

PatientenNetz: Augsburger Begleitstelle Schlaganfall

Das PatientenNetz war ein bundesweit einmaliges, erfolgreiches Modellprojekt, das Schlaganfall-Betroffene von Juli 2005 bis September 2011 anhand eines definierten Patientenpfads im Rahmen der Integrierten Versorgung begleitete. Der Handlungsansatz Case Management garantierte dabei, dass unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Patient unterstützt und strukturiert durch den Versorgungspfad gelotst wurde.

Projekträger war das beta Institut in enger Zusammenarbeit mit dem Schlaganfallzentrum der Neurologischen Klinik des Klinikums Augsburg. Zudem hatte die Begleitstelle Schlaganfall Kooperationsverträge mit über 180 niedergelassenen Hausärzten in der Region abgeschlossen. Verschiedene Krankenkassen hatten das Projekt im Rahmen von Verträgen der Integrierten Versorgung gefördert. Darüberhinaus übernahmen weitere Krankenkassen die Kosten nach einer Einzelfallentscheidung.

Folgen von Schlaganfall

Allein in Bayern ereignen sich fast 30.000 Schlaganfälle pro Jahr. Die Krankheits- und Genesungsverläufe sind individuell sehr verschieden – mit entsprechend vielfältigen Erkrankungsfolgen. Diese Auswirkungen sind für die Patienten und ihre Angehörigen schwer abzuschätzen und oft sehr beängstigend. Zahlreiche Hilfsangebote sind zwar vorhanden, der Zugang zu ihnen jedoch zum Teil durch Informationsdefizite verschlossen. In ähnlich komplexen Krankheitssituationen hat sich der Handlungsansatz Case Management seit vielen Jahren bewährt und wurde deshalb im Rahmen dieses Modellprojekts eingesetzt.

Das Projekt

Das PatientenNetz Schlaganfall begleitete Menschen, die von den Folgen eines Schlaganfalls betroffen sind. Die Begleitung begann während des Aufenthalts im Schlaganfallzentrum des Klinikums Augsburg und dauerte bis zu einem Jahr. Das Angebot richtet sich an Versicherte teilnehmender Krankenkassen.

Die Hilfsangebote

Das Team des PatientenNetzes Schlaganfall begleitete und unterstützte die Betroffenen in allen Fragen, die sich infolge des Schlaganfalls ergaben. Es kooperierte mit Fachleuten aus vielen Gebieten und kümmerte sich darum, dass den Betroffenen diese gesammelte Kompetenz zur Verfügung stand. Themen waren z.B.

- Fragen zu Leistungen der Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger
- Sicherung der häuslichen Situation
- Hilfe zur Wiedereingliederung am Arbeitsplatz
- Information zu Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und psychosozialen Diensten
- Vernetzung zu seelsorgerischen und psychologischen Angeboten

Nach dem Krankenhausaufenthalt unterstützten die Case Managerinnen in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern die geregelte Nachsorge und die Sekundärprävention durch Reduktion von Risikofaktoren. Hierzu nahmen sie in der Regel etwa alle sechs bis acht Wochen aktiv Kontakt zu den Betroffenen auf. Hierzu führten die Case Managerinnen ein engmaschiges Monitoring durch, das aus telefonischen und persönlichen Kontakten, z.B. Hausbesuchen, bestand.

Daten und Fakten zum Projekt

- Über 600 PatientInnen erhielten eine einjährige Case Management-Begleitung
- Über 500 PatientInnen erhielten eine Kurzberatung
- Über 180 Kooperationsverträge mit HausärztInnen und niedergelassenen NeurologInnen

