberatung**
 - ✓ *Schwerpunkt Diabetes*

- **Sonstige Leistungserbringer nach §126 SGB V**

Kenntnisse zur Anwendung und Anleitung für Produkte zur Wundversorgung und Zusatzschulungen für spezifische Hilfsmittel (Kompressionstherapie, Positionierung, Anti-Dekubitus-Matratzen/-systeme/Kissen, Gehhilfen, etc.)

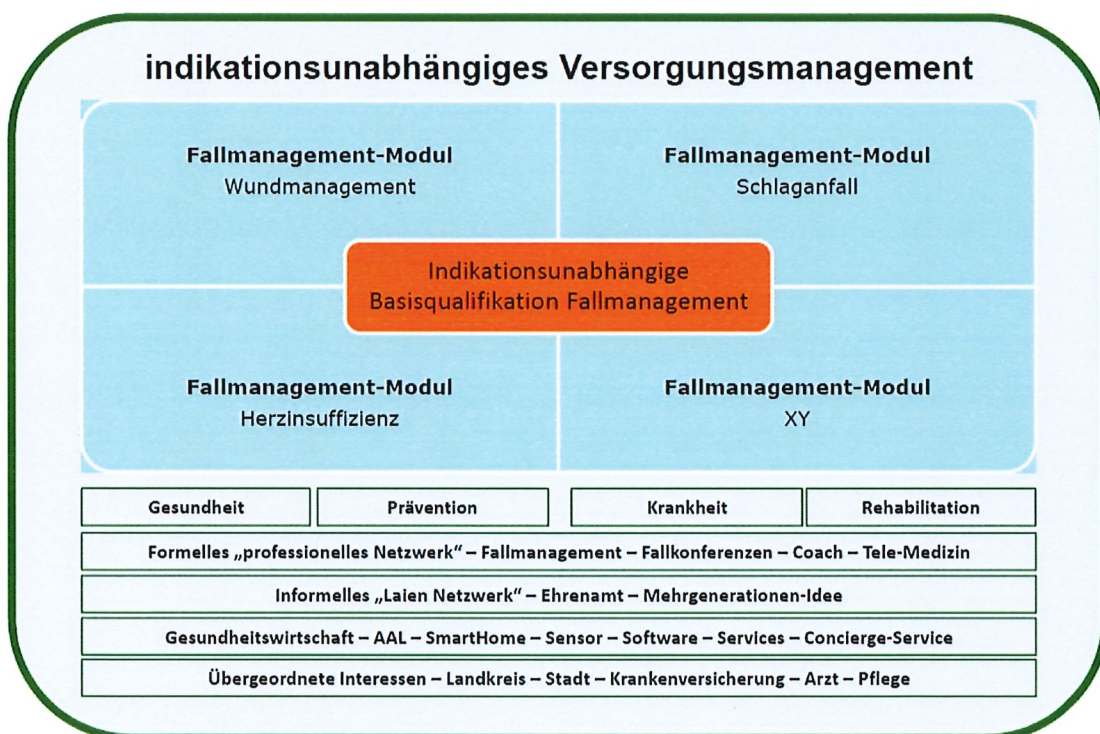
- **Orthopädische Fachgeschäfte**
- **Apotheken**
- **Homecare/Sanitätshaus**
- **Orthopädieschuhtechniker**
 - ✓ *DFS-ausgerichtet*
 - ✓ *Spezielle Schuhzurichtung wie Total Contact Cast (TCC), Orthesen, diabetische Vakuumstützsysteme*

C.3.4 Basis – Fallmanagement 2.0 für das regionale Versorgungsmanagement

Die Grundlage der langfristigen Überlegungen ist, dass der Aufbau eines Wundmanagements der Beginn einer Logik des **vollumfänglichen Versorgungsmanagement** in der Region sein kann. Will heißen: Wenn ich die ersten Netzwerkstrukturen über die Diskussion über das Wundmanagement führe, kann ich anschließend die so bereiteten Pfade ebenso mit anderen fachlichen Thematiken begehen und einfacher definieren.

Modul Wundmanagement

„Das Management der Organisation, der Planung und Durchführung mit Controlling und Evaluation der Prozesse im Gesundheitswesen, die mit dem Bürger durchgeführt werden. Also alle Versorgungsprozesse, in denen der Bürger beteiligt ist, dazu zählt z.B. auch die Primär- und Sekundärprävention.“



C.4 Kommunikation und digitale Dokumentation

C.4.1 Grundlagen der Kommunikation

- Für jegliche Art der Kommunikation gilt, dass die Vorschriften des DSGVO eingehalten werden. Siehe hierzu auch Seite 9 „B.3 Schweigepflicht, DSGVO; Datenschutz, Datengeheimnis, Einbeziehung bislang unbeteiligter Dritter“. Weiterführende Informationen unter <https://dejure.org/gesetze/DSGVO> (QN No.: 3).
- Der Fallmanager ist für den Patienten über eine von ihm festgelegte Telefonnummer erreichbar, die er ihm anhand einer Visitenkarte mitteilt. Ebenso hat der Fallmanager eine eigene Emailadresse für dieses Projekt. Hierüber können alle Beteiligten Informationen unter der Berücksichtigung der Vorschriften der DSGVO austauschen.
- Über eine Hotline-Nummer steht dem Fallmanager werktags von 8 bis 16h ein Mitarbeiter der Firma mamedicon GmbH für Fragen zur Verfügung.

- Auf einem gesicherten Cloudserver, namens ownCloud, findet der Fallmanager die sozialrechtlich relevanten Informationen für seine Patientenfälle (2023-01-31-01NVF01748 VeMaWuRLP Anlage 3 Screenshots OwnCloud).
- Geplant ist es, dass alle 2 Monate in den jeweiligen Sektionen Netzwerktreffen/Qualitätszirkel stattfinden. Fallmanager und Studieneinrichtungen nehmen daran teil sowie ein zuständiger Mitarbeiter der Firma mamedicon GmbH. Die Themen werden in der vorherigen Sitzung festgelegt und die Einladung aller Beteiligten erfolgt über den zuständigen Fallmanager. Dieser führt ebenso das Protokoll und sorgt für die reibungslose Informationsweitergabe.
- Des Weiteren finden regelmäßige Coaching Termine mit jedem Fallmanager einzeln statt. Fr. Butzen- Wagner wird zum einen die Patientensituation fachlich beurteilen und ggf. Anpassungen empfehlen, zum anderen kann der Fallmanager auftretende Probleme mit beteiligten Akteuren, seinem Zeitmanagement oder anderen Schwierigkeiten mit ihr besprechen. Die Gespräche werden in Jalomed® dokumentiert.

C.4.2 Aussagen zur COVID-19 Situation

Aufgrund der gesetzlichen Covid-19-bedingten Kontaktbeschränkungen im sog. Lockdown 2020 und 2021 wurden die persönlichen Kontakte zwischen Teilnehmenden, Fallmanager:innen und Studieneinrichtungen untersagt. Da die Hauptarbeitgeber der Fallmanager:innen Gesundheitseinrichtungen waren, untersagten sie zum Schutz des eigenen Betriebes den Fallmanager:innen persönliche Kontakte zu den Teilnehmenden im Projekt.

Die Fallmanager:innen waren bemüht die Kontakte telefonisch oder per Videotelefonie durchzuführen. Die Teilnehmenden zeigten viel Verständnis und waren mit dieser Alternative unter den Lockdown-Bedingungen zufrieden.

Leider kam es für die Studieneinrichtungen zu Terminabsagen und -Verzögerungen bei der Realisation von Follow up-Untersuchungen T6 und T12. Diese konnten zum Teil nicht nachgeholt werden. Das wirkte sich auch negativ auf die Zahl der nutzbaren Datensätze aus.

Die Covid-19-Beschränkungen haben also sowohl die Gewinnung von Teilnehmenden, als auch die persönliche Erbringung von Fallmanagementleistungen als auch die Studiendatenerhebung massiv behindert. Die alternativen Kontaktmöglichkeiten ermöglichten zwar das Aufrechterhalten bereits bestehender Fallmanagement-Beziehungen, waren jedoch kein ausreichender Ersatz im Sinne einer persönlichen Inaugenscheinnahme und Datenerhebung. Trotzdem ist an dieser Stelle dem Engagement und der Bereitschaft der Fallmanager:innen zu danken, die in Eigenverantwortung ihre zugewiesenen Teilnehmenden begleiteten.

C.4.3 Digitale Dokumentation – JalomedFlex® (Stefan Glau)

Erläuterung zu Grundlagen und Funktion des Jalomed-Systems (VeMaWu spezifisch):

Die IT gestützte Dokumentation erfolgt über die JalomedFLEX® Software. Neben digitalen Formularen zur systematischen Erfassung der Gesundheits- und Lebenssituation bietet das Programm auch ausreichend Möglichkeiten Ziele und Maßnahmen frei zu formulieren.

Die Daten können zur Informationsweiterleitung, Fallanalyse o.ä. in den unterschiedlichsten Berichtsformen ausgedruckt werden ([2023-01-31-01NVF01748 VeMaWuRLP Anlage 2 Screenshots Jalomed](#)).

Ebenso findet die Zeiterfassung des Fallmanagers über dieses Tool statt, die am Ende der festgelegten Zeiträume zum Tätigkeitsnachweis bei der Abrechnung dient.

Die Dokumentationsplattform ist in 9 Reiter aufgeteilt.

In der Gesamtübersicht finden sich alle Einträge aus allen Bereichen chronologisch sortiert. Jeder Eintrag kann in Berichtsform ausgegeben werden, um beispielsweise Informationen an den Hausarzt oder die betreuenden Pflegekräfte weiterzuleiten.

Im Reiter „FM- Zentrale“ können die Einträge bzgl. der Zeiterfassung gemacht werden. Hier wird neben dem Datum und der Uhrzeit auch die Dauer der Tätigkeit und das Modul abgefragt. Aus einem Auswahlfeld werden dann die Leistungen abgefragt und es ist möglich, aus Textbausteinen die erfüllten Aufgaben auszuwählen und/oder Freitext einzutragen.

Im Reiter „Gesamtbetrachtung des Patienten, Allgemeinstatus, -anamnese“ werden die Stammdaten sowie die medizinischen Daten erfasst:

- Stamm- und Verwaltungsdaten
- Konsile, Befundübersicht, Abstrichbefund
- Pflegerische Anamnesefragen
- Allgemeine Diagnostikfragen
- Ulcus Cruris, spezielle Diagnostik vom Arzt
- Diabetischer Fuß, spezielle Diagnostik vom Arzt
- Fallmanagement Ende

Im Reiter „Wunde“ erfolgt die Wundbeschreibung. Im ersten Schritt werden die Wundanamnese und die Klassifikation vorgenommen. Weiterführend soll alle vier Wochen oder bei Veränderungen eine Verlaufsdokumentation erfolgen. Hier wird außerdem die Fotodokumentation hinterlegt.

Im Reiter „WoundQol“ werden die Parameter des Freiburger Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität abgefragt.

Die technische Beschreibung der Dokumentationsplattform finden Sie in der Anlage ([2023-01-31-01NVF01748 VeMaWuRLP Anlage 4 Technische Beschreibung Jalomed](#)).

C.5 Der Mensch mit chronischen Wunden als Partner

Bei der Planung und späteren Realisierung der persönlichen Kompetenzen wirken Menschen mit chronischen Wunden als „Experten in eigener Sache“ an deren Auswahl und Umsetzung mit und beeinflussen als „Kooperationspartner“ den Erfolg der ausgewählten Maßnahmen. Gemeinsam mit dem zuständigen Fallmanager werden in der Maßnahmenplanung die persönlichen Bedürfnisse mit den möglichen Zielen sorgsam abgewogen und die persönlichen Maßnahmen und Bedarfe ermittelt.

Der Mensch mit chronischen Wunden hat Anspruch darauf,

- seine Bedürfnisse bezüglich benötigter Dienstleistungen zu äußern
- sich über das für ihn vorhandene Dienstleistungsangebot zu informieren
- das Dienstleistungsverhältnis auf der Grundlage seiner persönlichen Bedürfnisse zu gestalten
- in diesem Dienstleistungsverhältnis mit dem Leistungserbringer zusammen zu arbeiten
- die Leistungsprüfung aktiv wahrzunehmen
- zur Wahrnehmung seiner Aufgaben; Assistenz (durch Betreuer, Angehörige etc.) zu erhalten

Alle Aktivitäten sind an den Bedürfnissen des Patienten mit seiner Erkrankung auszurichten um eine Patientenzufriedenheit und höhere Lebensqualität (z.B. selbständige Lebensführung, Schmerzfreiheit, Selbstbestimmung, ...) zu erreichen.

Der Patient selbst gehört gleichsam somit auch zum sogenannten therapeutischen Team.

D – Skizze der Darstellung eines Idealverlaufs

Skizze der Darstellung eines Idealverlaufs der Begleitung (Start-, Routine-, Tertiärpräventions-Modul) und des Schulungsansatzes: Pflegerische Fallführung von Menschen mit chronischen Wunden

in Kooperation
mit dem Deutschen Wundrat e. V.
der Initiative Chronische Wunde e. V.
mit der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e. V.

D.1 Verfolgte Ziele:

Qualitätsverbesserungen

Ergebnisqualität	Verbesserung der erlebten und nachgewiesenen Versorgungssituation der Menschen mit chronischen Wunden.
Ergebnisqualität	Aufbau eines Wundregisters für Deutschland bezogen auf chronischen Wunden.
Strukturqualität	Darstellung der Notwendigkeiten in puncto Personalqualifikation und Aufgabenzuordnung.
Strukturqualität	Sicherstellung einer lückenlos fachkompetenten und kontinuierlichen Wundversorgung; Vermeidung von steten Therapiewechseln und -abbrüchen. Bei Mangel an Ressourcen, z. B. Zeit, Personal, Wissen und Ausstattung, in der Regelversorgung ist das Hinzuziehen von Fachkompetenz aus dem Facharztsektor erforderlich.
Strukturqualität + Prozessqualität	Aufbau und Betrieb von Netzwerkstrukturen als Plattform für die Weiterentwicklung und Steigerung von Qualität und Outcome mit dem Ziel der Sicherstellung einer einheitlichen medizinischen Sicht auf die Wunde und Versorgungssituation des Patienten über alle Akteure hinweg (=one single point of wound patient knowledge).
Strukturqualität + Prozessqualität	Qualitative Verbesserung der Versorgung durch eine standardisierte zeitnahe, an Entitäten orientierte Diagnostik und eine, so denn möglich, standardisierte kausale leitliniengerechte Therapie.
Strukturqualität + Prozessqualität	Optimierung der Effektivität der Behandlung im Bereich der Abstimmung und Koordination von Versorgungsprozessen. Anschließende Bewertung von ökonomischen Gesichtspunkten und ggf. Anpassung von Prozessketten.
Strukturqualität + Prozessqualität	Beachtung einer bürgerorientierten, für den Betroffenen verständlichen Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements sowie der Gesundheitskompetenz. Dies inkludiert auch den großen Bereich der Edukation und des Coachings.

Anpassung der Vergütung/Wirtschaftlichkeitsprüfung

Vergütung des vertragsgebunden handelnden Haus- und Facharztes – direkte / indirekte Leistungen	- Vergütung der medizinfachlichen und ärztlichen Koordinationsleistung
	- Vergütung der Koordinationsleistung durch die MFA (NäPa mit zusätzlicher „Wundfachqualifikation“).
	- Vergütung der Teilnahme an Fallkonferenzen und Qualitätszirkelarbeit im Sinne der stetigen Qualitätssteigerung und Benchmark Aufbau
	- Dokumentationsleistungen in einem <u>Wundregister</u> bezogen auf chronische Wunden
	- Ausbleiben der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung beim vertragsgebunden handelnden Haus- und Facharzt
	- Extrabudgetäre Vergütung der erbrachten Vertragsleistungen
Vergütung der Vertragsleistungen des ambulanten Pflegedienstes	- Vergütung der pflegfachlichen und patientenzentrierten Koordinationsleistung
	- Vergütung der Coaching- und Edukationsleistungen
	- Vergütung der Teilnahme an Fallkonferenzen und Qualitätszirkelarbeit im Sinne der stetigen Qualitätssteigerung und Benchmark Aufbau
	- Dokumentationsleistungen in einem <u>Wundregister</u> bezogen auf chronische Wunden
	- Wundverbände, Kompressionstherapie und weitere mit chronischen und schwer heilenden Wunden zusammenhängende Pflegeleistungen durch spezialisierte und qualifizierte Pflegefachkräfte

Regelungen und Überlegung in Bezug: ...

1. auf ein neues Versorgungsmodell: Spezialisierte ambulante Wundversorgung (SaWv)
2. auf die Versorgungssituation in der Regelversorgung
3. auf eine ablehnende Haltung des/der Patienten/in

D.2 Erstellung einer Modellidee und eines zugehörigen Leistungsablaufs

Grundsatzaussagen

Materialversorgung	- Trennung von wirtschaftlichen Leistungen (Materiallieferung auf Rezept) und effektiver Begleitungs-/Beratungsleistung
	- Belieferung auf Basis eines Rezeptes innerhalb des Systems unter ökonomischer Bewertung, Dokumentation und Rückmeldung
Wirtschaftlichkeitsprüfung Arzt	- Aussetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die KV nach §106b SGB V für Verordnungen im Rahmen der SaWv
Fachkräfteeinsatz	- Notwendige, effektive „Wundpflege“ durch qualifizierten ambulanten Pflegedienst im Sinne der regulären Verträge (spezialisierte Leistungserbringung)
Kompensation des Fachkräftemangels	- Förderung und Ausbau der Patientenautonomie, Selbst- und Laienpflege

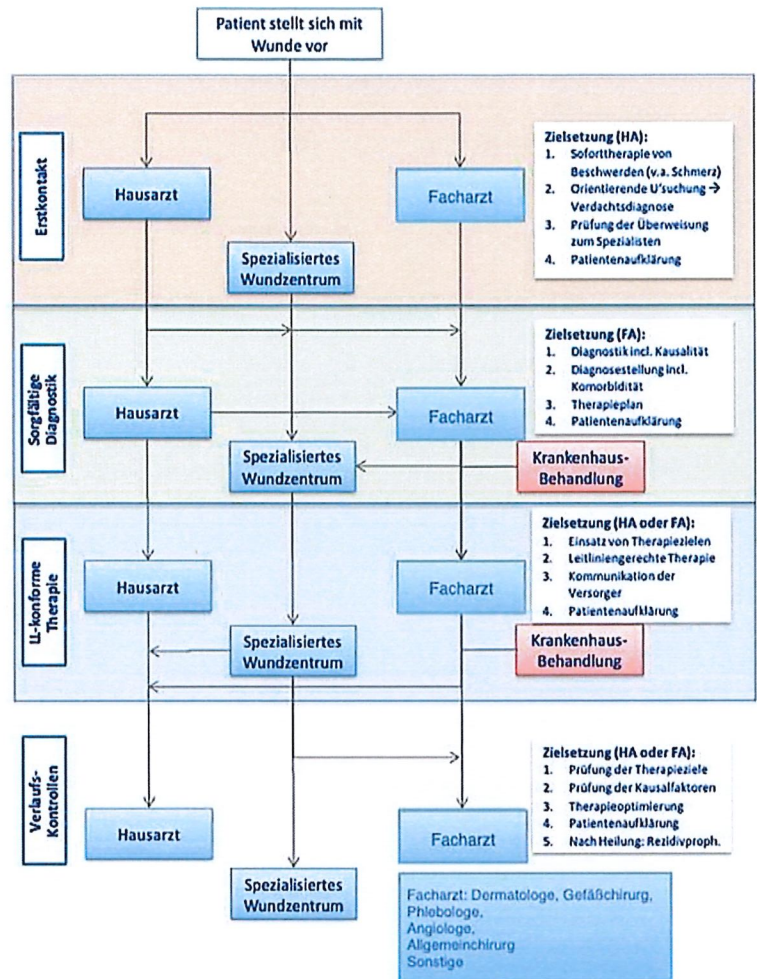
Qualitätsentwicklung	- Aufbau einer interdisziplinären, transsektoralen Qualitätszirkelarbeit für die Weiterentwicklung der zielorientierten koordinierten Versorgung im Sinne des Vertrages mit Prüf- und Entwicklungsaufgaben
Schulungen der Akteure	- Aufbau von Schulungsinhalten zu den Themen: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Edukationsleistungen</i> ○ <i>Fallmanagementleistungen</i> ○ <i>Wundmanagement</i>
Netzwerkarbeit und Akzeptanzförderung	- Aufbau von Netzwerkstrukturen und Qualitätszirkelarbeit - Schulungsangebote für nicht beteiligte Ärzte/amb. Pflegedienste/QZ-Teilnahme und Netzwerkarbeit möglich

Skizze „Neues Versorgungsmodell: Spezialisierte ambulante Wundversorgung (SaWv)“

Modulleistungen - ARZT - in Anlehnung an das Papier des Deutschen Wundrates¹⁶

Start-Monat	- Kontaktaufnahme - Feststellung: der diagnostischen und therapeutischen Notwendigkeiten durch den Wund-Facharzt SaWv (<i>Auf dem Boden des Expertenrat-Papiers vom DWR: „Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland“</i>)
Folge-Monate	- Regelmäßig geplante, standardisierte ärztliche Begleitung durch: Wund-Facharzt SaWv + Hausarzt

¹⁶ Deutscher Wundrat, „Expertenrat Strukturentwicklung Wundmanagement“, 2019, Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland, <https://www.wundrat.de/downloads/>



Zielsetzung für eine optimierte Versorgung chronischer Wunden (Indikation Ulcus cruris)

Empfehlung - Diagnostik-Schritte in Anlehnung an das Papier des Deutschen Wundrates

Wunde/Ursache	DFU	DFU und/oder pAVK	Ulcus cruris venosum/mixtum	Exulcerierende Tumore/Palliative Wunden	Dekubitus
Initial- oder Verdachts-Diagnostik	Verdachts-Diagnostik, Diagnosethese zur Erstuntersuchung/Anamnese				
Basisdiagnostik	standardisierte Wundbeurteilung inkl. Infektion (zB. PEDIS-Klassifikation) kurativ, palliativ/nicht kurativ		ABCDE-Regel	kurativ und palliativ/nicht kurativ	EPUAP Schweregrad-einteilung
	PNP: Monofilamente, TIP Term, Silmmgabel				
	Palpation Fußpulse, RR-Fußpulse, ABI, (Mediasklerose), TBI		ABI, Duplex, Palpation Fußpulse, RR Fußpulse, FKDS, Doppler-Sonographie		Klinische Inspektion: Taschenbildung? Knochenbeteiligung? Infektionsrisiko durch Lokalisation?
spezifische Diagnostik und Therapie	FKDS, MRA, CT-Angio Kontrastmittel oder CO2-Angio in PTA Bereitschaft		FKDS-Kompression, Valsalva, Licht-Reflexions-Rheographie, RR-Zehenpuls (Mediasklerose), TBI	Statuserhebung, Primärer Fokus Leidlinderung	Ursachenanalyse
	Röntgen nativ, MRT/CT, Abstrich, Biopsie, RR-Zehenpuls, Oszillografie				
Komorbidität, Erkrankung mit Wirk-Erkenntnis auf Outcome der Erkrankung	kardial nephrologisch depressiv, diabetogen, adlpös			lebensbegrenzende Erkrankungen (Tage, Wochen, Monate)	Bewegungseinschränkungen, Spastiken, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen

Grundlagen: Ziele und therapeutische Maßnahmen für verschiedene Indikationen einschließlich der Behandlungsebenen und Kompetenzen in Anlehnung an das Papier des Deutschen Wundrates

Therapie	DFS	DFS und/oder pAVK	Ulcus cruris venosum	Dekubitus	Exulcerierende Tumore/Palliative Wunden	Welche Behandlungsebene wird in den Therapieschritt einbezogen?	Kompetenzen der Behandelnden
A. Wundbezogene Ziele							
1.0 Kausale Therapie							
1.1 arterielles System	endovaskuläre und/oder operative Therapie				Therapiezielklärung ggf. endovaskuläre Therapie	Gefäßmediziner trifft Therapieentscheidung und -umsetzung	Ein in der Therapie und Diagnostik von Wunden erfahrener Arzt, in der Wundversorgung erfahrene nicht-ärztliche Fachkräfte (nachgewiesen über Fortbildungen und/oder Zertifizierungsmaßnahmen und Berufspraxis).
1.2 venöses System/lymphatisches System	DFU-spezifische Kompressionstherapie	Kompressionstherapie endovaskuläre und/oder operative Therapie		Therapiezielklärung ggf. Kompressionstherapie	Arzt, Phlebologe, Lymphtherapeut, Orthopädietechniker/Apotheker (LEs nach §126), Pflegepersonal, Physiotherapeut, Sanitätsfachhandel, Gefäßmediziner, Dermatologe		
1.3 druckentlastende Therapie	angepasste Schuhversorgung Orthesen Bettruhe und Fußfreiheit		Bewegungsförderung, Druckentlastung	ggf. Druckentlastung	Diabetologe, Arzt, Lymphtherapeut, Orthopädietechnik-Schuhmacher / Apotheker (LEs nach §126), Pflegepersonal, Physiotherapeut		
1.4 Ernährung/Stoffwechsel	Blutzucker einstellen Ernährungs- und Gewichtoptimierung	Ernährungs- und Gewichtoptimierung, ggf. Blutzucker einstellen	Ernährungs- und Flüssigkeitsoptimierung, Gewichtoptimierung, Stoffwechseladaptierung, ggf. Blutzucker einstellen	Therapiezielklärung	Diabetologe, Arzt, Lymphtherapeut, Orthopädietechnik/erApotheker (LEs nach §126), Pflegepersonal, Physiotherapeut, Ernährungsberater		

Therapie	DFS	DFS und/oder pAVK	Ulcus cruris venosum	Dekubitus	Exulcerierende Tumore / Palliative Wunden	Weiche Behandlungsebene wird in den Therapieschritt einbezogen?	Kompetenzen der Behandelnden
2.0 Lokale Therapie							
2.1 Debridement/ Wundsäuberung	individuell angepasst					Arzt, Pflege (je nach Verfahren)	Ein in der Therapie und Diagnostik von Wunden erfahrener Arzt, in der Wundversorgung erfahrene nicht-ärztliche Fachkräfte (nachgewiesen über Fortbildungen und/oder Zertifizierungsmaßnahmen und Berufspraxis).
2.2 Exsudatmanagement	angepasst an Quantität und spezifische Wundsituation Erhaltung und Schaffung eines physiologisch feuchten Wundmilieus durch Materialien, die überschüssiges Exsudat aufnehmen und binden					Arzt, Pflege, Lymphtherapeut (je nach Verfahren)	
2.3 Keimreduktion							
2.3.1 Keimreduktion bei vorliegender Infektion	lokale Antiseptika antimikrobielle Therapie In Ergänzung zu Maßnahme in 3.1.					Arzt, Pflege, MFAs	
2.3.2 Keimreduktion bei Kolonisation	keimbindende und reduzierende Therapie Wundspüllösung					Arzt, Pflege, MFAs	
2.4 Gewebeaufbau	Wundruhe/ seltener Verbandwechsel Unterstützung eines zellneubildenden Milieus mit Materialien, die ein reguliertes Feuchtigkeitsmanagement unterstützen. keimdichte, feuchthaltende Verbände					Arzt, Pflege, MFAs	
2.5 Epitelisierung	Verlängerung des Verband-Wechselintervalls Unterstützung eines zellneubildenden Milieus mit Materialien, die ein reguliertes Feuchtigkeitsmanagement unterstützen. Keimdichte Verbände, Schutz der neugebildeten Haut					Arzt, Pflege, MFAs	
3.0 Systemische Therapie							
3.1 Systemische Infektion	Systemische Antibiose (PEDIS-Klassifikation)	Systemische Antibiose	Systemische Antibiose	Systemische Antibiose	Systemische Antibiose	Arzt	Ein in der Therapie und Diagnostik von Wunden erfahrener Arzt, in der Wundversorgung erfahrene nicht-ärztliche Fachkräfte (nachgewiesen über Fortbildungen und/oder Zertifizierungsmaßnahmen und Berufspraxis).
3.2 rheologische Therapie	PG1 – Infusion gegebenenfalls low-dose Urokinase					Arzt	

Therapie	DFS	DFS und/oder pAVK	Ulcus cruris venosum	Dekubitus	Exulcerierende Tumore / Palliative Wunden	Welche Behandlungsebene wird in den Therapieschritt einbezogen?	Kompetenzen der Behandelnden
B. Patientenbezogene Ziele							
Schmerztherapie	medikamentöse und schmerzvermeidende Maßnahmen					Arzt, Schmerztherapeut, Pflege, Physiotherapeut	Ein in der Therapie und Diagnostik von Wunden erfahrener Arzt, in der Wundversorgung erfahrene nicht-ärztliche Fachkräfte (nachgewiesen über Fortbildungen und/oder Zertifizierungsmaßnahmen und Berufspraxis).
Bewegungsförderung	aktive und passive Verfahren zur Bewegungsförderung Beseitigung hemmender Faktoren					Physiotherapeut, Pflege	
Soziale Teilhabe	Beseitigung sozial isolierender Faktoren: Exsudatreduktion, Geruchsbindung, Schmerzlinderung etc.					Pflege, MFAs	
Selbstmanagement	Patientenedukation Entscheidungskompetenz fördern Patientenadhärenz herstellen					Arzt, Pflege, MFAs	
Selbstständigkeit	Schulung und Anleitung zur Übernahme von Teilaufgaben im Rahmen der Versorgung					Arzt, Pflege, MFAs	

D.3 Pflegerische Fallführung von Menschen mit chronischen Wunden

Darstellung eines Idealverlaufs der Begleitung (Start-, Routine-, Tertiärpräventions-Modul)

Modulleistungen - PFLEGE -

Start-Modul	Monat 1 7,5h vor Ort 1h im Büro	- Kontaktaufnahme
		- Wundbezogenes Initial-Assessment
		- Ermittlung des Hilfebedarfs <ul style="list-style-type: none"> ○ physisch: unabhängig, teilabhängig, abhängig ○ mental: Adhärenz ○ psychisch: Akzeptanz und Erleben
		- Ermittlung der Begleitungs- und Edukationsnotwendigkeiten (Basis-Assessment - Wund-Fachkraft SaWv)
		- Start des Patienten- und Angehörigen-Coachings und Edukation durch: Wund-Fachkraft SaWv [z. B. Pflegefachkraft; MFA (+NäPa +Wunde)]; qualifizierter amb. Pflegedienst, ohne Anbindung an Materiallieferung
		- Diverse weitere Leistungen gemäß Leistungskatalog
Routine-Modul in Abhängigkeit von der Selbstständigkeit des Patienten	Monate 2-6 Routine-Modul Baustein I <u>unabhängiger Patient</u> 1,0h pro Monat vor Ort 1,0h pro Monat im Büro	- Hauptaugenmerk: weitere Erhöhung der patientenbezogenen Gesundheitskompetenz und des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements - Niederschwelliges Angebot: Patienten- und Angehörigen-Coachings und Edukation durch: Wund-Fachkraft SaWv - Diverse weitere Leistungen gemäß Leistungskatalog
	Monate 2-6 Routine-Modul Baustein II <u>teilabhängiger Patient</u> 1,5h pro Monat vor Ort 1,0h pro Monat im Büro	- Hauptaugenmerk: Förderung und Ausbau der patientenbezogenen Gesundheitskompetenz und des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements - Vereinbarung von Teilzielen - Patienten- und Angehörigen-Coachings und Edukation durch: Wund-Fachkraft SaWv - Diverse weitere Leistungen gemäß Leistungskatalog
	Monate 2-6 Routine-Modul Baustein III <u>abhängiger Patient</u> 2,5h pro Monat vor Ort 1,0h pro Monat im Büro	- Hauptaugenmerk: Sicherung der Versorgungsprozesse und der Versorgungsziele - Vereinbarung von Teilzielen - Sicherstellung der Kommunikation mit dem therapeutischen Team - Patienten- und Angehörigen-Coachings und Edukation durch: Wund-Fachkraft SaWv - Diverse weitere Leistungen gemäß Leistungskatalog
Tertiärpräventives - Modul	Monat 7-12 1h pro Monat vor Ort 0,5h pro Monat im Büro	- Zielformulierung mit Patienten und betreuendem Arzt - Information/Abstimmung Patient/Angehörige/Pflegeperson zu geplanten Maßnahmen (z. B. Umfangtagebuch, Diabetes-Pass, Kompressionstherapie, Mobilisierung, Venensport, Gefäßsport, Ernährung), Planung gezielter Schulungen, zentrale Dokumentation - Einweisung Umfangtagebuch (ggf. selbständige Fortführung)/Positionierungs-Entlastungsprocedere - Erläuterung Kontrollmechanismen zu den vereinbarten Maßnahmen - Diverse weitere Leistungen gemäß Leistungskatalog

E – Edukation

E.1 Einleitung

Etwa jeder Zweite in Deutschland weist eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Den Menschen fällt es schwer, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf die eigene Lebenssituation anzuwenden. Ein Expertenkreis hat deshalb den vorliegenden Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz erarbeitet. Er benennt vier Handlungsfelder und formuliert dazu 15 konkrete Empfehlungen, um die Gesundheitskompetenz der Menschen in Deutschland gezielt zu fördern und zu stärken¹⁷.

Eine in 2019 veröffentlichte repräsentative Studie zeigt: Mehr als die Hälfte, nämlich über 54 Prozent, der Befragten weist eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Nur sieben Prozent verfügen über eine sehr gute, 38 Prozent über eine ausreichende Gesundheitskompetenz¹¹.



Die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland steht vor den Problemen, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, richtig einzuordnen, zu bewerten und zu nutzen, um beispielsweise bei gesundheitlicher Beeinträchtigung die passende Hilfe ausfindig zu machen; es mangelt ihnen an ausreichender „Gesundheitskompetenz“¹¹.

Die mangelnde Gesundheitskompetenz stellt auch eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Denn die Ursachen für eine geringe Gesundheitskompetenz sind nicht ausschließlich in fehlendem Wissen, mangelnder Motivation oder unzureichenden Fähigkeiten des Einzelnen zu suchen. Vielmehr wird Gesundheitskompetenz entscheidend dadurch geprägt, unter welchen gesellschaftlichen, lebensweltlichen und sozialen Bedingungen ein Mensch lebt und vor welche Anforderungen ihn seine Lebenssituation und sein Umfeld stellen. So kann zum Beispiel die Art und Weise, wie Ärzte oder Pflegende mit Patienten kommunizieren, die Aufnahme und Verarbeitung der vermittelten Gesundheitsinformationen enorm erschweren oder aber auch erleichtern.

¹⁷ Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz; <https://sd52d226e4403c15a.jimcontent.com/download/version/1671113837/module/7775446063/name/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf> – entnommen am 14.01.2023

Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und –potenziale der Menschen erreicht werden soll. Sie beschreibt den Prozess der Befähigung von Menschen, ihre Kontrolle über Determinanten der Gesundheit zu erhöhen und somit dessen Gesundheit zu stärken. All dies kann durch gezielte, systematische evidenzbasierte Patienten- und Familienedukation gestärkt werden.

Patientenedukation ist ein Hauptbestandteil der praktischen Tätigkeiten aller im Gesundheitsdienst arbeitenden Menschen. Sie kann entweder direkt erfolgen im Gespräch mit dem Patienten während einer Pflegehandlung oder separat in speziellen Edukationsprogrammen wie Diabetikerberatung, Ernährungsberatung und Ähnlichem geschehen¹⁸.

Patienten mit chronischen Wunden müssen eine Fülle von Herausforderungen bewältigen: Zusammenhänge sollten verstanden werden, Kenntnisse über Behandlung, Beobachtung und Versorgung erlernt werden. Immer wieder ist festzustellen, dass Patienten, die schon etliche Jahre an chronischen Erkrankungen leiden, Therapieempfehlungen nicht akzeptieren oder Therapiealternativen nicht oder nur unzureichend bekannt sind. Patienten sind sich oftmals der Tragweite ihrer Entscheidung nicht bewusst. Für Pflegepersonen stellt sich hingegen die Frage, warum diese Patienten so wenig über ihre Erkrankung und deren Ursache wissen¹⁹.

E.2 Patientenedukation – Beratung, Schulung, Information in der Pflege

a. Begriffserläuterung / Definition

„Patientenedukation (Patienten- und Familienedukation) bezeichnet vielfältige gezielte psychologische und pädagogische Maßnahmen, die Patienten und Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung helfen. Sie kann damit einen wichtigen Beitrag zum generellen Ziel der Pflege leisten, individuelle Selbstpflegefähigkeiten und Kompetenzen des Patienten zu stärken, um ihm damit seine bestmögliche Selbstkontrolle, Autonomie und Würde im Alltag zurückzugeben“²⁰

Das zugrundeliegende englische Wort „education“ ist weit gefasst, es meint Unterricht, Schulung, Bildung, etc. und darf nicht mit dem deutschen Wort „Erziehung“ in unserem Sinne gleichgesetzt werden²¹.

b. Problemstellung

Betroffene erhalten die Informationen nicht

Pflegfachkräfte sind nicht ausgebildet als professionelle Berater für chronisch kranke Menschen.

Patientenedukation durch die Pflege ist oft unsystematisch, unregelmäßig und schlecht organisiert.

¹⁸ Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, Barbara Klug Redman, Herausgeber: Huber, Bern; 2., vollständig überarbeitete Auflage; Edition 10. Juni 2009

¹⁹ Marcel Sailer, Patientenedukation als integraler Bestandteil des Wundmanagements!? In der: Wund Management 01/2014, MHP Verlag, 01/2014

²⁰ Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann, Lothar Ullrich - Thiemes Pflege (große Ausgabe) - Das Lehrbuch für Pflegende in der Ausbildung - 13. aktualisierte und erweiterte Auflage 2017

²¹ Menche, Nicole, Lehrbuch Pflege heute, Elsevier Verlag, 7. Auflage 2019, ISBN 10: 3437267787

Veränderungen medizinischer und therapeutischer Ansprüche

- Sinkende Verweildauer im stationären Bereich
- begrenzte Terminressourcen in Versorgungseinrichtungen
- Patientenschulung verlagert sich in den ambulanten Sektor
- Zunahme älterer, multimorbider Menschen
- Neue Techniken (z.B. Telemedizin)
- Evidenzbasierte Medizin
- Qualitätsmanagement
- Aufwändigere Dokumentation
- aufgeklärtere/wissensdurstiger Patienten und deren Angehörigen

Veränderungen im gesundheitspolitischen und ökonomischen Kontext

Herausforderung im Bereich Personal, Fachkräfte

Arbeitsmarkt (politische) Veränderungen

- Fachkräftemangel

Forderung nach

- Spezialisierung
- Wissensorientierungen (evidenz-basierte Medizin)
- Qualitätsmanagement
- Ökonomisierung der Abläufe

Forderungen des Personals

- Qualifizierung
- Arbeitsmarktmobilität
- Weiterbildung/Entwicklung

c. Neue gesetzliche Bestimmungen

Die ambulante medizinische und organisatorische Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden liegt bislang in der Verantwortung des behandelnden Hausarztes der betroffenen Versicherten. Neben der Therapiehoheit des Arztes liegt es in dessen Verantwortung notwendige diagnostische Maßnahmen für eine ursachengerechte Wundbehandlung oder notwendige operative Maßnahmen zur ambulanten oder stationären Versorgung der Wundsituation bzw. der relevanten Grunderkrankungen einzuleiten bzw. therapeutische Maßnahmen oder notwendige Behandlungspflege und zur Verbandmittelversorgung per Verordnung (Rezept) als Krankenkassenleistung zu verordnen. Die Komplexität der Versorgung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden führt leider regelmäßig dazu, dass Versicherte von ihren Hausärzten nur bedingt mit notwendigen Leistungen und durch ein vom Hausarzt koordiniertes Versorgungsteam versorgt wird. Unter der Voraussetzung einer sich verschlechternden Hausarztversorgung hat die Gesundheitspolitik entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

Spezialisierte Wundpflegedienste

Nach der Neuregelung der HKP-Richtlinie (April 2021) und der im Oktober 2021 veröffentlichten und ab 01.01.2022 gültigen Rahmenvereinbarung zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durch spezialisierte Leistungserbringer können sich ambulante Pflegedienste personell und strukturell auf diese neue Spezialisierungsform vorbereiten. Zum jetzigen Zeitpunkt sind noch keine daraufhin angepassten Vergütungsvereinbarungen zwischen den Pflegeverbänden und den Kassenverbänden veröffentlicht worden.

Die Rahmenvereinbarung sieht für den spezialisierten Pflegedienst eine fachliche Leitung vor, die mindestens vierwöchentlich eine Wundeinschätzung sowie eine Einschätzung der Versorgungssituation erfolgen. Zudem soll die fachliche Leitung die Kommunikation zu den an der Versorgung der Versicherten beteiligten Ärzten und Gesundheitseinrichtungen aufnehmen und entsprechende Maßnahmen anregen.

Wenn sich ambulante Pflegedienste, wie vom Gesetzgeber erwartet, der Umsetzung dieser Spezialisierung zuwenden, besteht die Hoffnung, dass die so vierwöchentlich erhobenen Einschätzungen der Versorgungssituation auch zu Maßnahmen zur Behebung von Defiziten führen. Ambulante Pflegedienste selbst sind aufgrund der aktuellen berufspolitischen Situation nur bedingt in der Lage diese Maßnahmen selbst zu initiieren oder als vergütete Pflegeleistung zu erbringen.

Modellvorhaben nach § 64d

Im Rahmen der 2021 im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurden im § 64d Modellvorhaben zur Substitution ärztlicher Leistungen als verpflichtend formuliert. In jedem Bundesland sollte ab 01.01.2023 ein solches Modellvorhaben zu den Themen Demenz, Diabetes mellitus Typ2 sowie chronische und schwer heilende Wunden durchgeführt werden. Ziel der Modellvorhaben ist es auf Grundlage einer speziellen Fortbildung von Pflegefachkräften substituierbare ärztliche Tätigkeiten zu definieren und zu untersuchen, wie diese zukünftig in der Regelversorgung durch entsprechend fortgebildete und berechnigte Pflegefachkräfte erfüllt werden können und die ambulante medizinische Versorgung trotz Ärztemangel sicherzustellen. Für die Versorgung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden ergäbe sich somit die Möglichkeit, dass Pflegefachkräfte zukünftig eigenverantwortlich die notwendige Diagnostik, die Anpassung der Verbandmittelversorgung oder die Initiierung von Facharztterminen im Sinne einer notwendigen Patientenversorgung steuern.

Patientenlotsen

Im Koalitionsvertrag der Ampelregierung ist für die aktuelle Legislaturperiode die gesetzliche Schaffung von Lotsendiensten für relevante Patientengruppen geplant. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen hierfür keine konkreten Gesetzesentwürfe vor. Es ist zu erwarten, dass die Gruppe der Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden hier eine entsprechende Berücksichtigung findet.

d. Ziele der Edukation

Patientenedukation dient dazu, den Patienten zu ermöglichen, nach Möglichkeit sich selbst zu pflegen und ihre Eigenständigkeit, Entscheidungsfindung und Würde zu behalten.

Da jeder Mensch Teil eines Systems ist, richtet sich Patientenedukation auch an Familienmitglieder, betreuende Pflegepersonen, im weitesten Sinn an alle jene, die mit Pflege- und Gesundheitsfragen betraut sind²².

Im Umgang mit der chronischen Wunde bedeutet dies, dass der Patient insoweit Kompetenz vermittelt bekommt, dass er mit seiner Wunde im Alltag gut zurechtkommt. Dazu gehören unter anderem das Wissen um das Applizieren des Wundverbandes sowie das Durchführen von eventuellen Begleitmaßnahmen. Die Information über die Entstehung der Wunde aber auch der Wundheilung ermöglicht dem Patienten im Fall von Komplikationen eine entsprechende Reaktion. Alle am Behandlungsprozess beteiligten Personen haben die Aufgabe, den Menschen auf die Anforderungen durch eine Wunde vorzubereiten, zu

²² Menche, Nicole, Lehrbuch Pflege heute, Elsevier Verlag, 7. Auflage 2019, ISBN 10: 3437267787

begleiten und zu unterstützen [vgl. Patientenedukation, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden]²³.

E.3 Formen der Edukation

Es gibt vier Formen der Patientenedukation, diese sind „Information“, „Beratung“, „Schulung“ und „Anleitung“.

Der Schwerpunkt jeder pflegerischen Patientenedukation liegt dabei im Vermitteln von Alltags- und Bewältigungskompetenz im Umgang mit der Erkrankung respektive der Wunde [vgl. Patientenedukation, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden]²⁴.

Die Bereiche Information, Beratung, Schulung sowie Anleitung ergänzen sich und gehen teilweise in einander über. Sie orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des Betroffenen. Eine klare Zielvorgabe zu Beginn der edukativen Maßnahmen erleichtert allen Beteiligten das gemeinsame Vorgehen und ermöglicht im Nachhinein eine Beurteilung des Erfolgs. Die Edukation beginnt mit der Vermittlung von **Informationen**, durch ein persönliches Gespräch und ggf. unterstützende Broschüren, um das jeweilige Thema für den Betroffenen nachvollziehbar zu machen. Auf die vermittelten Informationen baut die **Beratung** auf, deren Schwerpunkt auf der individuellen Situation des Betroffenen liegt. Im Gegensatz zur **Schulung** enthält eine Beratung noch keine sach- oder problembezogene Handlungsanleitung. Die Schulung orientiert sich am Wissensdefizit des Betroffenen und erhöht seine Alltagskompetenz durch Wissen und Verstehen. Durch **Anleitung** vermittelt die Pflegefachkraft praktische Fertigkeiten, z. B. den sachgerechten hygienischen Umgang mit den Materialien sowie einen strukturierten Handlungsablauf.

In folgenden Phasen kann die Patientenedukation eingeteilt werden:

- Lernbedürfnisse ermitteln
- Ziele entwickeln
- planen und durchführen
- evaluieren
- dokumentieren

Pflegende Angehörige sollten stets in die Edukation mit einbezogen sein. Grundlage ist das Verständnis der Situation des Betroffenen. Die Schwerpunkte der Edukation ergeben sich aus den individuellen Gewichtungen des Betroffenen, seiner Auffassungsgabe und seinen Bedürfnissen. Nicht alle oben genannten Bereiche müssen Bestandteil jeder edukativen Maßnahmen sein. Im Vordergrund steht die Unterstützung des Patienten bei dem alltäglichen Umgang mit seiner Erkrankung. Ziel der Edukation ist, den Patienten zu einem gesundheitsbezogenen Selbstmanagement im Rahmen seiner Möglichkeiten zu befähigen [Kolumne: Gesundheitsbezogenes Selbstmanagement des Patienten, Kerstin Protz]²⁵.

²³ Panfil, Schröder, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Huber Verlag, ISBN 10: 3456851944

²⁴ Panfil, Schröder, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Huber Verlag, ISBN 10: 3456851944

²⁵ Protz, Kerstin, gesundheitsbezogenen Selbstmanagement des Patienten, Kolumne aus der Wundversorgung - <https://www.molnlycke.de/unsere-expertise/expertenwissen-moderne-wundversorgung/moglichkeiten-der-patientenedukation-beim-verbandwechsel/> - entnommen am 14.01.2023

a. Information

Information gibt Wissen weiter, berücksichtigt aber nicht Beziehungs- und Lernaspekte sowie bisherige Erfahrungen. Im Pflegealltag bedeutet dies, dass die Gelegenheit zu Feedback, Fragen sowie zur Anknüpfung an persönliche Erfahrungen und Vorlieben gegeben werden muss. Erst der Dialog macht möglich, dass Patienten den Informationen Bedeutung verleihen können [vgl. Marcel Sailer, Patientenedukation, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 2010]²⁶.

b. Beratung

Der Begriff Beratung bezeichnet in der Umgangssprache ein strukturiertes Gespräch oder eine korrespondierende Kommunikationsform aber auch eine praktische Anleitung, die das Ziel hat, ein Problem zu lösen oder Lösungswege zu finden. Im Rahmen von Pflege-situationen entstehen immer wieder Anlässe zu Beratungsgesprächen. Beratung sollte ein Angebot an den Patienten zur selbständigen Entscheidungsfindung und Reflexion der eigenen Empfindungen, Bedenken und inneren Widersprüche sein.

c. Schulung

Schulung ist ein zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Fähigkeiten und Fertigkeiten (Abt-Zegelin, 2003). Patientenschulungen haben einen klar definierten, oftmals komplexen Inhalt zu einem bestimmten Thema, der vermittelt werden soll. Das Ergebnis der Schulung muss evaluiert werden, um den Effekt und die Effizienz der Schulung zu kennen, hierin besteht der wesentliche Unterschied zur Information¹⁹.

Im praktischen Alltag hat sich dazu die Mikroschulung bewährt, weil damit der Patient kleine Sequenzen vermittelt werden und es damit nicht zu einer Überforderung kommen könnte.

d. Was ist eine Mikroschulung?

Mikroschulungen sind kleine Lerneinheiten für ein oder zwei Adressaten. Dabei werden bestimmte Pflegetätigkeiten oder kleine Wissensseinheiten vermittelt. Die Schulung wird maßgeschneidert gestaltet, je nach Ressourcen und Fragen der zu schulenden Person/en. Die Pflegefachkraft bespricht zunächst mit dem Patienten die relevanten Inhalte, demonstriert dann das Vorgehen. Danach führt der Patient die Handlung selbst durch. Abschließend werden Fragen geklärt, ggf. ein Wissenstest durchgeführt und der Patient gibt eine Rückmeldung zur Schulung (Evaluation)²⁷.

e. Anleitung

Unter Anleitung versteht man die strukturierte Vermittlung ergebnisorientierter Fertigkeiten. Anleitung ist in Zusammenhang mit einzelnen Vorgängen und umschriebenen Handlungsabläufen zu sehen¹⁹.

