

Ergänzung der Versorgungskette zwischen Akutkrankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen

hier: Antrag der SPD-Stadtratsfraktion vom 16. September 2004

Anmeldung

zur Tagesordnung der Sitzung des Sozialausschusses am 17. März 2005

- öffentlicher Teil -

I. Sachverhalt

Auf dem Hintergrund eines Kooperationsmodells zwischen Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenhausgesellschaft und Sozialhilfeträgern in Berlin, bei dem es um eine verbesserte Versorgung von Schwerst- und chronisch Kranken geht, die Einsparungen in Millionenhöhe möglich macht, soll die Verwaltung aufzeigen, unter welchen Voraussetzungen für Nürnberg ähnliche Strukturen entwickelt werden können, um die Betreuungsqualität in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und Krankenhauseinweisungen zu reduzieren.

Der Antrag sollte sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialausschuss behandelt werden, ersterer beschäftigte sich damit in seiner Sitzung vom 08. Dezember 2004.

1. Das Berliner Projekt „Ärztliche, pflegerische und therapeutische Betreuung Schwerstkranker in stationären Pflegeeinrichtungen“

Um der Belegung von Krankenhausbetten mit älteren Patienten entgegenzuwirken, die in einem Pflegeheim nicht adäquat versorgt werden konnten, aber letztlich auch nicht die ständige Versorgung durch ein Krankenhaus benötigten, wurde Ende der 70er Jahre in Berlin durch Umwandlung eines Teils der Krankenhäuser und der Abteilungen für chronisch Kranke das „Krankenheim“ geschaffen (Berliner Krankenheimverordnung von 1978).

Die Krankenheime sollten die Versorgungskette zwischen Akutkrankenhäusern und konventionellen Alten- und Pflegeheimen ergänzen und eine „ganzheitliche Verbindung zwischen Wohnen, Pflege, medizinischer Grundversorgung und therapeutischer Leistung“ im Rahmen einer aktivierenden Pflege bieten. Um die medizinische Versorgung sicherzustellen, wurden Ärzte eingestellt bzw. in der Folge niedergelassene Ärzte über Rufbereitschaft zur ständigen Erreichbarkeit verpflichtet. Die Unterbringungskosten mussten die Bewohner/-innen der Krankenheime selbst aufbringen; falls das nicht möglich war, übernahm die Sozialhilfe die Kosten.

Mit Einführung des SGB XI (Pflegeversicherung) wurden die Krankenheime in vollstationäre Pflegeeinrichtungen umgewandelt. Damit wurden zwar die Pflegekassen für die pflegebedingten Aufwendungen zuständig, auf der Strecke blieben jedoch die – über SGB XI nicht refinanzierten – ärztlichen Leistungen, die rechtlich durch die niedergelassenen Ärzte erbracht und über die Krankenversicherung (SGB V) hätten finanziert werden müssen. Folge war in den früheren Krankenheimen eine Finanzierungs- und damit letztlich auch eine Versorgungslücke.

Ziel des Berliner Modells war und ist es deshalb, diese Versorgungslücke zu schließen und zudem Kosten, die aufgrund einer Versorgung von Krankenheimbewohnern im Pflegeheim nach SGB XI entstehen, zu reduzieren. Hierbei handelt es sich vor allem um Kosten für

- Krankenhauseinweisungen und –behandlungen, weil im „normalen“ Pflegeheim die Versorgung der Bewohner durch ihren Hausarzt nicht rund um die Uhr gesichert ist,
- Krankentransporte (zum Kh und zurück)
- Arzneimittel
- Heil- und Hilfsmittel

Wesentlicher Bestandteil der Kooperationsvereinbarung sind:

- die gemeinsame Gestaltung und Umsetzung ambulanter und stationärer Leistungsbereiche zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit,
- die ärztliche Behandlung (medizinische Grundversorgung) durch angestellte oder niedergelassene Ärzte in den am Projekt teilnehmenden Einrichtungen,
- medizinisch-therapeutische Versorgung durch in der Pflegeeinrichtung angestellte Therapeuten.
- Für die Vergütung der Leistungen wird von den Krankenkassen eine Platzpauschale bezahlt (4213.-€ pro Platz und Jahr), die detailliert auf die Leistungsbereiche (Ärztliche Behandlung, therapeutische Betreuung, medizinischer Bedarf, Arzneimittelversorgung, Krankenhausbehandlung, Fahrtkosten) aufgeteilt ist.

Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, war in den Projekteinrichtungen die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte etwa halb so groß wie in den übrigen Einrichtungen.

