



---

# Wie können Verwaltungen in Seniorenheimen die Gesundheitsvorsorge bei Heimbewohnern fördern ?

G. Sauerbrey

DSR-Gesundheits-Forum

Berlin, 1. Oktober 2010





# Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger

---

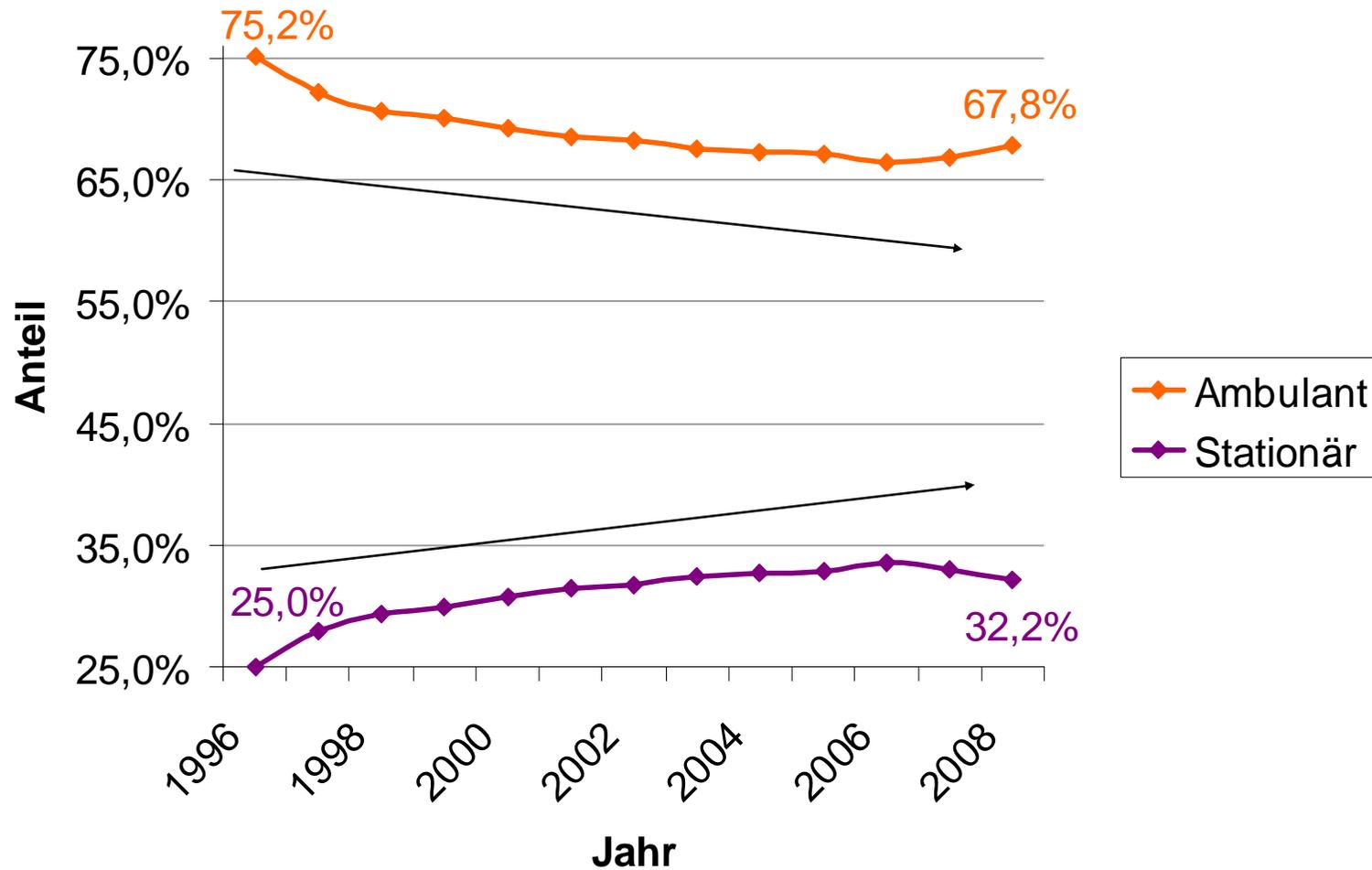
2009 – 2,25 Millionen	■ 2000	-	1,82 Millionen
	■ 2010	-	2,13 Millionen
	■ 2020	-	2,64 Millionen
	■ 2030	-	3,09 Millionen

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2009. Ab 2010 Prognosen der „Rürup-Kommission“

---



# Anteile stationärer und ambulanter Pflege





---

Für die stationäre Pflegeversorgung stehen zur Verfügung im Jahr 2005:

- ❖ 10.420 Alten- und Pflegeheime
- ❖ 737.800 Heimplätze

GEK- Pflegereport 2008

# Die häufigste Erkrankung der Bewohner in Pflegeheimen ist die Demenz – mit steigender Tendenz

---



Prävalenzrate mittelschwere bis schwere Demenz in Pflegeheimen

1995 / 1996: 54,7 %

1997 / 1998: 60.1 %

2002 / 2003: 65,3 %

Weyerer et al.: Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen,  
Stuttgart, 2006

---



CHARITÉ



*Initiativkreis „Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen – SÄVIP“  
Stiftung „Daheim im Heim“, Bundesministerin a. D. Hannelore Rönsch, Wiesbaden  
Prof. Christel Bienstein, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten-Herdecke,  
Prof. Dr. Ursula Lehr, Deutsches Zentrum für Altersforschung, Universität Heidelberg  
Dr. med. Johannes Hallauer, Gesundheitssystemanalyse, Charité – Universitätsmedizin  
Berlin*