E.4 Aspekte der Rolle des Patienten

a. Gesundheitskompetenz

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland verfügt über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz [*siehe auch E.1 Grundlagen Edukation*]. Dies stellt das

²⁶ Panfil, Schröder, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Huber Verlag, ISBN 10: 3456851944

²⁷ Schewior-Popp, Susanne, Sitzmann, Franz, Ulrich, Lothar, Thiemes Pflege (große Ausgabe), Das Lehrbuch für Pflegende in der Ausbildung - 13. aktualisierte und erweiterte Auflage 2017

Gesundheitssystem bei den aktuellen Entwicklungen vor eine besondere Herausforderung. Im Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz finden sich weitere Erläuterungen²⁸.

b. Die Rolle der Patienten

Seit geraumer Zeit ist die Rolle des Patienten im Netz des Gesundheitssystems einem tiefgreifenden Wandel unterzogen. Der passive Patient hat sich zunehmend zum informierten, selbständigen und mündigen Partner entwickelt²⁹. Veränderungen im Gesundheitsbewusstsein aber auch die massiven Entwicklungen im Bereich von Kommunikation und Information tragen wesentlich zu dieser Wandlung bei. Jede Gesundheitsstörung, vor allem chronische Erkrankungen, sind für den Betroffenen eine Herausforderung. Diese Herausforderung anzunehmen und einen Beitrag zur Besserung des Gesundheitszustandes beizutragen, ist Grundlage der Patientenedukation.

Patienten haben besser denn je Zugang zu Information über ihre Erkrankung, müssen aus dieser Vielfalt an Wissen die richtige Entscheidung treffen, medizinische und pflegerische Beratung spielen somit eine wesentliche Rolle. Ein weiterer Faktor ist die Zunahme an chronischen Erkrankungen. Patienten müssen eine Fülle von Veränderungen in ihren Alltag integrieren und damit leben lernen. Verkürzte klinikstationäre Aufenthalte und begrenzte Terminressourcen in Versorgungseinrichtungen verlangen von Patienten und ihren Angehörigen immer mehr Eigenständigkeit in Bezug auf ihre Erkrankung³⁰.

c. Diskussion: Compliance, Adhärenz

Eine pflegebezogene Patientenedukation setzt auf einen individuellen Empfänger, daher sollten Beratung und Schulung von einer bestimmten Pflegeperson erfolgen und den Patienten durch den Prozess der Edukation begleiten.

Für das Gelingen sind viele Aspekte von Wichtigkeit:

- Zeitpunkt
- Vorwissen des Patienten
- Manuelle bzw. kognitive Fähigkeiten
- Umfeld
- Verarbeitung der Erkrankung
- Interessen
- u.v.a.m.

Unterschiedliche Lernbereiche sind zu berücksichtigen, es geht sowohl um Gefühle – was empfindet der Patient beim Anblick seiner Wunde, aber auch um praktische Fähigkeiten wie beispielsweise das Anlegen der Unterschenkelbandage. Besonders wichtig ist es, die psychische Lage des Patienten zu berücksichtigen, davon ist jegliche Beratungstätigkeit abhängig. Optionales Wissen sollte dem Patienten vermittelt werden, damit er im Falle von Komplikationen eine für ihn günstige Wahl treffen kann. Dieses optionale Wissen ist besonders bei langwierigen chronischen Erkrankungen wichtig, damit das Behandlungs- bzw.

²⁸ Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz; <https://sd52d226e4403c15a.jimcontent.com/download/version/1671113837/module/7775446063/name/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf> – entnommen am 14.01.2023

²⁹ Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz; <https://sd52d226e4403c15a.jimcontent.com/download/version/1671113837/module/7775446063/name/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf> – entnommen am 14.01.2023

³⁰ Menche, Nicole, Lehrbuch Pflege heute, Elsevier Verlag, 7. Auflage 2019, ISBN 10: 3437267787

Therapiekonzept eingehalten werden kann, somit ersetzt die Adhärenz das veraltete und enge Verständnis der Compliance³¹.

d. Compliance

Das aus dem Englischen stammende Wort bedeutet übersetzt „Einverständnis, Einhalten, Willfährigkeit, Fügsamkeit“.

Der Begriff bezeichnet die Einhaltung der Therapievorgaben durch den Patienten und hat die veraltete Sichtweise, dass der ausschließlich der Patient für Therapieerfolg oder Therapieversagen verantwortlich ist. Therapieerfolg ist nur dann garantiert, wenn der Patient kritiklos und genau die Vorgaben einhält, individuelle Möglichkeiten oder Probleme werden außer Acht gelassen. Nach dem neuesten Stand der Pflegewissenschaft hat der Patient vor allem unter Beachtung der Möglichkeiten des Selbstmanagements in die Therapiegestaltung mit einbezogen zu werden. Der Begriff der Adhärenz gewinnt zunehmend an Bedeutung.

e. Adhärenz

Der Begriff Adhärenz definiert das Ausmaß, in welchem das Verhalten des Patienten mit den Vorgaben des Behandelnden übereinstimmt. Die Adhärenz -Therapie wurde in England besonders für den ambulanten Bereich entwickelt. Diese Therapie ist eine strukturierte Intervention, die im Rahmen von Behandlungseinheiten durch eine speziell geschulte Pflegeperson durchgeführt wird. Diese Therapie hat zum Ziel, dass der Patient aus eigener Kraft, aus seiner eigenen

Entscheidung heraus in der Lage ist, Behandlungsvorgaben langfristig umzusetzen. Interventionen wie diese setzen eine hohe pflegerische Fachlichkeit voraus und sind ein wichtiger Faktor für ein verantwortungsvolles und zukunftsfähiges Berufsprofil der Pflege. [vgl. Website Dachverband Adherence e.V., Gütersloh]³².

f. Patientenbezogene Aspekte

Betroffener und Pflegefachkraft sollten zunächst eine gemeinsame, vertrauensvolle Basis finden. Dabei ist vorab zu klären, in welchem Verhältnis Patient und Pflegefachkraft zueinanderstehen, ob der Patient offen, ängstlich oder verschlossen ist und ob die grundsätzliche „Chemie“ stimmt. Gegebenenfalls ist ein anderer Kollege aus dem Team mit der Versorgung zu beauftragen. Folgende Faktoren können eine Edukation erschweren:

- Desorientierung, Vergesslichkeit
- Körperliche Schwäche oder Behinderung
- Frustration, Depression
- Kulturelle Aspekte
- Schwerhörigkeit, sonstige Kommunikationsstörungen
- Fehlendes Sprachverständnis: fremde Sprache, sensorische Aphasie
- Negative Vorerfahrungen des Patienten und seiner Angehörigen

Patienten wünschen sich eine wertschätzende, vertrauensvolle und kompetente Kommunikation, die die Auswirkungen der Wunde auf ihren Alltag erfasst und entsprechende

³¹ Schieron, Martin, Büker, Christa, Zegelin, Angelika, Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege, Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung, Hogrefe Verlag, 1. Aufl. 2021, 336 Seiten ISBN: 9783456860411

³² Adhärenz – Bedeutung für die Pflege, Homepage Dachverband Adherence, <https://dachverband-adherence.de/adherence/bedeutung-fu%cc%88r-die-pflege/> - entnommen am 14.01.2023

Strategien mit einbezieht. Sie möchten nicht als dickköpfig, starrsinnig oder „non-compliant“ bzw. „non-adhären“ beurteilt werden. Patienten, die so erscheinen, sind ggf. nur ungenügend aufgeklärt und haben zudem ihre Vorerfahrungen gemacht. Auch sollten keine widersprüchlichen Aussagen vom Behandlungsteam kommen, da diese Unsicherheit erzeugen können.

g. Selbstmanagement

Der Grundgedanke des Selbstmanagements ist es das Leben ohne Einflüsse von außen selbst zu steuern und zu gestalten. Es soll dazu beitragen, Erkrankte in ihrer Autonomie zu bestärken und ihr Wissen und ihre Kompetenz zu fördern. Die Bewältigung von Aufgaben und Problemen wird als eine definierte Abfolge von Aktivitäten gesehen, die in einem bestimmten Zusammenhang stehen. Information und Kommunikation sind dabei das Kernelement in diesem Ablauf.

h. Strukturelemente der Selbstpflegekompetenz

Für die Festlegung der Ziele einer Patientenedukation ist vor allen Dingen das konzeptionelle Element der Selbstpflegetätigkeit als Teilbereich der Selbstpflegekompetenz sehr hilfreich. Die Selbstpflegetätigkeit teilt sich dabei in drei untergeordnete Tätigkeitsbereiche auf, welche insgesamt zur Ausführung der Handlungen benötigt werden:

i. Einschätzende Tätigkeiten

- Welches Hintergrundwissen benötigt der Patient, um die Situation einschätzen, bewerten und regulieren zu können (differenziertes Krankheits- und Behandlungswissen)?
 - Welche Ursache- Wirkung Zusammenhänge müssen verstanden werden?
 - Welche Risiken und möglichen Folgeerkrankungen bestehen durch die Erkrankung?
 - Welche Möglichkeiten der weiteren poststationären Versorgung gibt es?
 - Welche alternativen Vorgehensweisen stehen zur Verfügung?
- Welche Vorerfahrungen sind bereits vorhanden?
 - Liegt eine chronische Verlaufsform vor? Welche Kompetenzen besitzt der Patient bereits zur Regulierung seiner Problematik?
 - Hatte der Patient aufgrund dieser Erkrankung bereits mehrere Klinikaufenthalte?
 - Über welches Wissen, welche Informationen verfügt der Patient bereits? Gab es in der Vergangenheit widersprüchliche Empfehlungen?

j. Transitive Fähigkeiten

- Welche Entscheidungen muss der Patient hinsichtlich seiner Selbstpflegehandlungen treffen?
 - Welche Informationen helfen ihm, seine Situation zu reflektieren, um den Hilfebedarf realistisch einzuschätzen?
 - Wie kann ein Kontext zwischen der Erkrankung und seiner persönlichen Situation hergestellt werden?
 - Welche Hilfestellungen benötigt er zur Bewältigung von Alltagsbelastungen?
- Welches System benötigt ein Patient, damit er eigenverantwortlich agieren und sich notwendige Informationen selbst bei den entsprechenden Berufsgruppen besorgen kann?

k. Produktive Tätigkeiten

- Welche Hilfestellungen benötigt der Patient, um die notwendigen Selbstpflegehandlungen eigenverantwortlich durchführen zu können?
 - Welche Vorbereitungen muss er dazu treffen?
 - Welche Kriterien benötigt er, um den Erfolg seiner Handlungen zu überwachen und zu überprüfen (hinsichtlich Art, Frequenz, Dauer der Anwendung)?

- Wie kann er die Handlungen bei ausbleibendem Erfolg selbstständig korrigieren?
- Welche Fertigkeiten muss er zur Regulierung seiner Erkrankung erlernen (z.B. bedienen von med. Geräten, Autoinjektion von Medikamenten...)

Die oben genannten Fragen stellen ein hohes Maß an kognitiven und produktiven Anforderungen an die Patienten und deren Angehörigen dar³³.

E.5 Die Rolle der Angehörigen

Ca. 5 Millionen Menschen³⁴ sind als pflegebedürftig anerkannt (Ende 2021) – sehr viel mehr Hilfsbedürftige erhalten Unterstützung durch Angehörige. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist zwischen 1999 und 2013 um 30 Prozent gestiegen. Fast drei Viertel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Nicht alle Unterstützungsbedürftigen beziehen Leistungen aus der Pflegeversicherung. Schätzungen gehen von insgesamt 4 bis 5 Millionen Personen aus, die informelle Unterstützung und Pflege erhalten.

Es gibt zwischen 3 und 5 Millionen private Pflegepersonen. Die Pflege von Angehörigen verteilt sich oft auf mehrere Schultern, die Hauptlast tragen meist weibliche Familienmitglieder³⁵.

Pflegende Angehörige sind der größte „Pflege- und Betreuungsdienst“ und stellen somit ein unschätzbare Potenzial dar. Für pflegende Angehörige gibt es zu wenig Angebote in Form von Beratung und Unterstützung, notwendige Verbesserungsvorschläge von Seiten der pflegenden Angehörigen waren hier mehr Information über pflegerische und medizinische Angelegenheiten.

Es ist von großer Wichtigkeit, pflegende Angehörige von Beginn der Behandlung an mit Information und Beratung zu unterstützen. Primäres Ziel im Umgang mit der chronischen Wunde sollte sein, dass die betreuende Person den Patienten umfassend pflegen kann und über entsprechendes Wissen verfügt. Insbesondere Kenntnisse über die Wundreinigung, das Anlegen des Wundverbandes, Kompressionstherapie oder auch spezielle Maßnahmen wie Lagerungstechniken müssen vermittelt werden. Hier können Pflegepersonen mit ihrem professionellen Wissen den Angehörigen zur Seite stehen. Im internationalen Vergleich nimmt Angehörigen- und Patientenedukation noch eher eine vergleichsweise unwichtige Rolle ein. In Ländern wie beispielsweise den USA oder Großbritannien hat Edukation einen weitaus höheren Stellenwert. Angehörigenedukation mehr in die Pflege zu integrieren, ist eine Herausforderung für alle in der Pflege tätigen [vgl. Gudrun Adler, Das Patienteninformationszentrum - Pflegebezogene Patienten-Angehörigenedukation, 2012]³⁶

³³ Panfil, Schröder, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Huber Verlag, ISBN 10: 3456851944

³⁴ Anzahl der Pflegebedürftige, 2022, DESTATIS, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html, entnommen am 14.01.2023

³⁵ Nowossadeck, S., Engstler, H., & Klaus, D. (2016). Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Report Altersdaten 1/2016. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen

³⁶ Adler, Gudrun, Das Patienteninformationszentrum – Pflegebezogene Patienten- und Angehörigenedukation, in Pflege im Wandel gestalten, Eine Führungsaufgabe (pp.223-230), Springer Verlag, 2012

E.6 Die Rolle des Informierenden / Anleitenden / Schulenden / Moderierenden

Die Aufgabe der Pflegefachkraft im Rahmen der Edukation ist, den Patienten zu ermöglichen, erlernte Inhalte in seine Alltagshandlungen zu integrieren. Hierfür werden folgende Voraussetzungen benötigt:

- Soziale, fachliche, kommunikative und pädagogische Kompetenzen
- Methodenkenntnisse und aktuelles Fachwissen
- Befähigung zur Beratung bei Produkt- und Hilfsmittelauswahl und deren Nutzung
- Verständliche Vermittlung von Informationen: Fremdworte vermeiden, Anschauungsmaterial verwenden
- Berücksichtigung von Lerntyp, Lernform und angepasster Gebrauch von Begrifflichkeiten
- Schaffen adäquater Rahmenbedingungen: ruhige, entspannte Atmosphäre, Stressfaktoren ausschalten
- Probleme frühzeitig erkennen, definieren und einschätzen
- Fähigkeit der Ressourcennutzung
- Tragfähige Beziehungen zu professionellen Akteuren aufbauen und aufrechterhalten
- Eigene Handlungen planen und zielkonform einsetzen

E.7 Leistung wird transparent

Pflegefachpersonen sind als Berufsgruppe mehr denn je gefordert, Information, Beratung, und Schulung von Patienten durchzuführen. Im pflegerischen Alltag von Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten ist die Pflegefachkraft jene Berufsgruppe, die am besten geeignet ist, diese Aufgabe zu übernehmen. Pflegefachkräfte haben den häufigsten Patientenkontakt und sie sind es, die den Patienten am besten kennen. Patienten haben gegenüber Pflegefachkräfte weniger Scheu, Probleme anzusprechen oder nachzufragen, wenn etwas nicht verstanden wurde.

Somit ist die Beziehung zwischen Patienten und Pflegepersonal aber auch Angehörigen ein wichtiger Faktor, damit Patientenedukation gelingen kann. Besonders in Hinsicht auf die Versorgung chronischer Wunden gibt es eine Fülle von Ansätzen in Bezug auf Information, Beratung und Schulung, etliche Fragen ergeben sich für den Patienten:

- Was ist die Ursache meiner Wunde?
- Was bedeutet die Therapie für mich im Alltag?
- Wie und womit wird die Wunde verbunden?
- Wie ist die Versorgung zu Hause nach dem stationären Aufenthalt?
- Wer verordnet den Verbandstoff etc. weiter?
- Wie bandagiert man?

Dies ist nur ein kleiner Teil jener Fragen, die sich im Alltag ergeben. Das Aufzeigen dieser und anderer Fragen macht Leistungen der Pflege im Bereich der Edukation transparent und unterstreicht die Wichtigkeit derselben³⁷.

³⁷ Angelika Abt-Zegelin, Die Sprachen der Pflege: interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie, Schlütersche, Hannover 2006, ISBN-10: 3899931688

E.8 Methodisches Vorgehen – Der Patientenedukationsprozess

Die Wirksamkeit von Maßnahmen im Rahmen der Patientenedukation kann auf unterschiedliche Art überprüft werden:

- Der geschulte Patient oder Angehörige erklärt eine gelernte pflegebezogene Tätigkeit einer anderen ihm bekannten Person, z. B. der Ehefrau oder einem guten Freund (etwa das Anziehen von Kompressionsstrümpfen u.v.m.).
- Der Patient macht eine gelernte pflegebezogene Tätigkeit vor, z.B. das Wechseln des Wundverbandes
- Es kann ein spielerischer Lerntest mit dem Patienten durchgeführt werden, z. B. ein Wissensquiz.

Dabei sollten folgende Schritte in der Kommunikation mit dem Patienten eingehalten werden:

- Es sollte ein fürsorglicher Ton der Stimme und eine fürsorgliche Haltung verwendet werden
- Es sollte komfortable Körpersprache und Blickkontakt gezeigt werden
- es sollte Klartext verwendet werden
- Der Patient sollte mit seinen eigenen Worten zurückerklären
- Es sollte eine offene Frage verwendet werden
- Fragen, die mit einem einfachen Ja oder Nein beantwortet werden können, sollten vermieden werden
- Es sollte betont werden, dass die Verantwortung bei dem Patienten liegt
- Ist der Patient nicht in der Lage das Gelernte zu wiederholen, sollten die Inhalte erneut erklärt werden und es sollte eine erneute Überprüfung erfolgen
- Es sollten lesefreundliche Print-Materialien zum Lesen und Lernen verwendet werden

a. Abschluss der Edukation

Die Maßnahmen sind entsprechend der vorhandenen Ressourcen mit dem Patienten besprochen. Optimalerweise ist das Vertrauen des Patienten in seine Fähigkeiten zu einer zweckmäßigen Umsetzung der Pflege und Therapie gestärkt, Vertrauen entsprechend aufgebaut und somit ein Gefühl von Machtlosigkeit und Hilflosigkeit verhindert. Am Ende sind noch eventuelle Fragen zu klären und das weitere Vorgehen, d. h. bei Bedarf weitere Termine oder auch Lernziele zu vereinbaren. Zudem wird der Patient gebeten, in der Zwischenzeit bis zum Folgetermin, spezielle Beobachtungen oder mögliche Fragen aufzuschreiben.

Die Pflegefachkraft evaluiert im Anschluss unter nachfolgenden Aspekten ihr eigenes Verhalten und leitet daraus weiterführende Erkenntnisse sowie Strategien ab:

- Was habe ich dem Patienten erläutert, was kann er beim nächsten Mal ggf. noch lernen?
- Worauf sollte wiederholt eingegangen werden?
- Besteht ein empathischer Zugang?
- Sind Menge und Inhalte ausgewogen (Unter-/Überforderung)?

Partner die die Patientenedukation unterstützen sollten:

- Ärztliche Dienste
- Physiotherapie
- Sozialdienst
- Seelsorge
- Ergotherapie
- Podologen
- uvm.

Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen hat einen hohen ökonomischen Nutzen. Sie können unterstützend tätig werden in der Entwicklung von strukturierten Informations- und Anschauungsmaterialien, von Schulungsprogrammen und Gestaltung der Fortbildungsangeboten. Das all dient unter den oben genannten positiven Effekten auch zur Anerkennung der Edukation als pflegerischen Auftrag, d.h. das Fachwissen und Kompetenzen der Pflegefachkraft werden von außen stärker wahrgenommen.

Schritt 1 - Lernbedürfnisse, Lernstil und Lernbereitschaft ermitteln

Schritt 2 - Ziele entwickeln

Schritt 3 - Planen und durchführen

Schritt 4 - Evaluieren

Schritt 5 - Dokumentieren

E.9 Zusammenfassung

E – Präventionsansätze

Die Rezidivprophylaxe erfolgt im tertiärpräventiven Modul (Nachsorgemodul). Nach erfolgreichem Wundverschluss müssen bestimmte prophylaktische Maßnahmen fortgesetzt werden um eine erneute Läsion der Haut zu vermeiden. Hierzu berät der Versorgungsmanager den Patienten in definierten Abständen und kontrolliert die Einhaltung vereinbarter Maßnahmen.

Das tertiärpräventive Modul beginnt nach dem vollständigen Durchlaufen des Start- und Routinemoduls nach 6 Monaten oder mit dem Wundverschluss. Es dauert 25 Wochen und beinhaltet 4 Hausbesuche und 3 Kontaktaufnahmen per Telefon.

Die festgelegten Ziele und Maßnahmen werden hierbei regelmäßig überprüft und ggf. angepasst. Der Fallmanager ist darüber hinaus weiterhin Ansprechpartner für den Betroffenen und kann von ihm kontaktiert werden.

F – Operatives Vorgehen

Nach der Randomisierung erfolgt die Information der mamedicon GmbH durch das faxen des Teilnahmedatenblattes von der Studieneinrichtung (*siehe Anlagenspiegel der Hochschule*).

Wenn es sich um einen Patienten mit Fallmanagement handelt wird anhand der Postleitzahlen-Zuordnung geprüft, welcher Fallmanager den Patienten übernehmen kann. Dieser wird telefonisch angefragt und erhält eine Beauftragungsmail, die er innerhalb von 48 Stunden schriftlich bestätigen muss. Das Formular „Beauftragung FM-Schweigepflicht-Info“ (2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlage_5_Beauftragung_FM) wird zusammen mit dem Teilnahmedatenblatt personalisiert auf der OwnCloud im entsprechenden Ordner des Fallmanagers abgelegt. Der Fallmanager wird innerhalb von 7 Tagen aktiv.

Assessment

Der Begriff „Assessment“ steht hier für ein ganzheitliches und systematisches Verfahren zur Ermittlung und Berücksichtigung aller für die Hilfebedarfsfeststellung entscheidenden Informationen. Im Teilschritt Assessment beginnt der Fallmanager mit der Ermittlung, Prüfung und Bewertung aller für die Leistungsgewährung relevanten Informationen.

Die individuelle Bedarfsermittlung mündet in einen Gesamtplan. Der Begriff „Bedarf“ ist nicht gesetzlich definiert. Die Begriffe Bedarf und Bedürfnis werden häufig synonym verwendet, obwohl das Bedürfnis einen subjektiven Mangel beschreibt, während der Bedarf eine beschaffungsbezogene, objektivierte Konkretisierung des Bedürfnisses darstellt. Die Bedarfsermittlung beschreibt ein prozesshaftes Verfahren zur Erhebung welche Unterstützungsleistungen ein Mensch mit seiner Erkrankung in seiner jeweiligen Lebenssituation unter Berücksichtigung seiner individuellen Teilhabeziele braucht und in Anspruch nehmen will.

Der Bedarf wird auf Grund von Diagnosen und Pflegemodellen ermittelt.

Hilfe- und Gesamtplanung muss sich auf die Mobilisierung der Ressourcen des Menschen mit seiner Erkrankung fokussieren und nicht an seinen Defiziten orientieren. Dies bedeutet, dass sie zum Ziel haben muss, eigene Ressourcen des Menschen und/oder seines sozialen Umfelds wahrzunehmen und nach Möglichkeit in die Hilfestaltung einzubeziehen.³⁸

Dazu ist es notwendig gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen Ziele zu vereinbaren die in den Gesamtplan mit einfließen. Ziele beschreiben eine Veränderung, die der Patient erreichen will, etwa eine erwünschte Verbesserung seiner Lebensumstände, die Stabilisierung eines vorhandenen Zustandes oder das Verlangsamen einer Verschlechterung.

Ziele sollen positiv formuliert werden. Der Fallmanager hat die Aufgabe, Hilfen/Ziele/Maßnahmen auf diese auszurichten. Er muss sich gleichzeitig bewusst darüber sein, dass die Zielerreichung wesentlich von den persönlichen Möglichkeiten und der Bereitschaft zur Mitwirkung seitens des Patienten bestimmt ist.

Die Formulierung angestrebter Ziele ist das wesentliche Element für die Planung individuell benötigter Maßnahmen. Mitunter können hierbei der Patient, der Angehörige, der behandelnde Arzt oder der Fallmanager unterschiedliche Interessen verfolgen.

Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass alle Beteiligten strukturiert und konstruktiv an der Zielbildung mitwirken. Zur Unterstützung empfiehlt sich diesbezüglich ein personenbezogenes Vorgehen analog der nachfolgend dargestellten Zielpyramide.

Die Darstellung beschreibt beispielhaft an einem möglichen Einzelfall wie die Ziele von der obersten Zielebene (strategische Ziele) zu den messbaren operativen Unterzielen entwickelt werden können. Sie ist personenzentriert aufgebaut und wird auf der Ebene der operativen Unterziele individuell ausgestaltet.

Für den Fallmanager basiert die Entwicklung der individuellen Ziele auf dem Abgleich der gewonnenen Ergebnisse aus dem Assessment und folgenden Fragen:

- Was soll in Zukunft anders sein?
- Wie soll etwas in Zukunft gestaltet werden?
- Welche Aushandlungsmöglichkeiten bestehen?
- Sind die angestrebten Ziele für alle beteiligten Akteure transparent?
- Sind die Rahmenbedingungen festgelegt und erläutert?
- Lässt sich die Zielerreichung messen und darstellen?

³⁸ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Eigenverlag, 2009

So gelangt der Fallmanager mit Hilfe der Zielpyramide zur Entwicklung der auf den Patienten individuell ausgerichteten Ziele. Die Formulierung von Unterzielen hat eine große praktische Bedeutung. Im Gegensatz zu den Oberzielen (strategische Ziele) sind Unterziele operational.

Ziele sind dann wirksam aufgestellt, wenn sie folgenden fünf Kriterien (SMART) entsprechen.

- S Spezifisch (konkret, klar, präzise)
- M Messbar (anhand von festgelegten Kriterien überprüfbar)
- A Attraktiv (akzeptabel, motivierend, anspruchsvoll)
- R Realistisch (widerspruchsfrei, erreichbar)
- T Termingebunden (zeitlich eingegrenzt)

Die durchdachte Auswahl und sorgfältige Formulierung der operationalen Ziele hat auch deshalb einen sehr hohen Stellenwert, weil sie Bestandteil der Absprachen mit dem Patienten die Grundlage für die Feststellung der Zielerreichung nach Ablauf der einzelnen Module 1-3 sind.

Wichtig ist hierbei auch, deutlich Ziele von Maßnahmen zu unterscheiden. Die Zielabstimmung ist Aufgabe des Fallmanagers. Die geplanten Ziele und entsprechenden Maßnahmen sind zwischen den Beteiligten abzustimmen.

Der Unterschied verdeutlicht sich am besten in folgender Formulierung: Der Patient will erreichen „SMARTES Ziel“, mit Hilfe „folgender Maßnahme“.

Beispiel: Herr S. will innerhalb der nächsten 2 Monate erreichen, sein Beinödem um die Hälfte zu reduzieren (Ziel). Um dieses zu erreichen, lernt er die Anwendung der Muskelpumpe und die Wichtigkeit des Tragens der Kompressionsstrümpfe (Physiologie des venösen Rückflusses).

Ein für den Fallmanager hilfreiches und unterstützendes Instrument bei der Zielbildung ist die Jalomed®-Software um die Ziele zu dokumentieren.

Neben der Erfassung standardisierter Ziele, sieht die IT- gestützte Dokumentation die Möglichkeit vor, Kurzzeitziele frei zu formulieren. Diese dienen insbesondere der Evaluierung der Maßnahmen innerhalb des Studienzeitraumes.

Nachfolgend werden als Anregung beispielhaft mögliche Zielfelder benannt, für die, auf den einzelnen Menschen mit seiner Erkrankung zugeschnitten, operative Förderziele entwickelt und konkret formuliert werden könnten:

- Gestaltung einer an der Normalität orientierten Alltagssituation
- Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden (Bedürfnisse, Neigungen, Lebensstil, persönliche Identität, usw.)
- Selbstbestimmung und Entwicklung einer persönlichen Lebensperspektive
- Erhalt und Erweiterung persönlicher Handlungskompetenzen und Eigenständigkeit in der Alltagsbewältigung
- Ermöglichung von selbständigeren Lebensformen
- Erhalt und Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit
- Soziale Integration
- Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben und an sozialen Beziehungen, Freizeitgestaltung
- sinnvolle Gestaltung des Tages- und Wochenablaufs
- Kontakte zu Angehörigen, sonstigen Bezugspersonen und sozialem Umfeld
- Wahrnehmung einer angemessenen Tätigkeit
- Entwicklung einer beruflichen Perspektive
- Vermeidung von Isolation
- Umgang mit den eigenen Emotionen
- bewusster Umgang mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen
- Krankheitseinsicht und -verarbeitung

Die Zielplanung wird abschließend, da wo notwendig, mit dem behandelnden Arzt abgestimmt.

Bedarf- und Leistungsbestimmung

Nachdem der Patient seine Bedürfnisse und Wünsche dem Fallmanager mitgeteilt hat, klärt dieser den sich daraus ableitenden, individuellen Hilfebedarf und stimmt ihn mit dem Betroffenen und ggf. dem Arzt ab.

Im Abstimmungsprozess legt der Fallmanager unter Einbeziehung des Patienten den tatsächlichen Bedarf fest. An dieser Stelle reflektiert der Fallmanager noch einmal seine aus dem Assessment gewonnenen Annahmen bezüglich des Hilfebedarfes und die angestrebten Ziele. Bei Unstimmigkeiten muss der Fallmanager eine Anpassung der Ziele vornehmen.

Evaluation

- Die Verlaufskontrolle (Einhaltung bzw. Anpassung des Gesamtplans) obliegt dem Fallmanager. Wünschenswert ist es, dass alle Beteiligten sich bei Änderungen des Bedarfes gegenseitig zeitnah informieren um die vereinbarten Ziele entsprechend abzustimmen und anzupassen.
- Die im Rahmen der Evaluation (Module) durchgeführten Arbeitsschritte zielen auf eine Fortschreibung der Gesamtplanung ab.
- Die im Gesamtplan festgelegten Ziele, Zielerreichungsgrade, Maßnahmendauer und überprüfbaren Indikatoren sind die Arbeitsgrundlage für die Bewertung der vorangegangenen Maßnahmen und weitere Bearbeitung und Planung. Damit erhält der Gesamtplan an dieser Stelle eine wesentliche Funktion für den Evaluationsprozess.
- Im Rahmen der Prüfung und Auswertung des vorangegangenen Studienzeitraumes wird festgestellt, ob und in welchem Umfang die im Gesamtplan vereinbarten Ziele mit Hilfe der eingesetzten Leistungen und Maßnahmen erreicht wurden.
- Die Überprüfung der Ziele orientiert sich an den erarbeiteten und im Gesamtplan festgelegten operativen (konkreten und messbaren) Zielen. Sie findet in einem gemeinsamen Gespräch zwischen dem Patienten und dem Fallmanager statt. Ein gewachsenes Vertrauensverhältnis erleichtert die gemeinsame Abstimmung, die zunächst einmal so weit wie möglich unbeeinflusst durch andere Beteiligte erfolgen sollte. Die Bedürfnisse des Menschen mit seiner Erkrankung sollen hierbei hohe Beachtung finden.
- In gemeinsamen Fallkonferenzen findet eine Zielüberprüfung der Studienpatienten statt.
- Bei der Überprüfung der Ziele geht es ausdrücklich nicht um die Feststellung, ob oder warum hier ein „Versagen“ im Zusammenhang mit der ursprünglichen Zielsetzung vorliegt. Der Patient darf durch die Überprüfung der Zielerreichung nicht entmutigt werden. Es geht hier vielmehr um die Identifizierung von Chancen, den eingeschlagenen Weg unter realisierbaren Erwägungen zu überdenken und gemeinsam mit den Kooperationspartnern neu zu gestalten sowie verabredete Ziele anzupassen. Die Evaluation übernimmt damit eine korrigierende Funktion mit dem Ziel, ein geplantes Verfahren zu überprüfen, neue Erkenntnisse zu berücksichtigen und somit das individuelle Maßnahmen zu verbessern. Der Gesamtplan kann hierfür ein wirksames Instrument sein.

Anschließend werden die Ziele für den weiteren Planungszeitraum neu festgelegt und die Leistungen neu ausgerichtet. Wenn möglich sollten sich die „neu“ formulierten konkreten Ziele innerhalb der einzelnen Leistungsgruppen an denen aus dem vorangegangenen Leistungszeitraum orientieren, sie ggf. fortentwickeln, damit die erreichten Veränderungen bei der Einzelperson durch einen direkten Vergleich deutlich werden.

Netzwerk

Ein funktionierendes Netzwerk und Kenntnisse über Netzwerkarbeit sind Grundvoraussetzungen für das Fallmanagement.

Ein zentraler Ansatz für die Gesamtplanung im Fallmanagement ist, dass der Fallmanager nicht nur die möglichen zur Verfügung stehenden professionellen Hilfen für den Patienten allein in den Vordergrund stellt, sondern das Netzwerk einer Vielzahl von Helfern, insbesondere der Person des Vertrauens, Familie, Freunde, Nachbarschaft, soziale Dienste etc. betrachtet und koordiniert. So stellt der Fallmanager über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg einen Versorgungszusammenhang her. Das Erkennen, Nutzen und der Ausbau der Netzwerke sind Aufgaben des Fallmanagements.

Anlagen

1) Anlagenverzeichnis – kumuliert geführt unter 2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlagen_Spiegel

Anlage 2: 2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlage_2_Screenshots_Jalomed

Anlage 3: 2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlage_3_Screenshots_OwnCloud

Anlage 4: 2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlage_4_Techn._Beschreibung_Jalomed

Anlage 5: 2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlage_5_Beauftragung_FM

2) Literaturverzeichnis

Adler, Gudrun, Das Patienteninformationszentrum – Pflegebezogene Patienten- und Angehörigenedukation, in Pflege im Wandel gestalten, Eine Führungsaufgabe (pp.223-230), Springer Verlag – 2012

Angelika Abt-Zegelin, Die Sprachen der Pflege: interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie, Schlütersche, Hannover 2006, ISBN-10: 3899931688

AWMF online - Portal der wissenschaftlichen Medizin - <https://www.awmf.org/leitlinien>

BMV-Ä, Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen, vom 17. März 2009 in der Fassung vom 6. Januar 2022, https://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf

Deutscher Wundrat, „Expertenrat Strukturentwicklung Wundmanagement“, 2019, Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland, <https://www.wundrat.de/downloads/>

Hochschule Osnabrück - DNQP - <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>

Initiative Chronische Wunden e. V. – Standards/Definitionen - <https://www.icwunden.de/wundwissen/standardsdefinitionen/>

KBV, Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013 Stand: 1. Januar 2015; abgerufen am 14.01.2019 unter:
https://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf

Leenerts, Mary Hobbs, Cynthia S. Teel, and Mary K. Pendleton. "Building a model of self-care for health promotion in aging." *Journal of Nursing Scholarship* 34.4 (2002): 355-361.

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz;
<https://sd52d226e4403c15a.jimcontent.com/download/version/1671113837/module/7775446063/name/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf> – entnommen am 14.01.2023

Menche, Nicole, Lehrbuch Pflege heute, Elsevier Verlag, 7. Auflage 2019, ISBN 10: 3437267787

Neuffer, Manfred: Case Management Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Buch 264 Seiten ISBN:978-3-7799-1962-9 Erschienen: 04.03.2013

Nowossadeck, S., Engstler, H., & Klaus, D. (2016), Pflege und Unterstützung durch Angehörige, Report Altersdaten 1/2016. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen

Panfil, Schröder, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Huber Verlag, ISBN 10: 3456851944

Protz, Kerstin, gesundheitsbezogenen Selbstmanagement des Patienten, Kolumne aus der Wundversorgung - <https://www.molnlycke.de/unsere-expertise/expertenwissen-moderne-wundversorgung/moeglichkeiten-der-patientenedukation-beim-verbandwechsel/>

Sailer, Marcel, Patientenedukation als integraler Bestandteil des Wundmanagements!? In der Wund Management 01/2014, MHP Verlag, 01/2014

Schieron, Martin, Büker, Christa, Zegelin, Angelika, Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege, Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung, Hogrefe Verlag, 1. Aufl. 2021, 336 Seiten ISBN: 9783456860411,

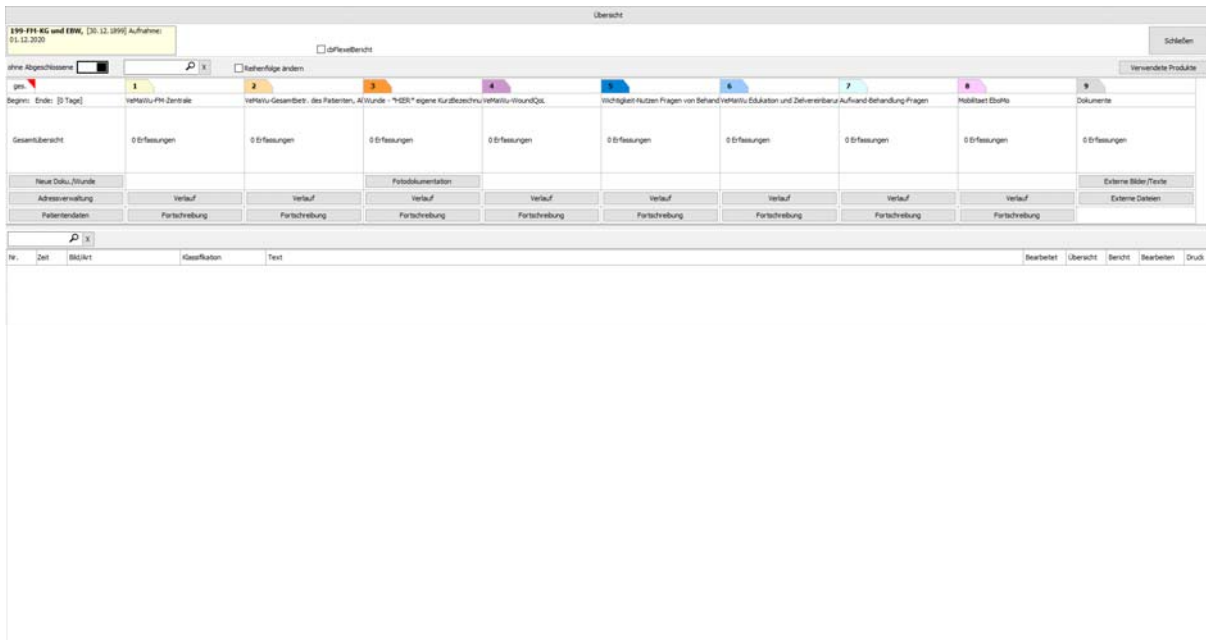
Schmid, Elmar; Weatherly John N.; Meyer-Lutterloh, Klaus; Seiler, Reiner; Lägél, Ralph: Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Casemanagement - Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen 1. Auflage, MWV Berlin, 2008 ISBN 978-3-939069-29-4

Wundzentrum Hamburg e. V., Erarbeitete Standards, <https://www.wundzentrum-hamburg.de/standards/>

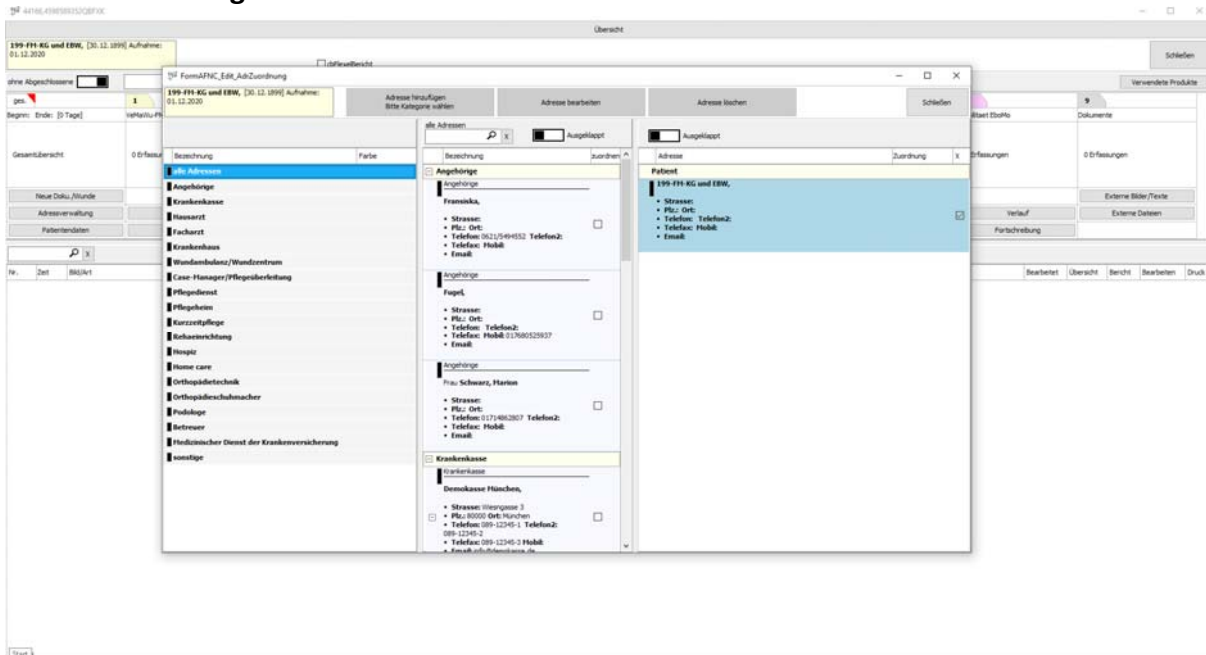
Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
 VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
 Förderkennzeichen: 01NVF17048

Übersicht Jalomed – Screenshots

Startseite

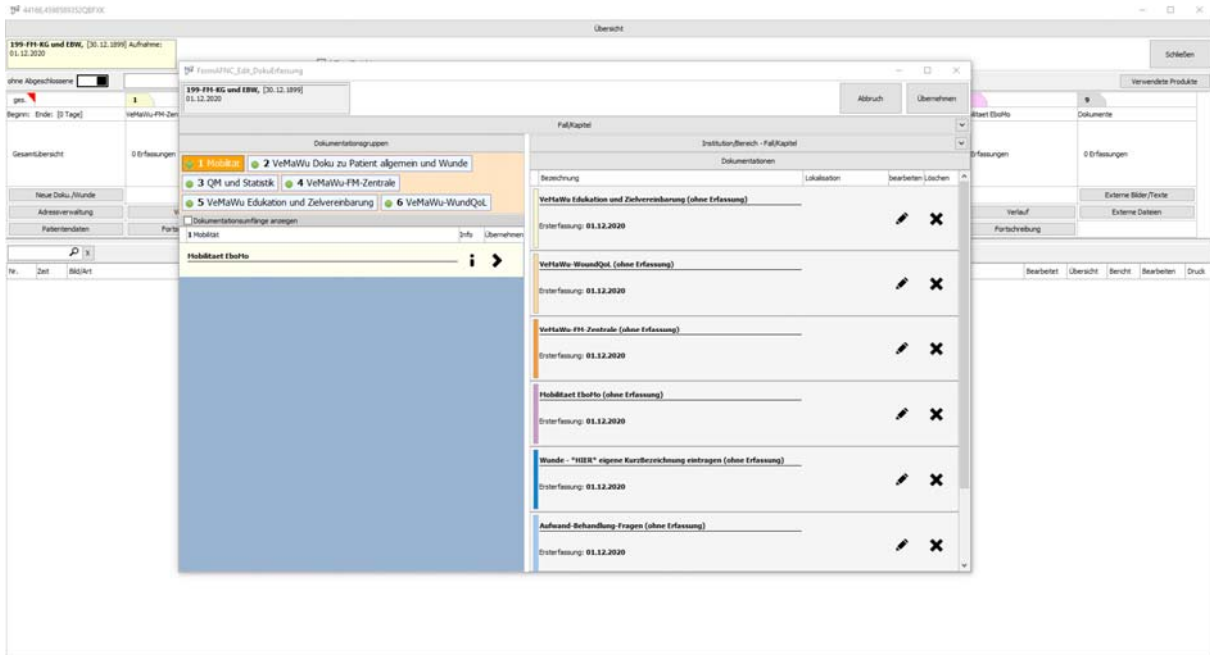


Reiter 0- Gesamtbetrachtung
 Adressverwaltung

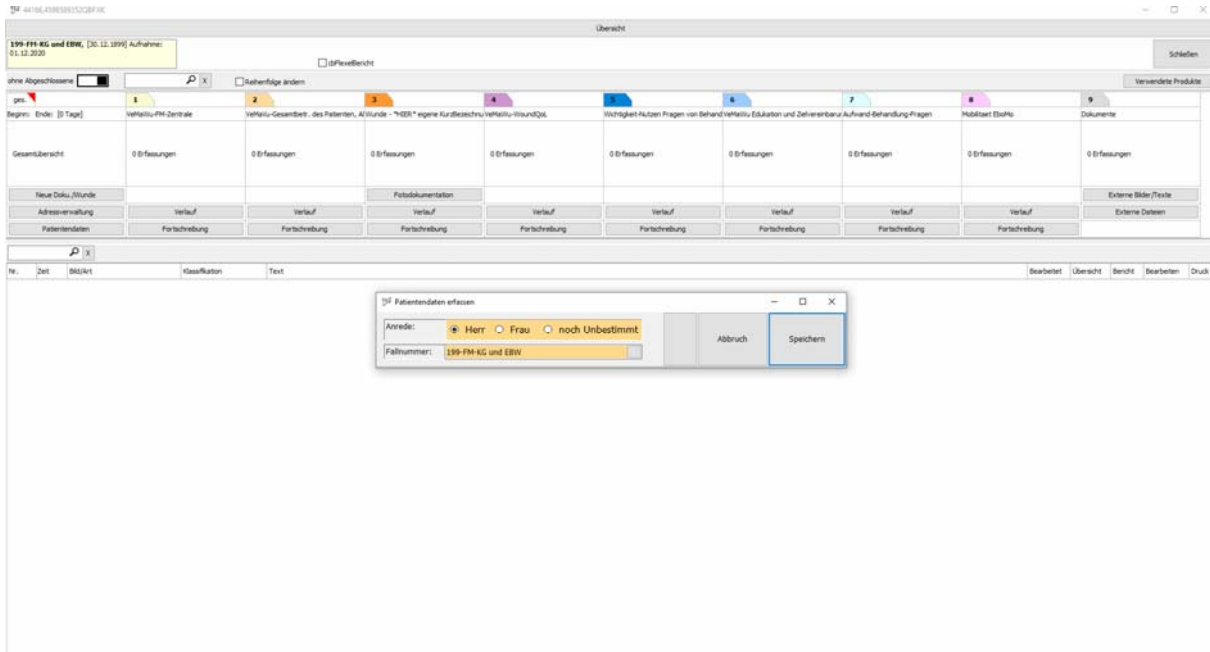


Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
 VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
 Förderkennzeichen: 01NVF17048