Tabelle 1: Häufigkeit des Krankenhausaufenthaltes

	1998		1999		2000		2001		2002	
Projekteinrichtungen	42		42		40		40		40	
Übrige Einrichtungen		238		243		244		238		244
KH-Fälle	111	9088	1156	10962	1058	11248	1076	11874	1050	13030
	3									
KH-Fälle je BewohnerInnen	0,25	0,57	0,27	0,6 6	0,26	0,66	0,27	0,68	0,29	0,73
Faktor, um den die KH-Häufigkeit in ÜE höher ist	2,3		2,5		2,5		2,5		2,5	

Quelle: Lenkungsausschuss des Berliner Projekts / AOK Berlin

Tabelle 2: Ausgaben der Projekteinrichtungen und Ausgaben der übrigen Einrichtungen

	Abweichung der Ausgaben		
	2000	2001	2002
Krankenhausbehandlungen	- 56,9%	- 55,4%	- 57,7%
Arzneimittel	- 15,1%	- 12,1 %	- 12,7%
Krankentransporte	- 58,1%	- 58,1 %	- 64,0%
Heil- und Hilfsmittel	53,1%	50,7%	46,9%
Gesamt	- 33,0%	- 31,9%	- 35,0%

Quelle: Lenkungsausschuss des Berliner Projekts / AOK Berlin

Wie Tabelle 2 zeigt, hat diese geringere Krankenhauseinweisungsquote deutliche Minder Ausgaben zur Folge. Allein im Jahr 2002 wurden so für die Krankenkassen 4,6 Mio € eingespart. Die Einrichtungsträger, denen die Aufwendungen für Ärzte, Therapeuten, Arzneimittel etc. über die Pauschale finanziert wurde, hatten eine verbesserte Versorgungsqualität, jedoch keinen Einspareffekt.

2. Das Münchner Projekt „Geriatrischer Praxisverbund“

Eine bayernweite Befragung von Alten- und Pflegeheimen durch die kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) hatte 2002 zu dem Ergebnis geführt, dass

- viele Krankenhauseinweisungen für vermeidbar gehalten wurden,
- erhöhter Kommunikations- und Koordinationsbedarf zwischen Ärzten und Pflegekräften bestand,
- ein die Entsorgung nicht verwendeter, noch original verpackter Medikamente (z.B. bei Tod eines Heimbewohners) als überflüssige Ausgabe betrachtet wurde

KVB und AOK Bayern erarbeiteten deshalb 2003 ein Konzept, dass sich – ähnlich wie das Berliner Modell – den Zielen einer Optimierung der medizinischen Versorgung von Heimbewohnern und einer Kostensenkung verpflichtet sah. Um diese Ziele zu erreichen wurden folgende Ansatzpunkte gewählt:

- Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal durch Gesprächsrunden und standardisierte Dokumentation
- Verstärkung der hausärztlichen Präsenz und der Hintergrunddienste
- Verminderung von Kh-Einweisungen durch hausärztliche Rund-um-die-Uhr-Betreuung
- standardisierte Dokumentation durch einheitliche Software
- optimiertes Medikamentenmanagement durch den Einsatz unversehrtter Medikamente verstorbener Heimbewohner
- geriatrische Fortbildungen

14 geriatrische erfahrene Hausärzte schlossen sich in einem „geriatrischen Praxisverbund“ zusammen (GPV); es wurden zudem verschiedene Partner, darunter ein Heim der München-Stift GmbH, gewonnen sowie die Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

Der Geriatrische Verbund stellt die **tägliche Präsenz** eines Arztes in den am Projekt teilnehmenden Heimen für rund 2 Stunden sicher; von 7 - 23 Uhr ist zudem die ärztliche Bereitschaft gewährleistet, die über eine zentrale Rufnummer erreichbar ist.

Zwischen den betreuenden Ärzten und dem Heim finden unter Einbeziehung von Pflegekräften **regelmäßige Gesprächsrunden** statt, zu denen bei Bedarf Fachärzte und Kliniken einbezogen werden. Es gibt Besprechungen nur zwischen Ärzten sowie bilaterale Konsultationen und es wurden mit dem Heim sogenannte „Alarmierungswege“ definiert, die den reibungslosen Ablauf einer Notfallversorgung sichern sollen.

Zur Verbesserung der Kommunikation aller Beteiligten wurden eine **elektronische Pflege-** (Eintrag erfolgt durch das Pflegepersonal) **und eine elektronische Patientenakte** (Eintrag erfolgt durch Ärzte) entwickelt. Ein Datenaustausch findet statt – die Pflegedokumentation werde vereinfacht, eine doppelte Dokumentation durch Ärzte vermieden.

Auch die **Beschaffung und Ausgabe von Medikamenten** wurde neu geregelt: Unangebrochene Packungen können in den Praxisbedarf zurückgenommen und teilweise im Heim deponiert werden.

Es wurde eine **Notfallapotheke** eingerichtet, für die die Apotheken, die das Heim beliefern, sog. unit doses zur Verfügung stellen, den Verbrauch kontrollieren und die Qualität der zurückgenommenen Medikamente prüfen.

Mittels eines neuen **Dokumentationssystems** werden Pflege- und medizinische Betreuungsqualität ausgewertet, z. B. durch das Festhalten von Anzahl und Dauer von Kh-Einweisungen, Transport- und Arzneimittelkosten und durch „Zufriedenheitsbefragungen“ der beteiligten Bewohner zu Beginn, in der Mitte und am Ende des Projektzeitraumes.

Zudem wurde ein **verpflichtendes Fortbildungsprogramm** für die im Projekt arbeitenden **Ärzte** festgelegt.