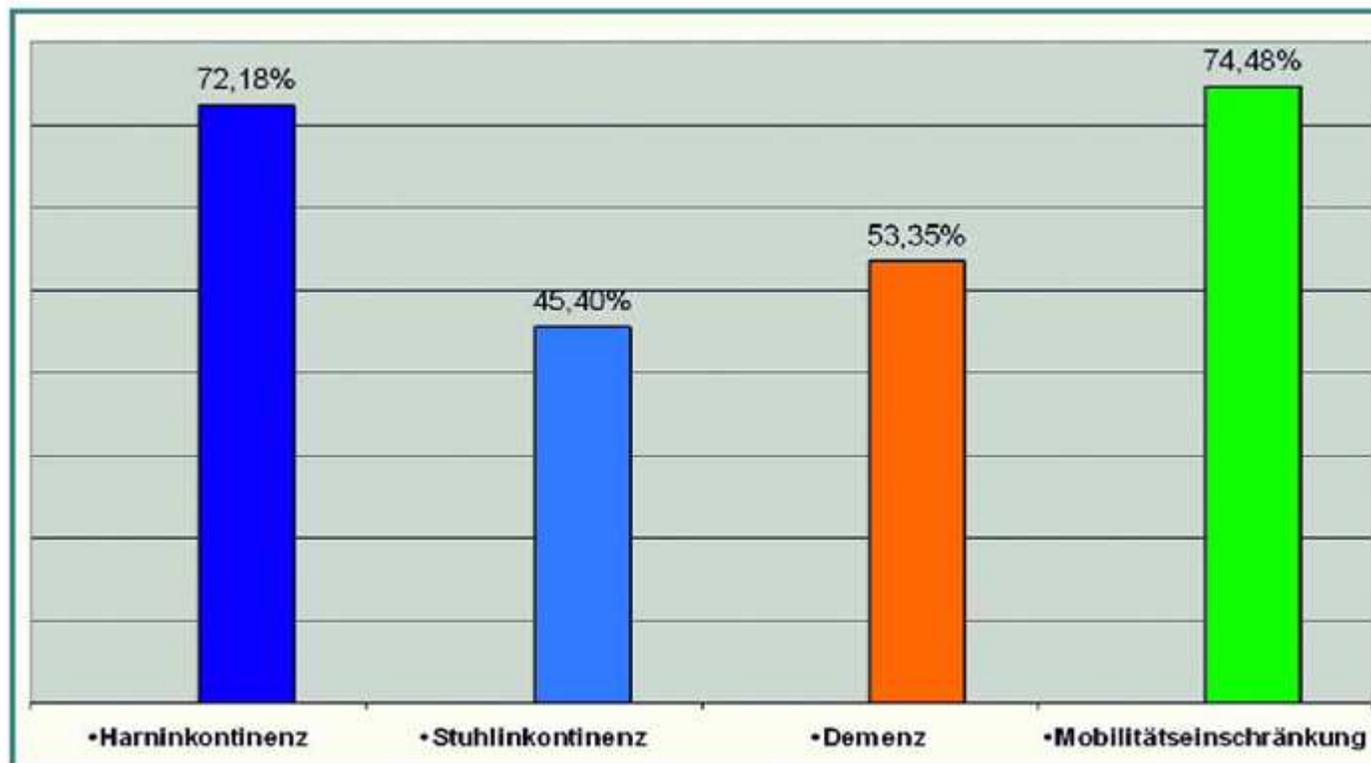
SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, Vincentz-Verlag  
Hannover, September 2005

# Profile der Studienstichprobe und Bundeswert

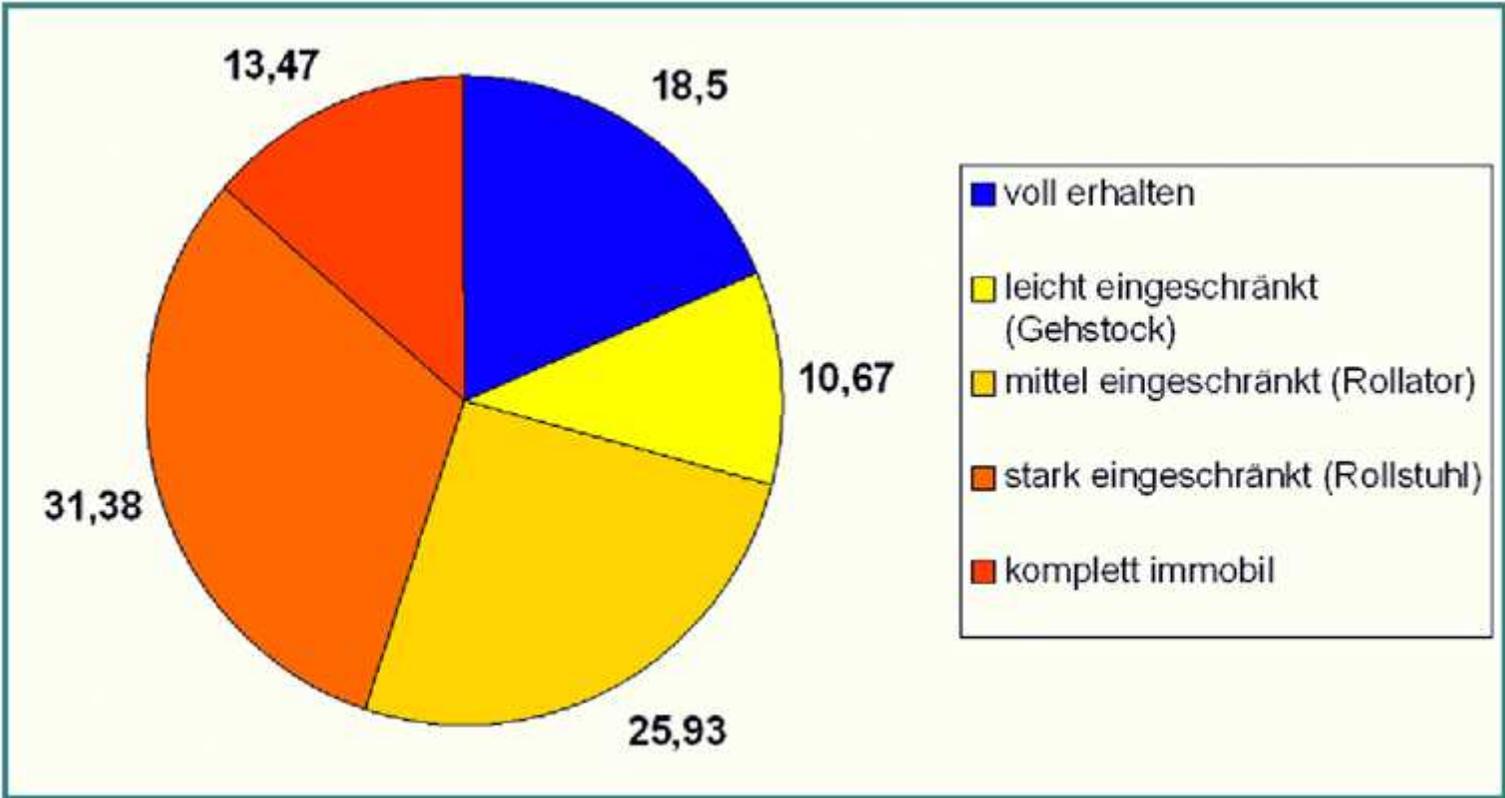


	SÄVIP-Studie 09 / 2005	Bundeswert 31.12.2003
<b>Pflegeheime</b>	782 (8,9%)	8.775
<b>Plätze</b>	64.588 (10,6%)	612.183
<b>Belegung</b>	93,2%	89,5%
<b>GKV-Anteil</b>	90,4%	
<b>Frauenanteil</b>	77,9%	78%
<b>Träger frei-gem.</b>	49,2%	55%
<b>Träger privat</b>	37,4%	37%
<b>Träger öffentlich</b>	12,3%	7%
<b>Plätze/Heim</b>	82,8	77,9
<b>Pflegestufe I</b>	31,1%	33,3%
<b>Pflegestufe II</b>	41,4%	44,3%
<b>Pflegestufe III</b>	21,0%	21,3%