Dokumentation Wunde

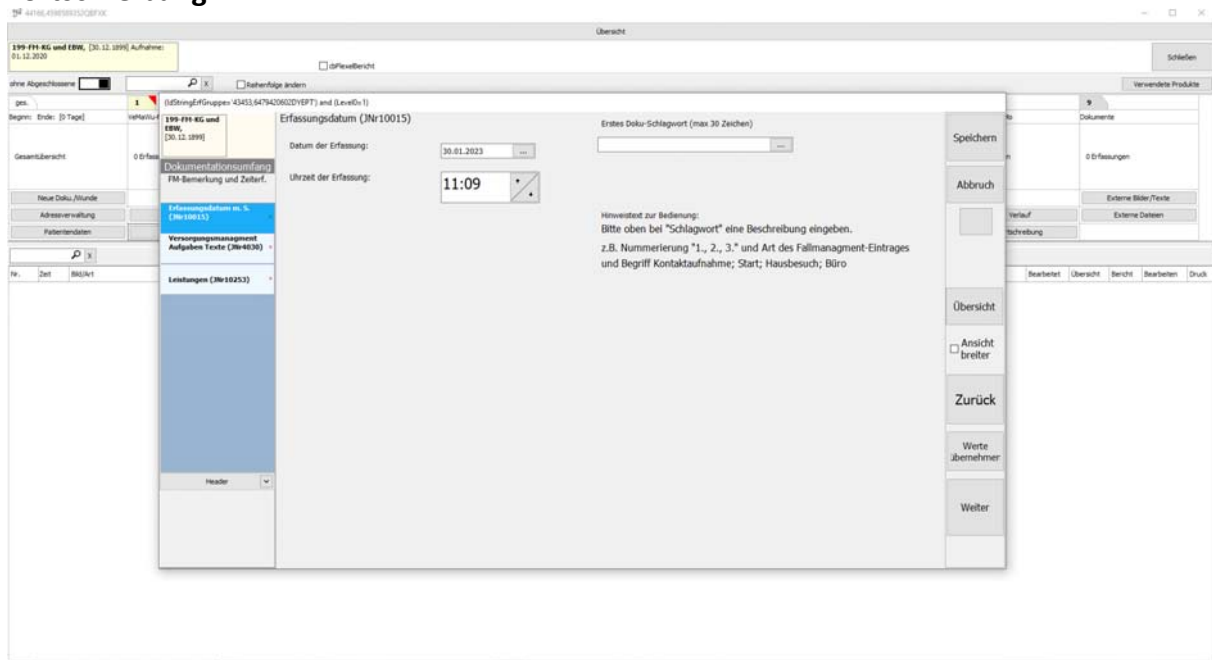


Patientendaten

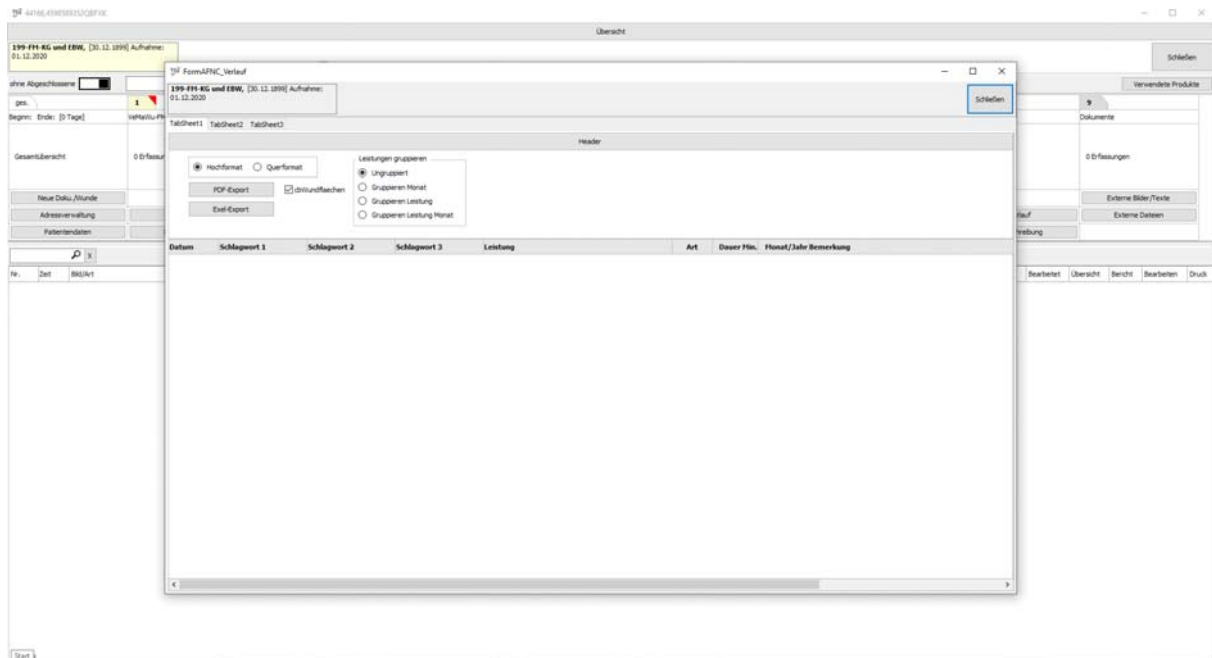


Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
 VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
 Förderkennzeichen: 01NVF17048

Reiter 1- VeMaWu Zentrale
 Fortschreibung



Verlauf



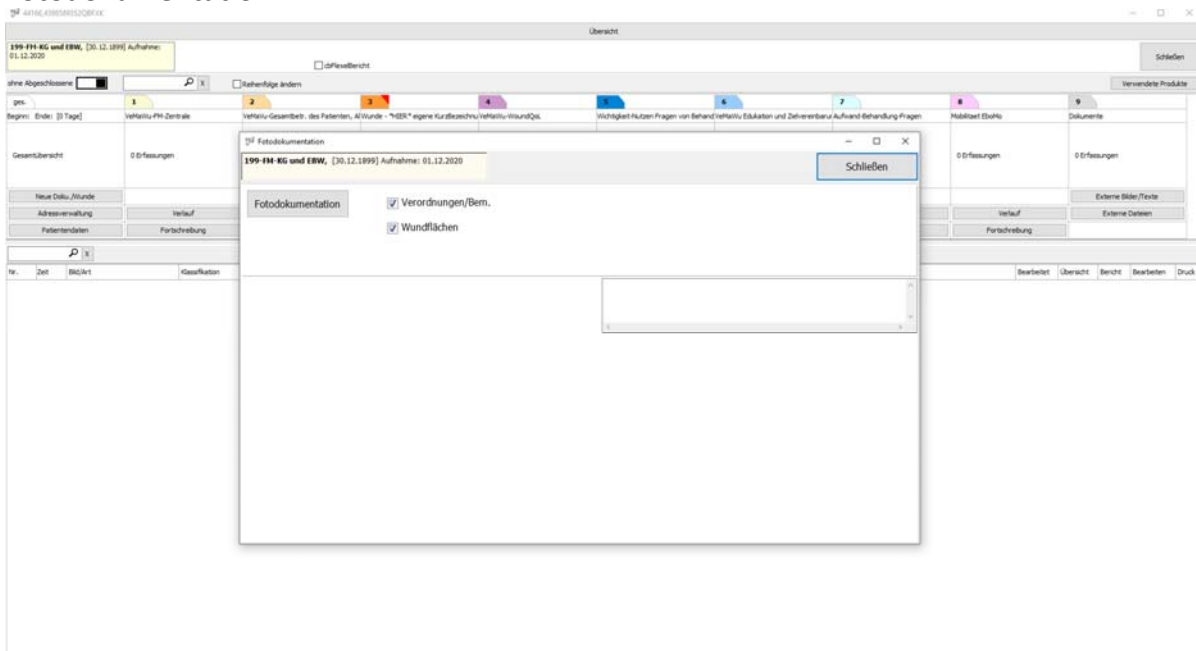
Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
 VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
 Förderkennzeichen: 01NVF17048

Reiter 2- VeMaWu Gesamtbetrachtung des Patienten
 Fortschreibung

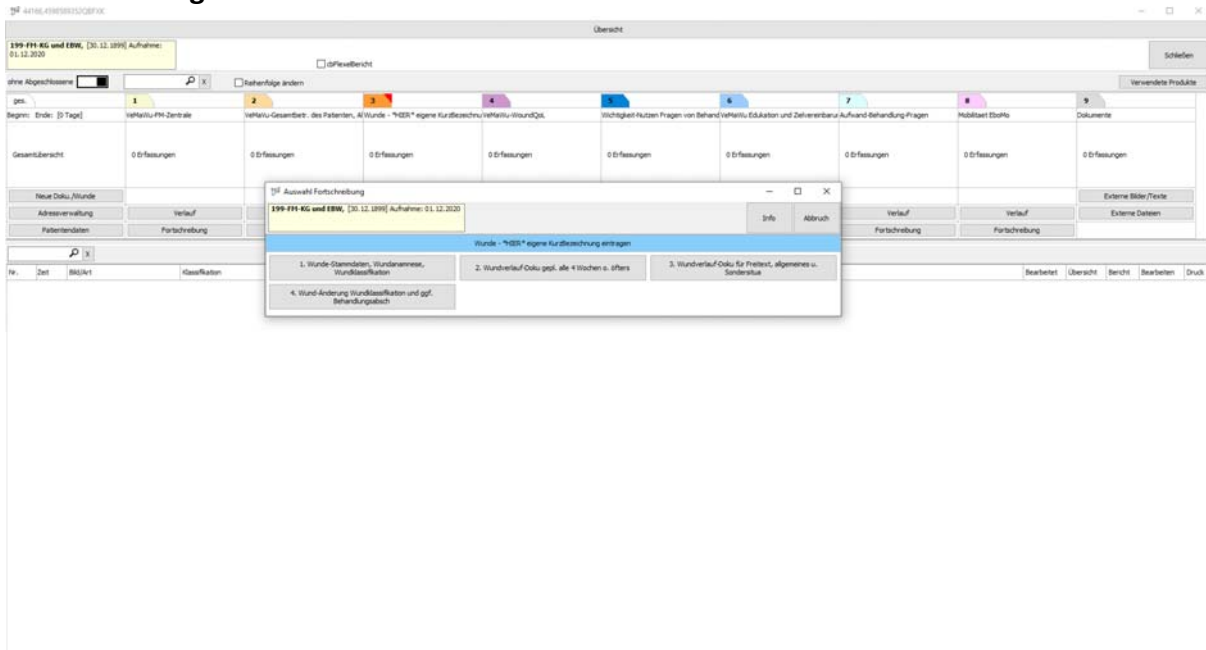
Verlauf

Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
 VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
 Förderkennzeichen: 01NVF17048

**Reiter 3- Wunde
 Fotodokumentation**



Fortschreibung



Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
Förderkennzeichen: 01NVF17048

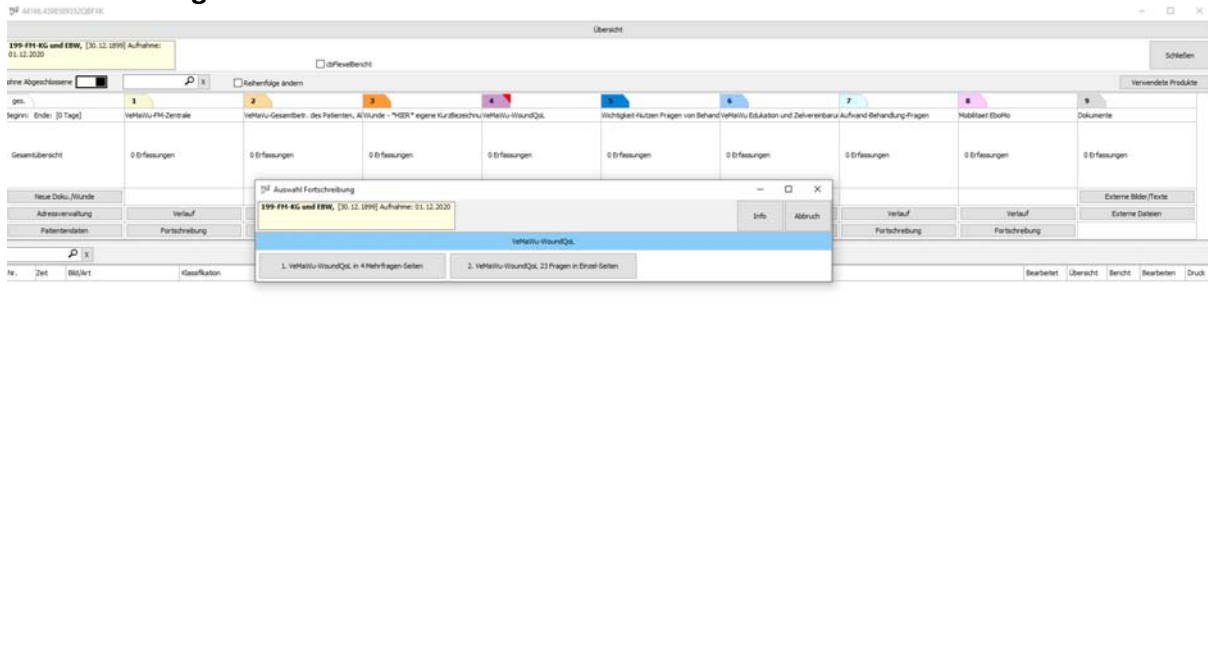
Verlauf

The screenshot displays a software application window titled "FormafNC_Verlauf". The interface is divided into several sections:

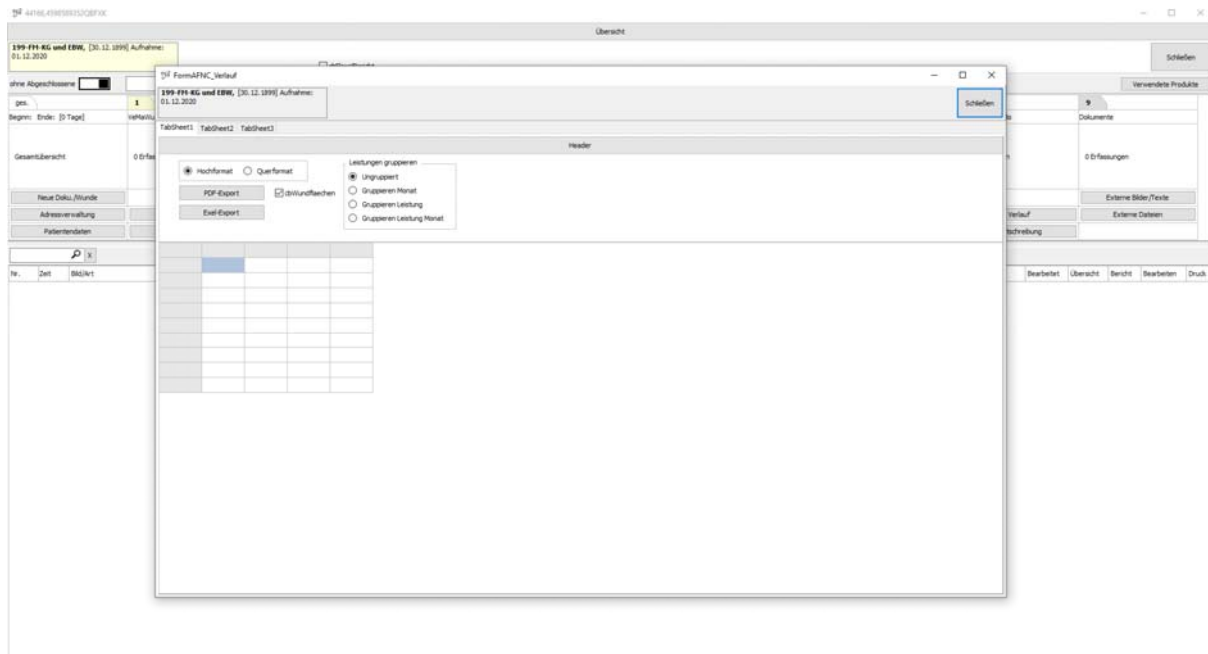
- Left Sidebar:** Contains navigation and control elements, including a "Gesamtübersicht" (Overall Overview) section, a "Neue Dokumente" (New Documents) button, and a "Funktionsleiste" (Function Bar) with icons for document management.
- Main Content Area:** Features a "Header" section with "Leistungen gruppieren" (Group Services) options. These include radio buttons for "Hochformat" (Portrait), "Querformat" (Landscape), and "Ungruppiert" (Ungrouped), and checkboxes for "Gruppieren Monat" (Group by Month), "Gruppieren Leistung" (Group by Service), and "Gruppieren Leistung Monat" (Group by Service and Month). Below this is a table with columns labeled "Nr.", "Zeit", and "Bilg/Art". A large blue rectangular area is overlaid on the table.
- Right Sidebar:** Contains a "Verwendete Produkte" (Used Products) section and a "Erfassungen" (Records) section with buttons for "Externe Bilder/Fotos" (External Images/Photos) and "Externe Dateien" (External Files).

Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
Förderkennzeichen: 01NVF17048

Reiter 4- VeMaWu Wound QoL Fortschreibung

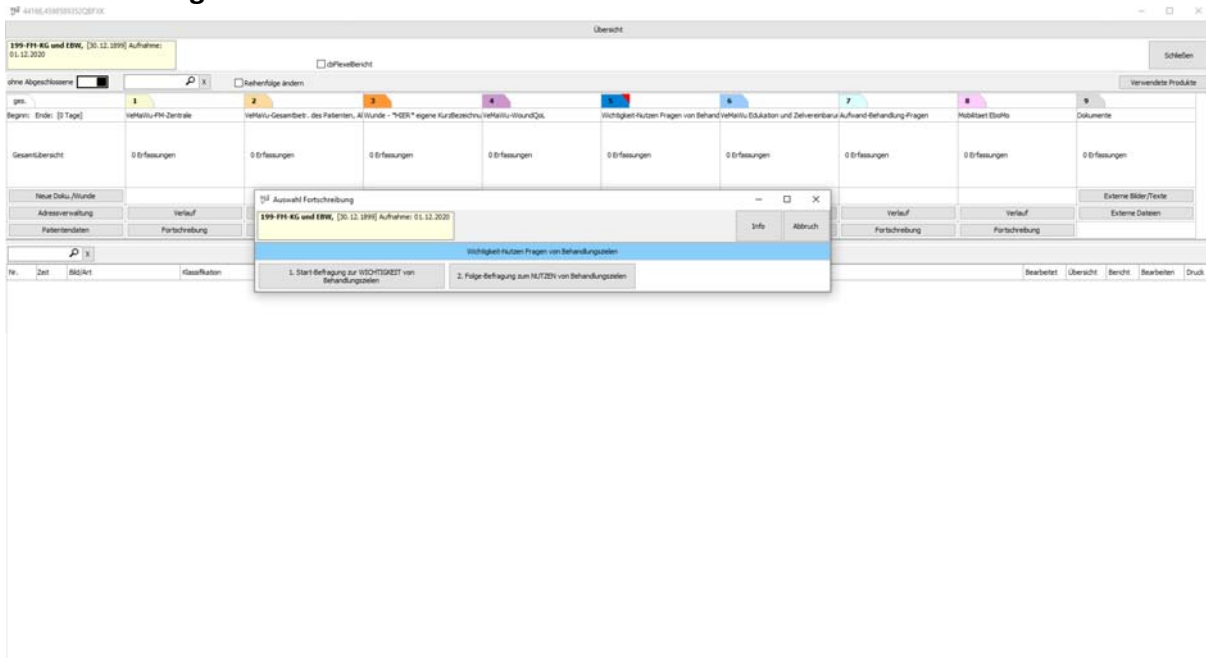


Verlauf

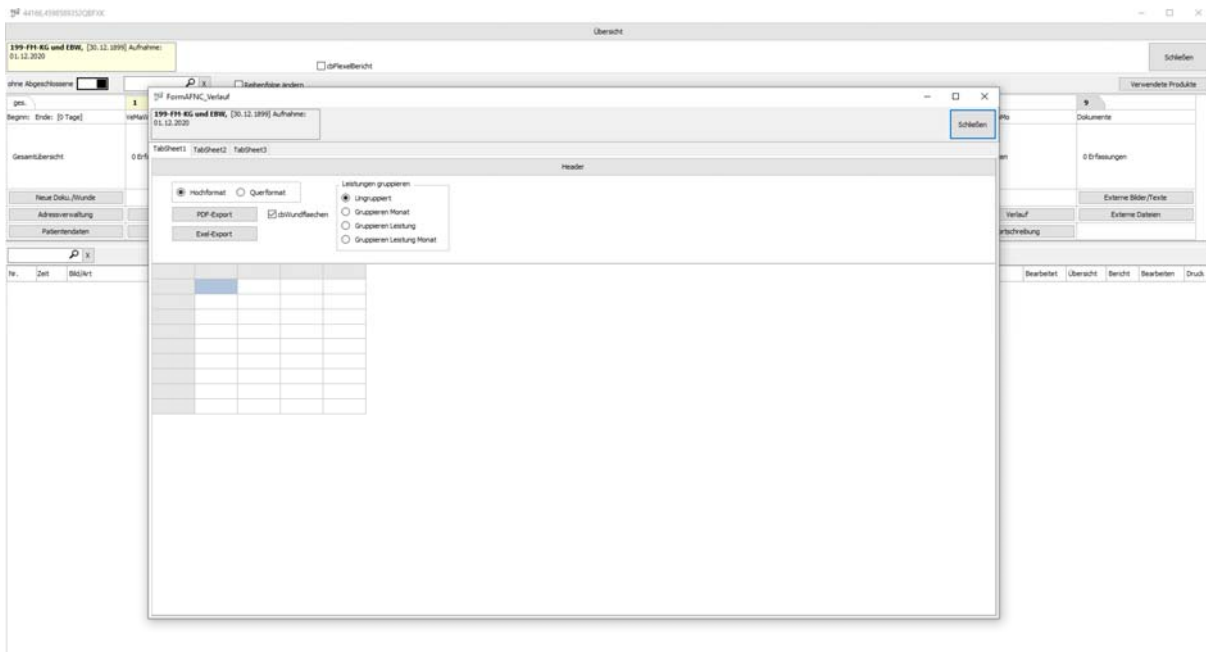


Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
 VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
 Förderkennzeichen: 01NVF17048

**Reiter 5- Wichtigkeit Nutzen
 Fortschreibung**

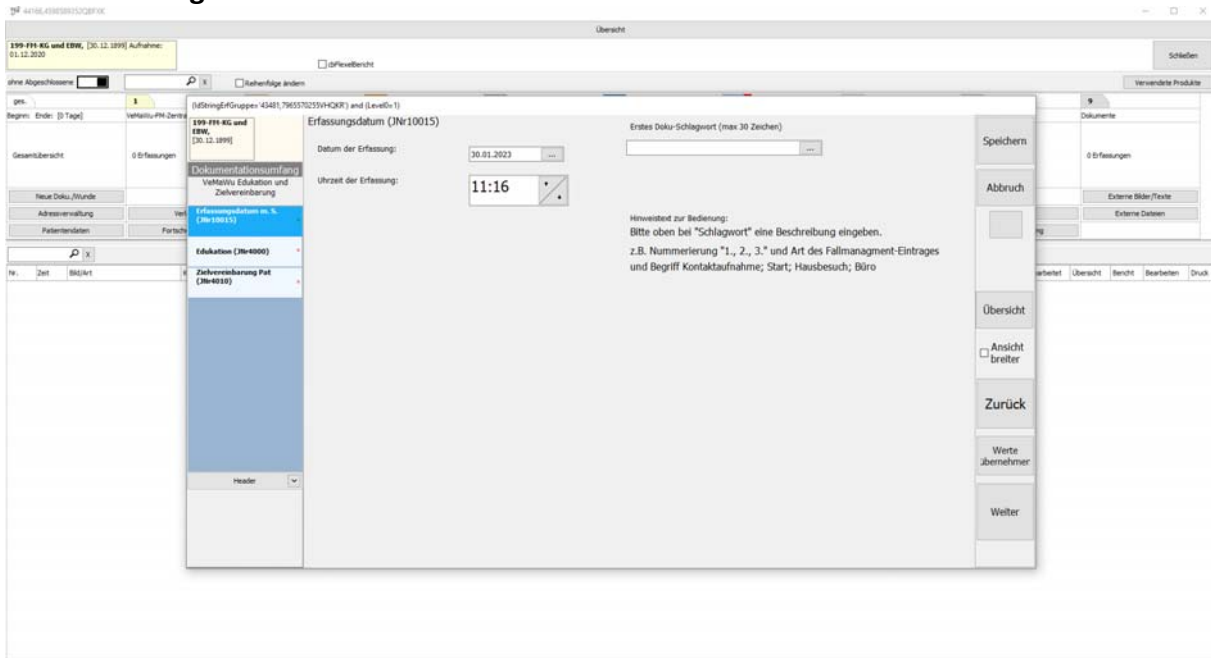


Verlauf

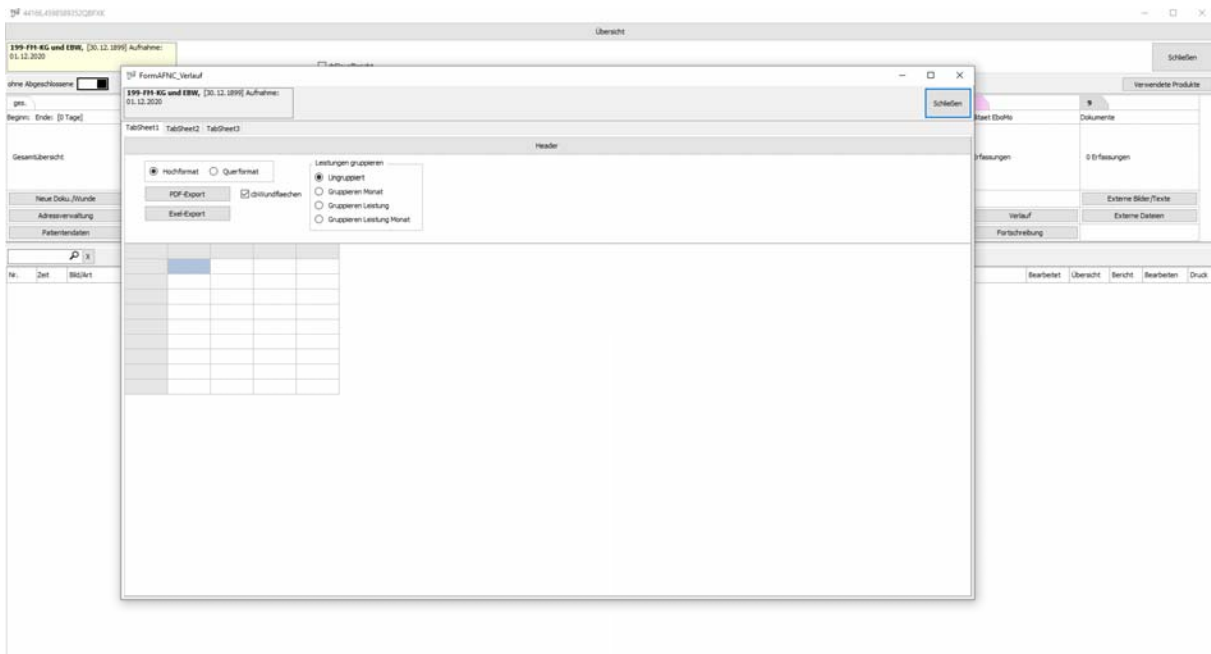


Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
Förderkennzeichen: 01NVF17048

Reiter 6- Edukation Fortschreibung

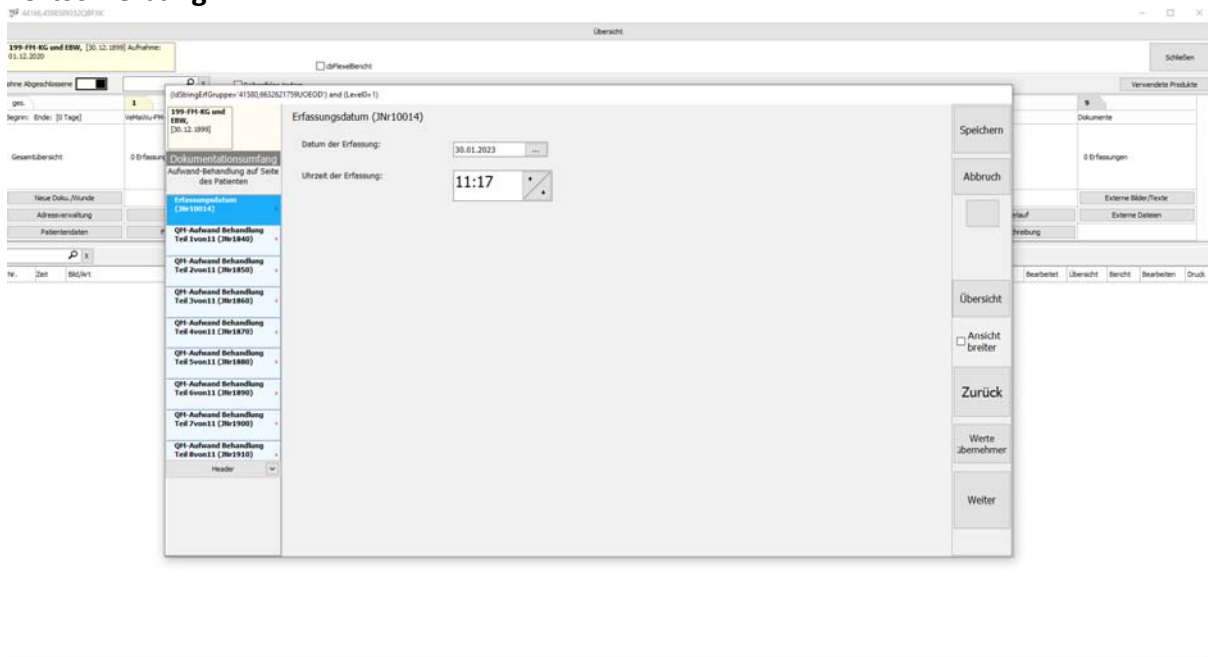


Verlauf

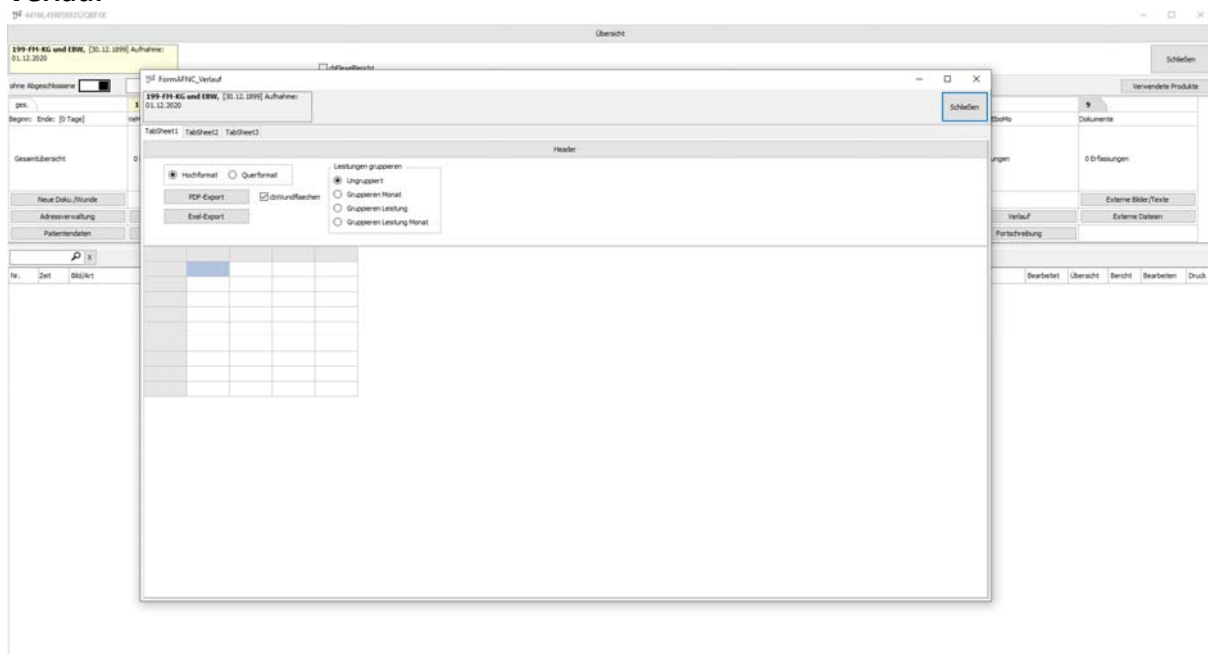


Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
Förderkennzeichen: 01NVF17048

Reiter 7- Aufwand Behandlung Fortschreibung

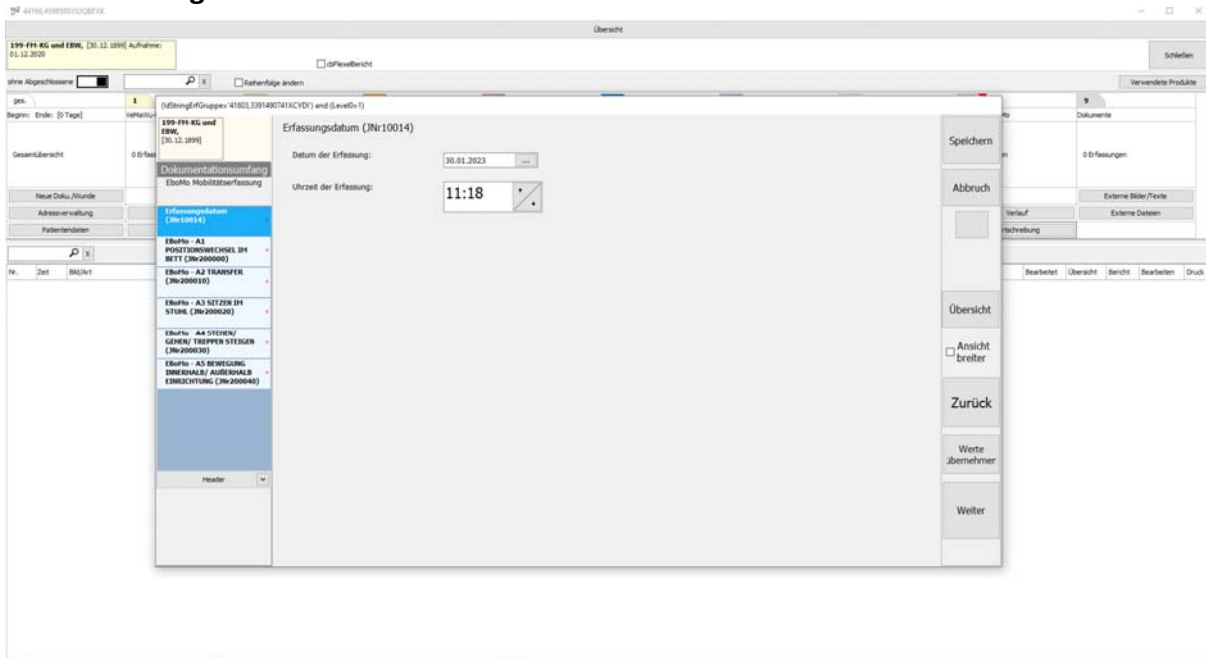


Verlauf

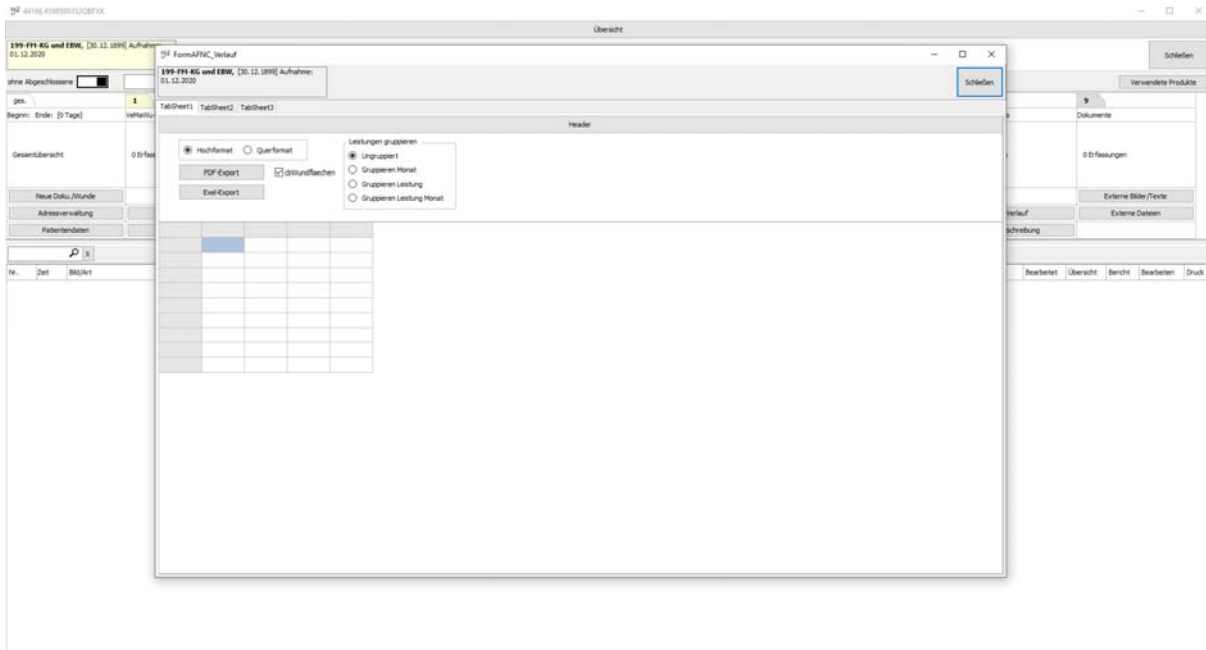


Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
 VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
 Förderkennzeichen: 01NVF17048

**Reiter 8- Mobilität EBOMO
 Fortschreibung**

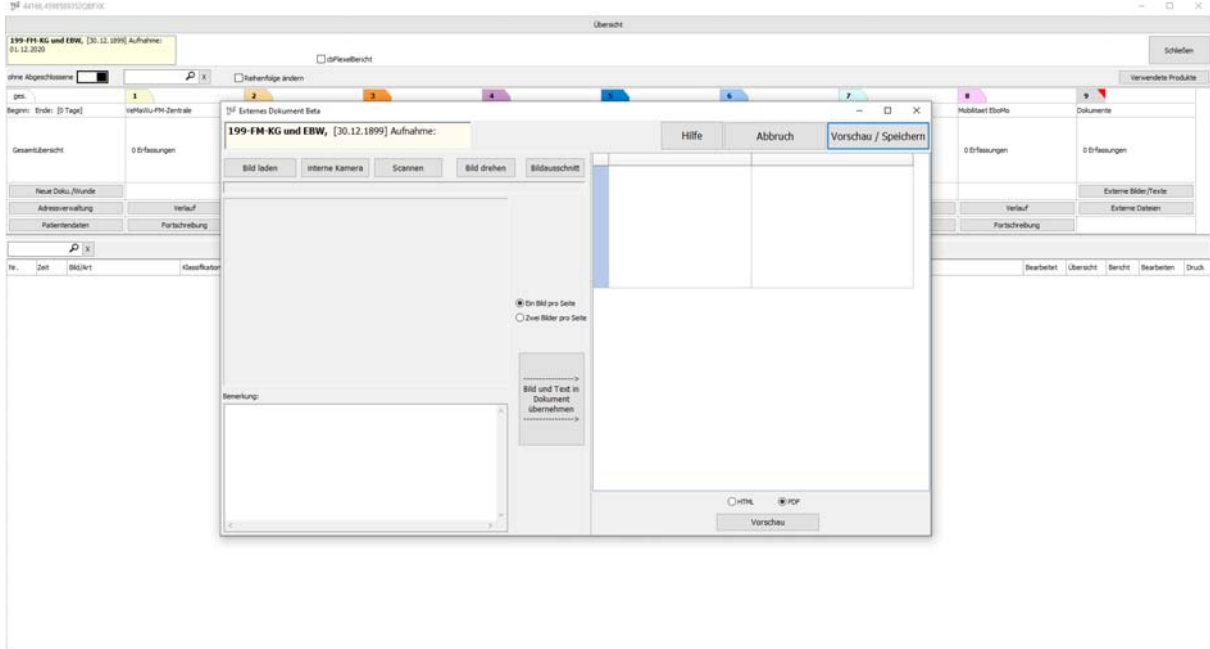


Verlauf



Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
Förderkennzeichen: 01NVF17048

Reiter 9- Dokumente Externe Bilder und Texte



Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
Förderkennzeichen: 01NVF17048

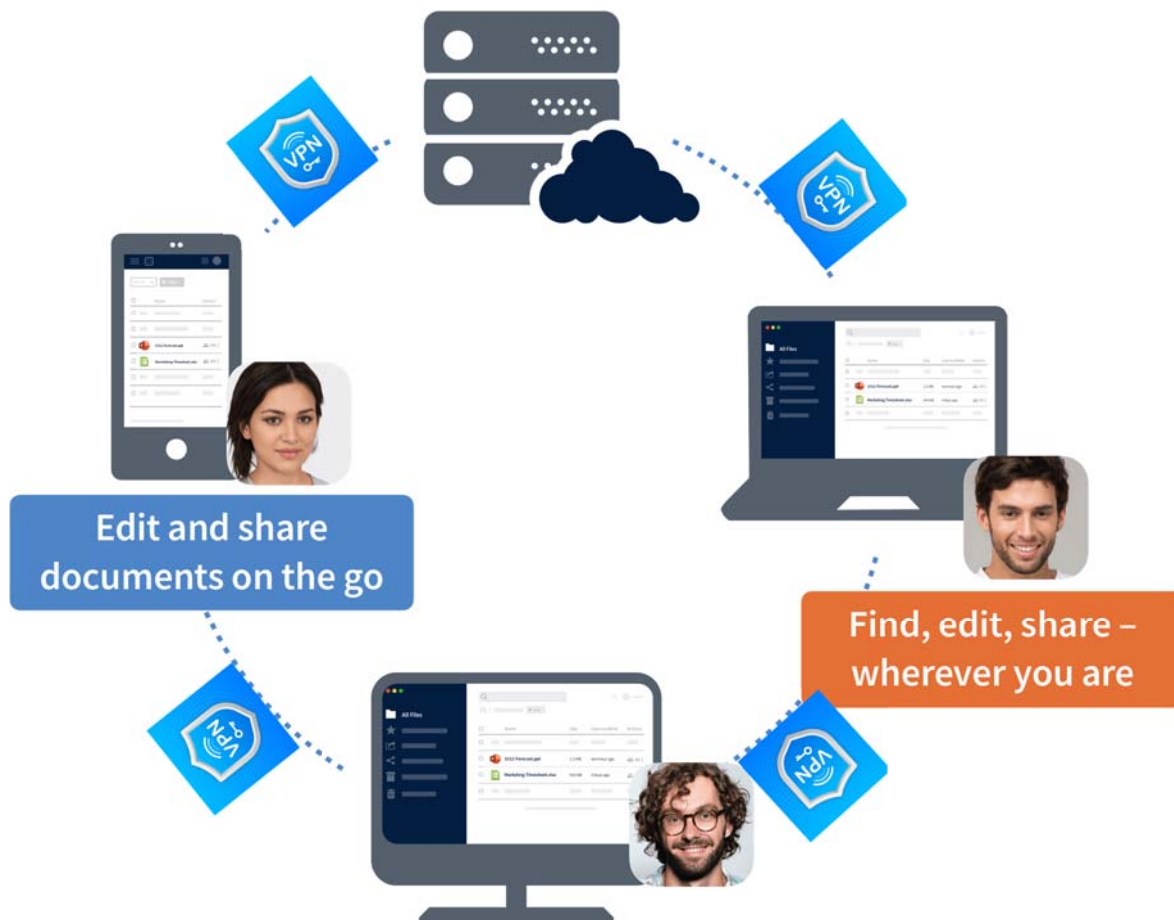
Skizze „OwnCloud®“



Die OwnCloud ist ein Cloud-System, das uns die datenschutzsichere Bearbeitung aller Daten erlaubt. Jeder Mitarbeiter und Fallmanager hatte einen VPN-Zugang. Das Programm läuft in einem Rechenzentrum in Aurich und ist mehrfach Firewall geschützt.



NUR erreichbar über den hauseigenen VPN-Zugang.



Innovationsfondsprojektes VeMaWu RLP -
VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz
Förderkennzeichen: 01NVF17048

Technische Beschreibung Jalomed®

Erläuterung zu Grundlagen und Funktion des Jalomed-Systems (allgemein):

Jalomed hilft die gesetzlich verankerten gesundheitsdatenspezifische Vorgaben aus den § 630f BGB (Patientengesetz) und § 199 BGB, sowie Leitlinien, Expertenstandards, IV-Vertragsvorgaben, Registerteilnahmen einzuhalten und den Auftraggeber z.B. vor einem Löschen von Daten innerhalb der gesetzlich verankerten Aufbewahrungsfrist zu schützen. Im Falle von Regressen durch Kostenträger hilft eine korrekt geführte Dokumentation diese mittels „Outcome Management ist der dokumentierte Nachweis der therapeutischen und wirtschaftlichen Wirksamkeit einer eingesetzten Therapie“ zu widerlegen.

Funktion:

- Die Software ist ein offline-fähiger Client und kann als Einzelplatzversion oder in einer Vernetzung betrieben werden.
- Dateneingabe und -ausgabe geschieht nur über die Jalomed-Client-Software.
- Zugang zur Client-Software über userspezifische DSGVO-konforme Zugangsdaten.
- Eingegebene Daten werden in der Client-Software verschlüsselt abgelegt. Sollte ein vernetztes Arbeiten gewünscht sein, werden bei bestehender Online-Verbindung neu hinzugekommene Daten mit der Jalomed-Zentralen Datenbank (verschlüsselte Verbindung) synchronisiert. Diese Jalomed-Zentrale Datenbank dient als Kommunikationsplattform.

Aufbau der Datenstruktur:

Das Jalomed-System speichert die Daten von Patienten-/Bewohnern in jeweils einer eigenen Patientendatenbank. Diese patienteneigene-Datenbank kann auch dem Patienten übergeben werden und der Patient könnte mit einer Jalomed-Client-Software seine Daten einsehen.

Datenstruktur Betriebssystem:

Von einem Patienten können beliebig viele Dateninstanzen erzeugt werden, die parallel und gleichzeitig auf Windows-Betriebssystemen (ab Win2000) in JalomedFlex® offline bearbeitet werden können. Mit Bereitstellung eines Remote-Desktop kann auch auf Tablet/PC mit den Betriebssystemen Android, Mac OSX, (IOS) gearbeitet werden. Die Daten in einer Dateninstanz können in einzelne Organisationseinheiten gegliedert werden, um sie mit unterschiedlichen Berechtigungen abzusichern.

Die Dateninstanz eines Patienten kann auch zur sicheren Kommunikation zwischen Patient und Einrichtung (Praxis, Krankenhaus, Wundzentrum) eingesetzt werden.

Sicherheit:

Alle Dateninstanzen sind intern verschlüsselt und werden über eine SSH-Verbindung zusätzlich verschlüsselt übertragen. Es besteht sowohl eine Ende-zu-Ende Verschlüsselung als auch eine Übertragungsverschlüsselung.

Datenausgabe und Berichte:

Analog zu den Dokumentationsinhalten werden die Berichtsinhalte gegliedert und zusammengestellt.

Bissendorf, _____

Beauftragung des Fallmanagements

Sehr geehrte Damen und Herren,

Frau Pat.-Name eingeben nimmt nach schriftlicher Teilnahmeerklärung an einer Studie der Hochschule Ludwigshafen zur Bewertung eines Fallmanagements für Menschen mit chronischen Wunden teil.

Hierzu beauftragt die projektleitende Managementgesellschaft **mamedicon GmbH** die vertraglich gebundene **Fallmanager Frau** FM-Name eingeben für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten zur Durchführung eines strukturierten Fallmanagements.

Hintergrund des Fallmanagements ist der im Rahmen des Innovationsfonds geförderten Projektes „Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz“ mit der mamedicon GmbH abgeschlossene Vertrag zu besonderen Versorgungsformen nach § 140a SGB V.

Folgende Krankenkassen sind seit dem 1. November 2018 am Projekt beteiligt:

Techniker Krankenkasse (TK)

GWQ ServicePlus AG

atlas BKK ahlmann

BKK Deutsche Bank AG

Die Schwenninger Krankenkasse

IKK Brandenburg und Berlin

SBK Siemens-Betriebskrankenkasse

BAHN-BKK

BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg

energie-BKK

IKK Südwest

Südzucker BKK

Bertelsmann BKK

Daimler BKK

Heimat Krankenkasse

Merck BKK

Weitere Informationen erhalten Sie unter **www.vemawu.de** oder telefonisch unter **0180 30 00 855**

(Hinweis: Aus dem Festnetz: **9 Cent** pro Minute).

Unterschrift Uwe Imkamp
Geschäftsführer

Information zum Projekt VeMaWu RLP

Dieses neue Versorgungskonzept wird mit einer wissenschaftlichen Studie (Evaluation) begleitet. Für diese Untersuchung werden zwei Gruppen gebildet, um mögliche Unterschiede durch die zusätzliche Einbindung des Fallmanagements (besonders ausgebildete und geschulte Pflegefachkräfte) festzustellen.

In einer Gruppe hat die Patientin / der Patient halbjährlich Kontakt zum Arzt oder der Ärztin der Studieneinrichtung und werden befragt, um Veränderungen im Behandlungsverlauf festzustellen.

In der anderen Gruppe wird die Patientin / der Patient darüber hinaus zusätzlich durch einen Fallmanager oder eine Fallmanagerin betreut.

Alle Teilnehmenden werden dazu dreimal durch die Hochschule Ludwigshafen befragt (zu Beginn, nach 6 und nach 12 Monaten der Behandlung in dieser Versorgung).

Die Patienten die durch das Fallmanagement besonders unterstützt werden, erhalten anfangs eine besonders ausführliche pflegerische Untersuchung zur Feststellung Ihres individuellen Versorgungsbedarfs. Dabei werden auch das häusliche Umfeld / die Angehörigen / der Pflegedienst und ggf. weitere Beteiligte mit einbezogen.

Die Patienten können zusammen mit Ihrem Fallmanager oder Ihrer Fallmanagerin ein Behandlungsziel festlegen (z.B. schmerzfreie Verbandwechsel, verbesserte Beweglichkeit, etc.). Diese Ziele werden mit dem behandelnden Arzt, dem Pflegedienst und ggf. all an der Therapie beteiligten Berufsgruppen abgestimmt. Dazu führt der Fallmanager eine Fallakte.

Im Rahmen des Fallmanagements werden regelmäßig Hausbesuche durchgeführt und bei Bedarf für den Patienten Termine koordiniert.