Die **Finanzierung** der Leistungen erfolgt über ein von den beteiligten Kassen zur Verfügung gestelltes Projektbudget. Aus diesem wird pro eingeschriebenem Patient ein fester Betrag an die KVB gezahlt.

Da das Projekt erst im April 2004 gestartet ist, liegen noch keine validen Daten über die **Ergebnisse** vor – es scheint aber so zu sein, dass auch hier die Krankenhauseinweisungen zurück gegangen sind und durch die verstärkte und berechenbare Präsenz der Ärzte eine höhere Zufriedenheit und auch Sicherheit beim Pflegepersonal vorhanden ist.

3. Übertragbarkeit der beiden Projekte auf Nürnberg

Die Probleme in Nürnberg unterscheiden sich kaum von denen der beiden anderen Städte: Nach Erhebungen des Gesundheitsamtes wird auch hier von Heim- und Pflegedienstleitungen bemängelt,

- dass Ärzte zu wenig präsent und schlecht zu erreichen sind,
- dass es zu viele Krankenhauseinweisungen gibt,
- dass Harnwegskatheter zu häufig verschrieben werden,
- dass zu viele verschiedene Ärzte im Haus sind und deren Dokumentation und Kommunikation – um es vorsichtig auszudrücken – oft entwicklungsbedürftig sind.
- Zudem besteht der Wunsch besserer palliativer und ernährungsmedizinischer Ausbildung der Ärzte.

Auch wenn die Rahmen- bzw. Entwicklungsbedingungen vor allem in Berlin ganz andere waren als in Nürnberg, so sind die Problemlagen vom Prinzip her sehr ähnlich; nämlich (verkürzt): Zu hohe Kosten wegen zu niedriger (ärztlicher) Versorgungsqualität.

Gleich ist ebenfalls, dass mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) im stationären Pflegebereich die Finanzierung der Kosten ausschließlich über das SGB XI und die sogenannten „Hotelkosten“ (die der Bewohner oder der zuständige Sozialhilfeträger zahlt) erfolgt. Ärztliche und therapeutische Leistungen werden so abgerechnet als würde der Bewohner/Patient zu Hause leben.

Dagegen wäre prinzipiell nichts zu sagen, wenn sich daraus nicht Konsequenzen ergeben würden, die für den einzelnen Patienten zu Qualitätsbeschränkungen und über vermeidbare Krankenhauseinweisungen für die Kassen (und damit für die Beitragszahler) zu letztlich höheren Kosten führen.

Außer bei Projektförderungen - wie in Berlin oder München - gibt es im Moment keine Möglichkeit für die Pflegeeinrichtungen, aus diesem Kreislauf herauszukommen, denn die Widersprüche innerhalb des Finanzierungssystems sind letztlich nur grundsätzlich, also durch den Gesetzgeber zu lösen. Solche Widersprüche sind z. B.

- dass Heime mit Mindereinnahmen „bestraft“ werden, wenn sich ein Bewohner von Pflegestufe III auf Pflegestufe II verbessert, und dadurch was gut für den Patienten ist, nicht zwangsläufig gut ist für das Heim und umgekehrt.
- dass Ärzte für koordinierende Leistungen nicht bezahlt werden.

Vom Grundsatz her könnten also auch ähnlich gelagerte Projekte in Nürnberg umgesetzt werden – wahrscheinlich sogar mit proportional ähnlich hohen Einsparpotentialen. Zudem sind mit den beiden vorhandenen Praxisnetzen auch ausbaufähige organisatorische Voraussetzungen vorhanden. Der „Preis“ für eine erhöhte ärztliche Präsenz in den Projekten ist der weit gehende Verzicht auf die freie Arztwahl (Heimärzte in Berlin bzw. Beschränkung der Arztauswahl durch den Verbund in München).

Die Berliner Zahlen zeigen, dass in den „Modellpflegeheimen“ die Kassenvergütungen gerade ausgereicht haben, um die Aufwendungen für die medizinische und therapeutische Versorgung zu decken und die Versorgungsqualität zu verbessern. Die genannten Einsparungen in Millionenhöhe kamen den Kassen zugute. Deshalb sollten die Kassen eigentlich primär Interesse an solchen Modellen haben. Allerdings müssten sie um – analog zu den beiden anderen Projekten - Geld zu sparen, in entsprechende Leistungen der Ärzte zusätzlich investieren, d. h., sie müssten zunächst weitere Mittel aufwenden, ehe sie mittelfristig sparen könnten. Angesichts der gegenwärtigen „Finanzierungs lähmung“ ist das ein Schritt, den offensichtlich viele nicht gehen können oder wollen.

Gh bemüht sich, gemeinsam mit der KVB, interessierten Heimträgern und dem PNN die Arbeit an diesem Problem zu intensivieren und ggf. ein entsprechendes Modellprojekt zu etablieren. SenA wird dies unterstützen.

II. Beilagen

Antrag der SPD-Stadtratsfraktion vom 16.09.04

III. Beschlussvorschlag

entfällt, da Bericht

IV. Herrn OBM

V. Ref V

Am
Ref V