# Prävalenz der Erkrankungen

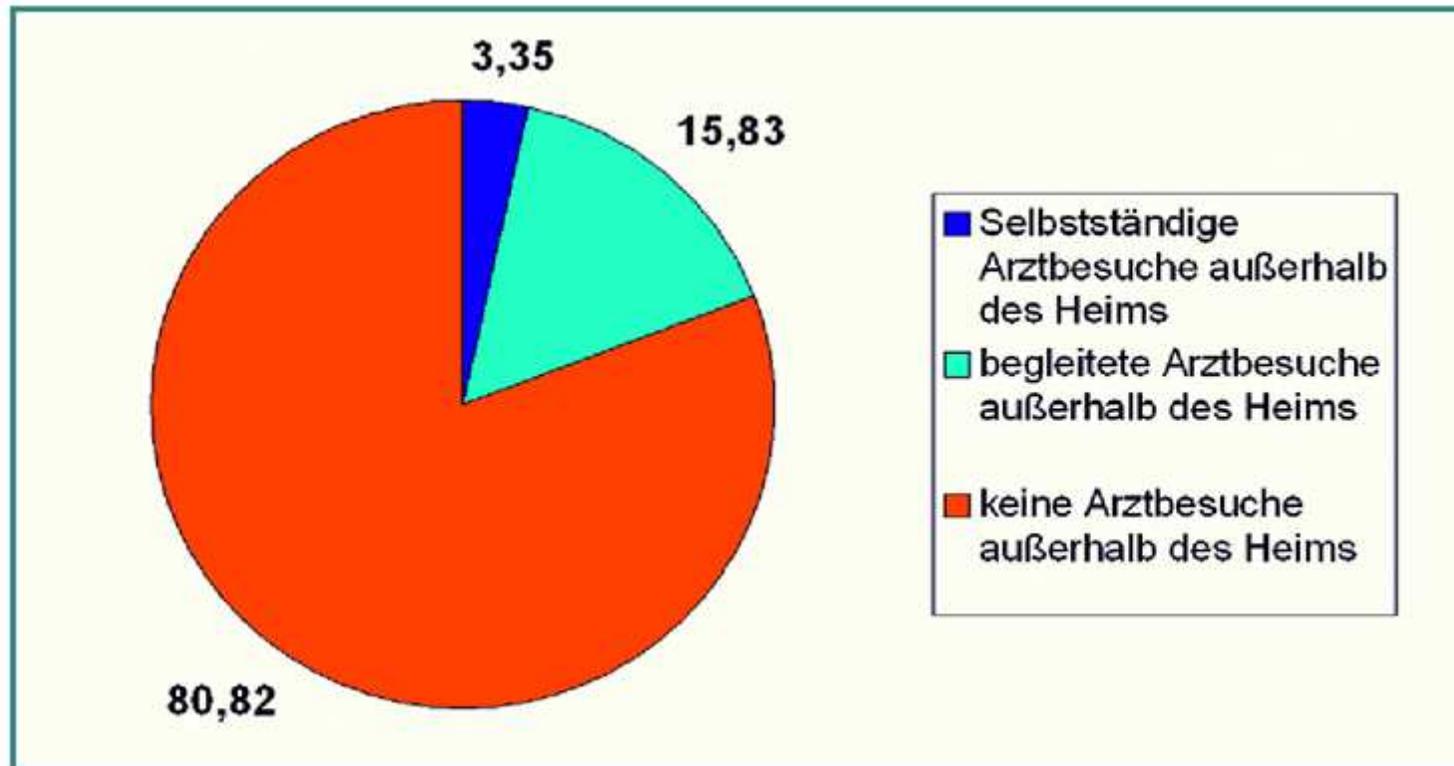


# Mobilität der Bewohner



Mobilitätsgrade der Heimbewohner in % (n = 59.000)

# Arztbesuche außerhalb des Heimes



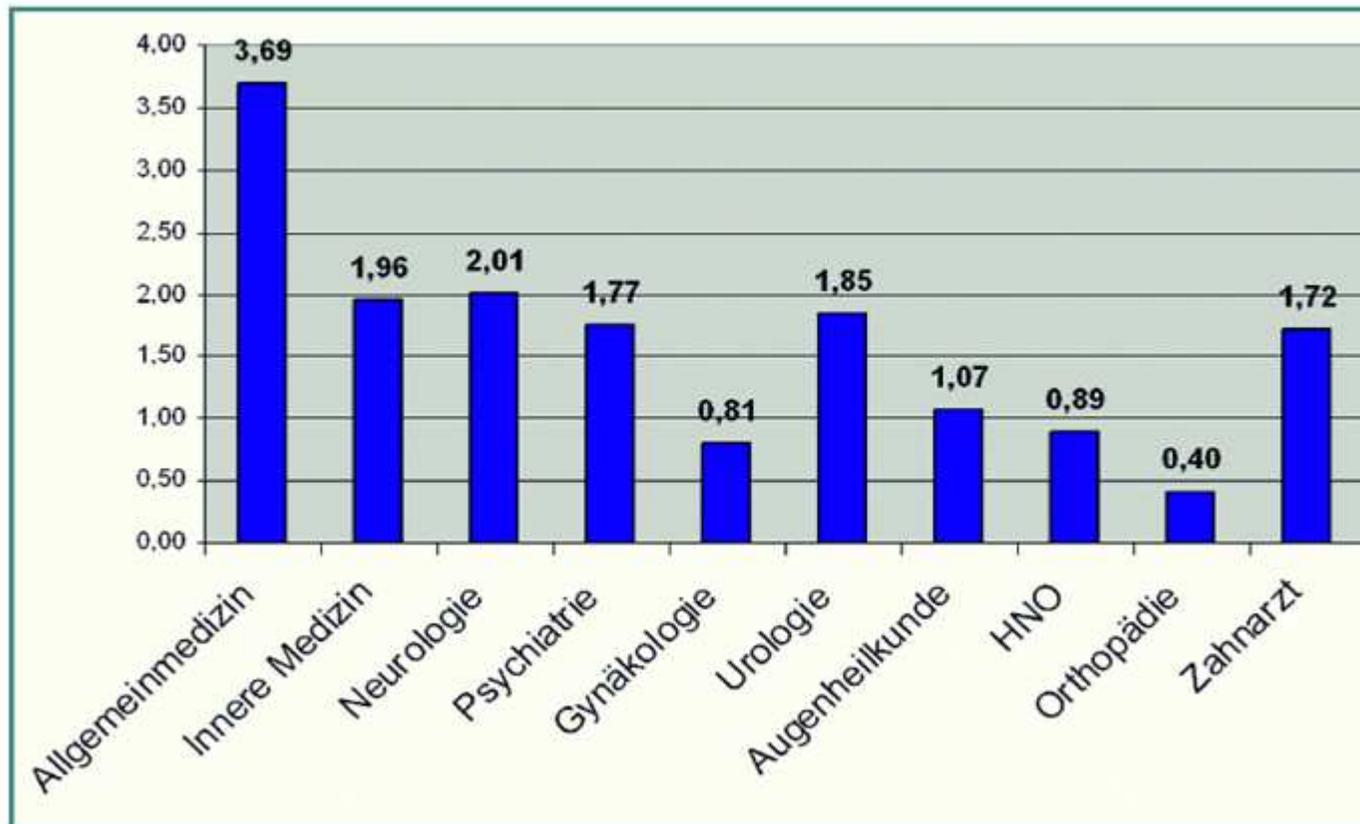
Besuche von Heimbewohnern in Arztpraxen außerhalb des Heims in % (n = 57.000)

# Wer veranlasst den Arztbesuch im Heim?

Veranlassung von Arztbesuchen in %	Pflegepersonal	Bewohner	Angehörige
nie	0.1	14.6	16.5
selten	0	82.7	81.7
zu gleichen Teilen	1.0	1.6	1.3
meistens	61.6	1.0	0.6
immer	37.2	0.1	0