Ein sehr wichtiger Bestandteil ist die nachhaltige Schulung der Patienten und deren Angehörigen zu einzelnen Aspekten der Wundsituation. Zudem sind die Fallmanager zusätzliche Ansprechpartner, wenn die Patienten Fragen zu Ihrer Wundsituation haben.

Im Rahmen von gemeinsamen Fallkonferenzen in regelmäßigen Qualitätszirkel-/ Netzwerksitzungen werden (anonymisiert) der Behandlungsfortschritt und die weiteren Maßnahmen für den Heilungserfolg besprochen. Hierzu sind Sie als Leistungserbringer herzlich eingeladen!

Nach maximal sechs Monaten, oder bei früherer Abheilung der Wunde, ist zudem eine halbjährige Nachbetreuung durch den Fallmanager oder die Fallmanagerin geplant, um ein erneutes Auftreten der Wunde oder eine Verschlechterung der Situation zu verhindern.

Frau/Herr _____

Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte/r Frau/Herr ,
(Name des behandelnden Arztes)

ich nehme an der Studie zum Innovationsfonds-Projekt „Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz“ teil. Im Rahmen meiner Teilnahme werde ich durch den **Fallmanager Frau/Herr** für maximal 12 Monate begleitet.

Im Interesse an meinem Heilungserfolg bitte ich Sie um Unterstützung und Zusammenarbeit mit der/m Fallmanager/in.

Die/der Fallmanager/in ist durch meine Krankenkasse und die projektleitende Managementgesellschaft mamedicon GmbH beauftragt, meine wundrelevanten Versorgungsleistungen zu koordinieren und mich sowie meine Angehörigen bei der Organisation heilungsfördernder Umstände zu unterstützen. Hierzu benötigen wir aber auch IHRE Unterstützung. Die/der Fallmanager/in wird sich daher eng mit Ihnen abstimmen.

Aus diesen Gründen entbinde ich Sie ausdrücklich, als meinen behandelnden Arzt oder auch Sie als weiterer Leistungserbringer (Pflegedienst, ...) gegenüber der/m oben genannten Fallmanager/in für den Zeitraum von maximal 12 Monaten oder bis zum Ende meiner Teilnahme an der Studie bezogen auf die **wundrelevanten Daten und Aspekte meiner Gesundheit** von der Schweigepflicht.

.....
Datum

.....
Unterschrift Teilnehmer



**Lernplan für das Fallmanagement erstellt im Rahmen
des Projektes**

VeMaWu RLP - 01NVF17048

Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz

Elke Butzen-Wagner

Inhaltsverzeichnis

1.0	Einführung und Begründung des Curriculums	3
1.4	Angestrebte Lernziele	10
2.0	Inhaltliche Struktur	11
2.1	Schematische Kursstruktur der Fortbildung „Fallmanagement“	11
2.2	didaktischen- methodischen Umsetzung in den Unterrichtsmodulen	11
2.3	Unterrichtsinhalte in den einzelnen Modulen	13
2.3.1	Theoretische Grundlagen Modul I	13
2.3.2	Theoretische Grundlagen Modul II	18
2.3.3	Theoretische Grundlagen Modul III	19
3.0	Kernkompetenz im Fallmanagement „VeMaWu RLP“	21
4.0	Literaturhinweis.....	22

1.0 Einführung und Begründung des Curriculums

Veränderte Lebensbedingungen, medizinischer Fortschritt und eine höhere Lebenserwartung, verbunden mit Multimorbidität, führen dazu, dass chronische und degenerative Erkrankungen sowie komplexe gesundheitliche Problemlagen zukünftig medizinisch, ökonomisch und sozial an Bedeutung gewinnen. Die Versorgung der betroffenen Patientengruppen ist häufig durch einen langfristigen Betreuungsbedarf gekennzeichnet. Dies erfordert ein aufeinander abgestimmtes Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen und eine sektorenübergreifende Koordination der Maßnahmen, um Schnittstellenprobleme und Versorgungsdiskontinuität zu vermeiden. Bei Langzeitbehandlungen muss die Versorgung der Patienten ziel- und einzelfallbezogen mit den verschiedenen Akteuren abgestimmt, gesteuert und organisiert werden. Die zunehmende Spezialisierung innerhalb der Medizin erfordert eine verstärkte Zusammenarbeit der Disziplinen und eine Koordination der Inanspruchnahme der Behandlungsmaßnahmen zur Unterstützung des Patienten und zur Sicherung seiner Compliance/Adhärenz. Die Patientenführung durch die Versorgungslandschaft bei komplexen Behandlungsfällen und eine verstärkte sektoren- und berufsübergreifende Koordination und Integration diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer, pflegerischer und sozialer Leistungen wird seit geraumer Zeit verstärkt gefordert.¹

Ein Konzept des Fallmanagements oder auch des Case Managements ist für ein integriertes, einzelfallbezogenes Versorgungsmanagement bei gleichzeitiger Erhöhung von Qualität und Effizienz praktikabel

Ein Fallmanagement oder Case Management stellt ein Instrument für das effiziente patientenbezogene Prozessmanagement sowohl im hausärztlichen wie im fachärztlichen Bereich dar. Es umfasst die Planung, Koordination, Steuerung und Evaluation von passgenauen Hilfen bei komplexen Problemlagen bzw. Mehrfachbelastungen und fehlender Selbsthilfefähigkeit. Das Case Management bzw. das Fallmanagement versteht sich als ein berufs- und sektorenübergreifendes Konzept zur Begleitung der Patienten/Klienten auf der Ebene des konkreten Falles, aber auch zum Aufbau von Netzwerken im Rahmen der Versorgungsstrukturen auf Systemebene.²

Es existieren derzeit verschiedene Bestimmungen zu Koordinierungsfunktionen z.B. in den Sozialgesetzbüchern V und XI, die insbesondere die sektorenübergreifende Versorgung und die Abstimmung mit den Leistungen der Pflegeversicherung verbessern sollen.

Unstreitig hat der Arzt nach der Gesetzeslage ((§§ 15 (1), 28 (1) SGB V)) die medizinische und haftungsrechtliche Verantwortung für die Behandlung einschließlich der von ihm angeordneten Hilfeleistungen anderer Personen. Darüber hinaus hat er im hausärztlichen

¹ Vgl. u.a. Gutachten des Sachverständigenrates, Kooperation und Verantwortung -Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, 2007, insbesondere zum Case Management, Seiten 84ff;

² Vgl. Aktionsfelder von Case Manager/innen im Krankenhaus, Thiery, Ludwig/Pape, Rudolf; In: Case Management, Heft 1, S. 17-20

Bereich einen umfassenden Koordinierungsauftrag nach § 73 (1) SGB V. Dieser erstreckt sich, neben der ärztlichen Betreuung des Patienten bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes, auf

- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- die Dokumentation und Zusammenführung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung und
- die Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nicht-ärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen mit Zustimmung des Patienten (Bundesärztekammer, 2016)

1.1. Rolle der Pflege als wachsende Profession

"Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung." (ICN-Definition von Pflege). In der Berufsordnung der Landespflegekammer RLP unter § 3 Selbstverständnis wird die Pflegekraft „...eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung des Individuums und der Bevölkerung“ zugesprochen und der „...Heilberuf Pflege ist Teil der Gesellschaft“.³ Die Berufsangehörigen haben Mitverantwortung

Mittelpunkt jedes Menschen ist seine Lebensqualität. „Alt werden“ und „Alt sein“ ist nicht gleichzusetzen mit „Krank sein“ und „Pflegebedürftig sein“. Jeder Einzelne definiert seine Lebensqualität anders. Seit vielen Jahren ist bekannt, dass im Durchschnitt die Lebenserwartung nach der Sterbetafel 2013/2015 für neugeborene Jungen 78,2 Jahre und für Mädchen 83,1 Jahre ist und somit die Lebenszeit sieben Jahre hinzugewonnen wurde. Leider steigt jedoch mit hohem Alter das Risiko von Pflegebedürftigkeit und chronischen schweren Erkrankungen. Aktuell sind etwa 3,3 Millionen Menschen pflegebedürftig. Entsprechend wächst auch die Nachfrage nach professioneller Pflege und Unterstützung im Alltag aufgrund der steigenden Zahl Pflegebedürftiger. Der demografische Wandel betrifft die Pflege in doppelter Weise. Mit der Alterung der Bevölkerung steigt die Nachfrage nach professioneller Pflege. Zugleich sinkt das Arbeitskräftepotenzial, aus dem der Bedarf nach Pflegefachkräften gedeckt werden kann.

³ Dr. Mai, Markus, 2019: Berufsordnung, Landespflegekammer RLP

Der künftige Personalbedarf in den Pflegeberufen hängt von unterschiedlichen Faktoren ab wie der Bevölkerungsentwicklung und der tatsächlichen Pflegefallhäufigkeit, dem zukünftigen Anteil von ambulanter und stationärer Versorgung in der Pflege, dem Verhältnis von Fachkräften zu Hilfskräften, Ersatzbedarf durch Ausscheiden aus Altersgründen, Unterbrechungszeiten bzw. Verweildauer im Beruf, Entwicklung der Arbeitszeit, aber auch von der Existenz alternativer Unterstützungsangebote sowie möglicher Entlastungen durch den medizinischen und technischen Fortschritt oder durch die Digitalisierung. Verschiedene Studien lassen darauf schließen, dass die genannten Faktoren eine große Auswirkung auf die tatsächlich zu erwartende Personallücke besitzen können.⁴

1.2. Zielgruppe der Fallmanager*innen in der Pflege

Zunächst muss eine Unterscheidung der einzelnen Zusatzqualifikationen im PflegeManagement erfolgen. Grundsätzlich relevant im Case Management ist die Unterscheidung von Fallmanagement (Optimierung der Hilfe im konkreten Fall) und Systemmanagement (Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich). Case Management tritt also als Fallmanagement und Systemmanagement in Erscheinung. „Mit Fallmanagement ist eine konkrete Unterstützungsarbeit zur Verbesserung der persönlichen Netzwerke gemeint. Hier geht es darum, einen hilfsbedürftigen Menschen effektiv und effizient zu begleiten, den Hilfeprozess mit ihm zu steuern“.⁵ Diese Kompetenz erfordert ein hohes Maß an Sozialkompetenz und beruflicher Erfahrung. Daher sollten neben der beruflichen Qualifikation auch eine hohe persönliche Motivation und Bereitschaft jedes Einzelnen vorhanden sein um ein effektives Fallmanagement umzusetzen (siehe 1.3). Die Differenzierung des „Case Managers“ und des „Fallmanagers“ ist wichtig, da sie sich in den Schwerpunkten der Module I-III wieder spiegeln. Unter 2.3. aufgeführten Unterrichtsinhalten in den Modulen I-III lässt erkennen, dass die Unterrichtsinhalte sehr am konkreten Fall orientiert sind, wobei das „Systemmanagement“ auch ein integraler Bestand hat, wie z.B.: Abrechnung und Budgetierung im Gesundheitssystem (Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung SGB V und XI).

⁴ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaefigte.htm>

⁵ <https://www.case-manager.de/>

1.3 Qualifikationsvoraussetzung der Fallmanager*innen in der Pflege

Im Rahmen der Ausbildung und Qualifikation als Gesundheits- und Krankenpflegerin erwirbt die Fallmanager*in vorab folgende berufliche Handlungskompetenzen bzw. Schlüsselqualifikationen.

Dabei sind die Kompetenzen gegliedert in...

⇒ Fach-, Methoden-, Sozial-, Human und Sprachkompetenz und nicht zu vergessen die ethische Kompetenz

Folgend sind die einzelnen erworbenen Kompetenzen aufgeführt, die Grundvoraussetzung für das Fallmanagement darstellt:

Fachkompetenz:

- Eigene Ideen entwickeln, einbringen und Ideen anderer wertschätzen
- Techniken und Alternativen der pflegerischen Handlung überlegen und patientenorientiert und bedürfnisorientiert auswählen
- Pflegebedarf des Patienten ermitteln
- Ressourcen des Patienten berücksichtigen
- Bedürfnisse des Patienten wahrnehmen und befriedigen
- Nach Standards, Qualitätskriterien und Fachliteratur arbeiten
- Selbstständig, eigenverantwortlich, zuverlässig und pflichtbewusst arbeiten
- Fachlich fundiert, ganzheitlich und individuell pflegen
- Arbeitsabläufe und pflegerische Handlungen sinnvoll, zeitlich korrekt, verzögerungsfrei, strukturiert und durchdacht aufeinander abstimmen, planen und durchführen
- Hygienisch einwandfrei und unfallverhütend nach den aktuellsten Plänen arbeiten
- Materialien, Pflegeartikel und Hilfsmittel umweltbewusst und wirtschaftlich einsetzen
- Neueste Erkenntnisse aus (Pflege-)Wissenschaft und Forschung einbeziehen
- Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden
- Auf Veränderungen im Zustand des Patienten bzw. im Pflegeprozess verzögerungsfrei und adäquat reagieren
- Pflegeplan dem physischen, psychischen und sozialen Zustand des Patienten anpassen
- Gesundheitserhaltene und -fördernde Beratung und Anleitung durchführen
- Pflegerische Handlungen reflektieren
- Durchführung der pflegerischen Handlungen und die dazu benötigten Materialien bewerten
- Getroffene Entscheidungen reflektieren

Methodenkompetenz – werden Fähigkeiten verstanden, die einen Menschen dazu befähigen, Aufgaben und Probleme zu lösen.

- Gedankenstützen zum Einholen der Informationen beim Patienten aufstellen
- Direkte und indirekte, subjektive und objektive Daten ermitteln
- Struktur bezüglich der Informationsquellen nach ihrer Wichtigkeit anfertigen
- Fragelisten für den Patienten aufstellen.
- Pflegeplanung erstellen
- W-Fragen
- Informationen nach ihrer Priorität ordnen
- Informationen und Daten im Dokumentationssystem an der richtigen Stelle und übersichtlich aufschreiben
- Dokumentationssystem nach Soll- und Ist-Daten durchsehen, tabellarisch gegenüberstellen und auswerte.
- Pflegeplan dem physischen, psychischen und sozialen Zustand des Patienten anpassen
- Befunde, Untersuchungsergebnisse, ärztliche und pflegerische Berichte hinsichtlich ihrer Bedeutung für die pflegerische Handlung lesen
- Informationen objektiv und ohne eigene Wertung entgegennehmen und notieren
- Daten aus der Patientenperspektive wertneutral notieren
- Eigenen Arbeits- und Zeitplan strukturiert und systematisch erstellen
- Präsentation der Ergebnisse der Gruppenarbeit durchführen

Sozialkompetenz – gemeint sind zwischenmenschliche Zusammenleben ermöglichen und die dazu beitragen, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und zu pflegen.

- Rat bei Kollegen / -innen einholen
- Sich wertschätzend mit dem Patienten, Angehörigen/Bezugspersonen und den am Pflegeprozess beteiligten Berufsgruppen verständigen
- Fragen und Rückfragen stellen
- Zu Patienten und Angehörigen / Bezugspersonen Kontakt aufnehmen und sie in den Pflegeprozess integrieren
- Gespräche und Diskussionen unter Wahrung des Ansehens des Gegenübers wertschätzend führen
- In einem Team der Sache entsprechend angemessen zusammenarbeiten
- Meinungsverschiedenheiten und Unstimmigkeiten durch die Win-win- Methode beheben
- Kritik adäquat anbringen und entgegennehmen
- Mit dem Patienten zusammenarbeiten, kooperieren und ihn in die Pflege integrieren
- Umgangsformen und Benimmregeln kennen und situationsadäquat anwenden
- Schutz der Persönlichkeit des Patienten und seiner Daten berücksichtigen
- Bereitschaft und Fähigkeit, sich in Einstellungen anderer Menschen einzufühlen, und sie gewähren lassen
- Mit dem Patienten ein Gespräch führen

Humankompetenz

- Frustrationstoleranz ausüben
- Hilfe in Anspruch nehmen
- Eigene Interessen wahrnehmen und erkennen
- Sich der eigenen Emotionen (Lustlosigkeit, Macht, Antipathie) bewusst sein
- Mit Stress und Belastungssituationen gesundheitserhaltend umgehen und sie bewältigen
- Sympathien und Antipathien wahrnehmen und adäquat damit umgehen
- Geduld aufbringen
- Sich über eigene Gefühle (Abneigungen, Ekel) klar werden und professionell damit umgehen
- Supervision in Anspruch nehmen
- Für die Dokumentation mittels Unterschrift einstehen
- Persönliche Grenzen und die des Patienten wahrnehmen und akzeptieren
- Mit Misserfolgen umgehen
- Erfolge verkraften
- Eigene Stärken und Schwächen und die des Patienten wahrnehmen und akzeptieren
- Hilfe in Anspruch nehmen
- Für Veränderungen und Neuerungen offen sein

Ethische Kompetenz

- Patienten mit Würde, Respekt und Achtung seiner Person, Religion und Kultur begegnen
- Ethische Grundhaltung, basierend auf Werten und Normen der Gesellschaft entwickeln
- Sich mit Sinnfragen auseinandersetzen
- Kollegen, Dozenten und Lehrern mit Würde, Respekt und Achtung der Person, Kultur und Religion begegnen

Sprachkompetenz

- Informationen präzise, konsequent und mit gleichbleibender Konzentration einholen
- Kritik adäquat anbringen und entgegennehmen
- Mit dem Patienten ein Gespräch führen
- Fragen und Rückfragen stellen
- Sich wertschätzend mit dem Patienten, Angehörigen/Bezugspersonen und den am Pflegeprozess beteiligten Berufsgruppen verständigen
- Fachbegriffe aus der Pflege und den Bezugswissenschaften schriftlich und mündlich korrekt verwenden und einsetzen

Lernkompetenz

- Befunde, Untersuchungsergebnisse, ärztliche und pflegerische Berichte hinsichtlich ihrer Bedeutung für die pflegerische Handlung lesen
- Daten authentisch notieren
- Daten aus der Patientenperspektive wertneutral notieren
- Texte lesen
- Informationen und Daten grammatikalisch und orthographisch korrekt notieren
- Informationen und Daten im Dokumentationssystem an der richtigen Stelle und übersichtlich aufschreiben
- Daten leserlich, einwandfrei, eindeutig, dokumentenecht und unmittelbar aufschreiben
- Gedankenstützen zum Einholen der Informationen beim Patienten aufstellen
- Struktur bezüglich der Informationsquellen nach ihrer Wichtigkeit anfertigen
- Fragelisten für den Patienten aufstellen.
- Pflegeplanung mithilfe des stationsüblichen Dokumentationssystems erstellen.
- Dokumentationssystem nach Soll- und Ist-Daten durchsehen, tabellarisch gegenüberstellen und auswerten
- Informationen objektiv und ohne eigene Wertung entgegennehmen und notieren

Hat die Fallmanager*in aufgrund einer anderen beruflichen Ausbildung wie z.B. die Ausbildung als Medizinische Fachangestellte erworben, muss sich die Fallmanager*in die fehlende bzw. notwendigen Kompetenz aneignen bzw. einfordern.

Neben der beruflichen Ausbildungsqualifikation ist eine Zusatzqualifikation als Wundexperte*in und/oder Fachtherapeut Wunde unumgänglich, dazu kommen praktische Erfahrungen im stationären oder ambulanten Sektor und ein hohes Maß an Selbst- und Zeitmanagement.

Die Fallmanager*in muss über die notwendigen Schlüsselqualifikationen verfügen. Schlüsselqualifikationen sorgen dafür, dass die Fallmanager*innen sich an die unterschiedlichsten Situationen und Herausforderungen **flexibel anpassen und neu orientieren**. Je breiter diese Kompetenzen gefächert sind, desto besser ist ein Fallmanager auf jedes mögliche Problem vorbereitet (überfachliche Kompetenzen).⁶ Hier ein paar wenige Schlüsselqualifikationen die nicht der Vollständigkeit entsprechen, aufgeführt. Die Fallmanager*in soll verfügen über: Eigeninitiative, Organisationstalent, Zielstrebigkeit, Ehrgeiz, Durchsetzungsvermögen, rhetorische Fähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, uvm.

⁶ <https://karrierebibel.de/schlüsselqualifikationen/#Definition-Was-sind-Schlüsselqualifikationen?>

1.4. Angestrebte Lernziele

Die in Modul I-III aufgeführten Lernziele und deren -inhalte richten sich nach kognitiven Lernzielen nach Bloom - vom Einfachen zum Schwierigen und vom Überschaubaren zum Komplexen.

- **Wissen** von Fakten, Methoden und Theorien des jeweiligen Wissensgebiets
- **Verstehen** von Zusammenhängen / Erkennen der Bedeutungen der Teilinformationen, Rekombination, Treffen von Voraussagen
- **Anwenden** des Wissens bei konkreten, bis dahin unbekanntem Aufgaben und Problemstellungen
- **Analyse** von Sachverhalten und Problemstellungen auf wesentliche Elemente
- **Synthese** / kreative Kombination bekannter Informationen
- **Evaluation** / Bewerten von Ergebnissen⁷

„Obwohl die Evaluation im kognitiven Bereich an letzter Stelle steht, weil sie im gewissen Umfang alle anderen Kategorien des Verhaltens voraussetzt, ist es nicht notwendigerweise der letzte Schritt beim Denken oder beim Problemlösen. Es ist durchaus möglich, dass der bewertende Prozess in einigen Fällen dem Erwerb neuen Wissens vorausgeht oder einem neuen Versuch, etwas zu verstehen oder anzuwenden, oder einer neuen Analyse oder Synthese.“⁸

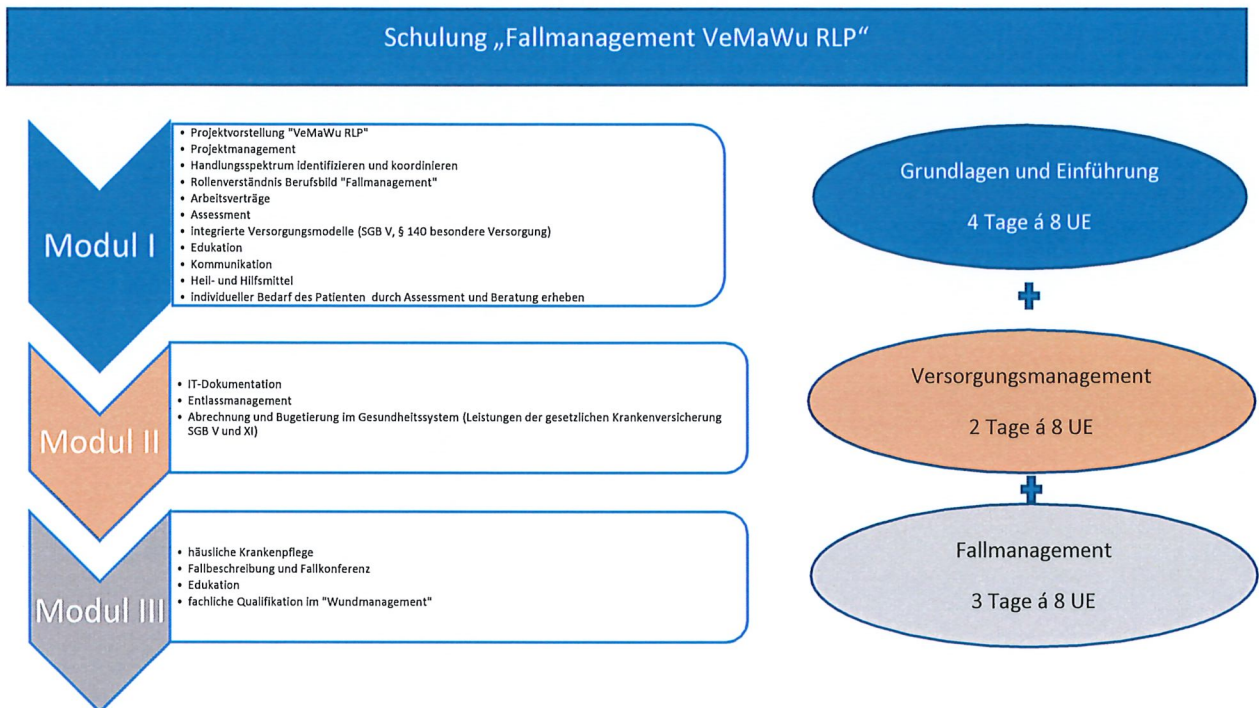
⁷ <https://dbs-lin.ruhr-uni-bochum.de/lehreladen/planung-durchfuehrung-kompetenzorientierter-lehre/lehr-und-lernziele/typen-und-stufen/>

⁸ Bloom, Benjamin S. (1976): Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich. Weinheim und Basel, S. 200.

2.0 Inhaltliche Struktur

2.1 Schematische Kursstruktur der Fortbildung „Fallmanagement“

Die Umsetzung des Curriculums bzw. des Lehrplans wird in Form von handlungsfeldbezogenen Modulen realisiert. Dies wird durch die untenstehende grafische Darstellung verdeutlicht.



Die Unterrichtsinhalte werden in 2-4 Tage Blockunterricht durchgeführt. Die Schulungsblöcke sind in Modulen I-III gegliedert. Insgesamt umfassen die Module I-III insgesamt 72 Unterrichtsstunden.

2.2 didaktischen- methodischen Umsetzung in den Unterrichtsmodulen

Das Fallmanagement ist wie schon unter 1.2. erwähnt, sehr am konkreten Fall orientiert. Demnach sind hier die Verknüpfungen und Integration von Theorie und Praxis elementar. Deshalb und weil der Transfer wichtig und im Vordergrund stehen, werden neben den klassischen Methoden wie Vortrag bzw. Impulsreferate/Expertenvortrag interaktive Vermittlungsformen verstärkt zum Einsatz kommen wie z.B.: Gruppen- und Einzelarbeiten.

Die Unterrichtsgestaltung und die Methodenwahl sind maßgeblich von den zu unterrichtenden Inhalten abhängig. Grundsätzlich richtet sich die Gestaltung der Unterrichte an den einzelnen Lerntheorien. Sie spielen im Bereich der Erwachsenenbildung eine entscheidende Rolle. Je nach Lernstoff und Lernziel werden teilnehmerzentrierte oder lehrerzentrierter Unterrichtsmethoden bzw. Vermittlungsformen gewählt.

Um effektiv und effizient zu lernen, wird eine Unterrichtsmethode gewählt, die ein Thema strukturiert. Unterrichtsmethoden unterscheiden sich in der Makro- und Mikromethode. Makromethoden dienen der Strukturierung einer gesamten Unterrichtsstunde und -einheit. In den einzelnen Modulen wurde sich auf der Makroebene auf folgende Methoden konzentriert:

- Fallanalyse
- Expertenbefragung

Weitere Makromethoden wie z.B. Talkshow und Planspiele kamen aufgrund des Themas nicht zum Einsatz.

In den Unterrichtsphasen wurden Mikromethoden eingesetzt, wie z.B. der Lehrervortrag. Bei der Verwendung einer Unterrichtsmethode sollte zudem unterschieden werden, in welcher Sozialform dies durchgeführt wird. Dazu stehen uns die Sozialformen, die im Unterricht des Fallmanagers ihre Anwendung finden, zu Verfügung.

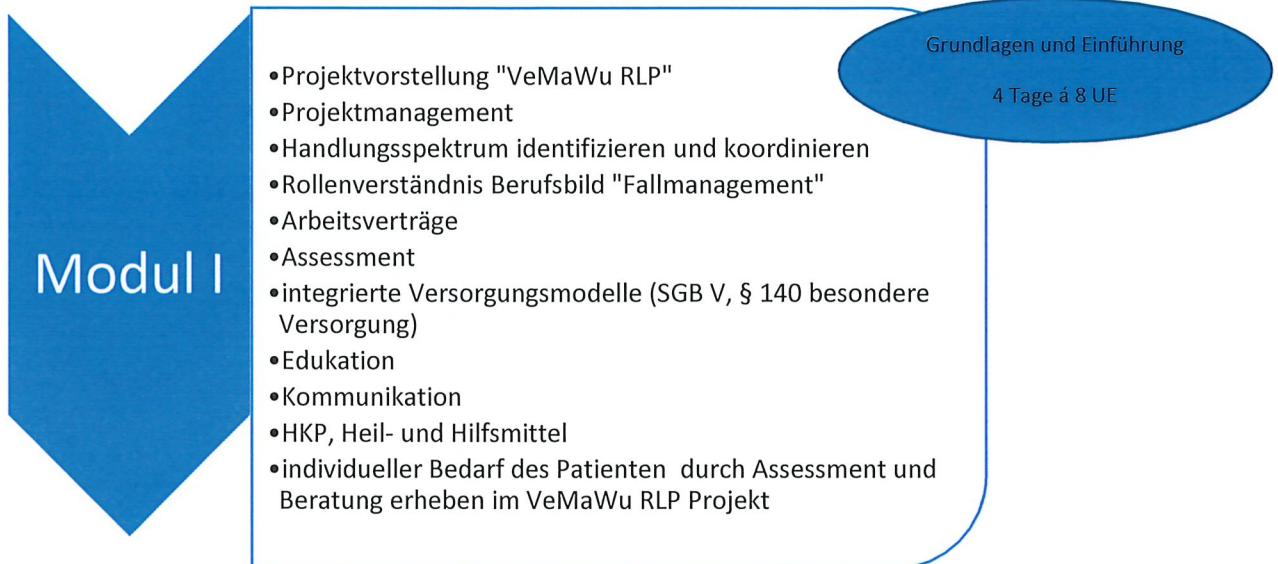
Dabei sind zu nennen:

- Einzelarbeit
- Partnerarbeit
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsdiskussion

Um das Gelernte gut anwenden, analysieren und evaluieren zu können (Lernziele des kognitiven Bereichs (Taxonomie)) muss eine gute Analyse der Lerntypen der Teilnehmenden im Vorfeld stattfinden (siehe Modul I „Lernen lernen“). Es ist entscheidend auf welchen Lernkanälen die Fallmanager*innen lernen und welche Lerntypen sie sind, damit das Gelernte in der praktischen Umsetzung angewandt werden kann.

2.3. Unterrichtsinhalte in den einzelnen Modulen

2.3.1. Theoretische Grundlagen Modul I



In Modul I erfolgt eine breite Vermittlung zum Studiendesign „Versorgungsmanagement Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz“ mit deren Zielsetzung und Aufgaben. Die Teilnehmer*innen erfahren berufliche Aufgaben, deren Rechten und Pflichten innerhalb der Studie „VeMaWu RLP“ und den Ablauf „Aufgaben Fallmanagement“ anhand von Handlungsempfehlungen (siehe Anlage 01 FM Aufgaben Fallmanagement). Neben dessen werden die Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung im Gesundheitswesen, der zu beachtenden Rechtsvorschriften, Rollen, Funktionen und Handlungsspielräumen der Fallmanager besprochen.

Ein wichtiger Schwerpunkt im Einführungsmodul Modul I sind die gemeinsamen Handlungsspektren und die individuellen Kompetenzen zu verifizieren (Lernen lernen; Rollenverständnis / Haltung in der Pflege uvm.)

Übergeordnete kognitive Lernziele in Modul I sind:

- Die Fallmanager*in findet sich in ihrer Rolle, in den vorhandenen Organisationsstrukturen zurecht und reflektieren ihre Position (Rolle, Aufgaben, Tätigkeiten, Zuständigkeiten, Rechten und Pflichten).
- Auf der Basis eines fundierten Wissens über den systematischen Ablauf der Fallführung besprechen die Fallmanager*innen mit den Patienten/innen das weitere Vorgehen. Ihre Arbeitsergebnisse dokumentieren sie in die IT-Dokumentation „Jalomed“ und reflektieren und evaluieren diese regelmäßig.
- Die Fallmanager*in hat das Wissen über Grundlagen der Kommunikation sowie über entsprechende Gesprächsmodelle und versetzt die Teilnehmer/innen in die Lage,

Kommunikationssignale von potenziellen Patienten/innen wahrzunehmen und angemessen auf diese zu reagieren und zu evaluieren.

Unterrichtsinhalte in Modul I

Lernziele der Fallmanager*innen

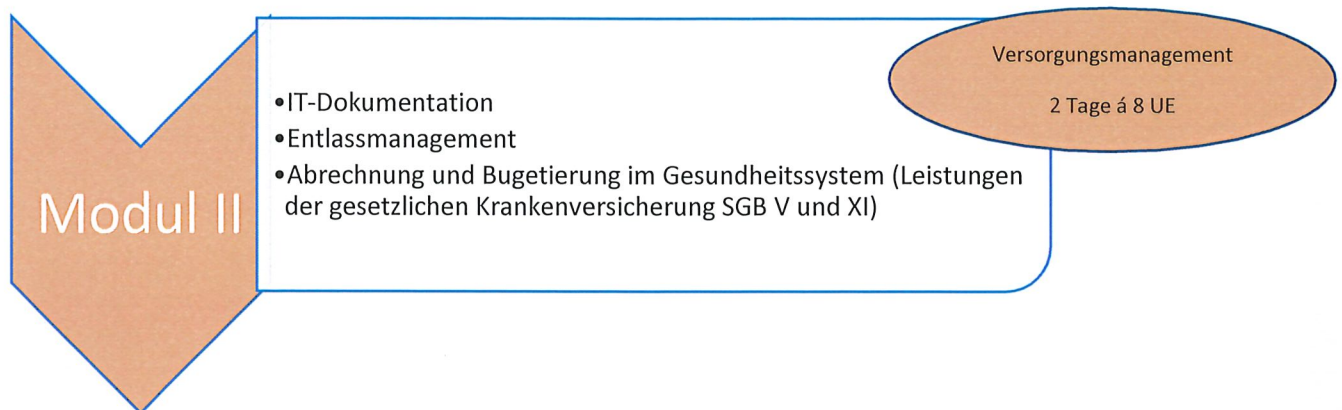
<ul style="list-style-type: none"> • Projektvorstellung VeMaWu RLP • Vorstellung Homepage mamedicon GmbH uvm. / Projekt-Homepage VeMaWu RLP (www.vemawu.de) • Integrierte Versorgungsmodelle (SGB V, § 140) • Rollenverständnis/Haltung (persönliche Haltung) • Besprechung Werkverträge FM und Verträge im Arbeitsverhältnis HomeCare/Sanitätshaus • Healthcare Compliance – Warum ist darauf zu achten? • Projektmanagement: <ul style="list-style-type: none"> • Definition, Methoden, Analyse, Projektplan, Projektziele, Meilensteine • organisatorische Rahmenbedingungen und Tätigkeitsfelder, Methoden zur Analyse und zur Prüfung von Einschlusskriterien der Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> - kennt das Projekt VeMaWu RLP - kennt und analysiert seine Grenzen - begreift die Grundlagen des Projektmanagement und realisiert die Bedeutung und sind bestrebt Projektverantwortung zu übernehmen
<p>Aufgaben/Tätigkeiten der Fallmanager/ Grenzen / Rollenüberschreitungen (Anlage A 1 Leistungsbeschreibung FM) Zuständigkeiten, Funktionen, Aufgaben, Pflichten und Handlungsspielraum von Fallmanagement - Rollenverständnis Berufsbild "Fallmanagement"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kennt seine Aufgaben und Grenzen und kann diese einschätzen
<p>Organisation und Koordination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkende Studieneinrichtungen kurz vorstellen • PLZ-Zuordnung und Bereiche besprechen • Vertretungen untereinander festlegen • Termine QZ informieren (KW 2019) 	<ul style="list-style-type: none"> - kennen die Akteure in der Studie (Ort/Name des Studienarztes)
<p>„Lernen lernen“</p> <p>Unterschiedliche Lerntypen</p> <ul style="list-style-type: none"> • visueller Lerntyp • auditiver Lerntyp • haptischer Lerntyp 	<ul style="list-style-type: none"> - kennen der unterschiedliche Lerntypen und kann sich selbst reflektieren
<p>Patienteneinschreibung durch HS – SOP vorstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme behandelnder / Vertragsarzt: Übergabe • Assessment: Checkliste, Infosammlung, ärztliche Erhebungsbogen, TN-Informationsbroschüre, 	<ul style="list-style-type: none"> - erfassen die Bedeutung des Erstkontaktes - sind vertraut mit Assessments und können diese fachgerecht einsetzen und reflektieren

<p>Teilnehmerfragebogen, (Lebensqualitätsbogen –WoundQol) Patientenflyer, • Jalomed-IT-Dokumentation</p>	<p>- kennt den Algorithmus und kann dies nutzen - kann individuellen Bedarf des Patienten durch Assessmentinstrument und Beratung erheben</p>
<p>DNQP: Systematik, Aufbau, Inhalte und Implementierung von Expertenstandard; Aufgaben und Arbeitsstrukturen des DNQPs Handhabung Nationalen Expertenstandards / Nutzung der Assessment Instrumente • Pflege von Menschen mit chronischen Wunden • Dekubitusprophylaxe in der Pflege • Entlassmanagement in der Pflege</p>	<p>- können Aufbau und Inhalt des Expertenstandards DNQP wiedergeben - können Chancen und Grenzen des DNQP unterscheiden und bewerten</p>
<p>Überblick über Versorgungsangebote und Heil und Hilfsmittelgesetz häusliche Krankenpflege (HKP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechtsgrundlagen • Anspruchsvoraussetzungen • Ziel • Krankenhausvermeidungspflege und Unterstützungspflege • Sicherstellungspflege • Ambulante Palliativversorgung • geeignete Orte • im Haushalt lebende Personen • Verordnung • Antrag und Genehmigung • Kostenübernahme/-erstattung • Zuzahlungen • Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden • Hinweise <p>Heilmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechtsgrundlagen • Anspruchsvoraussetzungen • Krankenhausvermeidungspflege und Unterstützungspflege • Sicherstellungspflege 	<p>- kennen die Unterschiede der einzelnen §§</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Palliativversorgung • geeignete Orte • im Haushalt lebende Personen • Verordnung • Antrag und Genehmigung • Kostenübernahme/-erstattung • Zuzahlungen • Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden • Hinweise <p>Hilfs- und Pflegehilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechtsgrundlagen • Definition/Versorgungsanspruch/Grundbedürfnisse • Gebrauchsgegenstände des tägl. Lebens • Ausgeschlossene Hilfsmittel • Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelverzeichnis • Doppelfunktionale Hilfsmittel • Ärztliche Verordnung/Begutachtung • Zeitpunkt Inanspruchnahme/Leistungserbringer • Wirtschaftlichkeit/Leistungsumfang • Eigenanteil/Zuschuss • Gesetzliche Zuzahlung • Abgrenzung zu anderen Leistungsträgern 	
<p>Einführung und Grundlagen der Edukation bzw. Patientenedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition /Zielsetzung • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuerteam • Patientenorientierte Fragen entwickeln bezogen auf die Krankheitsbilder UC/DFS/Dekubitus • Methodik, Informationsbroschüren, Entwicklung Checkliste 	<ul style="list-style-type: none"> - sind sich der Bedeutung der Edukation bewusst - können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten - verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken - betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie - bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit

	<ul style="list-style-type: none"> - identifiziert schwierige Edukationsprozesse und evaluieren dies
<p>zeitlichen Ablaufplans eines fiktiven Falles „Menschen mit chronischen Wunden, anhand des Ulcus cruris“ im VeMaWu-Projektes Start- Routine und Tertiär und Präventionsmodul</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitmanagement • Selbstmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> - kennen die Formulare und Zielsetzungen der einzelnen Projektmodule und können diese anwenden - kennen ihre eigenen zeitlichen Grenzen
<p>Kommunikation</p> <p>Aktives Zuhören anhand folgender Gesprächsinhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstgespräch mit dem Patienten (Startmodul) • Ziele eruieren, Kenntnisstand ermitteln (Eduktion) • Bisherige Versorgung erfassen (Assessmentinstrumente anwenden) • Kommunikationsstruktur: Identifikation der Netzwerkpartner krankheitsbildbezogene Informationsgewinnung: Vermittlung, Reduktion, Dokumentation, Umgang mit Quellen Aufgaben als Fallmanager am Fall • Kommunikation mit „schwierigen“ Menschen – über schwierige Themen“ - Konfliktgespräche • Gestaltung der Gesprächsführung • Gestaltung der Beratung / Schulung / Anleitung mittels eines Falles • Konfliktbereitschaft definieren <p>Durchführung von Erst-, Anamnese und Beratungsgesprächen unter Berücksichtigung ausgewählter Kommunikationsmodelle und situationsbezogener Fragetechniken</p>	<ul style="list-style-type: none"> - können vertrauensbildende Situation gestalten - organisieren und gestalten des Beratungsprozesse - wenden Techniken und Methoden der Gesprächsführung an - erfassen Informationen „zwischen den Zeilen“ - gleichen die Ziele des Patienten mit den Zielen der Therapeuten ab - erkennen professionelle Kommunikation und erwerben entsprechende Kompetenzen - können interprofessionell, wertschätzend und kompetent kommunizieren - entwickeln eine Haltung, aus der die Akteure des interprofessionellen Teams, hierarchieübergreifend kollegial beraten können

2.3.2. Theoretische Grundlagen Modul II



Im Modul II erfahren die Teilnehmer/-innen eine umfassende Grundlage hinsichtlich IT-Dokumentation „Jalomed“ und deren Möglichkeiten.

In allen Modulen sind die Bereiche der kommunikativen sowie der methodischen Kompetenzen integrale Bestandteile.

Übergeordnete kognitive Lernziele in Modul II sind:

- Die Fallmanager*in hat das Wissen über Grundlagen, Prinzipien der Informationssammlung und -aufbereitung; Umgang mit Erhebungsinstrumenten, Informationstechniken und Dokumentationssystemen der IT-Dokumentation „Jalomed“ und kann diese reflektiert anwenden und evaluieren bezogen auf die einzelnen zu betreuenden Studienpatienten
- Fallmanagement-Aktivitäten aufbereiten und dokumentieren
- Die Fallmanager*in hat das Wissen über Grundlagen in der Abrechnung und Budgetierung im Gesundheitssystem (Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung SGB V und XI).

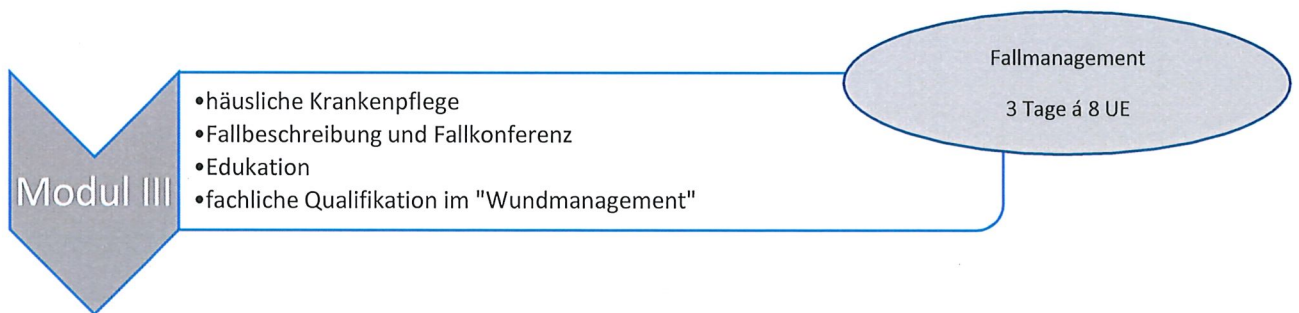
Unterrichtsinhalte in Modul II

Lernziele der Fallmanager*innen

<p>Jalomed-Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung Software „Jalomed“ • Erster Studienpatient in Jalomed dokumentieren und evaluieren • Fotodokumentation (Standard Hamburg) • Vorstellung Software „Jalomed“ incl. deren Assessment 	<ul style="list-style-type: none"> - kann Studienpatient in „Jalomed“-Dokumentation erfassen und reflektieren
<p>Fall- und Entlassmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Aufgaben des Entlassmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> - beherrscht grundlegende Elemente des Fallmanagement

<ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung von Versorgungsketten,-brüchen, Koordinationsnotwendigkeiten, • Qualifikations- und Kompetenzerfordernisse der beteiligten Akteure inkl. Patient/Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> - entwickelt eine reflektierende, selbstkritische Haltung zur eigenen Rolle im Fallmanagement
<p>Gesundheitswesen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau Gesundheitswesen und dessen Akteure (z.B. Sanitätsfachhandel, Orthopädieschuhmacher, KK, medizinischer Versorgungszentren) • Verschreiben von Medizinprodukten (Verband- und Hilfsmittel) • HHvG • Abrechnung und Budgetierung (Praxisbesonderheiten), DRG's inklusive pflegerelevanter Nebendiagnosen • Abrechnungsmöglichkeiten in der ambulanten Pflege • Sprechstundenbedarfsverordnung • Aktuelle gesundheitspolitische Diskussion integrierte Versorgung • Entlassmanagement <p>Definition und Beschreibung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V und XI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - erfassen unterschiedliche Aufgaben der Akteure bzw. Institutionen im Gesundheitswesen und deren Finanzierung und Verordnung von Medizinprodukten sowie Arzneimittel - können verschiedene Leistungsarten und die jeweil. Zugangsvoraussetzungen benennen. Sie können die Konsequenzen des Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen. - können anhand exemplarischer Fallbeispiele individuelle Versorgungsvorschläge der gesetzlichen Pflegeversicherung ableiten.

2.3.3. Theoretische Grundlagen Modul III



Auf Modul III liegt mit einem Stundenumfang von 24 Unterrichtsstunden ein besonderer Schwerpunkt mit den Kompetenzen für das operative Kerngeschäft im Fallmanagement einschließlich methodischer und administrativer Fertigkeiten. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für einen reibungslosen Transfer in die Aufgaben des Fallmanagers. Weiterhin ist ein integraler Bestandteil der Vertiefung der Fachkompetenzen in der Wundversorgung und der Wundtherapie.

Übergeordnete kognitive Lernziele in Modul III sind:

- Die Fallmanager*in analysiert und evaluiert die im Fallmanagement angeordnete Wundtherapie. Dabei ist es wichtig, dass ein gleiches bzw. ähnliches Verständnis der Qualitätskriterien in der Wundversorgung bekannt sind und diese angewendet werden können.
- Die Fallmanager*in optimiert die Wundversorgung durch fachkundige Handhabung der Materialien durch entsprechende Schulungen des Fachpersonals und reflektiert diese
- Die Fallmanager*in kennt den Aufbau und Funktion netzwerkorientierter Arbeit und des medizinisches und administratives Fallmanagement

Unterrichtsinhalte in Modul III

Lernziele der Fallmanager*innen

<p>Haut – und Hautpflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anatomie und Physiologie der Haut • Hautpflege: wieso ist die Haut so wichtig? 	<ul style="list-style-type: none"> - kennen Defizite und können diese benennen und analysieren
<p>Fachliche Fragestellung Schwerpunkte der lokalen Wundtherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exsudatmanagement • Infektionsmanagement <p>Wundtherapie: Kriterien der einzelnen Wundauflagen besprechen</p> <p>Vorstellung unterschiedlicher Wundstandard/Leitlinien, Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wundzentrum Hamburg Standards • AWMF <p>Kommunikation: Eigen Erfahrungen /Selbstverständnis, eigene Erlebnisse, Umgangsart –stile, Kommunikation und Konfrontation mit Ärzten und anderen Akteuren, Erfahrungen mit Patienten und Angehörigen;</p> <p>Berichterstattung Erfahrungen im/aus dem Projekt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit • Probleme • Fragen Software • Unklarheiten besprechen • Konflikte • Selbstmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> - optimieren die Wundversorgung durch fachkundige Handhabung der Materialien - wenden geeignete Maßnahmen zum Exsudatmanagement unter Beachtung der spezifischen Wundsituation an - kennen Kriterien der Wundauflagen und können diese anwenden - schaffen von Verständnis und Akzeptanz für andere Berufsgruppen - seine eigenen Grenzen und Kompetenzen einschätzen können
<p>Exemplarisches Fallbeispiel und theoretische Kenntnisse zum diabetischen Fußsyndrom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pathophysiologie des Krankheitsbildes • Fallkonferenz • Vorstellung Standards und Algorithmen 	<ul style="list-style-type: none"> • kennen die diagnostischen Verfahren • kennen die Prinzipien des Evidence Based Nursing • kennen unterschiedliche Standards/Empfehlungen/Leitlinien und können diese anwenden

3.0 Kernkompetenz im Fallmanagement „VeMaWu RLP“

All diese Inhalte aufzunehmen und anzuwenden, bedarf ein hohes Maß an persönlichen Kompetenzen und Qualifikationen (siehe unter 1.3) im Selbstmanagement und der Selbstständigkeit. Die Fallmanager*innen müssen wissen, wie sie sich die wichtigen Informationen beschaffen bzgl. aktueller Assessmentinstrumente und Befunde der Einzelnen Patient*innen. Selbstorganisation (setzen von Prioritäten, selbstständiges Planen und Arbeiten) und Berichtsfähigkeit (im Dokumentations- und Auswertungsprozess) sind Voraussetzung für diese Rolle ebenso wie Selbstreflexion der Lern- und Arbeitsprozesse.

Die Aufgabe der Fallmanager*in im Rahmen der Edukation – das Kernstück des Fallmanagements- ist, den Patienten es zu ermöglichen, erlernte Inhalte in seine Alltagshandlungen zu integrieren. Hierfür werden folgende Voraussetzungen bzw. Kompetenzen zusammenfassend benötigt:

- Soziale, fachliche, kommunikative und pädagogische Kompetenzen: z. B. nicht schulmeisterlich auftreten
- Methodenkenntnisse und aktuelles Fachwissen
- Befähigung zur Beratung bei Produkt- und Hilfsmittelauswahl und deren Nutzung
- Verständliche Vermittlung von Informationen: Fremdworte vermeiden, Anschauungsmaterial verwenden
- Berücksichtigung von Lerntyp, Lernform und angepasster Gebrauch von Begrifflichkeiten
- Schaffen adäquater Rahmenbedingungen: ruhige, entspannte Atmosphäre, Stressfaktoren ausschalten, z. B. Telefon lautlos
- Probleme frühzeitig erkennen, definieren und einschätzen
- Fähigkeit der Ressourcennutzung
- Tragfähige Beziehungen zu professionellen Akteuren aufbauen und aufrechterhalten
- Eigene Handlungen planen und zielkonform einsetzen
- Uvm.

Dazu bedarf es ein enges interdisziplinäre Zusammenspiel aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapie, Podologen, Verbandmittelversorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige) die es gilt zu koordinieren und zu integrieren.

Die Fallmanager*in muss komplexe Pflegeaufgaben erfassen und Lösungsansätze gemeinsam mit den einzelnen Berufsgruppen und dem Betroffenen und deren Angehörigen erarbeiten und evaluieren.

Er muss die Dimension zur Lösung eines Problems verstanden, spezifische Maßnahmen einleiten, um dazu eruierte Ziel umzusetzen zu können. Meist lässt sich die Gesamtheit aller

Maßnahmen, die zur Lösung eines Problems bzw. einer Aufgabenstellung identifiziert wurden, kategorisieren und ggf. priorisieren.

4.0 Literaturhinweis

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (dgcc): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management, Mainz, 2008

Thiery, L./Pape, R.: Aktionsfelder von Case Manager/innen im Krankenhaus, In: Case Management, Erscheinungsjahr, Jahrgang/Band, Heft 1, S. 17-20

Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin März 2014 Kerncurriculum Case Management (KCM)-Pflegeberatung

Bundesärztekammer, Fortbildungscurriculum für medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V

<https://de.statista.com/themen/785/pflege-in-deutschland/>

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaefigte.html>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Handlungsfeld>

Geppert, Geppert, Füg und Eidam „Lernfelder in der Pflegeausbildung Verlag: W. Kohlhammer Stuttgart 2005 Berufliche Handlungskompetenz Fachkompetenz

Horst Küppers, Hermann Schulz, Peter Thiesen: Irrweg Lernfeldkonzeption in der Erzieherausbildung. In klein&groß Bd. 12/2014, Verlag Oldenbourg, München 2014.

Arthur Thömmes: Unterrichtseinheiten erfolgreich abschließen. 100 ergebnisorientierte Methoden für die Sek. Verlag an der Ruhr, Mülheim 2006.

Arthur Thömmes: Produktive Arbeitsphasen. 100 Methoden für die Sekundarstufe Verlag an der Ruhr, Mülheim 2007.

Peter Baumgartner: Taxonomie von Unterrichtsmethoden. Waxmann, Münster 2011, [ISBN 978-3-8309-2546-0](https://www.waxmann.de/ISBN-978-3-8309-2546-0).

Sibylle Reinhardt, Dagmar Richter (Hrsg.): Politikmethodik. Cornelsen 2007.

Sibylle Reinhardt: Politikdidaktik. 2. Auflage, Cornelsen 2007.

Siegfried Frech, Hans-Werner Kuhn, Peter Massing (Hrsg.): Methodentraining für den Politikunterricht I. 4. Auflage. Wochenschau Verlag 2010.

Thomas Unruh, Susanne Petersen: Guter Unterricht – Handwerkszeug für Lehrer und Referendare. 8. Auflage. [AOL-Verlag](#), 2007.

Ulrich Gutenberg: Die digitale Schulbank. Computer als Denk- und Lernhilfe nutzen. In: Computer+Unterricht Friedrich-Verlag. Themenheft; Nr. 50, S. 56/57, 2. Quartal 2003.

Stangl, W. (2020). Taxonomie der kognitiven Lernziele.

WWW: <https://stangl.eu/psychologie/praesentation/lernziele.shtml> (2020-06-14).

<https://karrierebibel.de/schlueselqualifikationen/#Definition-Was-sind-Schlueselqualifikationen>

<https://dbs-lin.ruhr-uni-bochum.de/lehreladen/planung-durchfuehrung-kompetenzorientierter-lehre/lehr-und-lernziele/typen-und-stufen/>

Schulungseinheit Fallmanager

Ziel der Schulung ist es die Fallmanager zu befähigen in

- die standardisierte qualitätsgesicherte Koordination der Akteure
- die sektorübergreifende Koordination von Einzelmaßnahmen
- das enge interdisziplinäre Zusammenspiel aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapie, Podologen, Verbandmittelvesorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige) koordinieren
- die aktive Einbeziehung des Patienten durch eine situationsspezifische Schulung sowie Coaching der Patienten und deren Angehörigen
- die zentrale Datenerfassung und Qualitätssicherung mittels einer IT-Dokumentation

Schulungseinheit Fallmanager

Modul 1

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)

Tag 1

Datum: 04.07.2019

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
10:00-11:30 2 UE	Kursstart <ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen • Erwartungen • Kurskonzept /Stundenplan vorstellen 		Karteikarten/ Visualisierung Pinnwand	Uwe Imkamp Elke Butzen-Wagner
11:45-13:15 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Projektvorstellung • Integrierte Versorgungsmodelle (SGB V, § 140) • Rollenverständnis/Haltung (persönliche Haltung) • Besprechung Werkverträge FM und Verträge im Arbeitsverhältnis HomeCare/Sanitätshaus • Healthcare Compliance – Warum ist darauf zu achten? • Projektmanagement: Definition, Methoden, Analyse, Projektplan, Projektziele, Meilensteine, Aufgaben des Projektleiters 	<ul style="list-style-type: none"> - kennt das Projekt VeMaWu RLP - kennt seine Grenzen Akzeptanz schaffen	PowerPoint Formulare Unterrichtsgespräche	
14:15-15:45 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben/Tätigkeiten der Fallmanager/ Grenzen / Rollenüberschreitungen (Anlage A 1 Leistungsbeschreibung FM) • Vorstellung Homepage mamedicon GmbH uvm. / Projekt-Homepage VeMaWu RLP (www.vemawu.de) 	<ul style="list-style-type: none"> - kennt seine Aufgaben und Grenzen 	Gruppenarbeit: 4 Gruppen (20 min) TN erstellen je 10 Karteikarten mit Aufgaben / Tätigkeiten- Auswertung mit Zuordnung nach Rubrik „ Rote Wand “-Grenzen auf Flipchart / Diskussion PowerPoint	
16:00-17:30 2 UE	Organisation und Koordination <ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkende Studieneinrichtungen kurz vorstellen • PLZ-Zuordnung und Bereiche besprechen • Vertretungen untereinander festlegen • Termine QZ informieren (KW 2019) 	<ul style="list-style-type: none"> - kennen die Akteure in der Studie (Ort/Name des Studienarztes) 	Unterrichtsgespräch	

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 2	Datum: 05.07.2019	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
09:00-10:30 2 UE	Patienteneinschreibung durch HS – SOP vorstellen <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme behandelnder / Vertragsarzt: Übergabe • Assessment: Checkliste, Infosammlung, ärztliche Erhebungsbogen, TN-Informationsbroschüre, Teilnehmerfragebogen, Patientenflyer, (Lebensqualitätsbogen –WoundQol) Vorstellung SOP-FM	<ul style="list-style-type: none"> - erfassen die Bedeutung des Erstkontaktes - sind vertraut mit Assessments und können diese fachgerecht einsetzen - kennt den Algorithmus und kann dies nutzen 	LV Vorstellung der Formblätter Fragend-entwickelnd	Elke Butzen-Wagner
10:45-12:15 2 UE	DNQP: Systematik, Aufbau, Inhalte und Implementierung von Expertenstandard; Aufgaben und Arbeitsstrukturen des DNQPs Handhabung Nationalen Expertenstandards / Nutzung der Assessment Instrumente <ul style="list-style-type: none"> • Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden • Dekubitusprophylaxe • Entlassmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> - können Aufbau und Inhalt des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und „Dekubitusprophylaxe“ - können Chancen und Grenzen unterscheiden 	LV Gruppenarbeiten mit gezielten Fragestellungen	Elke Butzen-Wagner
13:15-14:45 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Heilmittel • Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> - kennen die Unterschiede, die §§ und können diese anwenden - Abgrenzung rechtlicher Grenzen 	PowerPoint Präsentation	IKK Mitarbeiterin
15:00-16:30 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Heilmittel • Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> - kennen die Unterschiede und die §§ und können diese anwenden 	PowerPoint Präsentation	IKK Mitarbeiterin

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)

Tag 3

Datum: 09.07.2019

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
	EVTL. KOMMT HIER MEIKE DAZU			
10:00-11:30 2 UE	Fragen die sich übers Wochenende entwickelt haben sammeln und wenn möglich bearbeiten Einführung und Grundlagen Edukation (Def., Zielsetzung)		Flipchart sammeln PowerPoint Präsentation LV	Elke Butzen-Wagner, Kathrin Gudat
11:45-13:15 2 UE	Patientenedukation: <ul style="list-style-type: none"> • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuer team • Patientenorientierte Fragen entwickeln bezogen auf die Krankheitsbilder UC/DFS/Dekubitus • Methodik, Informationsbroschüren, Entwicklung Checkliste 	<ul style="list-style-type: none"> - sind sich der Bedeutung der Edukation bewusst - können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten - verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken - betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie - bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit - identifiziert schwierige Edukationsprozesse 	Gruppenarbeit á 5-6 Personen – 4 Gruppen (KH-Bild bezogen) Unterrichtsgespräch	
14:15-15:45 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Ablaufbeschreibung VeMaWu RLP • Formularvorstellung • Zeitmanagement 	-		
16:00-17:30 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Ablaufbeschreibung VeMaWu RLP • Formularvorstellung • Zeitmanagement 	-	Fallbeispiel Gruppenarbeit: 4 Gruppen	

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 4	Datum: 10.07.2019	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
09:00-10:30 2 UE	Kommunikation Aktives Zuhören anhand folgender Gesprächsinhalte: <ul style="list-style-type: none"> • Erstgespräch mit dem Patienten (Startmodul) • Ziele eruieren, Kenntnisstand ermitteln (Eduktion) • Bisherige Versorgung erfassen (Assessmentinstrumente anwenden) • Kommunikationsstruktur: Identifikation der Netzwerkpartner krankheitsbildbezogen (1 Std.). Informationsgewinnung: Vermittlung, Reduktion, Dokumentation (1Std.), Umgang mit Quellen (2Std) Aufgaben als Fallmanager am Fall von Tag 1 erarbeiten (4 Std.) 	<ul style="list-style-type: none"> - können vertrauensbildende Situation gestalten - organisieren und gestalten Beratungsprozesse - verwenden Techniken und Methoden der Gesprächsführung an 	Rollenspiel Reflektion, Auswertung	Elke Butzen-Wagner, Kathrin Gudat
10:45-12:15 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit „schwierigen“ Menschen – über schwierige Themen“ - Konfliktgespräche • Gestaltung der Gesprächsführung • Gestaltung der Beratung / Schulung / Anleitung mittels eines Falles 	<ul style="list-style-type: none"> - erfassen Informationen „zwischen den Zeilen“ - gleichen die Ziele des Patienten mit den Zielen der Therapeuten ab - erkennen professionelle Kommunikation und erwerben entsprechende Kompetenzen - können interprofessionell, wertschätzend und kompetent kommunizieren - entwickeln eine Haltung, aus der die Akteure des interprofessionellen Teams, hierarchieübergreifend kollegial beraten können 	Rollenspiel Reflektion, Auswertung	
13:15-14:45 2 UE	MBO (Führen durch Zielvereinbarung); Zeitmanagement, Selbstmanagement			
15:00-16:30 2 UE	Fallmanagement Ergebnissicherung			

Schulungseinheit Fallmanager

Modul 2

Verlaufsplan für 4 von 8 Ust. (a 45 Min.)

Tag 5

Datum: 11.07.2019

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
10:00-11:30 2 UE	Berichterstattung erste Erfahrungen im/aus dem Projekt <ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit • Probleme • Fragen Software 		Unterrichtsgespräch	Elke Butzen-Wagner
11:45-13:15 2 UE	Jalomed-Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung Software „Jalomed“ • Patient einschreiben als Testversion • Vorstellung Assessment • Fotodokumentation (Standard Hamburg) • Vorstellung Software „Jalomed“ • Übertragung der Daten in die Software 	TN kann Jalomed anwenden	LV	Stefan Glau
14:15-15:45 2 UE	Jalomed-Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung Software „Jalomed“ • Patient einschreiben als Testversion • Vorstellung Assessment • Fotodokumentation (Standard Hamburg) • Vorstellung Software „Jalomed“ • Übertragung der Daten in die Software 	TN kann Jalomed anwenden	Lizenznummer vergeben IT-Vorstellung Tablets oder eigene Laptops (Unterzeichnen lassen zum Erhalt des Tablets)	Stefan Glau
16:00-17:30 2 UE	Fallmanagement <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung von Versorgungsketten,-brüchen, Koordinationsnotwendigkeiten, • Qualifikations- und Kompetenzerfordernisse der beteiligten Akteure inkl. Patient/Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> • beherrscht grundlegende Elemente des Fallmanagement • entwickelt eine reflektierende, selbstkritische Haltung zur eigenen Rolle im Fallmanagement 		Elke Butzen-Wagner

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 6	Datum: 03.09.2019	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
09:00-15:45 7 UE	<p>Gesundheitswesen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau Gesundheitswesen und dessen Akteure (z.B. Sanitätsfachhandel, Orthopädieschuhmacher, KK, medizinischer Versorgungszentren) • Verschreiben von Medizinprodukten (verband- und Hilfsmittel) • HHvG • Abrechnung und Budgetierung (Praxisbesonderheiten), DRG's inklusive pflegerelevanter Nebendiagnosen • Abrechnungsmöglichkeiten in der ambulanten Pflege • Sprechstundenbedarfverordnung • Aktuelle gesundheitspolitische Diskussion integrierte Versorgung • Entlassmanagement <p>Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V und XI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - erfassen unterschiedliche Aufgaben der Akteure bzw. Institutionen im Gesundheitswesen und deren Finanzierung und Verordnung von Medizinprodukten sowie Arzneimittel - können verschiedene Leistungsarten und die jeweil. Zugangsvoraussetzungen benennen. Sie können die Konsequenzen des Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen. - können anhand exemplarischer Fallbeispiele individuelle Versorgungsvorschläge der gesetzlichen Pflegeversicherung ableiten. 	LV Formulare / Unterrichtsgespräch	Maik Stendera
15:45-16:30 1 UE	SOP HS SOP FM	-		Elke Butzen-Wagner

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 7	Datum: 04.09.2019	Raum E 42
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
10:00-11:30 2 UE	Kurze Vorstellung ICW Patientenedukation: <ul style="list-style-type: none"> • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuerteam • 	<ul style="list-style-type: none"> • sind sich der Bedeutung der Edukation bewusst • können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten • verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken • betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie • bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit • identifiziert schwierige Edukationsprozesse 	Unterrichtsgespräch Unterrichtsgespräch	Veronika Gerber Elke Butzen-Wagner
11:45-13:15 2 UE	Patientenedukation: <ul style="list-style-type: none"> • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuerteam 	<ul style="list-style-type: none"> • sind sich der Bedeutung der Edukation bewusst • können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten • verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken • betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie • bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit • identifiziert schwierige Edukationsprozesse 	Unterrichtsgespräch	
14:15-17:30 4 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenorientierte Fragen entwickeln bezogen auf die Krankheitsbilder UC/DFS/Dekubitus • Präsentation durch 2 FM ihrer Studienpatienten 	<ul style="list-style-type: none"> • identifiziert schwierige Edukationsprozesse 	Gruppenarbeit á 5-6 Personen – 2 Gruppen (KH-Bild bezogen UC und DFS) Unterrichtsgespräch	

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 8	Datum: Raum E 45	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
09:00-10:30 2 UE	Fortsetzung: Gesundheitswesen <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau Gesundheitswesen und dessen Akteure (z.B. Sanitätsfachhandel, Orthopädieschuhmacher, KK, medizinischer Versorgungszentren) • Verschreiben von Medizinprodukten (verband- und Hilfsmittel) • HHvG • Abrechnung und Budgetierung (Praxisbesonderheiten), DRG's inklusive pflegerelevanter Nebendiagnosen • Abrechnungsmöglichkeiten in der ambulanten Pflege • Sprechstundenbedarfverordnung • Aktuelle gesundheitspolitische Diskussion integrierte Versorgung • Entlassmanagement Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V und XI)	<ul style="list-style-type: none"> - erfassen unterschiedliche Aufgaben der Akteure bzw. Institutionen im Gesundheitswesen und deren Finanzierung und Verordnung von Medizinprodukten sowie Arzneimittel - können verschiedene Leistungsarten und die jeweil. Zugangsvoraussetzungen benennen. Sie können die Konsequenzen des Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen. - können anhand exemplarischer Fallbeispiele individuelle Versorgungsvorschläge der gesetzlichen Pflegeversicherung ableiten. 	LV, Unterrichtsgespräche	Maik Stendera Elke Butzen-Wagner
10:45-12:15 2 UE	Fortsetzung: Gesundheitswesen			
13:15-14:45 2 UE	Fachwissen auffrischen Ergebnisse aus dem Fragebogen besprechen und evtl. Veränderungen bearbeiten Termine planen 2019			
15:00-16:30 2 UE	Haut – wieso ist die Haut so wichtig	kennen Defizite und können diese benennen	LV, Unterrichtsgespräch	Silke Alvermann

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 9	Datum: Raum E 45	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
09:00-10:30 2 UE:	Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> - kennen die Unterschiede, die §§ und können diese anwenden - Abgrenzung rechtlicher Grenzen 	Lehrervortrag, PowerPräsentation, Unterrichtsgespräch	Herr Laux IKK MA
10:45-12:15 2 UE	Fachliche Fragestellung Schwerpunkte der lokalen Wundtherapie <ul style="list-style-type: none"> • Exsudatmanagement • Infektionsmanagement Wundtherapie: Kriterien der einzelnen Wundauflagen besprechen Vorstellung unterschiedlicher Wundstandard/Leitlinien, Empfehlungen <ul style="list-style-type: none"> • Wundzentrum Hamburg Standards • AWMF Eigen Erfahrungen /Selbstverständnis, eigene Erlebnisse, Umgangsart –stile, Kommunikation und Konfrontation mit Ärzten und anderen Akteuren, Erfahrungen mit Patienten und Angehörigen; Berichterstattung Erfahrungen im/aus dem Projekt <ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit • Probleme • Fragen Software • Unklarheiten besprechen Konflikte	<ul style="list-style-type: none"> • optimieren die Wundversorgung durch fachkundige Handhabung der Materialien • wenden geeignete Maßnahmen zum Exsudatmanagement unter Beachtung der spezifischen Wundsituation an • kennen Kriterien der Wundauflagen und können diese anwenden <ul style="list-style-type: none"> • Schaffen von Verständnis und Akzeptanz 	Wundauflagen – praktische Übungen LV, Unterrichtsgespräch	Elke Butzen-Wagner
13:15-16:30 4 UE	AG-Fuß Vorstellung Standards und Algorithmen	<ul style="list-style-type: none"> • kennen die diagnostischen Verfahren • kennen die Prinzipien des Evidence Based Nursing • kennen unterschiedliche Standards/Empfehlungen/Leitlinien und können diese anwenden 		Fr. Dr. Schmidt-Reinwald

mamedicon

IHR QUALIFIZIERTER PARTNER IM GESUNDHEITSWESEN

LEBENS
QUALITÄT

FALL
MANAGEMENT

PARTNER
NETZWERK

OUTCOME
EVALUATION

PRÄVENTION

FALLFÜHRUNG VON MENSCHEN MIT
CHRONISCHEN WUNDEN
(RHEINLAND-PFALZ)

FALLMANAGEMENT WUNDE

(Rheinland-Pfalz) Die mamedicon GmbH, die Mitglieder der Fokusgruppe „Versorgungsmanagement Wunde“ des InnoNet HealthEconomy e.V. sowie engagierte Kooperationspartner wollen mit dem integrierten Versorgungsansatz „Fallmanagement Wunde“ ein sektorenübergreifendes Angebot für die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz etablieren und implementieren.

Diese Bemühungen haben in Rheinland-Pfalz bereits eine längere Historie. Durch eine gezielte Landesförderung der Ministerien für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie sowie Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau entstand das Wundnetz Rheinland-Pfalz. Das Wundnetz RLP versteht sich als Dachorganisation und wurde durch seine Mitglieder 2016 zu einem eingetragenen Verein geführt. Der Verein baut in RLP regional geprägte, sektionale Wundnetze auf.

Durch den Verein InnoNet HealthEconomy, mit Sitz in Mainz, sollen nun Aktivitäten in Richtung gesundheitsbezogenes Versorgungsmanagement gebündelt werden. Hierzu gründeten sich div. Fokusgruppen – unter anderem auch die zum Thema: „Menschen mit schlecht heilenden, schwer zu versorgenden chronische Wunden“ unter der Leitung von Uwe Imkamp, Geschäftsführer mamedicon GmbH.

Die mamedicon GmbH unterstützt das Wundnetz Rheinland-Pfalz als Netz-Büro, den Verein InnoNet HealthEconomy als Mitglied und als Leitung der Fokusgruppe „Versorgungsmanagement Wunde“. Die Managementgesellschaft hat seit 2009 zahlreiche positive Erfahrungen mit dem Aufbau vertragsfähiger Versorgungsstrukturen und der Entwicklung und administrativen Begleitung von Selektivverträgen. Hierbei ist sie Partner der Initiative Chronische Wunden e.V. in

Deutschland und arbeitet in den entscheidenden Gremien für die strukturelle Entwicklung der Wundversorgung in Deutschland mit.

Die mamedicon GmbH ist Initiator dieser hier nun unterbreiteten Vertragsidee. Wir möchten mit den verantwortlichen Mitarbeitern der Gesetzlichen Krankenkassen in die Diskussion der Kostenvorteile und Entwicklung des „Fallmanagement Wunde“ eintreten. Die regional mögliche Strukturentwicklung sowie die informelle Zusammenarbeit mit den regionalen Wundnetzen ermöglicht es Kostenträgern die Risikogruppe der Wundpatienten innovativ zu steuern und die im Hintergrund entstehenden Kosten infolge von Komplikationen und frustranen Therapieversuchen zu vermeiden.

In einem weiteren Schritt, nach Etablierung der Fallführung, werden die Produktbeschaffung und die Produktlogistik in den Versorgungspfad begleitend inkludiert.

Im Einklang mit den ambulant tätigen niedergelassenen Ärzten, ambulant tätige Pflegedienste und weiteren Leistungserbringern entwickeln wir das ambulante Fallmanagement für Versicherte mit schwerheilenden sowie chronischen Wunden als patientenorientiertes Leistungsangebot für ganz Rheinland-Pfalz. Die Versorgung basiert auf internen und externen Leitlinien und wird durch Maßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz und des Patienten Umfeldes begleitet.

Die Ziele des „Fallmanagements Wunde“ sind insbesondere:

- **Sicherung einer hohen Behandlungsqualität durch zeitgerechten Behandlungsbeginn, initiale kausale Diagnostik, konsequente Umsetzung der Behandlungsabläufe und Einbeziehung ausschließlich besonders qualifizierter Leistungserbringer,**

- **Reduzierung der Wundbehandlungszeit durch effiziente, stadienadaptierte Wundbehandlung,**
- **Erhaltung/Verlängerung der Mobilität der Betroffenen,**
- **deutliche Verringerung der Rezidivquote bereits im Folgejahr,**
- **Vermeidung von Krankenhauseinweisungen,**
- **kosteneffizienter Einsatz von Verbandmitteln,**
- **Vermeidung nicht geeigneter Versorgungen mit Hilfsmitteln,**
- **durchgängige Begleitung des Patienten durch Schulung und Anleitung**

Dies soll durch folgende Maßnahmen realisiert werden:

- **Anraten von standardgerechter Diagnostik und Therapie nach einem zugrundeliegenden Manual**
- **Fallmanagement:**
 - **Koordination der Einzelleistungen**
 - **Rückmeldesystem zur Wundsituation**
 - **Patientenberatung**
 - **Patientenedukation**
 - **Patientencoaching**
 - **Hausbesuche**
 - **rezidiv-prophylaktische Nachbetreuung**
- **mittelfristig Übernahme der Produktbeschaffung und Produktlogistik**

Die angestrebte Versorgungsstruktur bietet den betroffenen Versicherten die terminlich koordinierte Behandlung von ausgewiesenen Wundexperten, Schulung und Anleitung (auch für Angehörige), die Betreuung durch das „Fallmanagement Wunde“ mit Hausbesuchen und eine Nachbetreuung nach Wundheilung zur Vermeidung von erneuten Wunden (Rezidive).

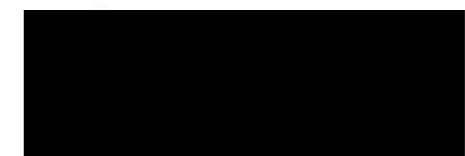
Das Fallmanagement koordiniert und überwacht den gesamten Behandlungsverlauf und reagiert auf individuelle Probleme in der Wundbehandlung.

Die beteiligten Haus- und Fachärzte profitieren von einem verbindlichen Rückmeldesystem des Fallmanagements und in der pflegerischen Versorgung der Wunden. Interessierte Kostenträger sichern somit für ihre Versicherten eine effiziente Versorgung durch die Wundexperten in der Versorgungsstruktur und in zertifizierten Wundbehandlungseinrichtungen, optimierte und verkürzte ambulante Wundbehandlung, bei Vermeidung von Kosten durch unnötige wundbedingte Krankenhausbehandlung oder Rezidivkrankungen. Einrichtungen, die bei Vertragsschluss noch nicht im Sinne des sogenannten ICW-Wund Siegels zertifiziert sein sollten, verpflichten sich zur Anerkennung der Qualitätskriterien und zur Zertifizierung innerhalb eines Jahres.

Mit dem Aufbau der landesweiten Versorgungsstrukturen innerhalb des Wundnetzes entstehen überregionale vertragsfähige Netzwerkstrukturen, die neben dem initialen Thema der Wundversorgung auch weitere Risikothemen wie zum Beispiel ambulante Lymph- oder Schlaganfallversorgung auf einem neuen Versorgungsniveau mit qualitativen und wirtschaftlichen Zielen vereinbaren können. Diesen Strukturaufbau werden wir seitens der mamedicon aktiv begleiten und suchen hierfür interessierte Partner bei Behandlern, Kostenträgern und Politik.

Bei weiterführendem Interesse nehmen Sie gern Kontakt zu uns auf.

Ihr






Uwe Imkamp
Geschäftsführer

FALLMANAGEMENT BASIS

FALLMANAGEMENT ROUTINE

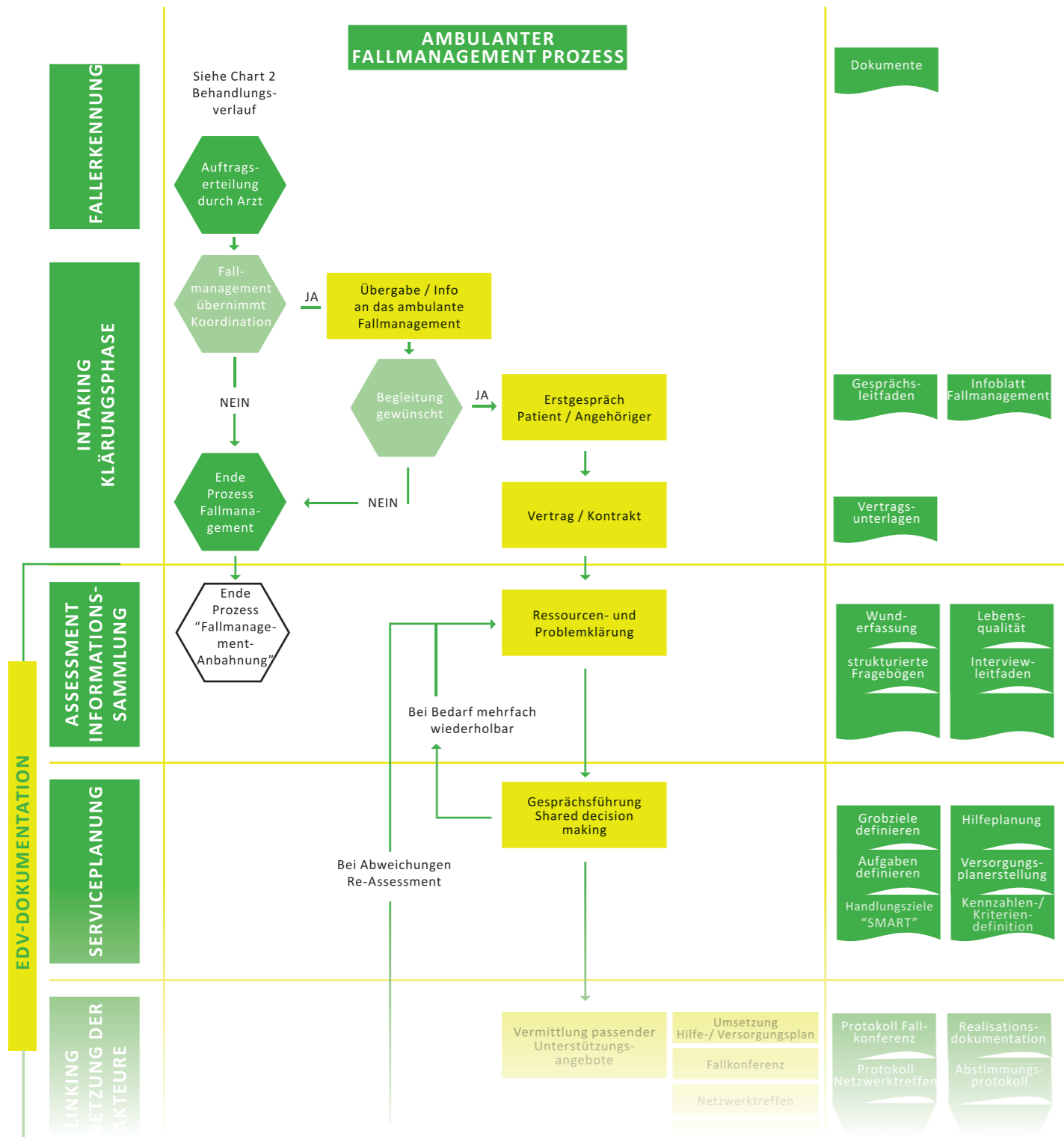
TAG	REGELVERSORGUNG		VERTRAGSLEISTUNG	MASSNAHMEN
	FACHARZTKONTAKT	VERBANDWECHSEL DURCHPFLEGEKRAFT ODER ANGEHÖRIGE	INTERVENTION - FALLMANAGEMENT	
1	X	X	Aufnahme-Assessment	Kontakt Entlassungsmanagement/Facharzt/ Hausarzt, Aufklärung/ Einwilligung; Patient/Betreuer, Modulanlage, Übernahme der Dokumentation, Eingangsstatus Wunde/Sozial/Versorgungspartner, möglichst anwesend bei Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Terminkoordination und Information aller Versorgungspartner zum aktuellen fachärztlichen Therapie-schema, Terminvereinbarung für Hausbesuche
2			Hausbesuch 1	wundbezogene Bewertung des häuslichen Umfeldes nach indika-tionsabhängiger Checkliste, Beratung der Patienten/Mitbewohner/ ggf. des Pflegedienstes zu Änderungen im Wohnumfeld und Verhaltensänderungen, gemeinsame Zielformulierung mit dem Patienten, ggf. Erstmaßnahmen und Hilfsmittelbeschaffung, Termin-vereinbarung für Hausbesuch 2 und Telefonzeit
3			Büro 1	Bericht an Hausarzt/Facharzt, ggf. Hilfsmittelbeschaffung
4		X	Hausbesuch 2	Information Patient/Betreuer zu getroffenen Maßnahmen, Kontrolle der vereinbarten Änderungen und Maßnahmen im Wohnumfeld und Verhalten, Anleitung des Patienten/der Pflegeperson beim Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Information Haus- und Facharzt, Terminvereinbarung für Hausbesuch 3 und Telefonzeit
5				
6				
7				
8		X	Büro 2	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwech-sel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Information Haus- und Facharzt
9				
10				
11				
12		X	Hausbesuch 3	anwesend bei Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Kontrolle der Maßnahmen/Verhalten/Hilfsmittelsituation, ggf. Anpassung/Beratung/Edukation, Information Haus- und Facharzt, Wunddokumentation, Terminvereinbarung für Hausbesuch 4 und Telefonzeit
13				
14				
15	X	X	Büro 3	möglichst anwesend zum Verbandwechsel, Vorlage der Verlaufs-dokumentation, Erklärung zu Maßnahmen/Verhalten (Anerkennung für Patienten), ggf. Information und Koordination Versorgungspart-ner bei fachärztlichen Therapieanpassung
16				
17				
18				
19		X	Hausbesuch 4	anwesend bei Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Kontrolle der Maßnahmen/Verhalten/Hilfsmittelsituation, ggf. Anpassung/Beratung/Edukation, Information Haus- und Facharzt, Wunddokumentation, Terminvereinbarung für Hausbesuch 5 und Telefonzeit
20				
21				
22		X	Büro 4	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwech-sel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten
23				
24				
25				
26		X	Hausbesuch 5	anwesend bei Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Kontrolle der Maßnahmen/Verhalten/Hilfsmittelsituation, ggf. Anpassung/Beratung/Edukation, Information Haus- und Facharzt, Wunddokumentation
27				
28				
29		X	Büro 5	möglichst anwesend zum Verbandwechsel, Vorlage der Verlaufs-dokumentation, Erklärung zu Maßnahmen/Verhalten (Anerkennung für Patienten), ggf. Information/Edukation und Koordination Versorgungspartner bei fachärztlichen Therapieanpassung, Zielauswertung mit Patienten und Facharzt, ggf. Ziellanpassung, ggf. Schlußassessment, Modulabschluß/ggf. neue Modulanlage

TAG	REGELVERSORGUNG		VERTRAGSLEISTUNG	MASSNAHMEN
	FACHARZTKONTAKT	VERBANDWECHSEL DURCHPFLEGEKRAFT ODER ANGEHÖRIGE	INTERVENTION - FALLMANAGEMENT	
1				
2				
3				
4			Büro 1	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwech-sel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Information Haus- und Facharzt
5		X		
6				
7				
8				
9		X	Hausbesuch 1	anwesend bei Verbandwechsel, ggf. Anleitung Patient/Pflegeperson Wunddokumentation mit Foto, Kontrolle der Maßnahmen/Ver-halten/Hilfsmittelsituation, ggf. Anpassung/Beratung/Edukation, Information Haus- und Facharzt, Wunddokumentation, Termin-vereinbarung für Hausbesuch 2 und Telefonzeit
10				
11		X		
12				
13				
14				
15	X	X	Büro 2	möglichst anwesend zum Verbandwechsel, Vorlage der Verlaufs-dokumentation, Erklärung zu Maßnahmen/Verhalten (Anerkennung für Patienten), ggf. Information und Koordination Versorgungspart-ner bei fachärztlichen Therapieanpassung
16				
17		X		
18				
19				
20				
21				
22				
23		X	Hausbesuch 2	anwesend bei Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Kontrolle der Maßnahmen/Verhalten/Hilfsmittelsituation, ggf. Anpassung/Beratung/Edukation, Information Haus- und Facharzt, Wunddokumentation
24				
25		X		
26				
27				
28				
29	X	X	Büro 3	möglichst anwesend zum Verbandwechsel, Vorlage der Verlaufs-dokumentation, Erklärung zu Maßnahmen/Verhalten (Anerkennung für Patienten), ggf. Information und Koordination Versorgungspart-ner bei fachärztlichen Therapieanpassung, Zielauswertung mit Patienten und Haus- oder Facharzt, ggf. Ziellanpassung, ggf. Schlußassessment, Modulabschluß/ggf. neue Modulanlage

FALLMANAGEMENT PRÄVENTION		
 WOCHE	 INTERVENTION - FALLMANAGEMENT	 MASSNAHMEN
1	Hausbesuch 1 Präventionsplanung (ggf. noch im letzten Kontakt in Routine-modul)	Information Patient/Pflegeperson zu geplanten Maßnahmen (Umfangtagebuch, Kompression, Mobilisierung, Ernährung), Kontrolle der vereinbarten Maßnahmen, Zielformulierung mit dem Patienten, Terminvereinbarung, Einweisung Umfangtagebuch (ggf. selbständige Fortführung) / Lagerungs-Entlastungsprocedere
2	Stand by	ggf. Rückruf Patienten/Pflegeperson
3	Büro 1	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwechsel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Abfrage Umfangtagebuch, ggf. Information Haus- und Facharzt
4	Stand by	
5	Stand by	
6	Hausbesuch 2	Überprüfung der Maßnahmen; Auswertung Umfangtagebuch (ggf. selbständige Fortführung) Lagerungs-Entlastungsprocedere
7	Stand by	
8	Stand by	
9	Stand by	
10	Büro 2	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwechsel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Abfrage Umfangtagebuch / Lagerungs-Entlastungsprocedere
11	Stand by	
12	Stand by	
13	Stand by	
14	Hausbesuch 3	Überprüfung der Maßnahmen
15	Stand by	
16	Stand by	
17	Stand by	
18	Büro 3	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwechsel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Abfrage Umfangtagebuch / Lagerungs-Entlastungsprocedere
19	Stand by	
20	Stand by	
21	Stand by	
22	Büro 4	telefonische Erkundigung beim Patienten/bei der Pflegeperson zum Verbandwechsel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Abfrage Umfangtagebuch, ggf. Information Haus- und Facharzt
23	Stand by	
24	Stand by	
25	Stand by	
26	Hausbesuch 4	Entlastungsprocedere, Kontaktangebot Casemanagement bei späteren Komplikationen, Zielauswertung mit Patienten, Information Haus- und Facharzt, Schlußassessment, Modulabschluss

Laufzeit 6 Monate / 8 Kontakte

- INKL. PRÄVENTIVMODUL FÜR 6 MONATE - BEGLEITUNG DER PATIENTEN ÜBER 10 MONATE -	
LEISTUNGSKOMPLEX	INHALT
1	Koordinierende medizinische Leistungen
2	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 1 (BASIS)
3	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 2 (ROUTINE)
4	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 3 (ROUTINE)
5	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 4 (ROUTINE)
6	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 5 (PRÄVENTION)
7	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 6 (PRÄVENTION)
8	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 7 (PRÄVENTION)
9	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 8 (PRÄVENTION)
10	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 9 (PRÄVENTION)



TÄTIGKEIT	BEMERKUNGEN	HÄUFIGKEIT/FREQUENZ
Beteiligung am Ausschreibungsverfahren	vorbereitende Tätigkeiten bis zur Entscheidung: Antragsunterlagen, Kalkulationen, Ansprache potentieller Partner (ICW, WZHH)	2 Monate
Verhandlungsphase	ggf. Vor Ort Termine, Erarbeitung von Vertragsunterlagen, Diskussion, Anpassung	2 Monate
Akquise von teilnehmenden Fallmanagern	Netzwerkarbeit, Anschreiben, Schulung, zentrale Informationen, FAQ, Hotline	laufend
Vertragsabschluss mit Teilnehmern	Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen, Verwaltung, Teilnehmerverzeichnis, Kontierung	laufend
Teilnehmerverzeichnis	Führung, rgm. Versendung an KK oder aktuell auf Homepage	monatlich
Vertragsmarketing	Anwerbung und Information von Kostenträgern und Teilnehmern in direkter Ansprache, Flyer, Homepage	laufend
Homepage zum Vertrag	Betreuung, Information, Schulung, Download	laufend
Dokumentationsplattform	Anpassung, Hosting, Teilnehmerverwaltung, Download: Vertragsinformation, Formulare, Leistungsnachweis, Kommunikation	laufend
monatliche Abrechnung mit den teilnehmenden Kostenträgern	schriftlich, Datenträgeraustausch, Klärung des/der Verfahren, Prüfung und Berichtigung der Leistungsnachweise und Abrechnungsunterlagen der Leistungserbringer, Rechnungslegung, Auszahlung	monatlich
Fachbeirat	administrative Aufgaben, Fachbeiratstreffen	jährlich
stichprobenartige Prüfung der Wunddokumentation		laufend, ansteigend
Prüfung der Verlaufsdocumentation nach 12 Wochen durch Monitor-Arzt		laufend, ansteigend
regionale Fallkonferenzen	online oder real, regional (ost, süd, west, nord)	halbjährlich
Datenbereitstellung für gesundheitsökonomische Bewertung	Dokumentationsplattform	

Vereinbarung

nach § 140a SGB V
(analog der Änderungen durch das Versorgungsstärkungsgesetz)
über die Versorgung von Versicherten mit chronischen Wunden
(insbesondere Ulcus cruris, Dekubitus, sekundär heilende Wunden)

zwischen
der Krankenversicherung
vertreten durch

den einzelnen, qualifizierten Akteuren des Wundnetzes HESSEN über die mamedicon

der Fachgesellschaft
Initiative Chronische Wunden e.V.
vertreten durch Frau Veronika Gerber, Prof. Knut Kröger

im Benehmen
mit dem Haus-Ärztinnen- und -Ärzten-Netz des Kreises XY
vertreten durch

der Managementgesellschaft
mamedicon gmbh
vertreten durch Herrn Uwe Imkamp

für den regionalen Raum
Hessen -

Bearbeitungsstand
06.06.2016

Stand: 06.06.2016   Seite 1 von 10

Präambel

Die Partner dieser Vereinbarung sind davon überzeugt, dass die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden durch verbindlich festgelegte Behandlungspfade und die Förderung einer intensiveren Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten und zertifizierten ambulanten Wundbehandlungseinrichtungen weiter gesteigert werden kann. Die in der Regelversorgung existierenden ungesteuerten und qualitativ intransparenten Einzelleistungen unterschiedlicher Berufsgruppen sollen von einem koordinierten Expertennetzwerk mit gemeinsamen Behandlungsstandards abgelöst werden.

Wichtige Probleme in der ambulanten Wundversorgung sind in dieser Hinsicht:

- o fehlende kausale Diagnostik
- o konsequente sinnhafte Kompression
- o fehlende Adhärenz des Patienten
- o zeitnahe fachärztliche Intervention bei Verschlechterung der Wundsituation
- o unzureichende Beachtung der wundheilungsunterstützenden Faktoren in der Lebensführung und im häuslichen Umfeld
- o Rezidive wegen fehlender fachlicher Begleitung des Patienten nach erfolgter Wundheilung



Diese sollen durch folgende Maßnahmen behoben werden:

- o standardgerechte Diagnostik und Therapie
- o netzinterne Dokumentation der zentralen Dokumentationsinhalte
- o Fallmanagement:
Koordination der Einzelleistungen
Rückmeldesystem zur Wundsituation
Patienten- und Angehörigenbildung
Hausbesuche
rezidiv-prophylaktische Nachbetreuung

Klare Überzeugungen:

- o Die Fallsteuerung des Patienten mit chronischen Wunden, das Einhalten von klar definierten Algorithmen und Rahmenbedingungen bei der Behandlung sowie die eindeutige Zielabstimmung sind die Determinanten der erfolgreichen und ressourcenschonenden Wundtherapie. Dabei soll die Dokumentation auf ein notwendiges Maß reduziert werden.
- o Die Qualitätsanforderungen in Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität werden durch die Wundsiegel-Zertifizierungsinhalte definiert. Dies schließt die bundesweit beachteten Standards des Wundzentrum Hamburg e.V. mit ein. Teilnehmen werden zertifizierte Einrichtungen oder solche, die sich binnen eines Jahres zur Zertifizierung verpflichten und jetzt schon die Kriterien beachten.
- o Regelmäßige Outcome-Messungen weisen die Effekte kurzfristig nach.

Diese Versorgungsstruktur bietet im **Raum Hessen** den betroffenen Versicherten die terminlich koordinierte Behandlung durch ausgewiesenen Wundexperten, Schulung und Anleitung (auch für Angehörige), die Betreuung durch das Fallmanagement (FM-Wunde) mit Hausbesuchen und eine Nachbetreuung nach Wundheilung zur Vermeidung von erneuten Wunden (Rezidive). Das **Fallmanagement** koordiniert und überwacht den gesamten Behandlungsverlauf und reagiert auf individuelle Probleme in der Wundbehandlung. Die beteiligten Fachärzte profitieren von einem verbindlichen Rückmeldesystem des Fallmanagements und in der pflegerischen Versorgung der Wunden. Der Kostenträger sichert für seine Versicherten eine effiziente Versorgung durch die Experten

Stand: 06.06.2016   Seite 2 von 10

in der Versorgungsstruktur und zertifizierte Wundbehandlungseinrichtungen, optimierte und verkürzte ambulante Wundbehandlung, bei Vermeidung von Kosten durch unnötige wundbedingte Krankenhausbehandlung oder Rezidivkrankungen.

Diese Vereinbarung soll zur weiteren Etablierung leitliniengerechter Wundbehandlung und zur koordinierten Zusammenarbeit von Wundexperten aller Berufsgruppen beitragen. Die Aufgaben weiterer Leistungserbringer werden in den Anlagen geregelt.



Anlagen

- Anlage 1 Manual = Standards/Letlinien/Veröffentlichungen/Wundsiegelstruktur und -prozesskriterien
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Hausarztes
- Anlage 2A Anamnesebogen des Hausarztes
- Anlage 3 Teilnahmeerklärung der zertifizierten ambulanten Wundbehandlungseinrichtungen
- Anlage 3A Aufgaben der zertifizierten ambulanten Wundbehandlungseinrichtung
- Anlage 3B Aufgaben Fallmanagement (FM) Wunde
- Anlage 3C Vergütungsvereinbarung Wundbehandlungseinrichtung
- Anlage 4 Teilnahmeerklärung des Versicherten
- Anlage 5 Scoring-Bogen zur Wundbeurteilung
- Anlage 6 Dokumentationsinhalte
- Anlage 6A Grundlage Kompressionstherapie
- Anlage 6B Patientenbildung
- Anlage 7 Gesicherte ICD10 Codierung
- Anlage 8 ggf. KV- Pseudoziffer
- Anlage PD Häusliche Krankenpflege zur Wundversorgung
- Anlage XY Start des Fallmanagements angepasster BRASS Index

Stand: 06.06.2016   Seite 3 von 10

Inhalt

- § 1 Gegenstand und Zielsetzung
- § 2 Geltungsbereich und Versorgungsinhalte
- § 3 Teilnahme und Aufgaben der Hausärzte
- § 4 Teilnahme der Wundbehandlungseinrichtung
- § 5 Fallmanagement Wunde
- § 6 Aufgaben der ICW e.V.
- § 7 Aufgaben der mamedicon gmbh
- § 8 Teilnahme der Versicherten
- § 9 Kooperation mit anderen Leistungserbringern
- § 10 Dokumentation, Evaluation
- § 11 Qualitätssicherung
- § 12 Vergütung
- § 13 Abrechnung
- § 14 Datenschutz
- § 15 Fachbeirat
- § 16 Maßnahmen bei Vertragsverletzung
- § 17 Öffentlichkeitsarbeit
- § 18 Salvatorische Klausel
- § 19 In-Kraft-Treten, Kündigung

Stand: 06.06.2016   Seite 4 von 10

- Bad Neuenahr-Ahrweiler
- Neuwied
- Prüm
- Hillesheim
- Koblenz
- Daun
- Bitburg
- Trier
- Idar-Oberstein
- Bad Kreuznach
- Lauterecken
- Worms
- Mainz
- Frankfurt / Main
- Kaiserslautern
- Ludwigshafen
- Speyer
- Landau



UNSERE PARTNER

...stellen wir Ihnen gern
im gemeinsamen Gespräch vor



Vereinbaren Sie einen Informationstermin mit uns

mamedicon GmbH

Gewerbepark 18
49143 Bissendorf
Internet: www.mamedicon.de
Tel.: 05402 - 70 23 00 Fax: 05402 - 70 23 05

Uwe Imkamp

Geschäftsführer
E-Mail: u.imkamp@mamedicon.de

Maik Stendera

Leiter Kassenmanagement
E-Mail: m.stendera@mamedicon.de
mobil: 0173 - 24 070 15

Eine Gemeinschaftsinitiative mit dem Netzwerk Gesundheitswirtschaft Rheinland-Pfalz



Projektvorstellung

Anlage 9: FM-Schulung – VeMaWu – Projektvorstellung

VeMaWu RLP

Versorgungs**M**anagement **W**unde
in Rheinland-Pfalz

Agenda 12.06.2019

Agenda:

- Stand des Projektes
- Neues aus der Gesundheitspolitik
- Formulare incl. Abrechnungsformulare
- Akquise Studienpatienten
- Kontaktwege und -qualität zu den Studieneinrichtungen und Fallmanagern
- Aufgaben/Zuständigkeiten im Fallmanagement
- Fallkonferenzen
- Informationspolitik bzw. Kommunikation untereinander
- Akquise FM – evtl. Schulungstermine?

Vorstellung untereinander

Wer?

Woher? Regionübernahme (PLZ) im Projekt

Was euch bewegt hat, an dem Projekt teilzunehmen?