Veranlassung von Arztbesuchen im Heim in %

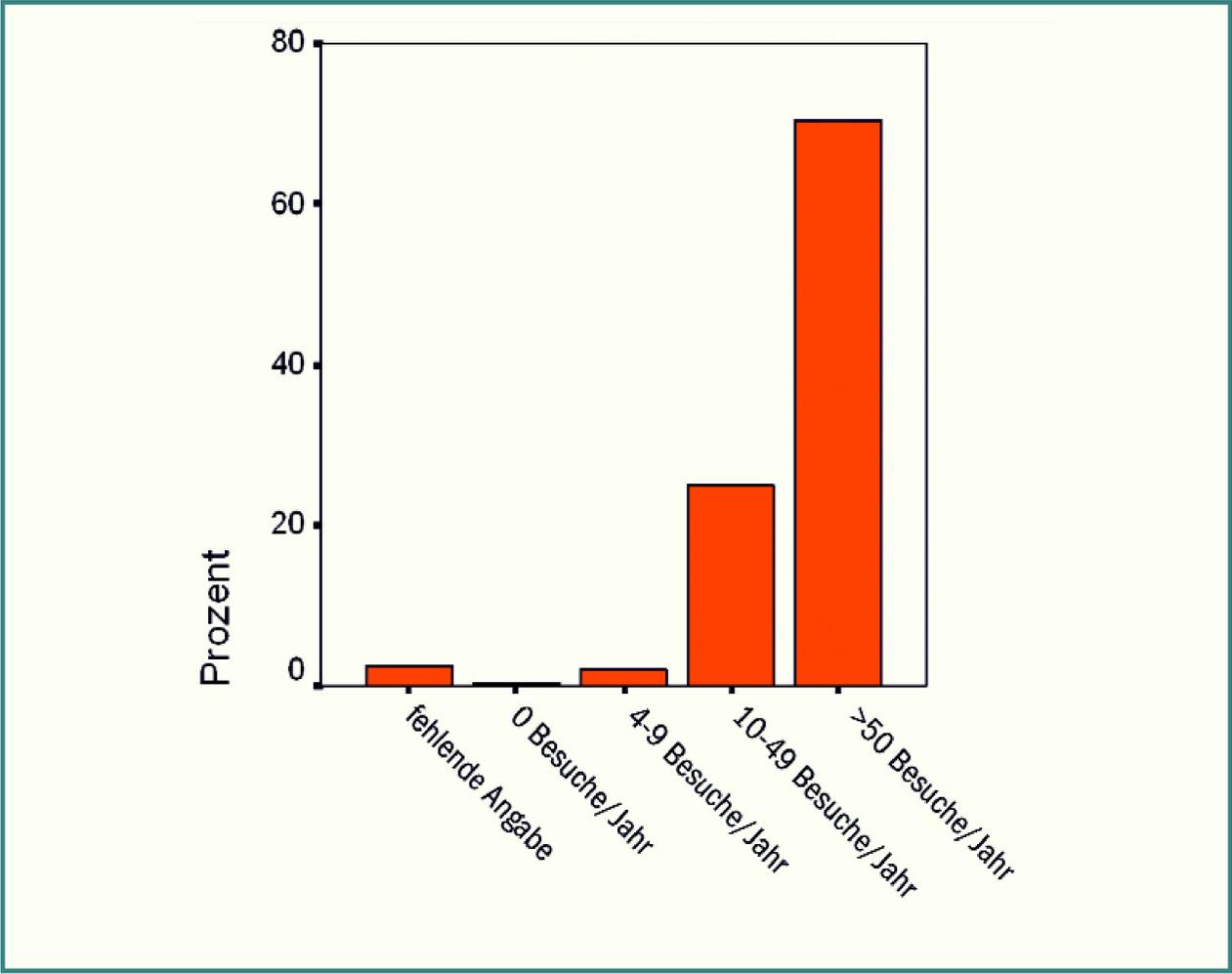
# Häufigkeit der Arztbesuche / Jahr



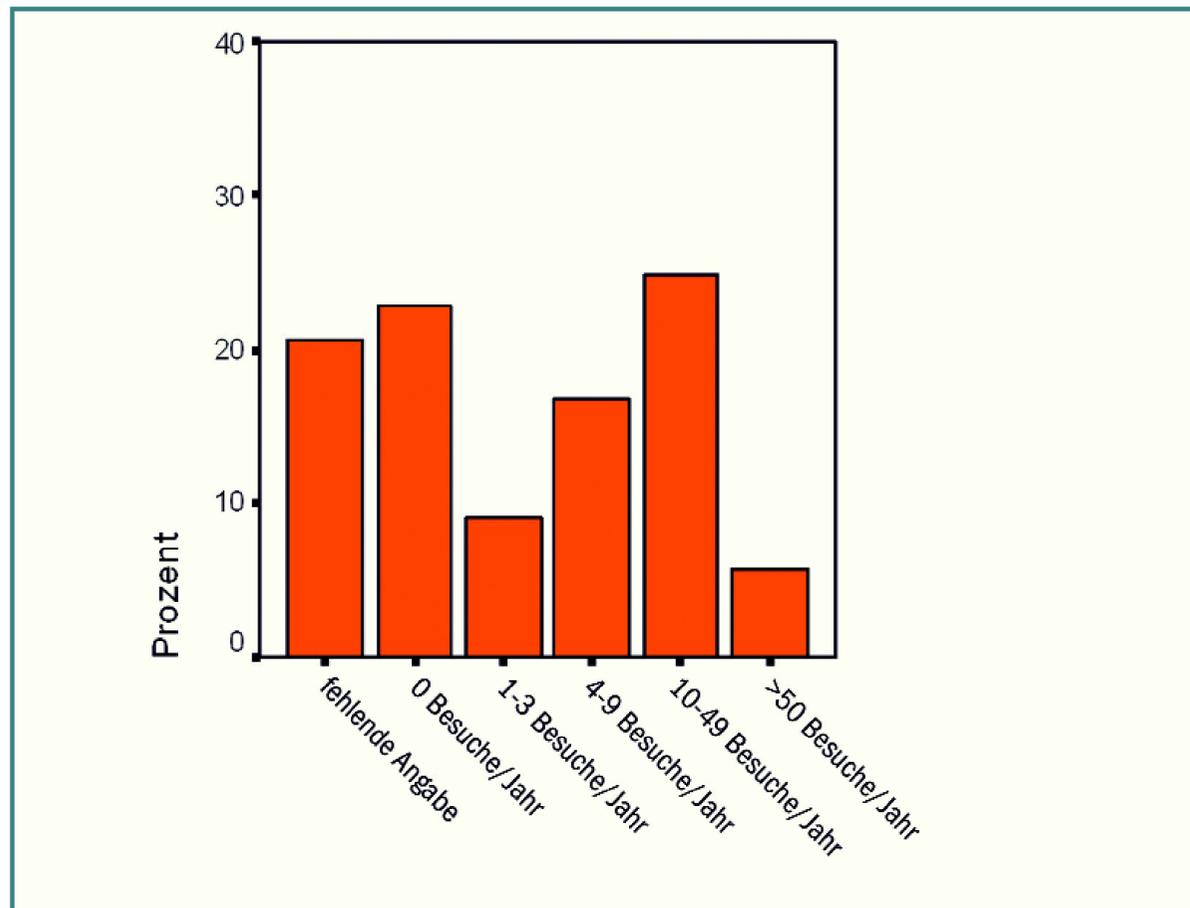
Häufigkeitsindex der Arztbesuche im Heim

Index = Besuche/Jahr: 0=keiner; 1= 1-3; 2= 4-9; 3 =10-49; 4= >50

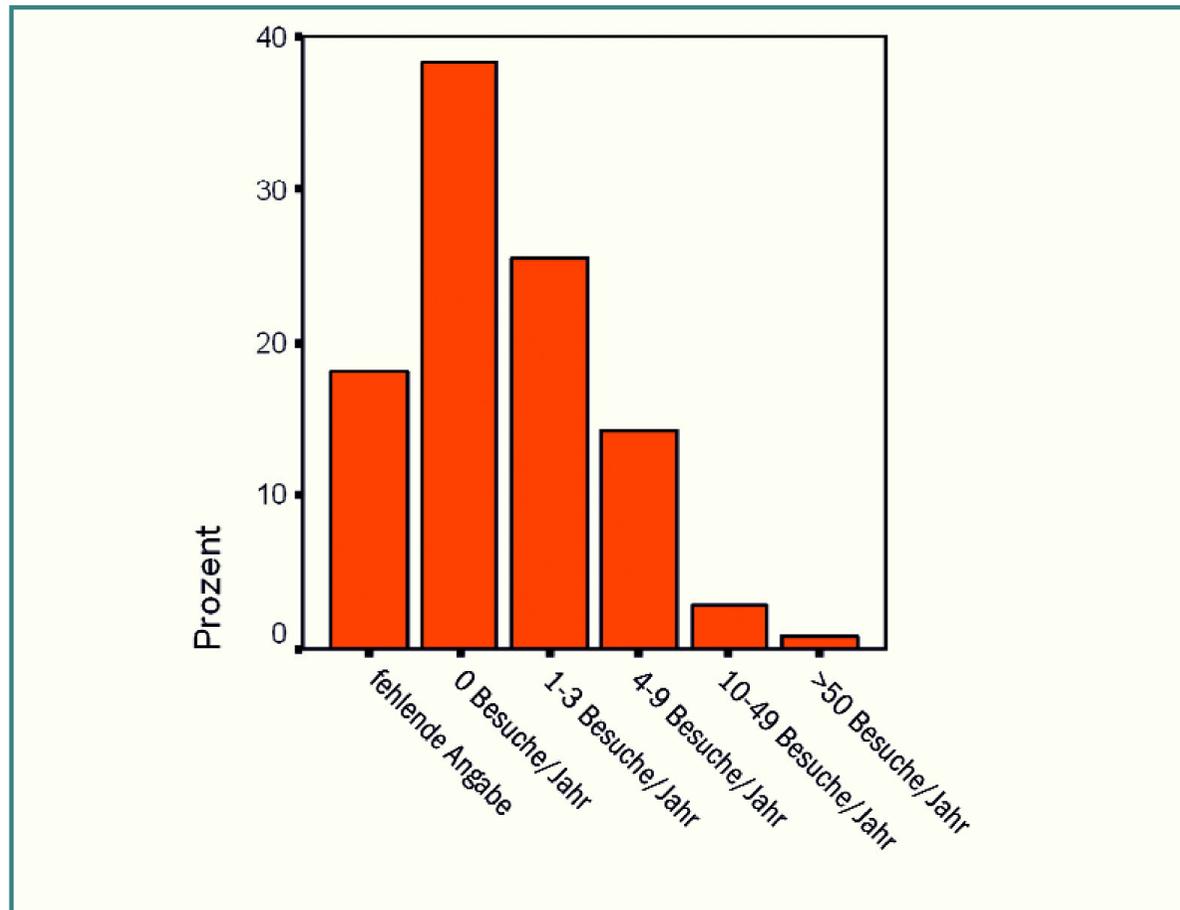
# Heimbesuchshäufigkeit: Allgemeinmediziner