Zusammenfassung des Projektaufbaus

Umsetzung:	Rechtsgrundlage für die Umsetzung im Projekt: A - §140a SGB V Besondere Versorgung mit den Konsortialkrankenkassen B - § 630a BGB Behandlungsvertrag
Region:	Bundesland Rheinland-Pfalz regionale Zentren: Kliniken; MVZ; REHA Einrichtung; DFS/DFU Schwerpunktpraxen
Krankenkassen:	§ 140a SGB V Techniker Krankenkasse 14 GWQ assoziierte Krankenkassen IKK Südwest
GKV-Versicherte:	§ 630a BGB GKV-Versicherte aller weiteren gesetzlichen Krankenversicherungen

Übersicht der geplanten und aufgebauten Studieneinrichtungen



derzeit 14
Studieneinrichtungen

weitere in Planung
•Ludwigshafen
•Daun

Bisherige Erfahrungen im Fallmanagement

Aus Patientensicht:

- sehr hohe Zufriedenheit
- hohe Therapietreue
- gute Information
- „Es nimmt mich jetzt jemand an die Hand, der sich kümmert und auskennt.“
- Heilungstendenzen sichtbar
- klare Absprachen und Zielvereinbarungen
- jeder weiß, wie es weiter geht

Bisherige Erfahrungen im Fallmanagement - positiv

Aus Fallmanagementsicht:

- sehr hohe Zufriedenheit
- Hohe Motivation
- hohe Akzeptanz des Fallmanagements

- „Es ist anders als in meinem sonstigen Alltag. Ich erfahre aufgrund anderer Fragestellungen in kurzer Zeit mehr vom Teilnehmer.“
- „Ich kann es durch meine Legitimation – Beauftragung durch das Innovationsfondprojekt - in die Hand nehmen.“
- „Ich habe die Zeit, um die Themen die den Patienten bedrücken, anzusprechen.“

Bisherige Erfahrungen im Fallmanagement - kritisch

Aus Fallmanagementsicht:

- Kommunikationskonflikte
- Konflikte im Prozess des Gesundheitssystems
- Teilnehmer spielen Behandler gegeneinander aus
- kritische Ansprache von Themen (Dauerrezepte, Zahl der Arztbesuche usw.)
- kritische Betrachtung von außen (Konkurrenz, Kontrolle)

Fachliche Infrastruktur durch das Wundnetz Rheinland-Pfalz



- 2016 aus dem Wundnetz Mainz heraus gegründet
- bisher 8 regionale Sektionen
- Mitglieder: Ärzte, pflegerische Wundexperten, med. Einrichtungen, Leistungserbringer
- Netzwerk-Treffen der Sektionen mit integrierten Qualitätszirkeltreffen zum Projekt

Rheinland-Pfalz

Landkreise und kreisfreie Städte



Evtl. Dr. Lutz Sektion
Bernkastel/Wittlich

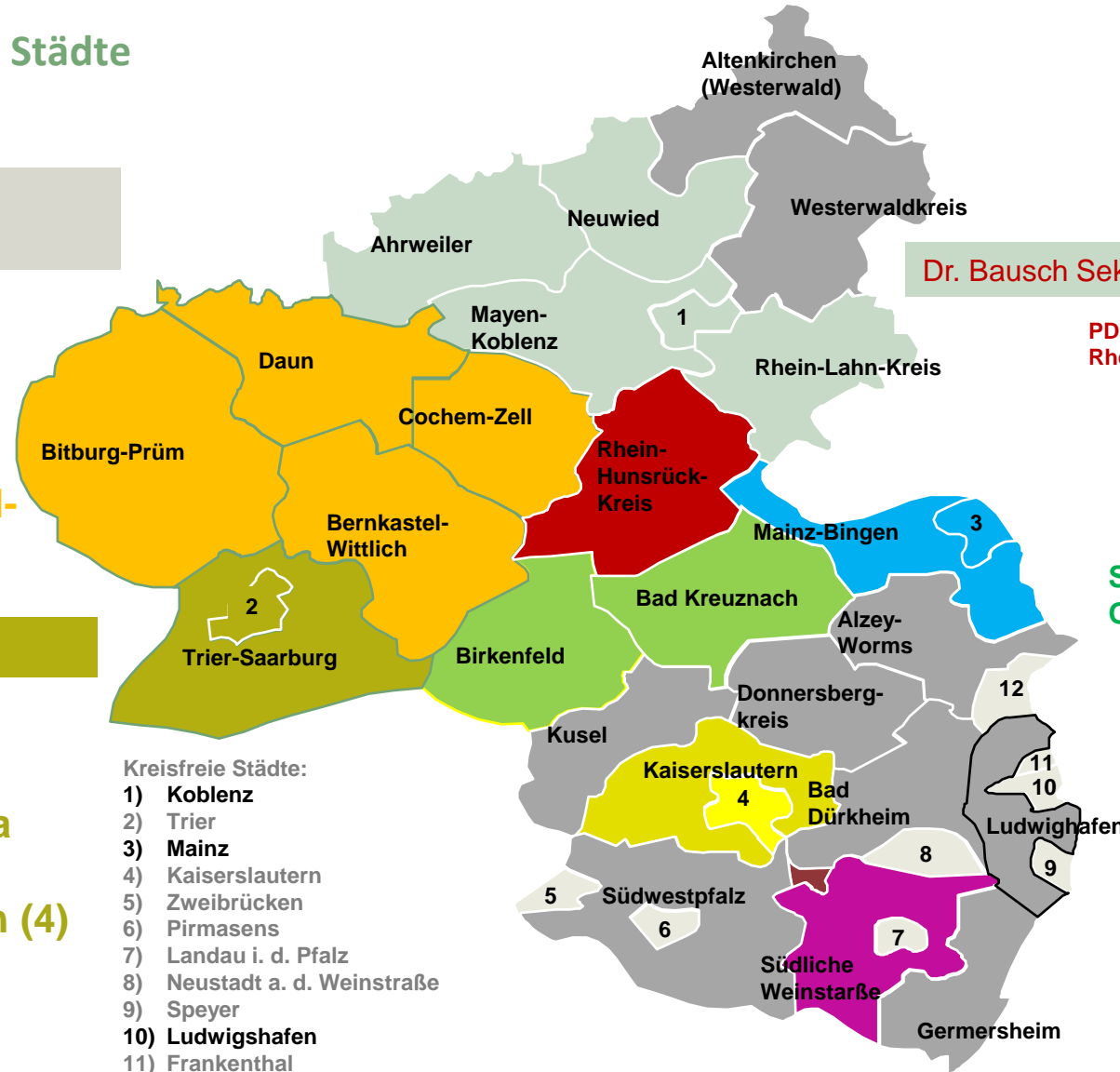
Dr. Brümmer, Heike
Schwarz
Sektion EMH -Eifel-Mosel-
Hunsrück

Dr. Liesenfeld Trier WUM

Dr. Hausmann, Fr. Anja
Taubenreuther
Sektion Kaiserslautern (4)

Kreisfreie Städte:

- 1) Koblenz
- 2) Trier
- 3) Mainz
- 4) Kaiserslautern
- 5) Zweibrücken
- 6) Pirmasens
- 7) Landau i. d. Pfalz
- 8) Neustadt a. d. Weinstraße
- 9) Speyer
- 10) Ludwigshafen
- 11) Frankenthal
- 12) Worms



Dr. Bausch Sektion Rhein/Lahn (1)

PD Dr. Gunnar Riepe
Rhein-Mosel in Planung!

Dr. Marc Morgenstern, Dr. Colline Nittel,
Sektion Mainz (3)

Sektion Bad Kreuznach/Idar-
Oberstein

Dr. Petra Kullick, Fr. Weis
Sektion SÜW

Aktuelle Informationen unter: www.vekawu.de

VeMaWu RLP

Versorgungs**M**anagement **W**unde
in Rheinland-Pfalz

PROJEKTSKIZZE +

PROJEKTKONSORTIUM

KOOPERATIONSPARTNER

RELEVANZ

PATIENTENSEITE

AKTUELLES +



Aktuelles



Relevanz



Patientenseite




Projektkonsortium



Projektskizze

Abrechnungsformular – personalisiert – im Word zu nutzen

Benjamin Kolb Hauptstraße 28 67707 Schopp	Identifikation: VeMaWu R 010Ko	 The Strategic Management of Waste in the Medical Field
	Version: 1.0	
	Datum: 22.10.2018	
Seite: 1 / 2		

Fallmanager: Benjamin KOLB
Hauptstraße 28
67707 Schopp

E-Mail: benjamin.kolb@vemawu.de
Tel.-Nummer: 0170 – 52 70 345
Steuer-ID: 64 320 857 592

An die
mamedicon GmbH
z.Hd. Herrn Uwe Imkamp
Gewerbepark 18
49143 Bissendorf

—> per Fax an: 0 54 02 – 70 23 05 <—

RECHNUNG Nr.: _____ VeMaWu-Fallmanager-W105
Durchführung eines Fallmanagements im Rahmen des Studienprojektes VeMaWu RLP

Sehr geehrte Damen und Herren, Datum _____
hiermit stellen wir Rechnung für folgende Leistungen:

Patienten-ID	Modulzuordnung	
->	<input type="checkbox"/> Modul 1 (270,00 €)	von: _____ bis: _____
	<input type="checkbox"/> Modul 2 (120,00 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Modul 3 (32,50 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Patienten-ID	Modulzuordnung	
->	<input type="checkbox"/> Modul 1 (270,00 €)	von: _____ bis: _____
	<input type="checkbox"/> Modul 2 (120,00 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Modul 3 (32,50 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Patienten-ID	Modulzuordnung	
->	<input type="checkbox"/> Modul 1 (270,00 €)	von: _____ bis: _____
	<input type="checkbox"/> Modul 2 (120,00 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Modul 3 (32,50 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Patienten-ID	Modulzuordnung	
->	<input type="checkbox"/> Modul 1 (270,00 €)	von: _____ bis: _____
	<input type="checkbox"/> Modul 2 (120,00 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Modul 3 (32,50 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Patienten-ID	Modulzuordnung	
->	<input type="checkbox"/> Modul 1 (270,00 €)	von: _____ bis: _____
	<input type="checkbox"/> Modul 2 (120,00 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Modul 3 (32,50 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Patienten-ID	Modulzuordnung	
->	<input type="checkbox"/> Modul 1 (270,00 €)	von: _____ bis: _____
	<input type="checkbox"/> Modul 2 (120,00 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Modul 3 (32,50 €)	Monat: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

erstellt/revidiert: Uwe Imkamp	überprüft/freigegeben: Elke Bützen-Wagner / Uwe Imkamp
Datum: 22.10.2018	Datum: 22.10.2018

Bitte zum Ende des Quartals einreichen (um den 20zigsten herum)

Per Mail an Uwe Imkamp

Weitere Themen

IHK – Versicherung Nur beratende Tätigkeit eintragen, nicht den Beruf

Fallbesprechung / Fallkonferenz

- Vorstellung der Fälle untereinander
 - Probleme / Erfahrungen / Feedback (emotionales Feedback)
 - Erfolge vorstellen
-
- FAQ zusammen tragen / Widrigkeiten/Hürden im Gesundheitssystem

Edukation

- Edukationsthemen ausreichen?

Was benötigt ihr zu einer guten Patientenschulung – Edukation?

- Wundpaß – höhere Transparenz
- Flyer ICW
- weiteres Materialien?
- „Info-Mappe“ Arztberichte (geschlossener Schrank – DSGVO)

Weitere Themen

Arztbericht? Wird er benötigt um eine gute Kommunikation aufzubauen

Produktschrank fotografieren

Frage: Podcast – wer will an einer Serie mitarbeiten?

Urlaubsplanung / Vertretungen untereinander festlegen

Termine QZ informieren (KW 2019)

E-Learning

www.md-institute.com/de/e-learning.html

Incl. QR Code

Der Zugang zu dem Tool ist kostenlos. Allerdings ist eine Registrierung für das Zertifikat erforderlich.

Innovationsfondprojekt VeMaWu

VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz / VeMaWuRLP

Projektstart: 01.05.2018

Koordinierte Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz

„Informationsveranstaltung für interessierte Fallmanager“

14.06.2018

Innovationsfonds-Projekt 2018 – 2021

Titel: **VersorgungsManagement Wunde** in Rheinland-Pfalz / **VeMaWuRLP**
Koordinierte Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz

Antragsteller: Das Konsortium für das Projekt besteht aus folgenden Partner:

- mamedicon GmbH, Bissendorf (Konsortialführer)
- Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz
- GWQ ServicePlus AG Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen
- Hochschule Ludwigshafen

Projektpartner: Als Projektpartner sind benannt:

- Wundnetz Rheinland-Pfalz e.V. (Mainz) mit seinen Sektionen
- Initiative Chronische Wunden e.V. (Quedlinburg)
- Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (Berlin)
- InnoNet HealthEconomy e.V. (Mainz)

Innovationsfonds-Projekt 2018 – 2021

Kontakt:

mamedicon GmbH
Uwe Imkamp; Elke Butzen-Wagner; Maik Stendera
Gewerbepark 18
49143 Bissendorf
0172 – 76 17 497

Projekt-Partner:

The logo for mamedicon, featuring the word "mamedicon" in a lowercase, sans-serif font. The "ma" is in black, and "medicon" is in green. A green rectangular bar is positioned behind the "medicon" part of the text.

The logo for Hochschule Ludwigshafen am Rhein, consisting of a stylized red graphic of vertical bars of varying heights to the left of the text "Hochschule Ludwigshafen am Rhein" in a black, sans-serif font.

The logo for GWQ+ SERVICEPLUS AG, featuring the letters "GWQ" in a large, bold, black font with a plus sign, and "SERVICEPLUS AG" in a smaller, black font below it.

The logo for TK die Techniker, featuring the letters "TK" in a white, bold font inside a blue square, with "die Techniker" in a smaller, white font below it.

Zusammenfassung

- Versorgungsziel: Etablierung eines **flächendeckenden Versorgungsmanagements** zur Begleitung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz zur Erreichung einer höheren **Therapietreue und besserer Therapieergebnisse**. Aufzeigen der Übertragbarkeit der Versorgungslogik auf multi-morbide und hochaltrige Menschen.
- Versorgungsform: Aktive **sektorenübergreifende Begleitung und Unterstützung** von Menschen mit chronischen Wunden durch **Fallmanager** und aktives Fallmanagement.
- Rechtsgrundlage: Für die Umsetzung im Projekt: §140a SGB V Besondere Versorgung
- Region der Maßnahmen / Interventionen: Bundesland Rheinland-Pfalz

Zusammenfassung

Einschlusskriterien¹: Menschen mit schlecht heilenden (chronischen) Wunden (mindestens **vier Wochen Heilungsstagnation**, nach erster medizinischer Dokumentation oder bei Krankenhausentlassung), Ulcus cruris; Dekubitus; Diabetisches Fußsyndrom (DFS) – **direkt (Ergänzung)**;

Ausschlusskriterien²: Als Ausschlusskriterien sind definiert: Alter <18 Jahre, Lebenserwartung <1 Jahr, tatsächlich beeinträchtigende (Ergänzung) kognitive Defizite aufgrund von z.B. Demenzerkrankungen, aktive Suchterkrankungen mit Medikamenten, Alkohol und/oder Drogen, psychiatrische Erkrankungen, Herzinsuffizienz - NYHA IV.

Evaluation

Evaluierendes Institut: Hochschule Ludwigshafen am Rhein, Ernst-Boehe-Str. 4, 67059 Ludwigshafen

Methodik: **Randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie** mit quantitativen und qualitativen Teil (Mixed-Method-Design), Interventionsgruppe mit Fallmanagement, Vergleichsgruppe – „usual care“ ohne Fallmanagement, quantitativer Teil: primäre Zielgröße: Heilungsrate; sekundäre Zielgrößen: u.a. Krankenhauseinweisungen, Amputationsrate, Lebensqualität, Kosten. Qualitativer Teil: primäre Zielgröße: Verbesserung der Effektivität der interdisziplinären Zusammenarbeit, sekundäre Zielgröße: Einfluss auf soziales Umfeld.

Beim Einschluss von **1.000 Patienten** – statistisch signifikant nachweisbarer Unterschied in Heilungsrate: 8,5 Prozentpunkte

Ziele des Projektes

- medizinbezogen:

1. Nachweis, **Erhöhung der Heilungsraten** durch das Fallmanagement
2. **Reduktion von Krankenhauseinweisungen** durch das Fallmanagement
3. Nachweis, **Reduktion von Amputationsraten** bei bestehendem DFS durch das Fallmanagement
4. Nachweis, **Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen** durch das Fallmanagement
5. Nachweis, zu **erzielender ökonomischer Effekte** durch das Fallmanagement

- systembezogen:

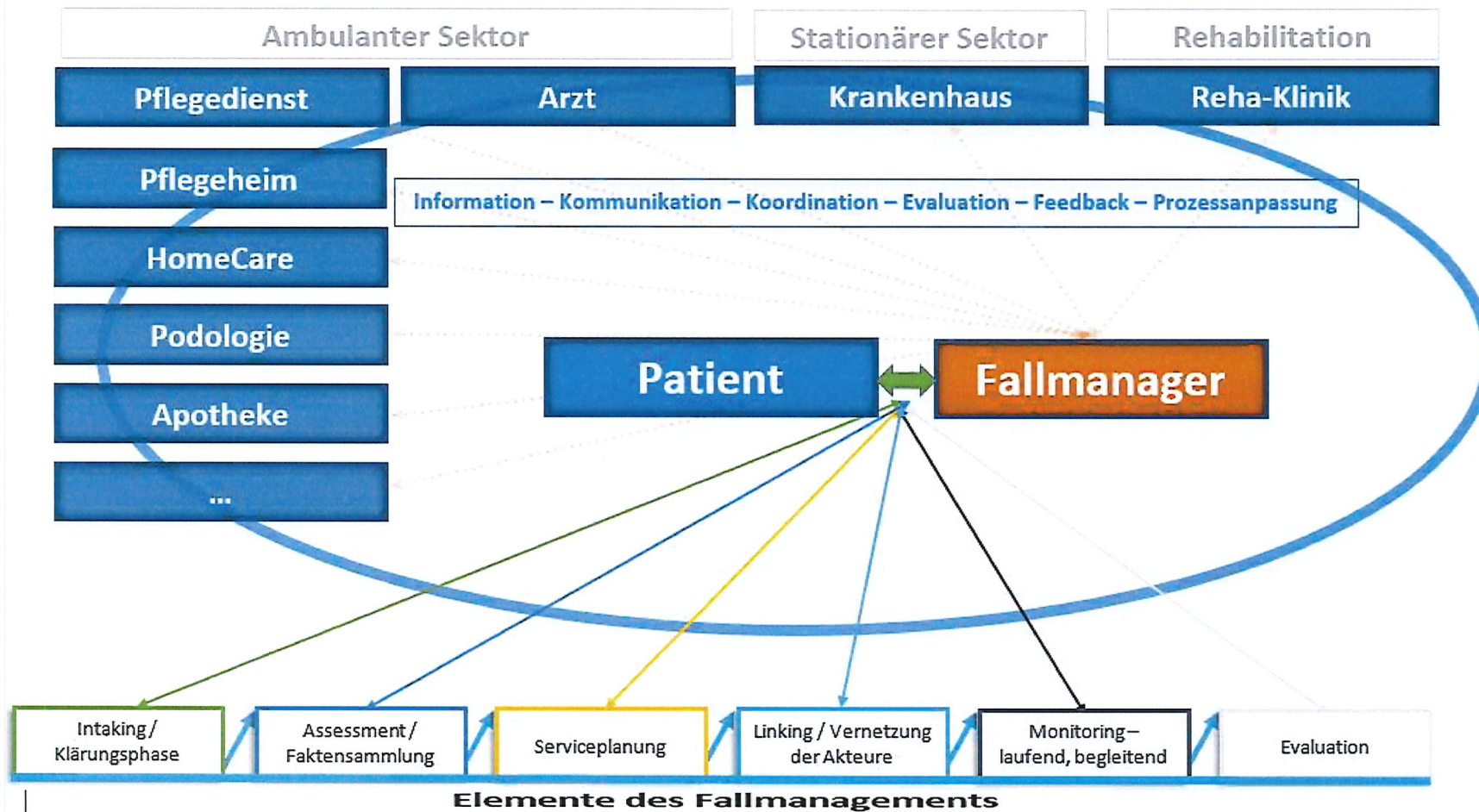
1. **Qualitätssicherung** durch Standards in der Umsetzung des Versorgungsmanagements Wunde
2. Etablierung eines **sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements** Wunde
3. Weiterentwicklung einer bestehenden **IT-Lösung** zur Steuerung des Versorgungsmanagements
4. **Erarbeitung** neuer, optimierter, interdisziplinärer und intersektoraler **Standards** zum Versorgungsmanagement Wunde

Spezifische, messbare Indikatoren zur Zielerreichung

- **500** im Rahmen des Versorgungsmanagements **begleitete Menschen** mit chronischen Wunden, Erhebung definierter Versorgungsdaten (z.B. Heilungsraten, KH-Einweisung, Arbeits-unfähigkeitstage, Amputation von Extremitäten, Auftreten von Wundinfektionen, Material-Versorgungskosten, Kosten Pflegedienst).
- Aufbau eines **Vergleichskollektivs** von **500 Patienten** durch initiale Randomisierung.
- Evaluation der erhobenen Versorgungsdaten und wirtschaftliche Bewertung.
- Erhebung der Lebensqualität.
- Erhebung der Effekte (u.a. Therapietreue, Rezidivtendenz, Adhärenzverhalten) zwischen einer begleiteten Projekt-Population im Sinne eines Nachsorge- oder Präventiv-Moduls und eines nicht begleiteten Vergleichskollektivs.

Die Indikatoren werden im Rahmen des Versorgungsprozesses durch standardisierte Messverfahren, zum Teil mehrfach im Verlauf in elektronisch auswertbarer Form erhoben.

Grafik „Elemente des Fallmanagements“



Versorgungsverlauf

Start des Prozesses des ersten Patienten ab 01.11.2018

Start gemeinsam mit dem Patienten erfolgt in einer Vertragsklinik (wie z.B.: Klinik, MVZ, niedergelassene Praxen)



Patienten geeignet je nach Einschluss¹¹- und Ausschlusskriterien¹².



Je nach Zuweisung durch die Hochschule (Wahlverfahren/PLZ-Zuordnung) Zuordnung zum Fallmanager oder Vergleichskollektiv (hier wird der FM nicht aktiv)



Besprechung der notwendigen Maßnahmen mit allen an der Versorgung beteiligten Akteuren durch den Fallmanager (Maßnahmen, Wege und Ziele werden abstimmen)



Die erforderlichen edukativen Maßnahmen für den Patienten und seinen Angehörigen werden vereinbart und durchgeführt (**Kernstück: Schulungsbedarf um den Schulungserfolg zur Beurteilung von Compliance und Adhärenz zu erfassen**)

Versorgungsverlauf

Start des Prozesses ab 01.11.2018

Durch zielführende und steuerbare Leistungen des Fallmanagements soll **eine transparente und beeinflussbare Versorgungssituation** zur erfolgreichen Wundbehandlung geschaffen werden:

- fallbezogene Assessments
- Sicherstellung der Kommunikation und Informationsweitergabe an alle Akteure
- komplexe und regelhafte Fallevaluation
- Edukation von Patienten und deren Angehörigen

Die dazu mit dem Betroffenen zu vereinbarenden kurz- und mittelfristigen Ziele dienen der Motivation und Messung der Zielerreichung (verbesserte Lebensqualität: Geruch, Schmerz, Mobilität, Selbständigkeit und Therapietreue)

Kennzeichen der neuen Versorgungsform

1. Die standardisierte qualitätsgesicherte Koordination der Leistungserbringung unter Beachtung der ICW-Wundsiegel Kriterien¹⁷.
2. Die sektorübergreifende Koordination (Fallmanagement) von Einzelmaßnahmen zur Verbesserung:
 - Von Patienten-Compliance und –Adhärenz
 - des medizinischen Outcomes, Patientenedukation
 - Vermeidung von Fehlverhalten nach der Abheilung
 - Förderung der Rezidivprophylaxe durch den Fallmanager (Definition Fallmanagement).
3. Das enge interdisziplinäre Zusammenspiel aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapie, Podologie, Verbandmittelversorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige)
4. Die aktive Einbeziehung des Patienten durch eine situationsspezifische Schulung sowie Coaching.
5. Die zentrale Datenerfassung und Qualitätssicherung mittels einer webbasierten Steuerungsplattform

¹⁷ ICW Wundsiegel Leitfaden, https://www.icwunden.de/fileadmin/Wundsiegel/ICW_Downloads/003_PDF_Wundsiegel_formal/2016_WS66_D_ICWundsiegel_Informationleitfaden.pdf, abgerufen am 15.05.2017

Die Versorgung mit begleitendem Versorgungsmanagement Wunde unterscheidet sich zur Regelversorgung wie folgt

siehe auch SOP:

- **Empowerment der Patienten und Achtung des Menschen als körperlich-seelisches Wesen** (biopsychosozialer Ansatz): Der Patient wird durch klare Information als aktiver Therapie-Partner in die Behandlung integriert und übernimmt so Mitverantwortung („shared decision-making“).
- Für den gesamten Versorgungsprozess von der Indikation über die Zielvereinbarung bis zur Therapierealisation wird ein biopsychosozialer Ansatz verfolgt.
- **Prozessstandardisierung und -integration:** Standardisierte Prozesse, ein definierter Kriterienkatalog zur systematischen Therapieentscheidung, sowie eine gemeinsame Datenbasis und einheitliche Datenverarbeitung stellen sicher, dass jedem der behandelnden Personen über alle Sektoren und Versorgungsstufen hinweg ein umfassendes individuelles Bild des Patienten mit den Informationen aller Disziplinen jederzeit zugänglich ist.
- **Patientenbetreuung und Zielvereinbarung:** Zwischen Patient, Versorgungsmanager und Arzt werden bereits frühzeitig ausführliche Informationsgespräche geführt und ein individuelles Ziel vereinbart, welches zwischen den Sektoren aktiv kommuniziert wird. Der gesamte Versorgungsprozess wird auf das Erreichen eines zu Beginn definierten Behandlungsziels abgestimmt. Um den Patienten durch den gesamten Behandlungsverlauf optimal zu begleiten, wird ihm ein persönlicher Fallmanager zur Seite gestellt. Zusätzlich soll eine am Beginn der Versorgung stehende, interdisziplinär ausgerichtete Patientenschulung stattfinden.

Die Versorgung mit begleitendem Versorgungsmanagement Wunde unterscheidet sich zur Regelversorgung wie folgt

- **Feedbackrunden & Steuerkreistreffen:** Der Versorgungsprozess wird auf Basis der bisherigen Erfahrungen und Zwischenergebnisse bei regelmäßigen Fallkonferenzen der Kooperationspartner zur permanenten Behandlungsoptimierung abgestimmt und weiterentwickelt. Für den Erfolg der Behandlung ist eine regelhafte Überprüfung sowie Adaptierung der Versorgungsziele und Versorgungsoptionen entscheidend. Relevante Zwischenergebnisse wären:
 - **Wundbezogen:** verbessertes Wundinfektionsverhalten, Verringerung der Wundgröße, verbessertes Exsudatverhalten, verbessertes Schmerzverhalten, Ödemreduktion, Rezidivvermeidung.
 - **Patientenbezogen:** Veränderung: des Schmerzverhaltens, der Mobilität, des Schlafverhaltens, der Motivation, des Angstverhaltens, des Abhängigkeitsgefühls.Durch den verbesserten Informationsaustausch zwischen den Akteuren wird eine optimierte Versorgungsleistung gewährleistet.
- **Dokumentation:** Während des Behandlungsprozesses werden die patientenbezogenen Parameter wie z.B. Schmerz, Einhaltung der vereinbarten therapieunterstützenden Maßnahmen sowie Therapieergebnisse und Lebensqualität bzw. Zufriedenheit erfasst.

Um die Information und direkte Einbindung des Patienten und seines Umfeldes in den Heilungsprozess sicherzustellen, werden folgende neue Instrumente geschaffen

- 1. Fallführung/Versorgungsmanagement:** Ein Fallmanager wird dem Patienten für das Koordinieren der notwendigen Schritte angeboten. Dieser Fallmanager wird anhand eines definierten Assessments, die Versorgungsbedarfe erheben und mit dem Patienten, seinen Angehörigen und den ärztlichen und pflegerischen Entscheidern diskutieren.
- 2. Zielvereinbarung:** Der Fallmanager (Versorgungsmanager) vereinbart gemeinsam mit dem behandelnden Arzt und dem teilnehmenden Patienten ein individuelles Ziel („shared decision-making“). Danach werden zielführende Maßnahmen eingeleitet bzw. geschult und deren Einhaltung sowie Erfolg evaluiert.
- 3. Schulungskonzept:** Das Schulungskonzept erfasst auf patientengerechte Weise alle relevanten heilungsfördernden Begleitthemen in der Versorgung von chronischen Wunden. Der Versorgungsmanager wird in der didaktischen Anwendung des Konzeptes geschult. Der Lernerfolg der Patienten wird durch die Erfassung der Einhaltung geschulter Maßnahmen reflektiert.

Um die Information und direkte Einbindung des Patienten und seines Umfeldes in den Heilungsprozess sicherzustellen, werden folgende neue Instrumente geschaffen

- 4. Rezidivprophylaxe / Nachsorgemodul:** Nach erfolgreichem Wundverschluss müssen bestimmte prophylaktische Maßnahmen fortgesetzt werden um eine erneute Läsion der Haut zu vermeiden. Hierzu berät der Versorgungsmanager den Patienten in definierten Abständen und kontrolliert die Einhaltung vereinbarter Maßnahmen.
- 5. EDV-basierte Steuerungsplattform:** Um notwendige standardisierte Maßnahmen zu beauftragen und für alle Behandlungspartner sichtbar zu dokumentieren ist die Nutzung der Steuerungsplattform für alle Behandlungspartner verpflichtend.
- 6. Sicherstellung der Kompressionstherapie:** Die konsequente Einhaltung von Kompressionsmaßnahmen ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor bei phlebologisch bedingten Ulzerationen der unteren Extremität.

Verbesserung der Versorgung

Das Fallmanagement Wunde führt durch den strukturierten direkten Kontakt zum Betroffenen und den geplanten sowie evaluierten Kontakt zu den relevanten Akteuren in der Wundversorgung zur

- Verbesserung der Versorgungsqualität: durch abgestimmte, koordinierte, interprofessionelle Versorgung, Verbesserung der Heilungsraten, Vermeidung von Rezidiven durch gezielte professionelle Nachsorge, messbar verbesserte Lebensqualität des betroffenen Menschen.
- Verbesserung der Versorgungseffizienz durch adäquate Diagnostik zur Vermeidung inkonsequenter, unwirtschaftlicher Therapieversuche, ambulantes Management von Interventionen zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, optimierte Versorgung mit Verbandmitteln.
- Optimierung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit durch die koordinierende und informierende Funktion des Fallmanagements, die Unterstützung durch die Netzadministration (Managementgesellschaft als definierte intersektorale Schnittstelle), sowie die nachgewiesene Struktur- und Prozessqualität der beteiligten Leistungserbringer.
- Interdisziplinären Zusammenarbeit durch fallbezogene und netzwerkspezifische Kommunikation über Information und Maßnahmenplanung des Fallmanagements, eine webbasierte Dokumentation für alle Versorgungspartner sowie die Beteiligung an Fallkonferenzen.

Umsetzungspotenzial durch helfende und unterstützende Akteure

- Wundnetz RLP
- Fachgesellschaft Initiative chronische Wunden e.V.
- wissenschaftlichen Begleitung durch die Hochschule Ludwigshafen am Rhein
- Pflegekammer RLP
- Ministerien für Gesundheit und Wirtschaft

Die im Projekt geplante Erstellung von Curricula, Leitfäden und die späteren Veröffentlichungen von Best Practice-Beispielen werden die Überführung unterstützen.

Rechtliche Aspekte

a) Schutz der Patientenrechte

Das Konsortium gewährleistet jederzeit den Schutz der teilnehmenden Patienten durch die Einhaltung sämtlicher geltenden Gesetze, Vorschriften und Leitlinien. Zum Schutz der Patientenrechte wird mit jedem Patienten eine vorgelagerte Beratung zu den Vorteilen eines Versorgungsmanagements Wunde und ein Aufklärungsgespräch im Sinne seines Wahlrechts, der freiwilligen Zustimmung zur Durchführung eines Versorgungsmanagements Wunde und einer Erklärung zur Erlaubnis des Datenaustauschs im Rahmen des Versorgungsmanagements Wunde durchgeführt, sowie mit Patientenunterschrift dokumentiert.

b) Zugang zu Sekundärdaten

Die für die Evaluation des Projektes notwendigen Sekundärdaten stellt die Techniker Krankenkasse sowie die GWQ ServicePlus AG zur Verfügung. Der Zugang und die Nutzung dieser Daten erfüllt die Anforderungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Patientendaten werden nur anonymisiert weiterverarbeitet. Weitere rechtliche Aspekte liegen nicht vor.

c) Datenschutz

Selbstverständlich werden die datenschutzrechtlichen Standards beachtet. Die genutzte EDV-Dokumentationsplattform wurde bereits im Rahmen einer Studie vom Landesdatenschutz geprüft.

Die Kommunikation im Rahmen der sozialrechtlichen Informationen läuft über VPN getunnelte, verschlüsselte Leitungen.

Mögliche Vertragsklinikspartner

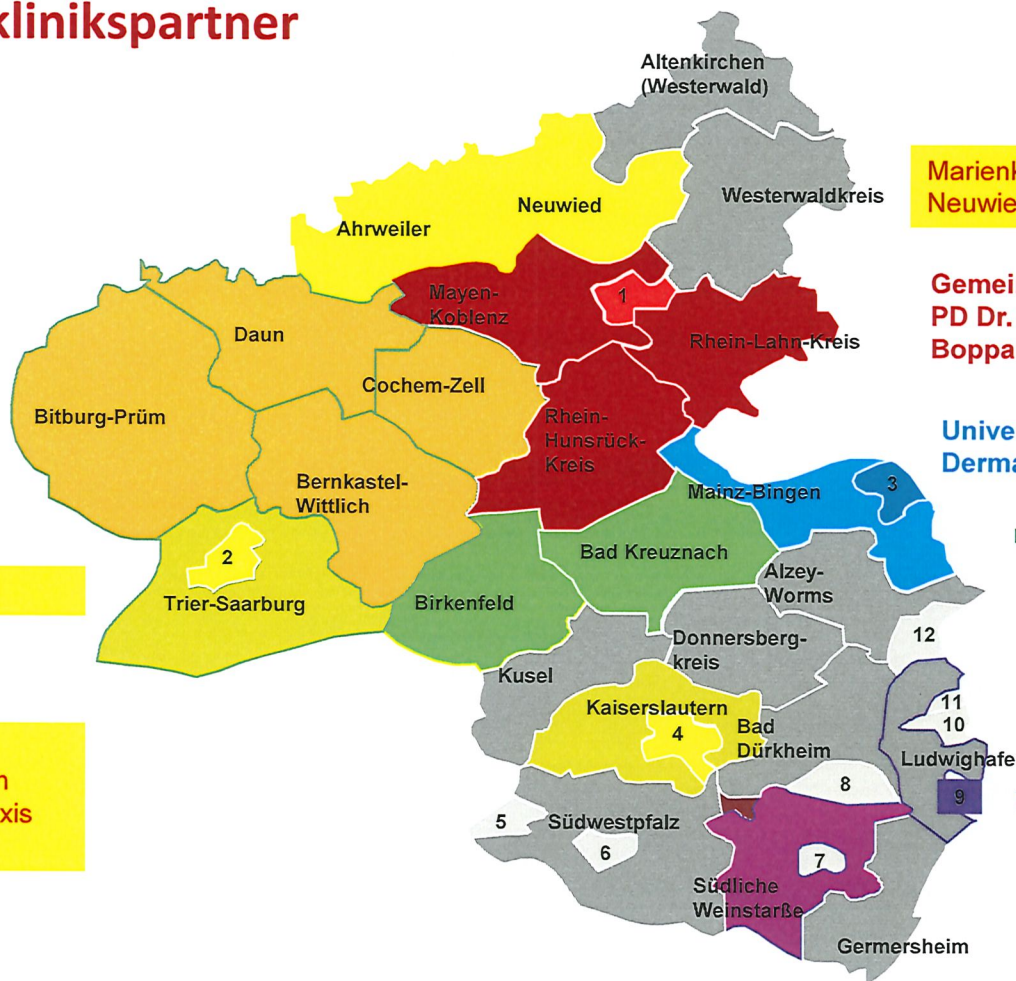
Kreisfreie Städte:

- 1) Koblenz
- 2) Trier
- 3) Mainz
- 4) Kaiserslautern
- 5) Zweibrücken
- 6) Pirmasens
- 7) Landau i. d. Pfalz
- 8) Neustadt a. d. Weinstraße
- 9) Speyer
- 10) Ludwigshafen
- 11) Frankenthal
- 12) Worms

noch offen

MVZ Brüderkrankenhaus Trier

MVZ Landstuhl;
Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern
Internistische Gemeinschaftspraxis
Kaiserslautern



Marienkrankenhaus
Neuwied/Ahrweiler

Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein
PD Dr. Gunnar Riepe
Boppard

Universitätsklinikum Mainz
Dermatologie und Gefäßchirurgie

noch offen

Diakonissen Krankenhaus Speyer

Edith-Stein Klinik Rehaklinik
Bad Bergzabern

Darstellung der Vorgehensweise – Arzt

Beratung, Aufklärung, Einschluss in die IV, Mitwirkung Randomisierung, Einschreiben -T0- von 1.000 Patienten; Dokumentation, Leitung monatlicher Fallkonferenzen und Qualitätszirkel, Konzeptionierung der Schulungsinhalte -Arzt-, Schulung der beteiligten Leistungserbringer -Arzt-. Folgerhebung T6 und T12;

Einschluss	T6	T12
Beratung, Aufklärung, Einschluss in die IV, Mitwirkung Randomisierung, Einschreiben -T0-, Datensammlung inkl. Vorgeschichte, aktuelle Erhebung in Dokumentationsplattform 1,5 h	-T6-, Stuserhebung, LQ, Datensammlung, aktuelle Erhebung in Dokumentationsplattform 1,0 h	-T12-, Stuserhebung, LQ, Datensammlung, aktuelle Erhebung in Dokumentationsplattform 1,0 h
Voraussichtlicher Erlös Einschreibung pro Pat.: ca. 72,00 €	ca. 48,00 €	ca. 48,00 €
Leitung monatlicher Fallkonferenzen und Qualitätszirkel	ca. 4 h / Monat / 24 Monate	
Voraussichtlicher Erlös Netzbetreuung: ca. 192,00 € / Monat		

Darstellung der Vorgehensweise – Fallmanagement

Aufgaben: Begleitung von ca. 500 Patienten im Sinne des Fallmanagements, basierend auf klaren Arbeitsabfolgen und Logiken. Patienten- und Angehörigen-Edukation; Kommunikation mit allen Partnern; Pflege der Dokumentationsplattform; Erfassung von (anonymisierten) Versorgungsdaten; Teilnahme an Fallkonferenzen, Teilnahme an Qualitätszirkel, Teilnahme an Fortbildungen,

Start-Modul (Monat 1)	9 Stunden	Routine-Modul (Monate 2-6)	20 Stunden	Präventions-Modul (Monate 6-12)	6,50 Stunden
1) Initialkontakt mit dem Patienten und den Ärzten im Krankenhaus / MVZ 2) 4x Hausbesuche, Anamnese, Wund-Assessment, Beratung, Start Edukation 3) 4xBüroadministration, Dokumentation, Telefonkontakt mit dem Patienten,...	1,00 h je 1,75 h (7,00h) je 0,25 h (1,00h)	(1) 2x Hausbesuche, Wund-Assessment, Beratung, Edukation, Evaluation (3) 3xBüroadministration, Dokumentation, Telefonkontakt mit dem Patienten,...	je 1,25 h (2,50h) je 0,50 h (1,50h)	(1) 4x Hausbesuche in 6 Monaten, Beratung, Edukation, Evaluation (3) 3xBüroadministration in 6 Monaten, Telefonkontakt mit dem Patienten,...	je 1,25 h (5,00h) je 0,50 h (1,50h)
Voraussichtlicher Erlös pro Pat.:		(Monat):	120,00 € / Monat	(für 6 Monate)	195,00 €
	270,00 €	(5 Monate)	600,00 €		

Fallmanager-Schulung

Block 1

Wochentag	Datum	Uhrzeit
Donnerstag	25.10.2018	10:00-17:30 Uhr
Freitag	26.10.2018	09:00-16:30 Uhr
Montag	29.10.2018	10:00-17:30 Uhr
Dienstag	30.10.2018	09:00-16:30 Uhr

Block 2

Wochentag	Datum	Uhrzeit
Dienstag	18.12.2018	10:00-17:30 Uhr
Mittwoch	19.12.2018	09:00-16:30 Uhr

Block 3

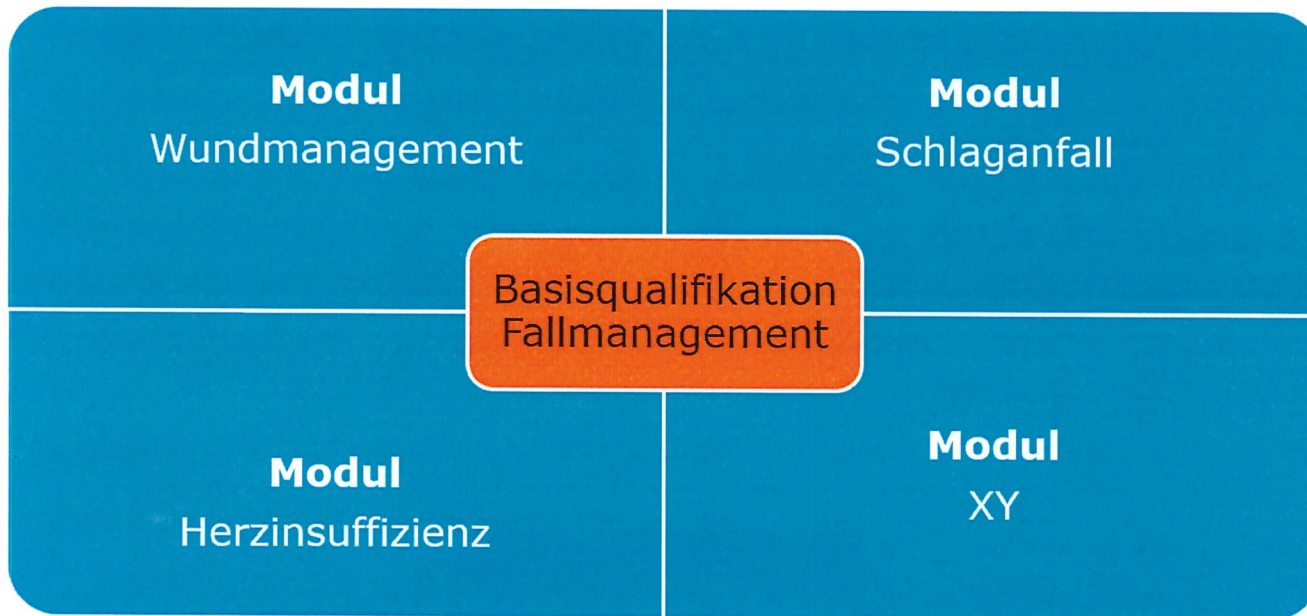
Wochentag	Datum	Uhrzeit
Dienstag	22.01.2019	10:00-17:30 Uhr
Mittwoch	23.01.2019	09:00-16:30 Uhr
Donnerstag	24.01.2019	09:00-16:30 Uhr

Fallmanager

Ziel der Schulung ist es die Fallmanager zu befähigen in

- die standardisierte qualitätsgesicherte Koordination der Akteuren
- die sektorübergreifende Koordination von Einzelmaßnahmen
- das enge interdisziplinäre Zusammenspiel aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapie, Podologen, Verbandmittelvesorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige) koordinieren
- die aktive Einbeziehung des Patienten durch eine situationsspezifische Schulung sowie Coaching der Patienten und deren Angehörigen
- die zentrale Datenerfassung und Qualitätssicherung mittels einer IT-Dokumentation
- Usw.

Fallmanager - Schulung



BEFÄHIGUNG VERSORGUNGSMANAGEMENT
IN UNTERSCHIEDLICHEN KOMPETENZSTUFEN
BASISQUALIFIKATION „INDIKATIONS - NEUTRAL“

Ziel: indikationsunabhängiges Fallmanagement

Fallmanager - Zugangsvoraussetzungen

- Gesundheits- und Krankenpflegerin/er
- NäPa/MFA (Basisqualifikation nachschulen)

Voraussetzungen für die Basisqualifikation Fallmanagement:

- praktische Erfahrungen im stationären und/oder ambulanten Sektor
- Hohe Sozialkompetenz
- sind der deutschen Sprache mächtig (Zertifikat A 1 oder B 1)
- bringen EDV-Kenntnisse in Word und Powerpoint
- Kommunikationstalent / Schlüsselqualifikation
- Usw.

Voraussetzung Modul Wundmanagement:

- Wundexperte oder Pflegetherapeut
- kennen die gängigen Wundauflagen und deren Qualitätskriterien

Fallmanager - Bewerbung

- Bewerbungsverfahren startet ab heute

beinhaltet:

- Bewerbung
- Lebenslauf (Tätigkeit in der Wundversorgung: wo? Dauer, Aufgabenschwerpunkte)
- Berufsurkunde

Bewerbungsunterlagen sind zu richten an: Herr Uwe Imkamp, Gewerbepark 18, 49143 Bissendorf

SOP 003 V03 - Übernahme und Beauftragung FM

Standard Operating Procedure VeMaWu RLP

Version:	V03	gültig ab:	01.11.2018
ersetzte Version:	--	von:	--
verantwortlich:	Uwe Imkamp	abgestimmt mit:	EBW; CK; KG

1. Ziel und Zweck

1.1. Ziel

Strukturierter Ablauf der Übernahme von Studienpatienten und Beauftragung des Fallmanagements im Rahmen des Projektes VeMaWu RLP

1.2. Zweck

Übersicht bezgl. der einzelnen Aktivitäten und Prozesse

2. Geltungsbereiche

Diese SOP gilt für die Mitarbeiter_innen der mamedicon im Rahmen des Projektes VeMaWu RLP die mit der Übernahme der Studienpatienten und die Beauftragung der Fallmanager betraut sind.

3. Prozess

3.1. Übernahme der initialen Studienpatienten-Daten

Nach der Randomisierung und Vergabe der Studien-ID wird das vollständigen „Teilnahme-Datenblatt Evaluation“ von den Studieneinrichtungen an das Evaluationszentrum der Hochschule Ludwigshafen gesandt. Anschließend übersendet das Evaluationszentrum zeitnah das Formular „Teilnahme-Datenblatt Evaluation“ (Studien-ID geschwärzt) mit folgenden Inhalten an die mamedicon per Fax mit der Nummer: **0 54 02 – 70 23 05.**

Benötigte Dokumente: Teilnahme-Datenblatt Evaluation

Angaben Teilnahme-Datenblatt Evaluation

- Datum der Rekrutierung und Name der Studienärztin/ des Studienarztes
- Dokumentation der Ein- und Ausschlusskriterien
- Krankenkassenzugehörigkeit
- ICD-10 Code der Einschlussdiagnose mit Diagnosestatus (gesichert)
- Vor- und Nachname der/des Teilnehmenden
- Geburtsdatum
- Adresse
- Telefonnummer

Die Studieneinrichtungen leiten die folgenden Dokumente **per Fax** an die mamedicon GmbH:

- **Teilnahmeerklärung TNE 1 (= Fallmanagement) oder TNE 2 (= Usual Care)**
- **Teilnahmeerklärung wissenschaftliche Evaluation**

Benötigte Dokumente: TNE 1 oder TNE 2 + Teilnahmeerklärung wissenschaftliche Evaluation
--

SOP 003 V03 - Übernahme und Beauftragung FM

3.2. Weitergabe von Informationen eines Studienpatienten im Fallmanagement

Nach der Übermittlung des Teilnahme-Datenblattes Evaluation per Fax kontaktiert Herr Imkamp, Frau Butzen-Wagner cc:/ Frau Kathrin Gudat sowie Claudia Kruse per Mail über den eingegangenen Studienpatienten im Fallmanagement (Formular „Teilnahme-Datenblatt Evaluation“ ist auf der „owncloud\000 Innovationsfonds operativ mac\004-Abwicklung-Studienpatienten-real\000 Abrechnung/Studien-Patient FM/Randomisierungsnummer und Nachname des Studienpat.“ hinterlegt).

3.3. Sicherung der Datei

Speicherung des FAX Dokuments auf der mamedicon OwnCloud (VPN getunnelt) als PDF unter:

Uwe Imkamp speichert die Dokumente auf der „owncloud\000 Innovationsfonds operativ mac\002-Abwicklung Studienpatienten-real\...“ und anschließend wird das Fax von Uwe Imkamp durch schreddern mit einem Aktenvernichter der Sicherheitsstufe P-5 (Rexel REM820 Aktenvernichter) vernichtet.