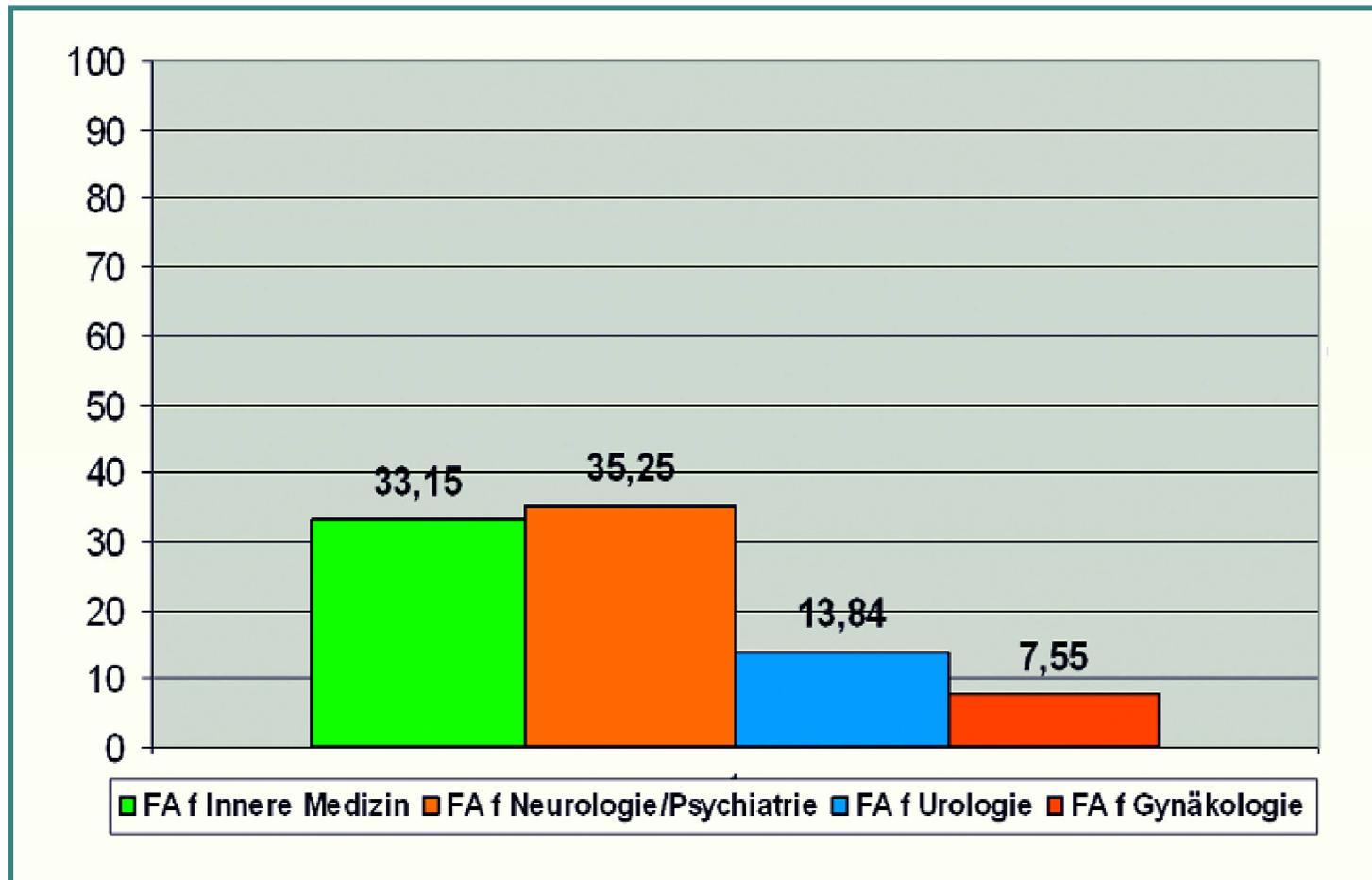
# Heimbesuchshäufigkeit: Psychiater



# Heimbesuchshäufigkeit: Frauenärzte



# Regelmäßig durch Fachärzte besuchte Bewohner in %



# Demenz-Medikation: Heime und % der Bewohner

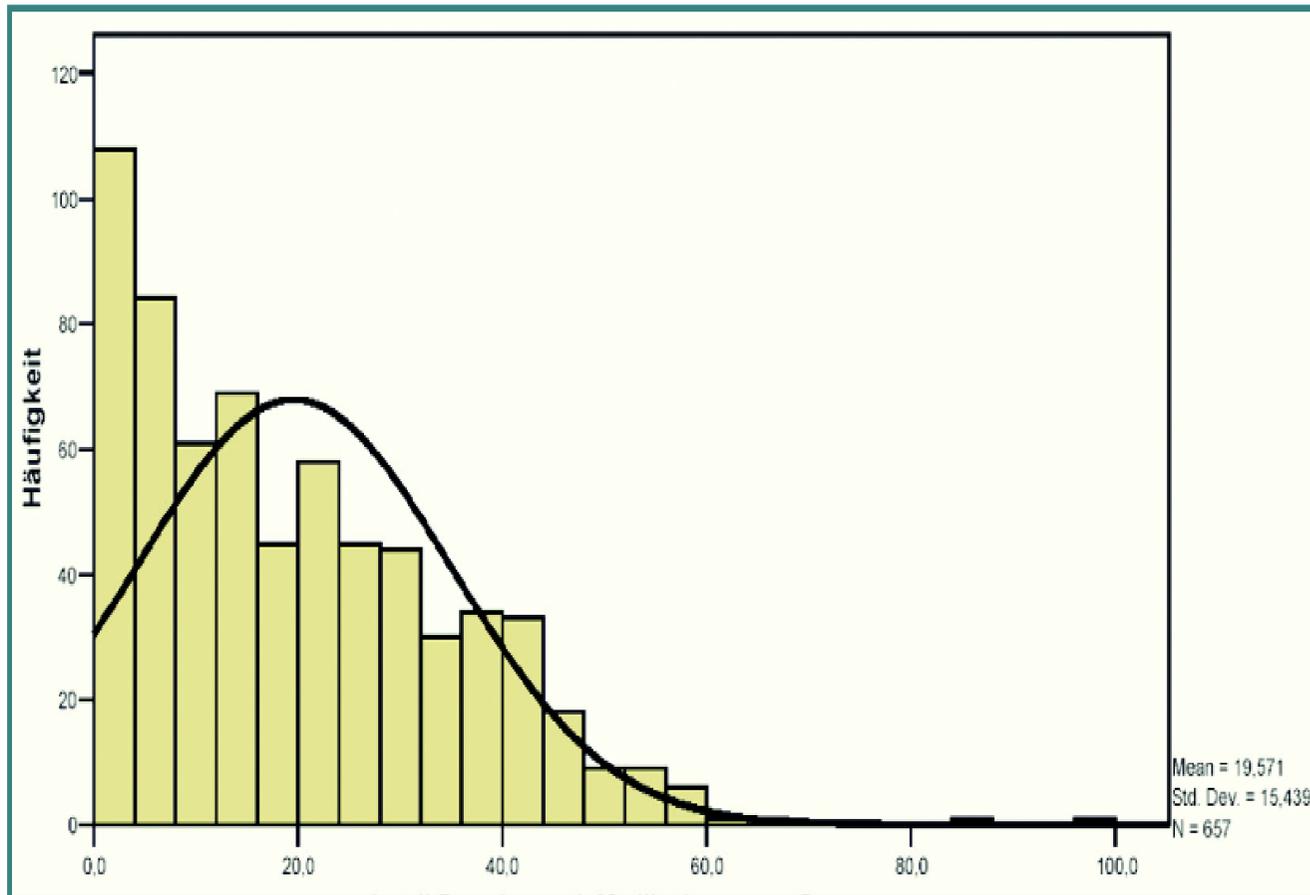
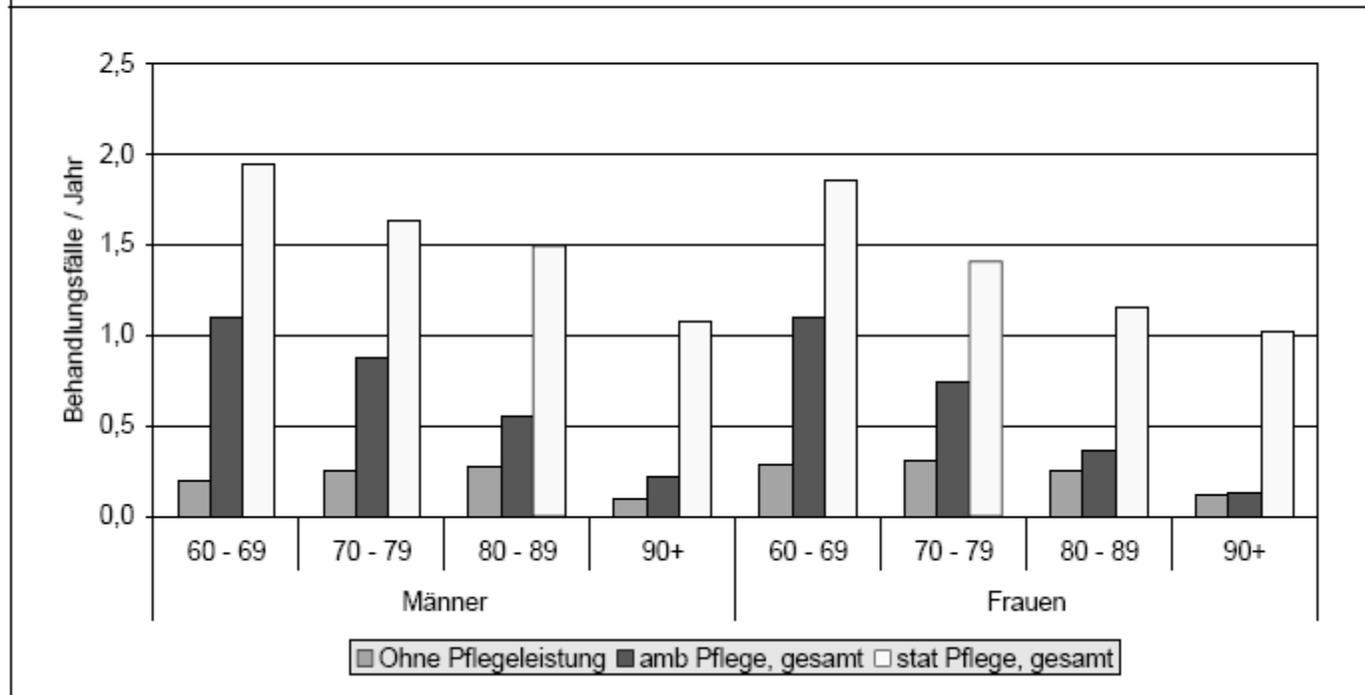