3.4. Datenverarbeitung

Nach Erhalt der Meldung von Uwe Imkamp sichtet Claudia Kruse die Daten auf der „owncloud\000 Innovationsfonds operativ mac\002-Abwicklung Studienpatienten-real\...“ und **pflegt** die relevanten Daten aus dem Formular „Teilnahme-Datenblatt-Evaluation“ in das DMRZ Portal ein. Anschließend **füllt sie** das Basisdokument: „Frm 002 Formular Übernahme und Beauftragung“ und **speichert** das Dokument auf der mamedicon OwnCloud (VPN getunnelt) unter: „owncloud\000 Innovationsfonds operativ mac\002-Abwicklung Studienpatienten-real\00_StE Name der Studieneinrichtung XY\...“ und **informiert** Elke Butzen-Wagner per Mail.

Benötigte Dokumente:	Teilnahme-Datenblatt Evaluation Frm 002 Formular Übernahme und Beauftragung
-----------------------------	--

3.5. Kopplung des Studienpatienten mit dem Fallmanagement

Nach Erhalt der Information durch Claudia Kruse per Mail an Elke Butzen-Wagner sichtet Elke Butzen-Wagner das Dokument „Frm 002 Formular Übernahme und Beauftragung“ und stößt den Prozess **3.5.1** an bzw. verteilt den Prozess ggf. auf Kathrin Gudat.

Elke Butzen-Wagner oder Kathrin Gudat bearbeiten das Dokument „Frm 002 Formular Übernahme und Beauftragung“ und prüfen den Postleitzahlenbereich des Studienpatienten.

3.5.1. Zur Auswahl des Fallmanagers sichtet Elke Butzen-Wagner oder Kathrin Gudat die Excellabelle zur Übersicht der Postleitzahlengebieten auf „owncloud2\000 Innovationsfonds operativ mac\003-Fallmanagement\003 FM-ID Beauftragung\Zuordnung FM auf PLZ-Bereiche final“ und wählt den entsprechend in der Tabelle eingetragenen Fallmanager aus.

3.5.2. Es erfolgt die Kontaktaufnahme zum Fallmanager per Mail und ggf. per Telefon von Elke Butzen-Wagner bzw. Kathrin Gudat siehe Teil I „Beauftragungs-Mail“

Beauftragungs-Mail (Zustellungs- und Lesebestätigung anfordern) Teil I:

Sehr geehrter Herr/Frau _____

Hiermit beauftragen wir Sie, den Studienpatienten im Innovationsfondprojekt VeMaWu RLP mit der FM-ID _____ im PLZ-Bereich _____, basierend auf dem geschlossenen Werkvertrag bzw. Leistungsvertrag im Rahmen der Kooperation im Sinne des § 140 SGB V, zu übernehmen.

Wir bitten um schriftliche Bestätigung per Mail an Elke Butzen-Wagner und cc an Uwe Imkamp und Kathrin Gudat.

Herzliche Grüße
Elke Butzen-Wagner
Netzwerkmanagement VeMaWu RLP
Signatur - mamedicon gmbh

3.5.3. Nachdem die Mail an den Fallmanager zugesandt wurde, erfolgt vereinbarungsgemäß innerhalb der nächsten 48 Stunden eine Rückantwort durch den Fallmanager an Elke Butzen-Wagner, cc Uwe Imkamp und Kathrin Gudat mit dem in der Beauftragungs-Mail Teil II „Rückantwort“. Inhalt: Entweder ein **klares Bekenntnis** zur Annahme des Auftrages oder Ablehnung des Auftrages.

Bei Ablehnung erfolgt ein Vermerk durch Elke Butzen-Wagner bzw. Kathrin Gudat in das Formular „Frm 002 Formular Übernahme und Beauftragung“ warum der beauftragte Fallmanager den Studienpatienten nicht annehmen konnte.

Beauftragungs-Mail Teil II:

Sehr geehrte Frau Butzen-Wagner,

ich, _____ bestätige Ihnen hiermit die Übernahme des Studienpatient mit der FM-ID _____ ab dem _____.

Ort: _____, Datum: _____ gez. _____
(Namensnennung)

Signatur FM

oder

Sehr geehrte Frau Butzen-Wagner,

leider kann ich den oben aufgeführten Studienpatienten nicht übernehmen.

Ort: _____, Datum: _____ gez. _____ (Namensnennung)

Signatur FM

Kann der Fallmanager den Auftrag **nicht** annehmen, wird der Prozess ab **3.5.1** neu gestartet. Innerhalb von **7 Tagen** wird das Fallmanagement aktiv.

SOP 003 V03 - Übernahme und Beauftragung FM

- 3.5.4. Die Nennung, des nun mit dem Patienten „gekoppelten“ Patienten, erfolgt per Mail durch Elke Butzen-Wagner oder Kathrin Gudat. Das Formular „**Frm 002 Formular Übernahme und Beauftragung**“, welches die notwendigen Daten aus dem Teilnahme-Daten-Evaluation enthält (siehe 3.1. Angaben Teilnahme-Datenblatt Evaluation), wird nach Zusage zur Übernahme des Auftrages durch den Fallmanager auf die „owncloud\000 Innovationsfonds operativ mac/...“ hochgeladen. Uwe Imkamp oder Claudia Kruse heben die Unterlagen dann auf den Fallmanager bezogenen Ordner der OwnCloud in dem der Fallmanager die Daten zur Kontaktaufnahme des Studienpatienten anschauen und sich notieren kann.

Benötigte Dokumente: Frm 002 Formular Übernahme und Beauftragung Zuordnung Fallmanagement auf PLZ-Bereiche final
--

3.6 ENDE des Prozesses Übernahme / Beauftragung Studienpatient

Nachdem der Prozess abgeschlossen ist, speichert Elke Butzen-Wagner oder ggf. Kathrin Gudat die Mail siehe Teil I und II auf der „owncloud\000 Innovationsfonds operativ mac\002\Abwicklung Studienpatienten real\Studieneirichtung XY“ und das Formular „**Frm 002 Formular Übernahme und Beauftragung**“ als PDF ab.

Die mamedicon GmbH holt die Teilnahmeerklärungen **im Original** zeitnah z.B. an den Qualitätszirkeltreffen / Wundnetz-Treffen ab.

Schulungseinheit Fallmanager

Ziel der Schulung ist es die Fallmanager zu befähigen in

- die standardisierte qualitätsgesicherte Koordination der Akteure
- die sektorübergreifende Koordination von Einzelmaßnahmen
- das enge interdisziplinäre Zusammenspiel aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapie, Podologen, Verbandmittelvesorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige) koordinieren
- die aktive Einbeziehung des Patienten durch eine situationsspezifische Schulung sowie Coaching der Patienten und deren Angehörigen
- die zentrale Datenerfassung und Qualitätssicherung mittels einer IT-Dokumentation

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 1	Modul I	Datum: 25.10.2018	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:		U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
10:00-11:30 2 UE	Kursstart <ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen • Erwartungen • Kurskonzept /Stundenplan vorstellen 			Karteikarten/ Visualisierung Pinnwand	Uwe Imkamp Elke Butzen-Wagner
11:45-13:15 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Projektvorstellung • Integrierte Versorgungsmodelle (SGB V, § 140) • Rollenverständnis/Haltung (persönliche Haltung) • Besprechung Werkverträge FM und Verträge im Arbeitsverhältnis HomeCare/Sanitätshaus • Healthcare Compliance – Warum ist darauf zu achten? • Projektmanagement: Definition, Methoden, Analyse, Projektplan, Projektziele, Meilensteine, Aufgaben des Projektleiters 	<ul style="list-style-type: none"> • kennt das Projekt VeMaWu RLP • kennt seine Grenzen • Akzeptanz schaffen • begreift die Grundlagen des Projektmanagement und realisiert die Bedeutung und sind bestrebt Projektverantwortung zu übernehmen 		PowerPoint Formulare vorstellen Unterrichtsgespräche Flipchart	
14:15-15:45 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben/Tätigkeiten der Fallmanager/ Grenzen / Rollenüberschreitungen (Anlage A 1 Leistungsbeschreibung FM) • Vorstellung Homepage mamedicon GmbH uvm. / Projekt-Homepage VeMaWu RLP (www.vemawu.de) 	<ul style="list-style-type: none"> • kennt seine Aufgaben und Grenzen 		Gruppenarbeit: 4 Gruppen (20 min) TN erstellen je 10 Karteikarten mit Aufgaben / Tätigkeiten- Auswertung mit Zuordnung nach Rubrik „ Rote Wand “-Grenzen auf Flipchart / Diskussion PowerPoint	
16:00-17:30 2 UE	Organisation und Koordination <ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkende Studieneinrichtungen kurz vorstellen • PLZ-Zuordnung und Bereiche besprechen • Vertretungen untereinander festlegen • Termine QZ informieren (KW 2019) 	<ul style="list-style-type: none"> • kennen die Akteure in der Studie (Ort/Name des Studienarztes) 		Unterrichtsgespräch	

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 2	Modul I	Datum: 26.10.2018	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:		U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
09:00-10:30 2 UE	Aufgaben HS LU Patienteneinschreibung durch HS – SOP vorstellen <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme behandelnder / Vertragsarzt: Übergabe • Assessment: Checkliste, Infosammlung, ärztliche Erhebungsbogen, TN-Informationsbroschüre, Teilnehmerfragebogen, Patientenflyer, (Lebensqualitätsbogen –WoundQol) Vorstellung SOP-FM	<ul style="list-style-type: none"> • erfassen die Bedeutung des Erstkontaktes • sind vertraut mit Assessments und können diese fachgerecht einsetzen • kennt den Algorithmus und kann dies nutzen 		LV Vorstellung der Formblätter Fragend-entwickelnd	Elke Butzen-Wagner
10:45-12:15 2 UE	DNQP: Systematik, Aufbau, Inhalte und Implementierung von Expertenstandard; Aufgaben und Arbeitsstrukturen des DNQPs Handhabung Nationalen Expertenstandards / Nutzung der Assessment Instrumente <ul style="list-style-type: none"> • Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden • Dekubitusprophylaxe • Entlassmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • kennen den Aufbau und Inhalt des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und „Dekubitusprophylaxe“ • können Chancen und Grenzen unterscheiden 		LV Gruppenarbeiten mit gezielten Fragestellungen	Elke Butzen-Wagner
13:15-14:45 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Heilmittel • Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • kennen die Unterschiede, die §§ und können diese anwenden • Abgrenzung rechtlicher Grenzen 		PowerPoint Präsentation	IKK Mitarbeiterin
15:00-16:30 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Heilmittel • Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • kennen die Unterschiede und die §§ und können diese anwenden 		PowerPoint Präsentation	IKK Mitarbeiterin

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 3	Modul I	Datum: 29.10.2018
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
	EVTL. KOMMT HIER MEIKE DAZU			
10:00-11:30 2 UE	Fragen die sich übers Wochenende entwickelt haben sammeln und bearbeiten Einführung und Grundlagen Edukation (Def., Zielsetzung)		Flipchart sammeln PowerPoint Präsentation LV	Elke Butzen-Wagner, Kathrin Gudat
11:45-13:15 2 UE	Patientenedukation: <ul style="list-style-type: none"> • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuersteam • Patientenorientierte Fragen entwickeln bezogen auf die Krankheitsbilder UC/DFS/Dekubitus • Methodik, Informationsbroschüren, Entwicklung Checkliste 	<ul style="list-style-type: none"> • sind sich der Bedeutung der Edukation bewusst • können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten • verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken • betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie • bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit • identifiziert schwierige Edukationsprozesse 	Gruppenarbeit á 5-6 Personen – 4 Gruppen (KH-Bild bezogen) Unterrichtsgespräch	
14:15-15:45 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Ablaufbeschreibung VeMaWu RLP • Formularvorstellung • Zeitmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Können sich selbst einschätzen, was sie an Zeit für das Projekt effektiv aufbringen können 	Fallbeispiel Gruppenarbeit: 4 Gruppen	
16:00-17:30 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Ablaufbeschreibung VeMaWu RLP • Formularvorstellung • Zeitmanagement 	-	Fallbeispiel Gruppenarbeit: 4 Gruppen	

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 4	Modul I	Datum: 30.10.2018	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:		U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
09:00-10:30 2 UE	Kommunikation Aktives Zuhören anhand folgender Gesprächsinhalte: <ul style="list-style-type: none"> • Erstgespräch mit dem Patienten (Startmodul) • Ziele eruieren, Kenntnisstand ermitteln (Eduktion) • Bisherige Versorgung erfassen (Assessmentinstrumente anwenden) • Kommunikationsstruktur: Identifikation der Netzwerkpartner krankheitsbildbezogen (1 Std.). Informationsgewinnung: Vermittlung, Reduktion, Dokumentation (1Std.), Umgang mit Quellen (2Std) Aufgaben als Fallmanager am Fall von Tag 1 erarbeiten (4 Std.) 	<ul style="list-style-type: none"> • können vertrauensbildende Situation gestalten • organisieren und gestalten Beratungsprozesse • verwenden Techniken und Methoden der Gesprächsführung an 		Rollenspiel Reflektion, Auswertung	Elke Butzen-Wagner
10:45-12:15 2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit „schwierigen“ Menschen – über schwierige Themen“ - Konfliktgespräche • Gestaltung der Gesprächsführung • Gestaltung der Beratung / Schulung / Anleitung mittels eines Falles 	<ul style="list-style-type: none"> • erfassen Informationen „zwischen den Zeilen“ • gleichen die Ziele des Patienten mit den Zielen der Therapeuten ab • erkennen professionelle Kommunikation und erwerben entsprechende Kompetenzen • können interprofessionell, wertschätzend und kompetent kommunizieren • entwickeln eine Haltung, aus der die Akteure des interprofessionellen Teams, hierarchieübergreifend kollegial beraten können 		Rollenspiel Reflektion, Auswertung	
13:15-14:45 2 UE	MBO (Führen durch Zielvereinbarung); Zeitmanagement, Selbstmanagement				
15:00-16:30 2 UE	Fallmanagement Ergebnissicherung	<ul style="list-style-type: none"> • können sie gelernten Inhalte reflektiert einsetzen und anwenden 			

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 4 von 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 5	Modul II	Datum: 18.12.2018	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:		U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
10:00-11:30 2 UE	Berichterstattung erste Erfahrungen im/aus dem Projekt <ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit • Probleme • Fragen Software 			Unterrichtsgespräch	Elke Butzen-Wagner
11:45-13:15 2 UE	Jalomed-Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung Software „Jalomed“ • Patient einschreiben als Testversion • Vorstellung Assessment • Fotodokumentation (Standard Hamburg) • Vorstellung Software „Jalomed“ • Übertragung der Daten in die Software 	<ul style="list-style-type: none"> • TN kann Jalomed anwenden 		LV	Stefan Glau
14:15-15:45 2 UE	Jalomed-Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung Software „Jalomed“ • Patient einschreiben als Testversion • Vorstellung Assessment • Fotodokumentation (Standard Hamburg) • Vorstellung Software „Jalomed“ • Übertragung der Daten in die Software 	<ul style="list-style-type: none"> • TN kann Jalomed anwenden 		Lizenznummer vergeben IT-Vorstellung Tablets oder eigene Laptops (Unterzeichnen lassen zum Erhalt des Tablets)	Stefan Glau
16:00-17:30 2 UE	Fallmanagement <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung von Versorgungsketten, -brüchen, Koordinationsnotwendigkeiten, • Qualifikations- und Kompetenzerfordernisse der beteiligten Akteure inkl. Patient/Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> • beherrscht grundlegende Elemente des Fallmanagement • entwickelt eine reflektierende, selbstkritische Haltung zur eigenen Rolle im Fallmanagement 			Elke Butzen-Wagner

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 6	Modul II	Datum: 19.12.2018	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:		U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
09:00-15:45 7 UE	Gesundheitswesen <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau Gesundheitswesen und dessen Akteure (z.B. Sanitätsfachhandel, Orthopädieschuhmacher, KK, medizinischer Versorgungszentren) • Verschreiben von Medizinprodukten (verband- und Hilfsmittel) • HHvG • Abrechnung und Budgetierung (Praxisbesonderheiten), DRG´s inklusive pflegerelevanter Nebendiagnosen • Abrechnungsmöglichkeiten in der ambulanten Pflege • Sprechstundenbedarfsverordnung • Aktuelle gesundheitspolitische Diskussion integrierte Versorgung • Entlassmanagement Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V und XI)	<ul style="list-style-type: none"> • erfassen unterschiedliche Aufgaben der Akteure bzw. Institutionen im Gesundheitswesen und deren Finanzierung und Verordnung von Medizinprodukten sowie Arzneimittel • können verschiedene Leistungsarten und die jeweil. Zugangsvoraussetzungen benennen. Sie können die Konsequenzen des Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen. • können anhand exemplarischer Fallbeispiele individuelle Versorgungsvorschläge der gesetzlichen Pflegeversicherung ableiten. 		LV Formulare / Unterrichtsgespräch	Maik Stendera
15:45-16:30 1 UE	SOP HS SOP FM	<ul style="list-style-type: none"> • TN kennt die Formulare und kann die Formulare die für das Fallmanagement wichtig sind anwenden 			Elke Butzen-Wagner

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 7	Modul III	Datum: 22.01.2019	Raum E 42
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:		U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
10:00-11:30 2 UE	Kurze Vorstellung ICW Patientenedukation: <ul style="list-style-type: none"> • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuersteam • 	<ul style="list-style-type: none"> • sind sich der Bedeutung der Edukation bewusst • können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten • verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken • betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie • bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit • identifiziert schwierige Edukationsprozesse 		Unterrichtsgespräch Unterrichtsgespräch	Veronika Gerber Elke Butzen-Wagner
11:45-13:15 2 UE	Patientenedukation: <ul style="list-style-type: none"> • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuersteam 	<ul style="list-style-type: none"> • sind sich der Bedeutung der Edukation bewusst • können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten • verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken • betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie • bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit • identifiziert schwierige Edukationsprozesse 		Unterrichtsgespräch	
14:15-17:30 4 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenorientierte Fragen entwickeln bezogen auf die Krankheitsbilder UC/DFS/Dekubitus • Präsentation durch 2 FM ihrer Studienpatienten 	<ul style="list-style-type: none"> • identifiziert schwierige Edukationsprozesse 		Gruppenarbeit á 5-6 Personen – 2 Gruppen (KH-Bild bezogen UC und DFS) Unterrichtsgespräch	

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 8	Modul III	Datum: 23.01.2019 Raum E 45	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:		U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
09:00-10:30 2 UE	<p>Fortsetzung: Gesundheitswesen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau Gesundheitswesen und dessen Akteure (z.B. Sanitätsfachhandel, Orthopädieschuhmacher, KK, medizinischer Versorgungszentren) • Verschreiben von Medizinprodukten (verband- und Hilfsmittel) • HHvG • Abrechnung und Budgetierung (Praxisbesonderheiten), DRG´s inklusive pflegerelevanter Nebendiagnosen • Abrechnungsmöglichkeiten in der ambulanten Pflege • Sprechstundenbedarfsverordnung • Aktuelle gesundheitspolitische Diskussion integrierte Versorgung • Entlassmanagement <p>Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V und XI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • erfassen unterschiedliche Aufgaben der Akteure bzw. Institutionen im Gesundheitswesen und deren Finanzierung und Verordnung von Medizinprodukten sowie Arzneimittel • können verschiedene Leistungsarten und die jeweil. Zugangsvoraussetzungen benennen. Sie können die Konsequenzen des Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen. • können anhand exemplarischer Fallbeispiele individuelle Versorgungsvorschläge der gesetzlichen Pflegeversicherung ableiten. 		LV, Unterrichtsgespräche	<p>Maik Stendera Elke Butzen-Wagner</p>
10:45-12:15 2 UE	<p>Fortsetzung: Gesundheitswesen</p>				
13:15-14:45 2 UE	<p>Fachwissen auffrischen Ergebnisse aus dem Fragebogen der FM besprechen und evtl. Veränderungen bearbeiten Termine planen 2019</p>			<p>Elke Butzen-Wagner</p>	
15:00-16:30 2 UE	<p>Haut – wieso ist die Haut so wichtig</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kennen Defizite und können diese benennen 	LV, Unterrichtsgespräch	<p>Silke Alvermann</p>	

Schulungseinheit Fallmanager

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 9	Modul III	Datum: 24.01.2019 Raum E 45	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:		U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN
09:00-10:30 2 UE:	Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> kennen die Unterschiede, die §§ und können diese anwenden Abgrenzung rechtlicher Grenzen 		Lehrervortrag, PowerPräsentation, Unterrichtsgespräch	Herr Laux IKK MA
10:45-12:15 2 UE	<p>Fachliche Fragestellung Schwerpunkte der lokalen Wundtherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Exsudatmanagement Infektionsmanagement <p>Wundtherapie: Kriterien der einzelnen Wundauflagen besprechen</p> <p>Vorstellung unterschiedlicher Wundstandard/Leitlinien, Empfehlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Wundzentrum Hamburg Standards AWMF <p>Eigen Erfahrungen /Selbstverständnis, eigene Erlebnisse, Umgangsart –stile, Kommunikation und Konfrontation mit Ärzten und anderen Akteuren, Erfahrungen mit Patienten und Angehörigen; Berichterstattung Erfahrungen im/aus dem Projekt</p> <ul style="list-style-type: none"> Erreichbarkeit Probleme Fragen Software Unklarheiten besprechen Konflikte 	<ul style="list-style-type: none"> optimieren die Wundversorgung durch fachkundige Handhabung der Materialien wenden geeignete Maßnahmen zum Exsudatmanagement unter Beachtung der spezifischen Wundsituation an kennen Kriterien der Wundauflagen und können diese anwenden <ul style="list-style-type: none"> Schaffen von Verständnis und Akzeptanz 		Wundauflagen – praktische Übungen LV, Unterrichtsgespräch	Elke Butzen-Wagner
13:15-16:30 4 UE	AG-Fuß Vorstellung Standards und Algorithmen	<ul style="list-style-type: none"> kennen die diagnostischen Verfahren kennen die Prinzipien des Evidence Based Nursing kennen unterschiedliche Standards/Empfehlungen/Leitlinien und können diese anwenden 			Fr. Dr. Schmidt-Reinwald

VeMaWu RLP

VersorgungsManagement Wunde
in Rheinland-Pfalz

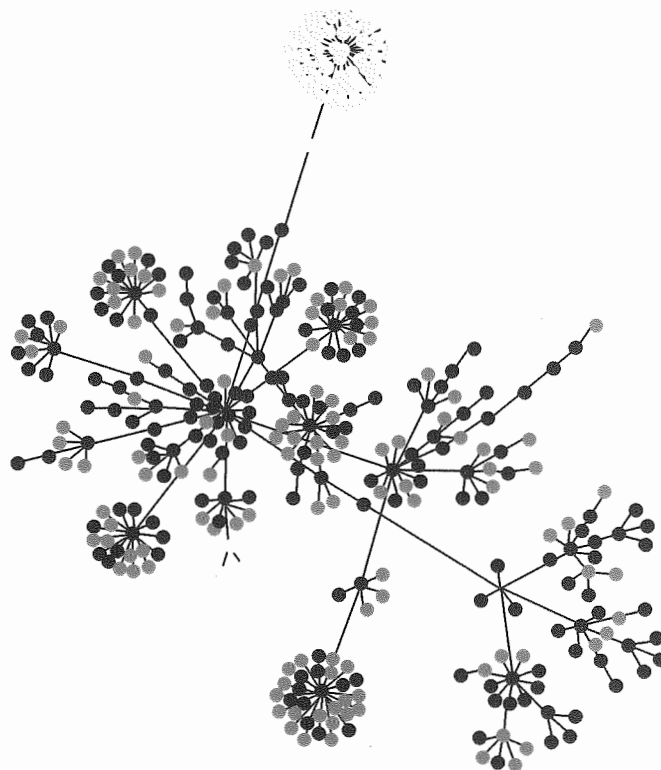
Teilnahme-Informationsbroschüre

VersorgungsManagementWunde in Rheinland-Pfalz (VeMaWu RLP)

Ein Forschungsprojekt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen
mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz

Studienlaufzeit Mai 2018 – April 2021

Informationen zu Zielen, Durchführung, Datenschutz und den
beteiligten Studienverantwortlichen



Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Allgemeine Zielsetzungen und Finanzierung des Projekts.....	4
Integrierte Versorgung.....	4
Definition chronische Wunde.....	4
Ihre Mitwirkung.....	5
Studienablauf.....	5
Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	6
Begleitung der Menschen mit chronischen Wunden in zwei Gruppen.....	6
Erfassung des Heilungsverlaufs und der Lebensqualität.....	7
Vergleich des Kostenaufwands.....	8
Gesamtauswertung und Interpretation der Ergebnisse.....	8
Aufwandsentschädigung.....	8
Datenschutz.....	8
Versicherungsschutz.....	9
DRKS-Registrierung.....	9
Projektbeteiligte.....	10
Konsortialpartner.....	11
Projektpartner.....	11
Ihre Studieneinrichtung.....	12

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF17048 gefördert.

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

mit dieser Broschüre möchten wir Sie über das Forschungsprojekt „Versorgungsmanagement chronische Wunde in Rheinland-Pfalz (VeMaWu RLP)“ informieren. Das Ziel dieses Projektes ist es, die alltägliche Versorgung (Regelversorgung) von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz zu verbessern.

Deshalb werden im Zeitraum von November 2018 bis Ende November 2019 Menschen mit chronischen Wunden gesucht, die ihren Heilungsprozess für ein Jahr wissenschaftlich begleiten lassen möchten.

Wenn Sie derzeit von einer schwer heilenden Wunde betroffen sind, dann möchten wir Sie zur Teilnahme an unserer Studie einladen. Nur in Zusammenarbeit mit Ihnen ist ein Erfolg dieses Projektes möglich!

Bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden dreimal umfassende Erhebungen mit einem Fragebogen durchgeführt. Einige Teilnehmende werden um ein ausführliches Gespräch über ihre Situation gebeten.

Der Heilungsprozess von 500 Menschen mit chronischen Wunden, die wie üblich von ihren ortsansässigen Pflegediensten und Ärztinnen und Ärzten versorgt werden, wird mit dem von 500 Menschen mit chronischen Wunden verglichen, die neben dieser Regelversorgung eine Fallmanagerin/ einen Fallmanager als Ansprechpartner zur Seite gestellt bekommen. Die Zuteilung zu einer dieser Gruppen erfolgt per Zufall, um die Ergebnisse richtig auswerten zu können.

Die gesamten Erhebungen und das Fallmanagement sind für Sie kostenfrei.

Wenn Sie damit einverstanden sind, arbeiten wir mit Ihrer am Projekt beteiligten Krankenkasse zusammen, um auch die Kosten Ihres Heilungsverlaufs berechnen zu können.

Sollten Sie nach der Lektüre dieser Broschüre weitere Fragen zu Ihrer Studienteilnahme haben, stehen wir und die betreuende Studieneinrichtung Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit

Ihr Gesamtprojektleiter

Uwe Imkamp

Allgemeine Zielsetzungen und Finanzierung des Projekts

Mit dem Projekt VeMaWu RLP bietet sich die Chance, die Regelversorgung von Menschen mit schlecht heilenden, chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz zu beobachten und zu verbessern bzw. eine qualitativ hochwertige Versorgung zu sichern.

Mit dem Projekt VeMaWu RLP wird überprüft, ob ein Fallmanagement zu einer Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden führt. Mit Ihrem Einverständnis ist außerdem eine Auswertung der dabei entstehenden Kosten durch Mitwirkung Ihrer Krankenkasse möglich.

Seit Mai 2018 stehen zu diesem Zweck Fördergelder des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verfügung. Mit diesen Mitteln werden die Organisation des Projekts, die Erhebungen, das Fallmanagement, die unabhängige wissenschaftliche Begleitforschung und die Aufwände der beteiligten Krankenkassen bezahlt.

Die Mittel des Innovationsfonds werden von den gesetzlichen Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds bereitgestellt. Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist eine Verbesserung der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Integrierte Versorgung

Der Begriff „Integrierte Versorgung“ (IV) steht für die Vernetzung zwischen den einzelnen Leistungsbereichen im Gesundheitswesen und zielt auf eine patientenorientierte und interdisziplinär-fachübergreifende medizinische Versorgung ab. Kennzeichnend ist die enge Kooperation unterschiedlicher Vertragspartner, so zum Beispiel Haus- und Fachärzte, nichtärztliche medizinische Berufe, Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren, Rehabilitationseinrichtungen, Arztnetze oder Pflegeeinrichtungen. Mit einer integrierten Versorgung sollen neben der Qualität der medizinischen Versorgung, z. B. durch ein höheres Maß an Abstimmung und Kooperation, auch Ihre persönliche Lebensqualität verbessert werden. Im Rahmen dieser besonderen Versorgung können auch Behandlungsformen angeboten werden, die bisher noch nicht zum Standard gehören. Projekte auf der Basis dieser Vertragsgrundlage zielen auch darauf ab, die geforderte Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu untersuchen.

Zwischen der mamedicon GmbH und Ihrer Krankenkasse wurde ein Vertrag zur besonderen Versorgung abgeschlossen. Ihre Teilnahme an dieser integrierten Versorgung und somit am Projekt ist freiwillig, daher werden Sie um ihre Zustimmung gebeten.

Definition chronische Wunde

Eine Wunde, die über einen Zeitraum von über vier Wochen nicht abheilt, bezeichnet man als chronisch. Die schlechte Wundheilung ist häufig Folge einer Durchblutungsstörung, einer Infektion, eines Immundefekts oder eines Diabetes mellitus. Eine häufige chronische Wunde ist das Wundliegeneschwür (Dekubitus) oder das Unterschenkelgeschwür/offenes Bein (Ulcus cruris). Auch eine akute Wunde, die nicht fachgerecht gepflegt wird, kann chronisch werden.

Häufig sind die Patienten im Alltag durch ihre chronischen Wunden erheblich eingeschränkt. Geruch, Schmerzen und zahlreiche Arztbesuche können das seelische Wohlbefinden deutlich belasten. Zur optimalen Versorgung der Wunde gehört auch, dass Sie lernen, im Alltag mit Ihrer Wunde umzugehen. Wird die Entstehungsursache nicht behoben, besteht kaum eine Chance auf Heilung. Darum müssen die Grunderkrankungen bestmöglich behandelt werden!

Ihre Mitwirkung

Ihre Mitwirkung am Projekt VeMaWu RLP ist wichtig und besteht aus folgenden Bausteinen:

- Sie erklären sich bereit, an der Studie teilzunehmen.
- Sie geben uns zu Beginn Ihrer Teilnahme Auskunft über Ihre Gesundheit.
- Sie erhalten eine eingehende ärztliche Erhebung Ihrer Versorgungssituation, um den Zustand Ihrer Wunde zu Beginn der Studie zu erfassen.
- Sie werden zweimal innerhalb eines Jahres zu weiteren medizinischen Befragungen von Ihrer Studieneinrichtung eingeladen.
- Sie werden zufällig in eine Studiengruppe eingeteilt:
 - o Bei einer Gruppe ändert sich an der Versorgung der Wunde nichts (Regelversorgung), außer dass zusätzlich drei strukturierte ärztliche Befragungen und Erhebungen erfolgen.
 - o Die andere Gruppe erhält ebenso weiterhin die übliche Versorgung (Regelversorgung) und die drei strukturierten ärztlichen Befragungen und Erhebungen. Zudem werden die Teilnehmenden dieser Gruppe regelmäßig von einer Fallmanagerin/ einem Fallmanager als Ansprechpartner für sie besucht.
- Ihre Teilnahme an der Studie endet nach 12 Monaten.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich zu einer Teilnahme an der Studie zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz entschließen würden!

Im Weiteren möchten wir Ihnen den Studienablauf genau erläutern.

Studienablauf

Das Projekt gliedert sich in sechs Abschnitte:

1. Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
2. Begleitung der Menschen mit chronischen Wunden in zwei Gruppen
3. Erfassung des Heilungsverlaufs und der Lebensqualität
4. Vergleich des Kostenaufwands
5. Gesamtauswertung und Interpretation der Ergebnisse
6. Veröffentlichung der Ergebnisse in der Fachpresse, ohne dass Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können.

Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Um 1.000 Menschen mit chronischen Wunden zu erreichen, hat die Projektleitung der mamedicon GmbH verschiedene Krankenhäuser, Facharztpraxen und Medizinische Versorgungszentren in Rheinland-Pfalz zur Kooperation gewonnen. Diese werden im Projekt „Studieneinrichtung“ genannt. Die Studienärzte in den Studieneinrichtungen gehen auf Menschen mit chronischen Wunden zu. Bei Interesse beantworteten diese Ihre Fragen zur Teilnahme und holen Ihr Einverständnis zur Teilnahme ein. Dann werden Sie durch die Hochschule Ludwigshafen in einem Zufallsverfahren einer Studiengruppe zugeteilt.

Begleitung der Menschen mit chronischen Wunden in zwei Gruppen

Gruppe Regelversorgung chronische Wunde:

Die Versorgung von chronischen Wunden wird bereits durch Ihre Behandler vor Ort auf einem hohen Niveau durchgeführt. Die Ärztinnen und Ärzte Ihres Vertrauens sorgen für die fachgerechte Behandlung bzw. für die regelmäßige Unterstützung durch einen Pflegedienst in Ihrer Nähe u. a. mit

1. regelmäßiger Säuberung der Wunde und Bekämpfung von Infektionen,
2. Auswahl der passenden Wundauflagen,
3. begleitenden Maßnahmen zur Unterstützung der Wundheilung (z.B. Beratung zu Ernährungsgewohnheiten, Abstimmung und Durchführung der Kompressionstherapie),
4. Behandlung von Schmerzen.

Gruppe Regelversorgung / Fallmanagement:

Auch in dieser Gruppe obliegt die Behandlung Ihrer chronischen Wunde weiterhin Ihrer Arztpraxis und Ihrem Pflegedienst.

Zusätzlich zu den oben aufgeführten Behandlungen wird Ihnen eine Fallmanagerin/ein Fallmanager zugeteilt. Ihr individueller Versorgungsbedarf wird mit Ihnen besprochen und Behandlungsziele werden mit Ihnen gemeinsam festgelegt (z.B. schmerzfreier Verbandwechsel oder verbesserte Beweglichkeit). Diese gemeinsam festgelegten Ziele werden dann mit Ihrem behandelnden Arzt, Pflegedienst und ggf. weiteren Therapeuten abgestimmt. Regelmäßig wird Ihr Wundverlauf in Expertenrunden (Fallbesprechung) anonym besprochen.

Im Rahmen des Fallmanagements werden Hausbesuche durchgeführt und bei Bedarf Termine mit anderen Diensten koordiniert. Es werden Ihnen Schulungen zu einzelnen Aspekten Ihrer Wundsituation angeboten. Die Fallmanager sind zusätzliche Ansprechpartner bei Fragen zu Ihrer Wunde. Nach Abheilung Ihrer Wunde, aber spätestens nach einem halben Jahr kommt Ihnen eine sechsmonatige Nachbetreuung zu. Damit soll eine erneute Verschlechterung Ihrer Situation oder eine neue Wunde verhindert werden.

Um feststellen zu können, ob ein Fallmanagement bei chronischen Wunden einen messbaren Effekt auf die Heilung, den Kostenaufwand oder die Lebensqualität hat, sind die Erhebungen in beiden Gruppen notwendig.

Ihre Teilnahme ist von großer Bedeutung, unabhängig von der Gruppe, der Sie zugeordnet werden!

Erfassung des Heilungsverlaufs und der Lebensqualität

Im Rahmen der Studie erfolgen drei ärztliche Einzelbefragungen und -erhebungen, bei denen Ihnen auch ein Fragebogen vorgelegt wird. Innerhalb eines Jahres werden Ihnen jeweils im Abstand von 6 Monaten zwei weitere Befragungstermine vergeben (Termine werden schon vorab abgestimmt). Nur durch die nochmalige Befragung können wir maßgebliche Veränderungen bezogen auf die Wundheilung sowie Ihre Gesamtsituation feststellen.

Im Folgenden finden Sie eine kurze Zusammenstellung der Inhalte der Erhebungen in Ihrer Studieneinrichtung, die bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studie durchgeführt werden.

Befragung und Erhebung durch die Studienärztin/ den Studienarzt:

- Dokumentation Ihrer individuellen Wundsituation und Therapie,
- Dokumentation der aktuellen Medikation,
- Krankheitsgeschichte, Begleiterkrankungen,
- Lebensstil.

Individueller Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Zudem werden Sie gebeten, zusätzlich einen Fragebogen vor Ort auszufüllen und ihn direkt in der Studieneinrichtung abzugeben. Es werden Ihnen Fragen zu folgenden Themen gestellt:

- Lebensqualität,
- soziale Unterstützung,
- gesundheitsförderliches Verhalten,
- eigene Behandlungsziele,
- Wohlbefinden,
- Angaben zu Ihrer Person.

Individuelle Gesprächstermine außerhalb der Studieneinrichtungen

Einzelne Patientinnen und Patienten werden im Verlauf der Studie um einen Gesprächstermin gebeten. Eine wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule Ludwigshafen wird Sie gegebenenfalls kontaktieren und besuchen, um mit Ihnen über Ihre Situation ins Gespräch zu kommen.

Vergleich des Kostenaufwands

Mit Ihrem Einverständnis werden im Laufe des Projekts von Ihrer Krankenkasse Abrechnungsdaten (Routinedaten) an die Hochschule Ludwigshafen weitergeleitet, um so Berechnungen über die Kosten der Versorgung chronischer Wunden durchführen zu können.

Gesamtauswertung und Interpretation der Ergebnisse

Ihre Angaben und die Ergebnisse werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hochschule Ludwigshafen ausgewertet und interpretiert. Informationen zu Ihrer Person werden dabei so verschlüsselt, dass daraus keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die Ergebnisse werden 2021 dem Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgelegt und später auch veröffentlicht.

Am Ende des Projektes werden die gewonnenen Erkenntnisse und Ableitungen der Fachwelt zur Verfügung gestellt. In diesen Veröffentlichungen finden sich keinerlei Daten, die auf Sie als Patient oder Patientin zurück zu führen wären. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Artikel gerne zu.

Aufwandsentschädigung

Bei den Wiedervorstellungen nach 6 Monaten und 12 Monaten in Ihrer Studieneinrichtung möchten wir uns bei Ihnen für Ihre Teilnahme mit einem Wertgutschein bedanken. Er wird Ihnen vom Evaluationszentrum postalisch zugesandt.

Datenschutz

In einer Studie spielt der Schutz personenbezogener Daten, speziell in Verbindung mit medizinischen Ergebnissen, eine besonders wichtige Rolle und unterliegt den aktuellen gesetzlichen Bestimmungen.

Der Umgang mit Ihren persönlichen Daten und den Studienergebnissen entspricht den Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Sie haben jederzeit das Recht personenbezogenen Daten, die von Ihnen gespeichert werden einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen oder einzuschränken oder löschen zu lassen, solange diese nicht zur grundsätzlichen medizinischen Dokumentation gehören.

Die Teilnahmeerklärung und das Einverständnis zur Datenverarbeitung werden von Ihnen unterzeichnet und Ihnen ausgehändigt. Ein zweites Original erhält die mamedicon GmbH als Gesamtprojektleitung. Eine Kopie erhalten jeweils die Studieneinrichtung, die Hochschule Ludwigshafen und Ihre Krankenkasse zum Nachweis Ihrer Teilnahme und Ihres Einverständnisses.

Vor Beginn der Erhebungen wurde die Planung der Studie der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz vorgelegt. Die Ethikkommission hat nach Prüfung der eingereichten Unterlagen keine Bedenken bezüglich der Durchführung der Studie geäußert.

Alle medizinischen und wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Studie, sowie alle Fallmanagerinnen und Fallmanager unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und/oder der Verpflichtung zur Vertraulichkeit. Alle Akteure sind schriftlich zur Einhaltung des Datengeheimnisses verpflichtet worden.

Das Datenschutzkonzept der wissenschaftlichen Begleitung wurde von der Datenschutzbeauftragten der Hochschule Ludwigshafen geprüft. Das Datenschutzkonzept des strukturierten und elektronische Fallmanagements wurde vom Datenschutzbeauftragten der mamedicon GmbH geprüft.

Jegliche Veröffentlichung wissenschaftlicher Ergebnisse lässt keinen Rückschluss auf einzelne Personen zu.

Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet durch:

Datenschutzbeauftragter der

mamedicon GmbH
Herrn Nils Hesberg
Kampingring 9
49328 Melle

Hochschule Ludwigshafen
Ernst-Boehe-Str. 4
D-67059 Ludwigshafen
Tel.: 0621/5203-175
Email: datenschutz@hs-lu.de

Versicherungsschutz

Hinsichtlich des Versicherungsschutzes genießen Sie bezüglich des An- und Abreiseweges den allgemeinen Krankenversicherungsschutz, der allen Versicherten zusteht.

Wir weisen Sie vorsorglich dennoch darauf hin, dass Wegeunfälle, also die An- und Abreise zur Studieneinrichtung, nicht über das normale Maß hinaus versichert sind.

DRKS-Registrierung

Die Studie ist im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) eingetragen, das Informationen zu laufenden und abgeschlossenen klinischen Studien in Deutschland allgemein zugänglich macht.

Projektbeteiligte

Die **organisatorische Gesamtprojektleitung** obliegt der **mamedicon GmbH**.

Die mamedicon GmbH, gegründet 2009, ermöglicht den Aufbau und die Entwicklung von Netzwerkstrukturen im deutschen Gesundheitssystem. Mit über 20 Jahren Erfahrung in verschiedenen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems und einer langjährigen Projekterfahrung entwickelt die mamedicon regionale Gesundheitsnetzwerke bis hin zur Umsetzung von Selektivverträgen. Die von uns entwickelten Versorgungsstrukturen und Qualifikationen aller medizinischen Berufe arbeiten auf der Basis von Leitlinien, Qualitätsmanagement und verbindlichen Kommunikationsregeln.

Die mamedicon GmbH ist für die Durchführung des gesamten Projektes verantwortlich und wird durch den Gesamtprojektleiter vertreten: Herr Uwe Imkamp, Geschäftsführer, Bissendorf.

Die **Leitung der wissenschaftlichen Begleitforschung** liegt bei der **Hochschule Ludwigshafen am Rhein**, Frau Prof. Dr. Elke Raum und Herrn Prof. Dr. Manfred Erbsland, Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG).

Das im März 2014 gegründete Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG) bündelt die Forschungskompetenzen der Hochschule Ludwigshafen am Rhein im Bereich Gesundheitsökonomie, Gesundheitsmanagement und Versorgungsforschung. Eine interdisziplinäre Ausrichtung gewährleistet das Zusammenführen von Fachwissen aus den Bereichen BWL, VWL, Medizin, Pflege und Recht.

Das Institut untersucht vor dem Hintergrund zunehmend knapper Ressourcen und einer älter werdenden Gesellschaft Möglichkeiten, die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Folgende **Krankenkassen** sind mit Start am 1. November 2018 am Projekt beteiligt:

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **GWQ ServicePlus AG**
 - o atlas BKK ahlmann
 - o BAHN-BKK
 - o Bertelsmann BKK
 - o BKK Deutsche Bank AG
 - o BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
 - o Daimler BKK
 - o Die Schwenninger Krankenkasse
 - o energie-BKK
 - o Heimat Krankenkasse
 - o IKK Brandenburg und Berlin
 - o IKK Südwest
 - o Merck BKK
 - o SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
 - o Südzucker BKK

Im Projektverlauf können weitere Krankenkassen dem Projekt / Vertrag der integrierten Versorgung beitreten.

Konsortialpartner

mamedicon

Gesamtorganisation (Konsortialführung)

Gewerbepark 18, 49143 Bissendorf

Projekthomepage: <https://www.vemawu.de>

Geschäftsführung: Uwe Imkamp

E-Mail: u.imkamp@mamedicon.de



Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Nikolaus-Otto-Straße 5, 55129 Mainz

GWQ+
SERVICEPLUS AG

Tersteegenstr 28, 40474 Düsseldorf

 **Hochschule
Ludwigshafen am Rhein**

Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Evaluationszentrum, Ernst-Boehe Str. 4, 67059 Ludwigshafen

Telefon: 0621/5203-456

Projektpartner

Wundnetz Rheinland-Pfalz e.V. (Mainz) mit seinen Sektionen

Landespflegekammer RLP (Mainz)

InnoNet HealthEconomy e.V. (Mainz)

Initiative Chronische Wunden e.V. (Quedlinburg)

Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (Berlin)

Deutsche Venenliga e.V. (Bad Bertrich)

Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie RLP e.V.

Ihre Studieneinrichtung

Ihr Notizen

Aktive Pflege und Wartung
Projekt:
01NVF17048 – VeMaWu RLP

VIDEO youtube

LOGO

GoogleMaps

Fallmanager-Schulung

Block 1

Wochentag	Datum	Uhrzeit
Donnerstag	25.10.2018	10:00-17:30 Uhr
Freitag	26.10.2018	09:00-16:30 Uhr
Montag	29.10.2018	10:00-17:30 Uhr
Dienstag	30.10.2018	09:00-16:30 Uhr

Block 2

Wochentag	Datum	Uhrzeit
Dienstag	18.12.2018	10:00-17:30 Uhr
Mittwoch	19.12.2018	09:00-16:30 Uhr

Block 3

Wochentag	Datum	Uhrzeit
Dienstag	22.01.2019	10:00-17:30 Uhr
Mittwoch	23.01.2019	09:00-16:30 Uhr
Donnerstag	24.01.2019	09:00-16:30 Uhr

Innovationsfondprojekt VeMaWuRLP

VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz / **VeMaWuRLP**

Koordinierte Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz

Schulung der Fallmanager 25.10.2018

VeMaWu RLP
VersorgungsManagement Wunde
in Rheinland-Pfalz

Hinweis:

Das Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF17048 gefördert.

Fallmanager Schulung - 25.10.2018

Vorstellung der mamedicon

Vorstellung der Projektpartner

Vorstellung der Kooperationspartner

Vorstellung VeMaWu RLP

Vorstellung der Grundidee der wissenschaftlichen Evaluation

Uwe Imkamp

Jahrgang 1962

Geschäftsführer der Mamedicon GmbH

Beiratsmitglied Initiative Chronische Wunde e.V.

Beiratsmitglied Wundzentrum Hamburg e.V.

Beiratsmitglied Wundnetz Kurpfalz e.V.

Mitglied der nationalen Konsensuskonferenz „Ergebnismessung und Nutzenbewertung in der Versorgung chronischer Wunden“

Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V.