Abbildung 83: Anzahl der Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



„Während das Ausmaß der allgemeinärztlichen Versorgung noch als knapp ausreichend gewertet werden kann, gibt es bei einigen Facharztgruppen Anlass, eine Unterversorgung zu vermuten; bei Internisten und Neurologen / Psychiatern wird das definierte absolute Sollmaß nicht erreicht.“

*Tabelle 54 :Bewertung der Arzneimittelversorgung im Pflegeheim im Überblick*

Arzneimittel	Im Vergleich zu den Nicht-Pflegebedürftigen haben Heimbewohner bei Kontrolle der Erkrankungen ...	Bewertung
Psycholeptika	... signifikant mehr Verordnungen	tendenziell Überversorgung
Analgetika	... signifikant mehr Verordnungen	eher keine Überversorgung
Antidepressiva	... mehr Verordnungen	möglicherweise Überversorgung
Antiparkinsonmittel	... teilweise mehr, teilweise weniger Verordnungen	–
Antidementiva	... teilweise signifikant weniger Verordnungen	tendenziell Unterversorgung
Beers-Liste	... ähnlich viele Verordnungen	–

„Bei Kontrolle der Erkrankungen erhalten Pflegebedürftige in stationärer Pflege allerdings signifikant weniger Antidementiva als Pflegedürftige in häuslicher Pflege und als nicht Pflegebedürftige.“

# Qualität in der stationären Pflege – zweiter Bericht des MDS



Pflegeprobleme	Angemessene Versorgung in stationären Einrichtungen 2003	Angemessene Versorgung in stationären Einrichtungen 2006
Dekubitusprophylaxe	56,9 %	64,5 %
Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	59,0 %	60,5 %
Inkontinenz-Versorgung	79,9 %	84,5 %
gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen	69,6 %	69,7 %

*Ergebnisqualität bei bestimmten Pflegeproblemen, entnommen aus: 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI*

Im Vergleich zum ersten Qualitätsbericht (Nov. 2004) gab es nur im Bereich der gerontopsychiatrischen Erkrankungen keinen Fortschritt im Bereich der stationären Pflege. Dies weist auf die Lücken in der fachärztlichen Versorgung hin.



---

## **Was erschwert die gute medizinische Versorgung im Pflegeheim ?**

# Die ambulante Versorgung auf der Basis von Selektiv- oder Kollektivverträgen



- 
- Mit den letzten Gesundheitsreformen wurde die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen als ausschließlicher Vertragspartner
  - der Landesverbände der Krankenkassen geschwächt, indem Versorgungsformen einbezogen wurden, die eine Beteiligung der KV'n nicht mehr vorsehen (Selektivverträge).
  
  - Die wesentlichen Selektivverträge sind:
    - Verträge zur integrierten Versorgung (§ 140 a – d SGB V)
    - Verträge zur hausärztlichen Versorgung (§ 73 b SGB V)
    - Verträge zur Förderung der besonderen Qualität (§73 c SGB V)
    - Verträge zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus (§116 b SGB V)
-

# Problematisch ist die Pauschalierung ärztlicher Leistungen, z. B. durch das GKV- OrgWG (§ 73b SGB V)

---



- Die Krankenkassen mussten bis zum 30. Juni 09 flächendeckend Hausarztverträge abgeschlossen haben.
- In den KV-Bezirken, in denen freie Verbände wie der Hausärzteverband mehr als 50 % der Hausärzte repräsentieren, muss ein Vertrag mit diesem freien Verband abgeschlossen werden.
- Die Verträge sind schiedsamtsfähig, damit ein Vertragsabschluss durchgesetzt werden kann.

# Selektivverträge aus der Perspektive der geriatrischen Versorgung

---



- Bei allen Selektivverträgen müssen sich die Versicherten in die spezifischen Versorgungsformen einschreiben.
- Für ältere und hochaltrige Patienten erschließt sich nicht die Transparenz dieser Versorgungsformen.
- Ihre Mitwirkung ist nicht mehr als ein formaler Akt, der sie faktisch überfordert, weil sie nicht die Relevanz für ihre eigene Versorgung erkennen können.
- Fraglich ist, ob der Sicherstellungsauftrag optimiert werden kann, wenn dieser auf mehreren ärztlichen Organisationen geschultert werden muss.

# Trend zur Pauschalierung bei der Honorierung ärztlicher Leistungen

---



- Ärztliche Leistungen werden zunehmend über Honorarregelungen pauschaliert, dies gilt insbesondere für die Selektivverträge, aber auch für die Gebührenreformen EBM 2008 und 2009
- Dieser Trend kann nicht im Interesse einer guten geriatrischen Versorgung liegen.

# ÄRZTLICHE PRAXIS

B 1045

Dienstag, 28. Oktober 2008 • 60. Jahrgang, Nr. 44

Die Zeitung für den Hausarzt

## Verbände feiern neue Macht bei Hausarztverträgen

NOVELLE DES §73b Bundestag schafft neues System und degradiert KVen zu Zuschauern

Die Hausarztverbände  
lassen jetzt frisch gestärkt  
die Muskeln spielen.



MAXFX - Fotolia.com

# Honorar-Pauschalen gemäß des AOK-Hausarztvertrages Baden-Württemberg (2008)

---



Weitgehende Pauschalierung in der Honorierung ärztlicher Leistungen:

- ❖ Pauschale P1 (Jahresbeitrag 65,-- €), wenn sich der Patient beim Hausarzt einschreibt
- ❖ Pauschale P2 (40,-- €, maximal 3 Mal p. a.), ein persönlicher Arzt-/Patientenkontakt vorausgesetzt
- ❖ Pauschale P3 (Chroniker-Pauschale: 25,-- € pro Quartal) bei Behandlung chronisch Kranker, ein persönlicher Arzt-/Patientenkontakt vorausgesetzt

# Honorarpauschalen aus der Sicht geriatrischer Versorgung



Bei der Bewertung dieser Honorar-Pauschalen muss aus der Perspektive alter und multimorbider Patienten berücksichtigt werden, dass Patienten zwischen 70 und 80 Jahren im Durchschnitt mehr als sechs Hausarzt-Kontakte pro Quartal haben.