Mitglied des Vorstands, InnoNet HealthEconomy e.V.

u.imkamp@mamedicon.de

0172 – 76 17 497



Fallmanager Schulung - 25.10.2018

mamedicon GmbH

Gewerbepark 18

49143 Bissendorf



Elke
Butzen-Wagner
Netzwerkmanagement



Uwe
Imkamp
Geschäftsführung



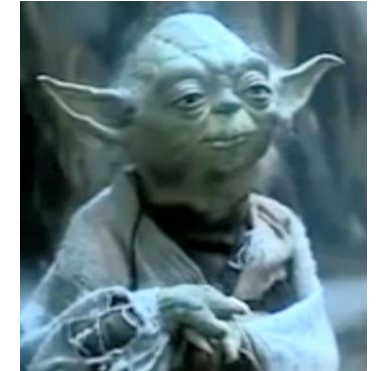
Maik
Stendera
Kassenmanagement



Claudia
Kruse
Honorarkraft
Abrechnung



Kathrin
Gudat
Honorarkraft
Netzwerkmanagement, Pflegediagnostik



Ressortverteilung

Fachliche Qualifizierung

- Fortbildungen für Ärzte
- Fortbildungen für Heilberufe
- Aufbau eines bundesweiten „Referenten-Pools“
- Angebot an Firmen zur Qualifizierung

Qualitätsmanagement

- Aufbau des QM in der Arztpraxis
- Aufbau des QM in PD / PH
- Qualitätsmanagement für Netzwerke
- Risikomanagement
- Wundsiegel / Lymphsiegel

Netzwerkaufbau / Projektarbeit

- Analyse von Netzwerkstrukturen
- Projektmanagement beim Aufbau von Netzwerkstrukturen
- Aufbau von Casemanagementsystemen
- Aufbau Entlassungs-/ **Versorgungsmanagement**

Krankenkassenmanagement / Managed Care

- Konzeption von Verträgen
- Kassenverhandlungen
- Bundesweiter Transfer von IV-Verträgen
- Operative Ausführung von Verträgen
- Betrieb einer WEB-Plattform



Fokusbereiche

Versorgungsprozesse – Menschen mit chronischen Wunden

Versorgungsprozesse – lymphatisch erkrankter Patienten

Aufbau von Netzwerkstrukturen – Wundnetzwerke in Deutschland

Aufbau von Netzwerkstrukturen – regionale Versorgungslösungen

Integrierte Versorgung

Neue Strukturen in Bezug auf das Versorgungsmanagement

Fokusbereiche

Integrierte Versorgung chronischer Wunden (§140SGB V) – **Hamburg**
Aufbau von Netzwerk- und Versorgungsstrukturen



Fokusbereiche

Integrierte Versorgung chronischer Wunden (§140SGB V) – **Wismar**
Aufbau von Netzwerk- und Versorgungsstrukturen



Praxis Dr. med. Reinhard Kauschke
Facharzt für Chirurgie, Gefäßchirurgie und Phlebologie



Wundnetz Wismar



Sana Hanse-Klinikum
Wismar

Fokusbereiche

Zertifizierungsmaßnahmen gemeinsam mit der ICW e.V. / DQS-MED
Deutschland und ab 2018: Österreich



Fokusbereiche

Aufbau von Netzwerkstrukturen – Lymphnetzwerke in Deutschland
Zertifizierungsmaßnahmen gemeinsam mit der DQS / DQS MED



Fokusbereiche

Schulung im Rahmen der Wundexperten-Qualifizierung in Kooperation mit der Hippokrates Service GmbH



Fokusbereiche

Realisation der Integrierten Versorgung zur Schwindelproblematik NRW flächendeckend – zunächst bis Dezember 2014

(>5.000 Patienten / 180 ambulant tätige HNO- Ärzte)



BARMER GEK

mamedicon

Fokusbereiche

DIN EN ISO - / KTQ Visitationen Risikomanagement in allen Gesundheitseinrichtungen



Beratungsschwerpunkte

Aufbau des Wundmanagementsystems im Krankenhaus

Ökonomisierung des Wundmanagements im Krankenhaus

Grundlagen der elektronischen Wunddokumentation

Durchführung von Wund-Symposien

„Vorbereitende Aktivitäten hin zu einem zertifizierbaren Wundmanagement“

„Vorbereitende Aktivitäten hin zu einem zertifizierbaren Lymphmanagement“

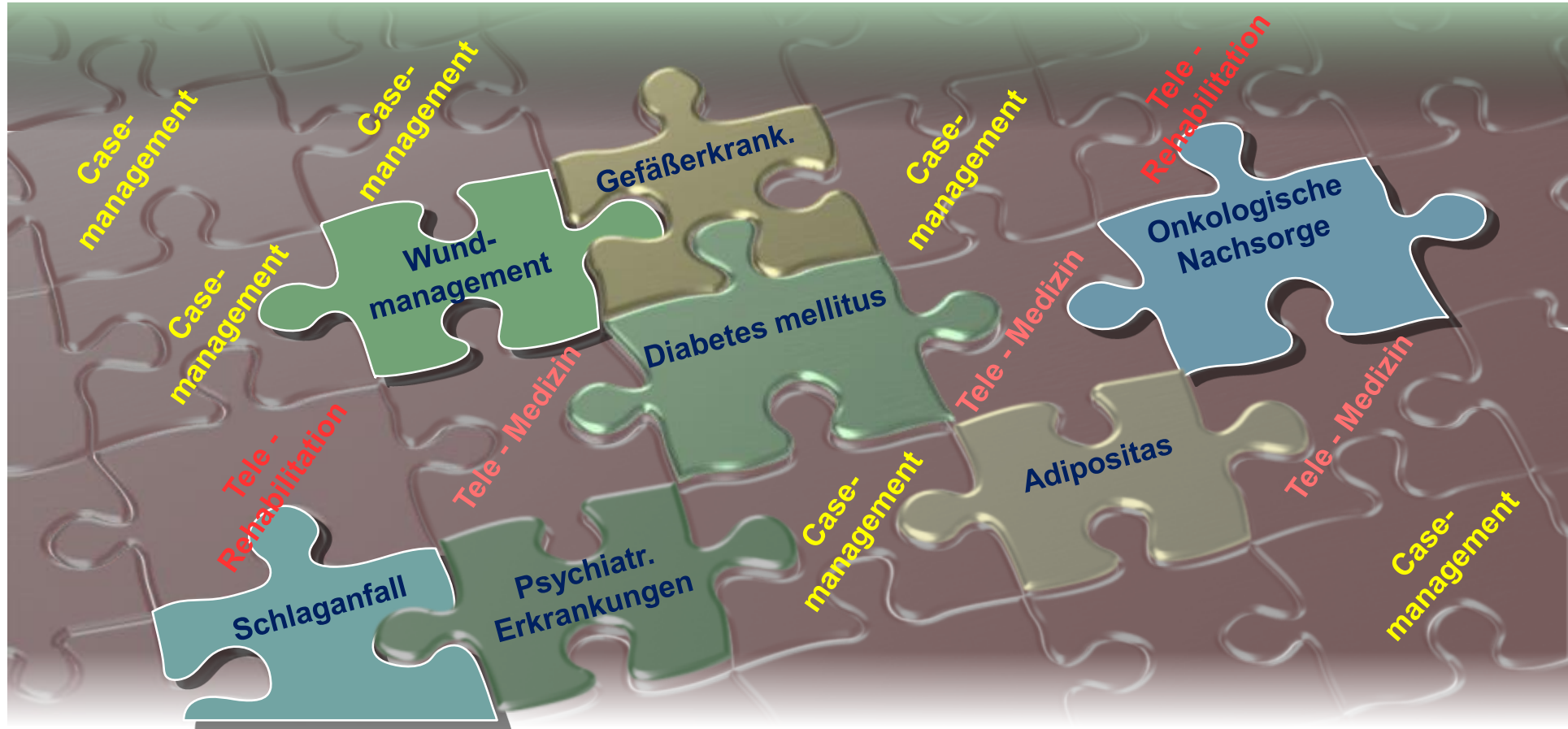
Netzwerkaufbau von der Idee bis zur Realisation

Aufbau des indikationsunabhängigen Versorgungsmanagements im ambulanten Bereich

Neu-Positionierung des Sanitätshaus- und HomeCare-Marktes in der Zukunft –
Durchbrechen der Kopplung Rezept + Beratung

Aufbau von Strukturen zu einem funktionierenden Entlassmanagement

Vision: Strukturell abgestimmte Versorgung



Fallmanager Schulung - 25.10.2018

Vorstellung der mamedicon

Vorstellung der Projektpartner

Vorstellung der Kooperationspartner

Vorstellung der Grundidee der wissenschaftlichen Evaluation

Grußworte, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Beauftragter der Bundesregierung für Pflege



Der Bevollmächtigte der Bundesregierung
für Pflege



Andreas Westerfellhaus

Staatssekretär

Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Postanschrift:
11055 Berlin

Tel +49 (0)30 18 441-3420
Fax +49 (0)30 18 441-3422

andreas.westerfellhaus@bmg.bund.de
www.pflegebevollmaechtigter.de

Berlin, Oktober 2018

Grußwort für das Projekt „Versorgungsmanagement Wunde Rheinland-Pfalz“

Fallmanager Schulung - 25.10.2018

Titel: **VersorgungsManagement Wunde** in Rheinland-Pfalz / **VeMaWuRLP**
Koordinierte Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz

Antragsteller: Das Konsortium für das Projekt besteht aus folgenden Partnern:



Fallmanager Schulung - 25.10.2018

Titel: **VersorgungsManagement Wunde** in Rheinland-Pfalz / **VeMaWuRLP**
Koordinierte Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz

Projektpartner:

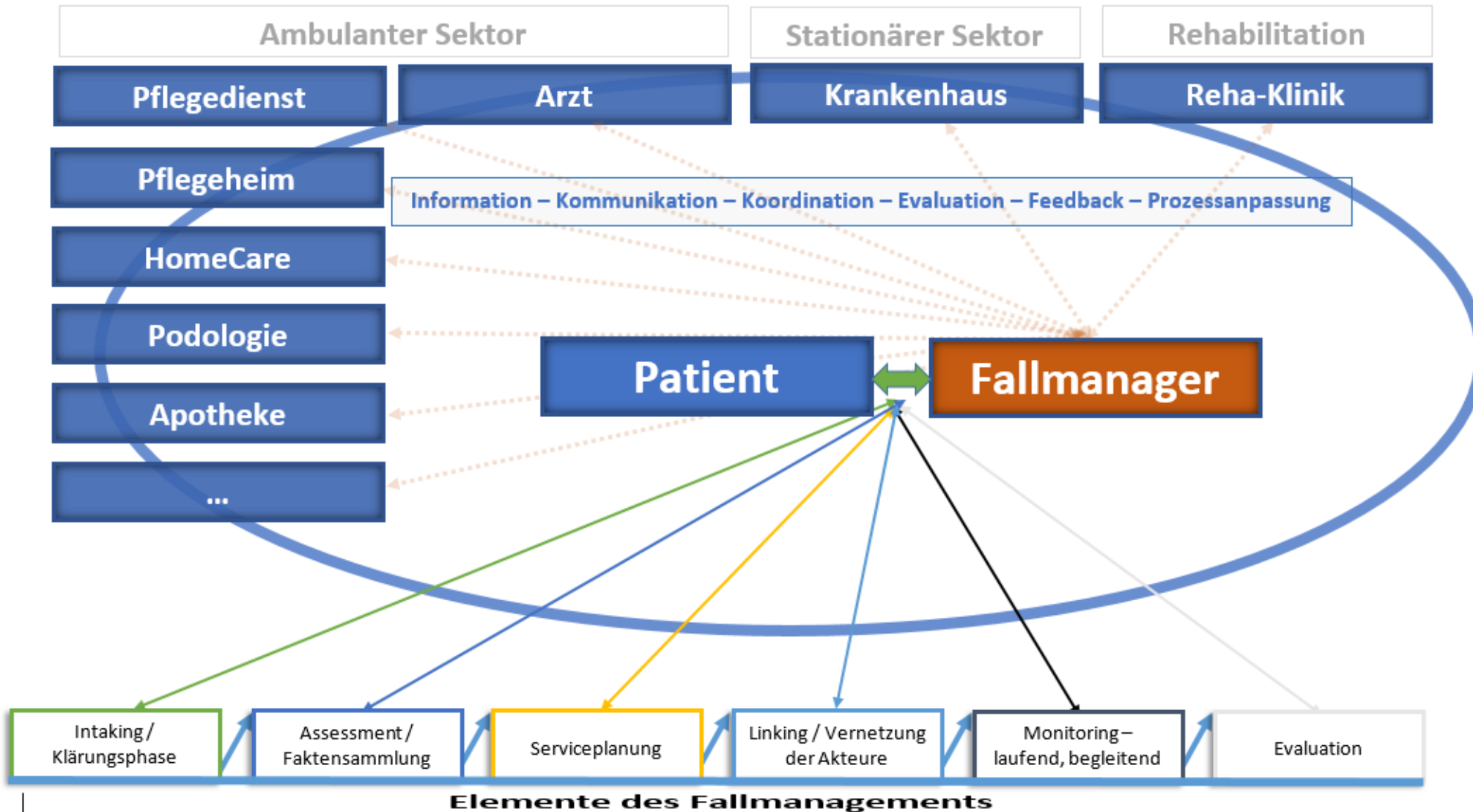


Arbeitsgemeinschaft
Diabetologie und Endokrinologie
Rheinland-Pfalz e.V.

Zusammenfassung

- Versorgungsziel: Etablierung eines **flächendeckenden Versorgungsmanagements** zur Begleitung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz zur Erreichung einer höheren **Therapietreue und besserer Therapieergebnisse**. Aufzeigen der Übertragbarkeit der Versorgungslogik auf multi-morbide und hochaltrige Menschen.
- Versorgungsform: Aktive **sektorenübergreifende Begleitung und Unterstützung** von Menschen mit chronischen Wunden durch **Fallmanager** und aktives Fallmanagement.
- Rechtsgrundlage: Für die Umsetzung im Projekt: §140a SGB V Besondere Versorgung
- Region der Maßnahmen / Interventionen: Bundesland Rheinland-Pfalz

„Elemente des Fallmanagements“



Start des Prozesses ab 01.11.2018

Durch zielführende und steuerbare Leistungen des Fallmanagements soll **eine transparente und beeinflussbare Versorgungssituation** zur erfolgreichen Wundbehandlung geschaffen werden:

- fallbezogene Assessments
- Sicherstellung der Kommunikation und Informationsweitergabe an alle Akteure
- komplexe und regelhafte Fallevaluation
- Edukation von Patienten und deren Angehörigen
- Erfassen der Systemhürden

Übersicht der Räume der geplanten Studieneinrichtungen



Aktuelle Informationen unter: www.vemawu.de

VeMaWu RLP
VersorgungsManagement Wunde
in Rheinland-Pfalz

PROJEKTSKIZZE +

PROJEKTKONSORTIUM

KOOPERATIONSPARTNER

RELEVANZ

PATIENTENSEITE

AKTUELLES +



Aktuelles



Relevanz



Patientenseite

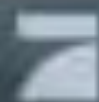


Projektkonsortium



Projektskizze

Hier werden dann auch die Netzwerktreffen etc. veröffentlicht“



Fallmanager Schulung - 25.10.2018

Vorstellung der mamedicon

Vorstellung der Projektpartner

Vorstellung der Kooperationspartner

Vorstellung der Grundidee der wissenschaftlichen Evaluation

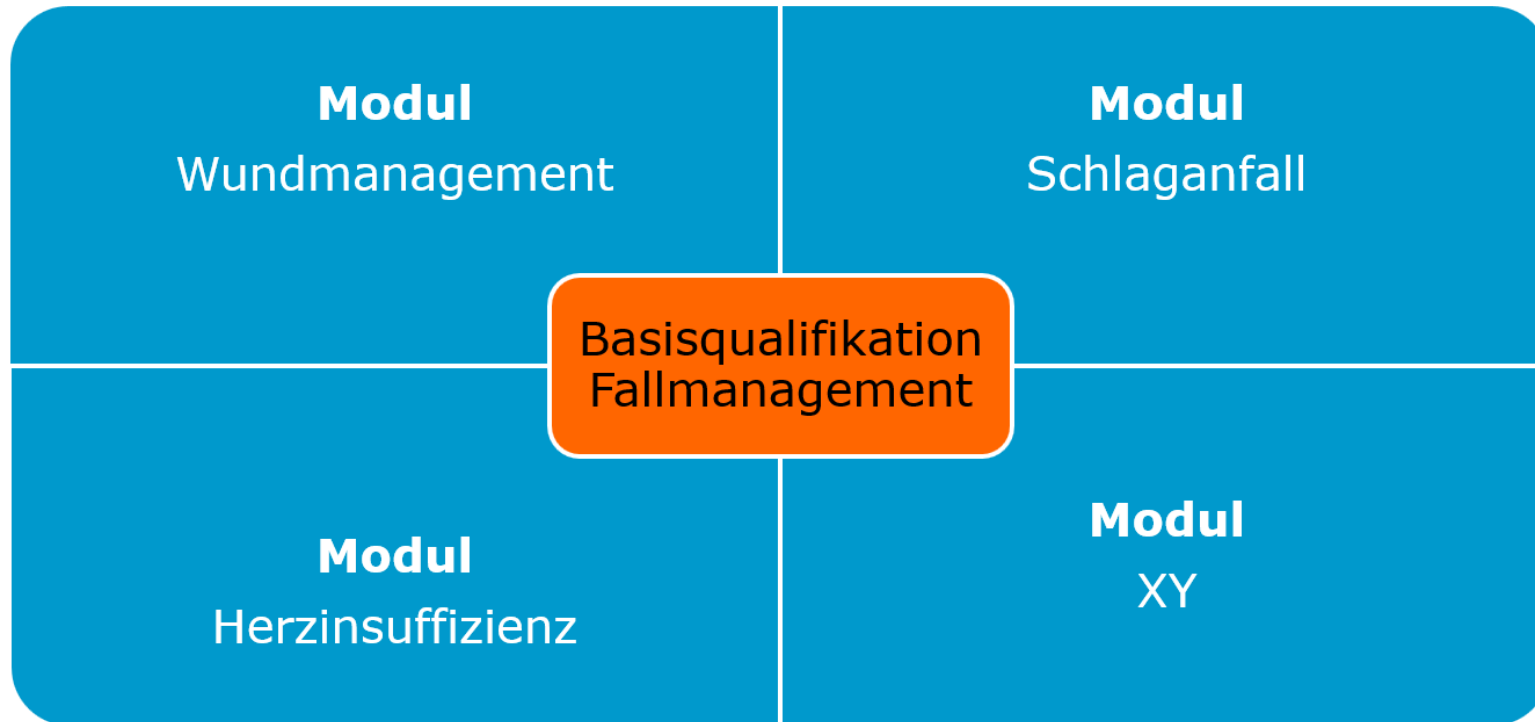


Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im
Gesundheitsbereich (IMÖVG)

Evaluationszentrum VeMaWuRLP



Aufbau der Fallmanagementschulungen



Ziel: indikationsunabhängiges Fallmanagement

Darstellung der Vorgehensweise – Arzt

Beratung, Aufklärung, Einschluss in die IV, Mitwirkung Randomisierung, Einschreiben durch Erhebungsbogen -T0 von 1.000 Patienten; Dokumentation, Leitung monatlicher Fallkonferenzen und Qualitätszirkel, Konzeptionierung der Schulungsinhalte -Arzt-, Schulung der beteiligten Leistungserbringer FM -Arzt-. Folgerhebung T6 und T12;

Einschluss	T6	T12
Beratung, Aufklärung, Einschluss in die IV, Mitwirkung Randomisierung, Einschreiben -T0-, Datensammlung inkl. Vorgeschichte, aktuelle Erhebung in Dokumentationsplattform 1,5 h	-T6-, Stuserhebung, LQ, Datensammlung, aktuelle Erhebung in Dokumentationsplattform 1,0 h	-T12-, Stuserhebung, LQ, Datensammlung, aktuelle Erhebung in Dokumentationsplattform 1,0 h
Einschreibung pro Pat: 72,00 € Brutto	48,00 € Brutto	48,00 € Brutto
Organisation, Leitung monatlicher Fallkonferenzen und Qualitätszirkel Ausgewählte Ärzte, Sektionsleitungen		2 h / Monat / 24 Monate 96,00€ Brutto

Einstufung:

Ä2 -> Fachärzte im 4.-6 Jahr. Für die Berechnung wurde der TV-Ä (Ä2–Stufe 3) herangezogen. 1/3tel Uni; 2/3tel Krankenhaustarifgefüge

Geplant sind pro Region ca. 10 Standorte die die Organisation, Leitung monatlicher Fallkonferenzen und Qualitätszirkel. Kann von der Anzahl der Stadieneinrichtungen abweichen.

Darstellung der Vorgehensweise – Fallmanagement

Aufgaben: Begleitung von ca. 500 Patienten im Sinne des Fallmanagements, basierend auf klaren Arbeitsabfolgen und Logiken. Patienten- und Angehörigen-Edukation; Kommunikation mit allen Partnern; Pflege der Dokumentationsplattform; Erfassung von (anonymisierten) Versorgungsdaten; Teilnahme an Fallkonferenzen, Teilnahme an Qualitätszirkel, Teilnahme an Fortbildungen, ...

Start-Modul (Monat 1)	9 Stunden	Routine-Modul (Monate 2-6)	20 Stunden	Präventions-Modul (Monate 7-12)	6,50 Stunden
1) Initialkontakt mit dem Patienten und den Ärzten im Krankenhaus / MVZ 1,00 h (2) 4x Hausbesuche, Anamnese, Wund-Assessment, Beratung, Start Edukation je 1,75 h (7,00h) (3) 4xBüroadministration, Dokumentation, Telefonkontakt mit dem Patienten,... je 0,25 h (1,00h)		(1) 2x Hausbesuche, Wund-Assessment, Beratung, Edukation, Evaluation je 1,25 h (2,50h) (3) 3xBüroadministration, Dokumentation, Telefonkontakt mit dem Patienten,... je 0,50 h (1,50h)		(1) 4x Hausbesuche in 6 Monaten, Beratung, Edukation, Evaluation je 1,25 h (5,00h) (3) 3xBüroadministration in 6 Monaten, Telefonkontakt mit dem Patienten,... je 0,50 h (1,50h)	
Vergütung pro Pat.: Pauschale 270,00 € Brutto		120,00 € Brutto / Monat Gesamtpauschale bei 5 Monaten 600,00 € Brutto		ab 7. Monat: 32,50 € Brutto / Monat Gesamtpauschale bei 6 Monaten 195,00 € Brutto	

Nachweisliche Teilnahme an Qualitätszirkel und/oder Fallkonferenzen

monatl. 2h

Gesamtpauschale 60,00 € Brutto/Monat

Netzwerktreffen/Netzwerk/Sektion:

6 Sitzungen / Jahr, dabei Teilnahmepflicht an 4 von 6 in der Region, für die der Fallmanager im Vertrag tätig wird (auch in 2 Regionen möglich)

Die Pauschale kann durch die Teilnahme an unterschiedlichen Fallkonferenzen/Qualitätszirkel mindestens 2mal erwirkt werden.

Das heißt insgesamt maximal

120,00 € Brutto/Monat

Leistungsbeschreibung

Übersicht der Leistungen

Übersicht der Dotierung

Übersicht zur Abrechnung (noch nicht final)

Datenschutzerklärung

Meilensteinplan

Supervision und Qualitätskontrolle

mamedicon

IHR QUALIFIZIERTER PARTNER IM GESUNDHEITSWESEN

LEBENS
QUALITÄT

FALL
MANAGEMENT

PARTNER
NETZWERK

OUTCOME
EVALUATION

PRÄVENTION

FALLFÜHRUNG VON MENSCHEN MIT
CHRONISCHEN WUNDEN
(RHEINLAND-PFALZ)

FALLMANAGEMENT WUNDE

(Rheinland-Pfalz) Die mamedicon GmbH, die Mitglieder der Fokusgruppe „Versorgungsmanagement Wunde“ des InnoNet HealthEconomy e.V. sowie engagierte Kooperationspartner wollen mit dem integrierten Versorgungsansatz „Fallmanagement Wunde“ ein sektorenübergreifendes Angebot für die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz etablieren und implementieren.

Diese Bemühungen haben in Rheinland-Pfalz bereits eine längere Historie. Durch eine gezielte Landesförderung der Ministerien für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie sowie Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau entstand das Wundnetz Rheinland-Pfalz. Das Wundnetz RLP versteht sich als Dachorganisation und wurde durch seine Mitglieder 2016 zu einem eingetragenen Verein geführt. Der Verein baut in RLP regional geprägte, sektionale Wundnetze auf.

Durch den Verein InnoNet HealthEconomy, mit Sitz in Mainz, sollen nun Aktivitäten in Richtung gesundheitsbezogenes Versorgungsmanagement gebündelt werden. Hierzu gründeten sich div. Fokusgruppen – unter anderem auch die zum Thema: „Menschen mit schlecht heilenden, schwer zu versorgenden chronische Wunden“ unter der Leitung von Uwe Imkamp, Geschäftsführer mamedicon GmbH.

Die mamedicon GmbH unterstützt das Wundnetz Rheinland-Pfalz als Netz-Büro, den Verein InnoNet HealthEconomy als Mitglied und als Leitung der Fokusgruppe „Versorgungsmanagement Wunde“. Die Managementgesellschaft hat seit 2009 zahlreiche positive Erfahrungen mit dem Aufbau vertragsfähiger Versorgungsstrukturen und der Entwicklung und administrativen Begleitung von Selektivverträgen. Hierbei ist sie Partner der Initiative Chronische Wunden e.V. in

Deutschland und arbeitet in den entscheidenden Gremien für die strukturelle Entwicklung der Wundversorgung in Deutschland mit.

Die mamedicon GmbH ist Initiator dieser hier nun unterbreiteten Vertragsidee. Wir möchten mit den verantwortlichen Mitarbeitern der Gesetzlichen Krankenkassen in die Diskussion der Kostenvorteile und Entwicklung des „Fallmanagement Wunde“ eintreten. Die regional mögliche Strukturentwicklung sowie die informelle Zusammenarbeit mit den regionalen Wundnetzen ermöglicht es Kostenträgern die Risikogruppe der Wundpatienten innovativ zu steuern und die im Hintergrund entstehenden Kosten infolge von Komplikationen und frustranen Therapieversuchen zu vermeiden.

In einem weiteren Schritt, nach Etablierung der Fallführung, werden die Produktbeschaffung und die Produktlogistik in den Versorgungspfad begleitend inkludiert.

Im Einklang mit den ambulant tätigen niedergelassenen Ärzten, ambulant tätige Pflegedienste und weiteren Leistungserbringern entwickeln wir das ambulante Fallmanagement für Versicherte mit schwerheilenden sowie chronischen Wunden als patientenorientiertes Leistungsangebot für ganz Rheinland-Pfalz. Die Versorgung basiert auf internen und externen Leitlinien und wird durch Maßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz und des Patienten Umfeldes begleitet.

Die Ziele des „Fallmanagements Wunde“ sind insbesondere:

- **Sicherung einer hohen Behandlungsqualität durch zeitgerechten Behandlungsbeginn, initiale kausale Diagnostik, konsequente Umsetzung der Behandlungsabläufe und Einbeziehung ausschließlich besonders qualifizierter Leistungserbringer,**

- **Reduzierung der Wundbehandlungszeit durch effiziente, stadienadaptierte Wundbehandlung,**
- **Erhaltung/Verlängerung der Mobilität der Betroffenen,**
- **deutliche Verringerung der Rezidivquote bereits im Folgejahr,**
- **Vermeidung von Krankenhauseinweisungen,**
- **kosteneffizienter Einsatz von Verbandmitteln,**
- **Vermeidung nicht geeigneter Versorgungen mit Hilfsmitteln,**
- **durchgängige Begleitung des Patienten durch Schulung und Anleitung**

Dies soll durch folgende Maßnahmen realisiert werden:

- **Anraten von standardgerechter Diagnostik und Therapie nach einem zugrundeliegenden Manual**
- **Fallmanagement:**
 - **Koordination der Einzelleistungen**
 - **Rückmeldesystem zur Wundsituation**
 - **Patientenberatung**
 - **Patientenedukation**
 - **Patientencoaching**
 - **Hausbesuche**
 - **rezidiv-prophylaktische Nachbetreuung**
- **mittelfristig Übernahme der Produktbeschaffung und Produktlogistik**

Die angestrebte Versorgungsstruktur bietet den betroffenen Versicherten die terminlich koordinierte Behandlung von ausgewiesenen Wundexperten, Schulung und Anleitung (auch für Angehörige), die Betreuung durch das „Fallmanagement Wunde“ mit Hausbesuchen und eine Nachbetreuung nach Wundheilung zur Vermeidung von erneuten Wunden (Rezidive).

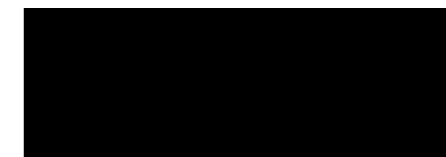
Das Fallmanagement koordiniert und überwacht den gesamten Behandlungsverlauf und reagiert auf individuelle Probleme in der Wundbehandlung.

Die beteiligten Haus- und Fachärzte profitieren von einem verbindlichen Rückmeldesystem des Fallmanagements und in der pflegerischen Versorgung der Wunden. Interessierte Kostenträger sichern somit für ihre Versicherten eine effiziente Versorgung durch die Wundexperten in der Versorgungsstruktur und in zertifizierten Wundbehandlungseinrichtungen, optimierte und verkürzte ambulante Wundbehandlung, bei Vermeidung von Kosten durch unnötige wundbedingte Krankenhausbehandlung oder Rezidivkrankungen. Einrichtungen, die bei Vertragsschluss noch nicht im Sinne des sogenannten ICW-Wund Siegels zertifiziert sein sollten, verpflichten sich zur Anerkennung der Qualitätskriterien und zur Zertifizierung innerhalb eines Jahres.

Mit dem Aufbau der landesweiten Versorgungsstrukturen innerhalb des Wundnetzes entstehen überregionale vertragsfähige Netzwerkstrukturen, die neben dem initialen Thema der Wundversorgung auch weitere Risikothemen wie zum Beispiel ambulante Lymph- oder Schlaganfallversorgung auf einem neuen Versorgungsniveau mit qualitativen und wirtschaftlichen Zielen vereinbaren können. Diesen Strukturaufbau werden wir seitens der mamedicon aktiv begleiten und suchen hierfür interessierte Partner bei Behandlern, Kostenträgern und Politik.

Bei weiterführendem Interesse nehmen Sie gern Kontakt zu uns auf.

Ihr






Uwe Imkamp
Geschäftsführer

FALLMANAGEMENT BASIS

FALLMANAGEMENT ROUTINE

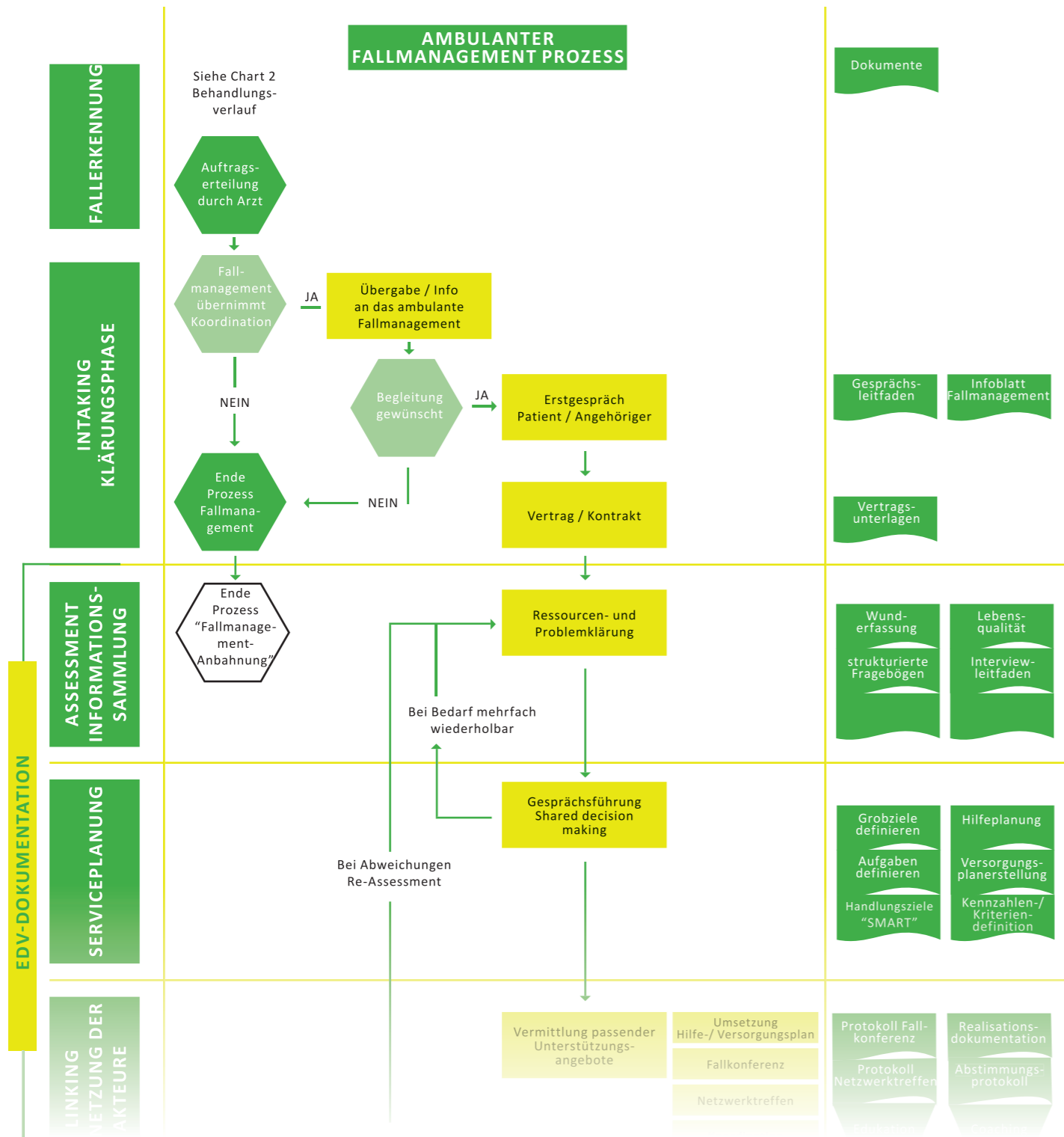
TAG	REGELVERSORGUNG		VERTRAGSLEISTUNG	MASSNAHMEN
	FACHARZTKONTAKT	VERBANDWECHSEL DURCHPFLEGEKRAFT ODER ANGEHÖRIGE	INTERVENTION - FALLMANAGEMENT	
1	X	X	Aufnahme-Assessment	Kontakt Entlassungsmanagement/Facharzt/ Hausarzt, Aufklärung/ Einwilligung; Patient/Betreuer, Modulanlage, Übernahme der Dokumentation, Eingangsstatus Wunde/Sozial/Versorgungspartner, möglichst anwesend bei Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Terminkoordination und Information aller Versorgungspartner zum aktuellen fachärztlichen Therapie-schema, Terminvereinbarung für Hausbesuche
2			Hausbesuch 1	wundbezogene Bewertung des häuslichen Umfeldes nach indika-tionsabhängiger Checkliste, Beratung der Patienten/Mitbewohner/ ggf. des Pflegedienstes zu Änderungen im Wohnumfeld und Verhaltensänderungen, gemeinsame Zielformulierung mit dem Patienten, ggf. Erstmaßnahmen und Hilfsmittelbeschaffung, Termin-vereinbarung für Hausbesuch 2 und Telefonzeit
3			Büro 1	Bericht an Hausarzt/Facharzt, ggf. Hilfsmittelbeschaffung
4		X	Hausbesuch 2	Information Patient/Betreuer zu getroffenen Maßnahmen, Kontrolle der vereinbarten Änderungen und Maßnahmen im Wohnumfeld und Verhalten, Anleitung des Patienten/der Pflegeperson beim Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Information Haus- und Facharzt, Terminvereinbarung für Hausbesuch 3 und Telefonzeit
5				
6				
7				
8		X	Büro 2	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwech-sel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Information Haus- und Facharzt
9				
10				
11				
12		X	Hausbesuch 3	anwesend bei Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Kontrolle der Maßnahmen/Verhalten/Hilfsmittelsituation, ggf. Anpassung/Beratung/Edukation, Information Haus- und Facharzt, Wunddokumentation, Terminvereinbarung für Hausbesuch 4 und Telefonzeit
13				
14				
15	X	X	Büro 3	möglichst anwesend zum Verbandwechsel, Vorlage der Verlaufs-dokumentation, Erklärung zu Maßnahmen/Verhalten (Anerkennung für Patienten), ggf. Information und Koordination Versorgungspart-ner bei fachärztlichen Therapieanpassung
16				
17				
18				
19		X	Hausbesuch 4	anwesend bei Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Kontrolle der Maßnahmen/Verhalten/Hilfsmittelsituation, ggf. Anpassung/Beratung/Edukation, Information Haus- und Facharzt, Wunddokumentation, Terminvereinbarung für Hausbesuch 5 und Telefonzeit
20				
21				
22		X	Büro 4	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwech-sel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten
23				
24				
25				
26		X	Hausbesuch 5	anwesend bei Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Kontrolle der Maßnahmen/Verhalten/Hilfsmittelsituation, ggf. Anpassung/Beratung/Edukation, Information Haus- und Facharzt, Wunddokumentation
27				
28				
29		X	Büro 5	möglichst anwesend zum Verbandwechsel, Vorlage der Verlaufs-dokumentation, Erklärung zu Maßnahmen/Verhalten (Anerkennung für Patienten), ggf. Information/Edukation und Koordination Versorgungspartner bei fachärztlichen Therapieanpassung, Zielauswertung mit Patienten und Facharzt, ggf. Ziellanpassung, ggf. Schlußassessment, Modulabschluß/ggf. neue Modulanlage

TAG	REGELVERSORGUNG		VERTRAGSLEISTUNG	MASSNAHMEN
	FACHARZTKONTAKT	VERBANDWECHSEL DURCHPFLEGEKRAFT ODER ANGEHÖRIGE	INTERVENTION - FALLMANAGEMENT	
1				
2				
3				
4				
5		X	Büro 1	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwech-sel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Information Haus- und Facharzt
6				
7				
8				
9		X	Hausbesuch 1	anwesend bei Verbandwechsel, ggf. Anleitung Patient/Pflegeperson Wunddokumentation mit Foto, Kontrolle der Maßnahmen/Ver-halten/Hilfsmittelsituation, ggf. Anpassung/Beratung/Edukation, Information Haus- und Facharzt, Wunddokumentation, Termin-vereinbarung für Hausbesuch 2 und Telefonzeit
10				
11		X		
12				
13				
14				
15	X	X	Büro 2	möglichst anwesend zum Verbandwechsel, Vorlage der Verlaufs-dokumentation, Erklärung zu Maßnahmen/Verhalten (Anerkennung für Patienten), ggf. Information und Koordination Versorgungspart-ner bei fachärztlichen Therapieanpassung
16				
17		X		
18				
19				
20				
21				
22				
23		X	Hausbesuch 2	anwesend bei Verbandwechsel, Wunddokumentation mit Foto, Kontrolle der Maßnahmen/Verhalten/Hilfsmittelsituation, ggf. Anpassung/Beratung/Edukation, Information Haus- und Facharzt, Wunddokumentation
24				
25		X		
26				
27				
28				
29	X	X	Büro 3	möglichst anwesend zum Verbandwechsel, Vorlage der Verlaufs-dokumentation, Erklärung zu Maßnahmen/Verhalten (Anerkennung für Patienten), ggf. Information und Koordination Versorgungspart-ner bei fachärztlichen Therapieanpassung, Zielauswertung mit Patienten und Haus- oder Facharzt, ggf. Ziellanpassung, ggf. Schlußassessment, Modulabschluß/ggf. neue Modulanlage

FALLMANAGEMENT PRÄVENTION		
 WOCHE	 INTERVENTION - FALLMANAGEMENT	 MASSNAHMEN
1	Hausbesuch 1 Präventionsplanung (ggf. noch im letzten Kontakt in Routine-modul)	Information Patient/Pflegeperson zu geplanten Maßnahmen (Umfangtagebuch, Kompression, Mobilisierung, Ernährung), Kontrolle der vereinbarten Maßnahmen, Zielformulierung mit dem Patienten, Terminvereinbarung, Einweisung Umfangtagebuch (ggf. selbständige Fortführung) / Lagerungs-Entlastungsprocedere
2	Stand by	ggf. Rückruf Patienten/Pflegeperson
3	Büro 1	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwechsel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Abfrage Umfangtagebuch, ggf. Information Haus- und Facharzt
4	Stand by	
5	Stand by	
6	Hausbesuch 2	Überprüfung der Maßnahmen; Auswertung Umfangtagebuch (ggf. selbständige Fortführung) Lagerungs-Entlastungsprocedere
7	Stand by	
8	Stand by	
9	Stand by	
10	Büro 2	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwechsel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Abfrage Umfangtagebuch / Lagerungs-Entlastungsprocedere
11	Stand by	
12	Stand by	
13	Stand by	
14	Hausbesuch 3	Überprüfung der Maßnahmen
15	Stand by	
16	Stand by	
17	Stand by	
18	Büro 3	telefonische Erkundigung bei der Pflegeperson zum Verbandwechsel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Abfrage Umfangtagebuch / Lagerungs-Entlastungsprocedere
19	Stand by	
20	Stand by	
21	Stand by	
22	Büro 4	telefonische Erkundigung beim Patienten/bei der Pflegeperson zum Verbandwechsel und Einhaltung Maßnahmen/Verhalten, Abfrage Umfangtagebuch, ggf. Information Haus- und Facharzt
23	Stand by	
24	Stand by	
25	Stand by	
26	Hausbesuch 4	Entlastungsprocedere, Kontaktangebot Casemanagement bei späteren Komplikationen, Zielauswertung mit Patienten, Information Haus- und Facharzt, Schlußassessment, Modulabschluss

Laufzeit 6 Monate / 8 Kontakte

-INKL. PRÄVENTIVMODUL FÜR 6 MONATE - BEGLEITUNG DER PATIENTEN ÜBER 10 MONATE-	
LEISTUNGSKOMPLEX	INHALT
1	Koordinierende medizinische Leistungen
2	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 1 (BASIS)
3	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 2 (ROUTINE)
4	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 3 (ROUTINE)
5	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 4 (ROUTINE)
6	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 5 (PRÄVENTION)
7	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 6 (PRÄVENTION)
8	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 7 (PRÄVENTION)
9	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 8 (PRÄVENTION)
10	Fallmanagement-Leistungen - MONAT 9 (PRÄVENTION)



TÄTIGKEIT	BEMERKUNGEN	HÄUFIGKEIT/FREQUENZ
Beteiligung am Ausschreibungsverfahren	vorbereitende Tätigkeiten bis zur Entscheidung: Antragsunterlagen, Kalkulationen, Ansprache potentieller Partner (ICW, WZHH)	2 Monate
Verhandlungsphase	ggf. Vor Ort Termine, Erarbeitung von Vertragsunterlagen, Diskussion, Anpassung	2 Monate
Akquise von teilnehmenden Fallmanagern	Netzwerkarbeit, Anschreiben, Schulung, zentrale Informationen, FAQ, Hotline	laufend
Vertragsabschluss mit Teilnehmern	Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen, Verwaltung, Teilnehmerverzeichnis, Kontierung	laufend
Teilnehmerverzeichnis	Führung, rgm. Versendung an KK oder aktuell auf Homepage	monatlich
Vertragsmarketing	Anwerbung und Information von Kostenträgern und Teilnehmern in direkter Ansprache, Flyer, Homepage	laufend
Homepage zum Vertrag	Betreuung, Information, Schulung, Download	laufend
Dokumentationsplattform	Anpassung, Hosting, Teilnehmerverwaltung, Download: Vertragsinformation, Formulare, Leistungsnachweis, Kommunikation	laufend
monatliche Abrechnung mit den teilnehmenden Kostenträgern	schriftlich, Datenträgeraustausch, Klärung des/der Verfahren, Prüfung und Berichtigung der Leistungsnachweise und Abrechnungsunterlagen der Leistungserbringer, Rechnungslegung, Auszahlung	monatlich
Fachbeirat	administrative Aufgaben, Fachbeiratstreffen	jährlich
stichprobenartige Prüfung der Wunddokumentation		laufend, ansteigend
Prüfung der Verlaufsdocumentation nach 12 Wochen durch Monitor-Arzt		laufend, ansteigend
regionale Fallkonferenzen	online oder real, regional (ost, süd, west, nord)	halbjährlich
Datenbereitstellung für gesundheitsökonomische Bewertung	Dokumentationsplattform	

Vereinbarung

nach § 140a SGB V
(analog der Änderungen durch das Versorgungsstärkungsgesetz)
über die Versorgung von Versicherten mit chronischen Wunden
(insbesondere Ulcus cruris, Dekubitus, sekundär heilende Wunden)

zwischen
der Krankenversicherung
vertreten durch

den einzelnen, qualifizierten Akteuren des Wundnetzes HESSEN über die mamedicon

der Fachgesellschaft
Initiative Chronische Wunden e.V.
vertreten durch Frau Veronika Gerber, Prof. Knut Kröger

im Benehmen
mit dem Haus-Ärzteternetz des Kreises XY
vertreten durch

der Managementgesellschaft
mamedicon gmbh
vertreten durch Herrn Uwe Imkamp

für den regionalen Raum
Hessen -

Bearbeitungsstand
06.06.2016

Stand: 06.06.2016 mamedicon Seite 1 von 10

Präambel

Die Partner dieser Vereinbarung sind davon überzeugt, dass die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden durch verbindlich festgelegte Behandlungspfade und die Förderung einer intensiveren Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten und zertifizierten ambulanten Wundbehandlungseinrichtungen weiter gesteigert werden kann. Die in der Regelversorgung existierenden ungesteuerten und qualitativ intransparenten Einzelleistungen unterschiedlicher Berufsgruppen sollen von einem koordinierten Expertennetzwerk mit gemeinsamen Behandlungsstandards abgelöst werden.

Wichtige Probleme in der ambulanten Wundversorgung sind in dieser Hinsicht:

- o fehlende kausale Diagnostik
- o konsequente sinnhafte Kompression
- o fehlende Adhärenz des Patienten
- o zeitnahe fachärztliche Intervention bei Verschlechterung der Wundsituation
- o unzureichende Beachtung der wundheilungunterstützenden Faktoren in der Lebensführung und im häuslichen Umfeld
- o Rezidive wegen fehlender fachlicher Begleitung des Patienten nach erfolgter Wundheilung

Diese sollen durch folgende Maßnahmen behoben werden:

- o standardgerechte Diagnostik und Therapie
- o netzinterne Dokumentation der zentralen Dokumentationsinhalte
- o Fallmanagement:
 - o Koordination der Einzelleistungen
 - o Rückmeldesystem zur Wundsituation
 - o Patienten- und Angehörigenedukation
 - o Hausbesuche
 - o rezidiv-prophylaktische Nachbetreuung

Klare Überzeugungen:

- o Die Fallsteuerung des Patienten mit chronischen Wunden, das Einhalten von klar definierten Algorithmen und Rahmenbedingungen bei der Behandlung sowie die eindeutige Zielabstimmung sind die Determinanten der erfolgreichen und ressourcenschonenden Wundtherapie. Dabei soll die Dokumentation auf ein notwendiges Maß reduziert werden.
- o Die Qualitätsanforderungen in Prozess, Struktur- und Ergebnisqualität werden durch die Wundsiegel-Zertifizierungsinhalte definiert. Dies schließt die bundesweit beachteten Standards des Wundzentrum Hamburg e.V. mit ein. Teilnehmen werden zertifizierte Einrichtungen oder solche, die sich binnen eines Jahres zur Zertifizierung verpflichten und jetzt schon die Kriterien beachten.
- o Regelmäßige Outcome-Messungen weisen die Effekte kurzfristig nach.

Diese Versorgungsstruktur bietet im Raum Hessen den betroffenen Versicherten die terminlich koordinierte Behandlung durch ausgewiesenen Wundexperten, Schulung und Anleitung (auch für Angehörige), die Betreuung durch das Fallmanagement (FM-Wunde) mit Hausbesuchen und eine Nachbetreuung nach Wundheilung zur Vermeidung von erneuten Wunden (Rezidive). Das Fallmanagement koordiniert und überwacht den gesamten Behandlungsverlauf und reagiert auf individuelle Probleme in der Wundbehandlung. Die beteiligten Fachärzte profitieren von einem verbindlichen Rückmeldesystem des Fallmanagements und in der pflegerischen Versorgung der Wunden. Der Kostenträger sichert für seine Versicherten eine effiziente Versorgung durch die Experten

Stand: 06.06.2016 mamedicon Seite 2 von 10

in der Versorgungsstruktur und zertifizierte Wundbehandlungseinrichtungen, optimierte und verkürzte ambulante Wundbehandlung, bei Vermeidung von Kosten durch unnötige wundbedingte Krankenhausbehandlung oder Rezidivkrankungen.

Diese Vereinbarung soll zur weiteren Etablierung leitliniengerechter Wundbehandlung und zur koordinierten Zusammenarbeit von Wundexperten aller Berufsgruppen beitragen. Die Aufgaben weiterer Leistungserbringer werden in den Anlagen geregelt.

Anlagen

- Anlage 1 Manual = Standards/Letlinien/Veröffentlichungen/Wundsiegelstruktur und -prozesskriterien
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Hausarztes
- Anlage 2A Anamnesebogen des Hausarztes
- Anlage 3 Teilnahmeerklärung der zertifizierten ambulanten Wundbehandlungseinrichtungen
- Anlage 3A Aufgaben der zertifizierten ambulanten Wundbehandlungseinrichtung
- Anlage 3B Aufgaben Fallmanagement (FM) Wunde
- Anlage 3C Vergütungsvereinbarung Wundbehandlungseinrichtung
- Anlage 4 Teilnahmeerklärung des Versicherten
- Anlage 5 Scoring-Bogen zur Wundbeurteilung
- Anlage 6 Dokumentationsinhalte
- Anlage 6A Grundlage Kompressionstherapie
- Anlage 6B Patienten-edukation
- Anlage 7 Gesicherte ICD10 Codierung
- Anlage 8 ggf. KV- Pseudoziffer
- Anlage PD Häusliche Krankenpflege zur Wundversorgung
- Anlage XY Start des Fallmanagements angepasster BRASS Index

Stand: 06.06.2016 mamedicon Seite 3 von 10

Inhalt

- § 1 Gegenstand und Zielsetzung
- § 2 Geltungsbereich und Versorgungsinhalte
- § 3 Teilnahme und Aufgaben der Hausärzte
- § 4 Teilnahme der Wundbehandlungseinrichtung
- § 5 Fallanagement Wunde
- § 6 Aufgaben der ICW e.V.
- § 7 Aufgaben der mamedicon gmbh
- § 8 Teilnahme der Versicherten
- § 9 Kooperation mit anderen Leistungserbringern
- § 10 Dokumentation, Evaluation
- § 11 Qualitätssicherung
- § 12 Vergütung
- § 13 Abrechnung
- § 14 Datenschutz
- § 15 Fachbeirat
- § 16 Maßnahmen bei Vertragsverletzung
- § 17 Öffentlichkeitsarbeit
- § 18 Salvatorische Klausel
- § 19 In-Kraft-Treten, Kündigung

Stand: 06.06.2016 mamedicon Seite 4 von 10

- Bad Neuenahr-Ahrweiler
- Neuwied
- Prüm
- Hillesheim
- Koblenz
- Daun
- Bitburg
- Trier
- Idar-Oberstein
- Bad Kreuznach
- Lauterecken
- Worms
- Mainz
- Frankfurt / Main
- Kaiserslautern
- Ludwigshafen
- Speyer
- Landau



UNSERE PARTNER

...stellen wir Ihnen gern
im gemeinsamen Gespräch vor



Vereinbaren Sie einen Informationstermin mit uns

mamedicon GmbH

Gewerbepark 18
49143 Bissendorf
Internet: www.mamedicon.de
Tel.: 05402 - 70 23 00 Fax: 05402 - 70 23 05

Uwe Imkamp

Geschäftsführer
E-Mail: u.imkamp@mamedicon.de

Maik Stendera

Leiter Kassenmanagement
E-Mail: m.stendera@mamedicon.de
mobil: 0173 - 24 070 15

Eine Gemeinschaftsinitiative mit dem Netzwerk Gesundheitswirtschaft Rheinland-Pfalz