Kriterium	Messzahl	Quelle
Kenntnis über den Hausarzt	Gesamtbevölkerung: 80%	Gesundheitsmonitor 2002, herausgegeben von der Bertelsmann-Stiftung
Regelmäßige hausärztliche Betreuung	bei den über 70-Jährigen: 93%	Mayer, K.U., Baltes, P.B., Die Berliner Altersstudie, Berlin 1996
Durchschnittliche Hausarzt-Kontakte pro Quartal bei den über 70-Jährigen	6,3	Mayer, K.U., Baltes, P.B., Die Berliner Altersstudie, Berlin 1996
Durchschnittliche Hausarzt-Kontakte pro Quartal bei den über 80-Jährigen	6,0	Zentralinstitut der KV-Nordrhein aus dem 3. Quartal 2000, zitiert im 4. Altenbericht der Bundesregierung

Affiniät älterer Patienten zu ihrem Hausarzt

# Problematik der Haus- und Heimbesuche



Auch die Nicht-Honorierung der Hausbesuche in der Zeit zwischen Montag und Freitag von 7 – 19 Uhr ist Teil dieser ausgeprägten Honorar-Pauschalierung

Die Haus- und Heimbesuchsregelung ist aus Sicht der älteren Patienten im AOK-Hausarzt-Vertrag ungünstig:

- Die Hausbesuche werden nur zur „Unzeit“ honoriert:

19.00 – 22.00 Uhr: 25,-- €

22.00 – 7.00 Uhr: 40,-- €

Samstags, 7.00 – 14.00: 10,-- €

- Der Hausbesuch zwischen 7.00 und 19.00 Uhr von Montag bis Freitag erfährt keinerlei Honorierung.

Honorierung der Haus- und Heimbesuche nach dem AOK-Hausarzt-Vertrag Baden-Württemberg



---

**Welche Initiativen hat der Gesetzgeber ergriffen, die Situation zu verbessern und welche Möglichkeiten gibt es darüber hinaus ?**



## Grundlagen

PfWG legt Grundlagen bezüglich:

- Qualitätssicherung
- Qualitätsmanagement

bis Ende 2009



## Umsetzung

- Pflegeeinrichtungen müssen die verabredeten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und für das Qualitätsmanagement umsetzen und dabei die Expertenstandards anwenden.
- Im Bereich der stationären Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung auch auf

- oMedizinische Behandlungspflege
- oSoziale Betreuung
- oLeistungen bei Unterkunft und Verpflegung
- oZusatzleistungen



## Bestehende Regelungslücken

Die stationären Pflegeeinrichtungen sollten zumindest fakultativ in der Darstellung ihres Leistungsspektrums herausheben, wie sie die ärztliche Versorgung in ihrer Einrichtung „organisieren“, z.B.:

- Überweisung durch die Allgemeinärzte an die Gebietsärzte
- Durch Heimarzt-Modell
- Durch integrierte Versorgung nach § 140 a ff SGB V
- Durch eine Filialpraxis nach dem Vertragsarzt-rechtsänderungsgesetz
- Oder durch ein mit dem Heim verbundenes Netzwerk niedergelassener Fachärzte

# Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 119 b SGB V)



---

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung zu ermächtigen, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner nicht durch:

- einen in dem Pflegeheim angestellten Arzt (Heimarzt), der geriatrisch fortgebildet ist,
- durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b SGB V),
- durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der besonderen ambulanten Versorgung (§ 73 c SGB V),
- durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der integrierten Versorgung (§ 140 a SGB V)

sichergestellt ist.

---

# Bewertung

---



Der § 119 b SGB V ist zwar gut gemeint, aber die ökonomische Basis, die dieser Regelung zugrunde liegt, ist nicht befriedigend. Im Durchschnitt hat ein Pflegeheim 80 bis 100 Betten; und das Heimarzt-Modell löst auch nicht die unzureichende fachärztliche Versorgung im Heim.

# Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) [GKV-WSG]



- „Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.“
- „Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072,-- € für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind.“

**Was hat sich eigentlich geändert ?**

# „Berliner Projekt“ – ein Lösungsansatz ?

---



- 40 stationäre Pflegeeinrichtungen mit über 5.000 Heimplätzen
- Ziel: qualitativ hochwertige Versorgung und Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte
- Lenkungsausschuss: AOK Berlin, IKK Berlin-Brandenburg, KV Berlin, Krankenhausgesellschaft, Verband der privaten Krankenanstalten, Senatsverwaltung

20. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“, Dokumentationsreihe  
Band 16, April 2006

---

# Berliner Projekt - Eckpunkte

---



- Die Pflegeheime können mit angestellten oder mit niedergelassenen Ärzten die medizinische Versorgung sicherstellen.
- ärztliche Rund-um-die Uhr-Versorgung
- 1 x wöchentlich ärztliche Regelvisiten
- Fallbesprechungen in multiprofessionellen Teams
- Teilnahme der niedergelassenen Ärzte an Qualitätszirkeln

# Entwicklung der Krankenhausaufenthalte im Berliner Projekt



## Krankenhausaufenthalte bis 2003

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
Projekteinrichtungen PE	PE 42		PE 42		PE 40		PE 40		PE 40		PE 40	
übrige Einrichtungen ÜE		ÜE 238		ÜE 243		ÜE 244		ÜE 238		ÜE 244		ÜE 231
KH-Fälle	1113	9088	1156	10 962	1058	11 248	1076	11 874	1050	13 030	921	11 569
KH-Fälle je Bewohner	0,25	0,57	0,27	0,66	0,26	0,66	0,27	0,68	0,29	0,73	0,27	0,70
Faktor, um den die KH-Häufigkeit in Nicht-Projekteinrichtungen höher ist	2,3		2,5		2,5		2,5		2,5		2,6	

# Berliner Projekt – Finanzierung über Pauschalen

---



Die direkte Pauschale wird gezahlt für:

- die ärztliche Grundversorgung pro Patient / Jahr: 818 €
- die therapeutische Betreuung (Heilmittel): 395 €
- und den medizinischen Bedarf: 684 €

Die Pauschale fließt entweder direkt von der Krankenkasse an das Pflegeheim (wenn Ärzte angestellt sind) oder an die KV im Falle teilnehmender niedergelassener Ärzte.

## Effektivität des Berliner Projektes von 2000 - 2003



	gesparte Ausgaben (-)			
	2000	2001	2002	2003
Therapeuten (Heilmittel)	242 164 €	271 901 €	232 413 €	137 328 €
Hilfsmittel	1 148 494 €	1 121 432 €	997 207 €	909 800 €
Medikamente	- 429 118 €	- 377 558 €	- 411 401 €	- 360 487 €
Krankenhaus	- 5 899 904 €	- 6 013 493 €	- 6 375 137 €	- 5 415 886 €
Fahrtkosten	- 661 782 €	- 719 870 €	- 802 533 €	- 806 804 €
<b>Bruttoergebnis</b>	<b>- 5 600 146 €</b>	<b>- 5 717 587 €</b>	<b>- 6 359 451 €</b>	<b>- 5 536 048 €</b>
Zusatzkosten für Ärzte	1 132 272 €	1 118 013 €	1 050 242 €	935 549 €
Projektkosten inkl. Bonus	725 000 €	725 000 €	725 000 €	725 000 €
<b>Nettoergebnis</b>	<b>- 3 742 874 €</b>	<b>- 3 874 674 €</b>	<b>- 4 584 209 €</b>	<b>- 3 875 499 €</b>

*Trotz höherer Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel und unter Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten für Ärzte sowie für das Projektmanagement incl. Bonus lassen sich Einsparpotenziale realisieren.*

# Möglichkeiten einer verbesserten fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

---

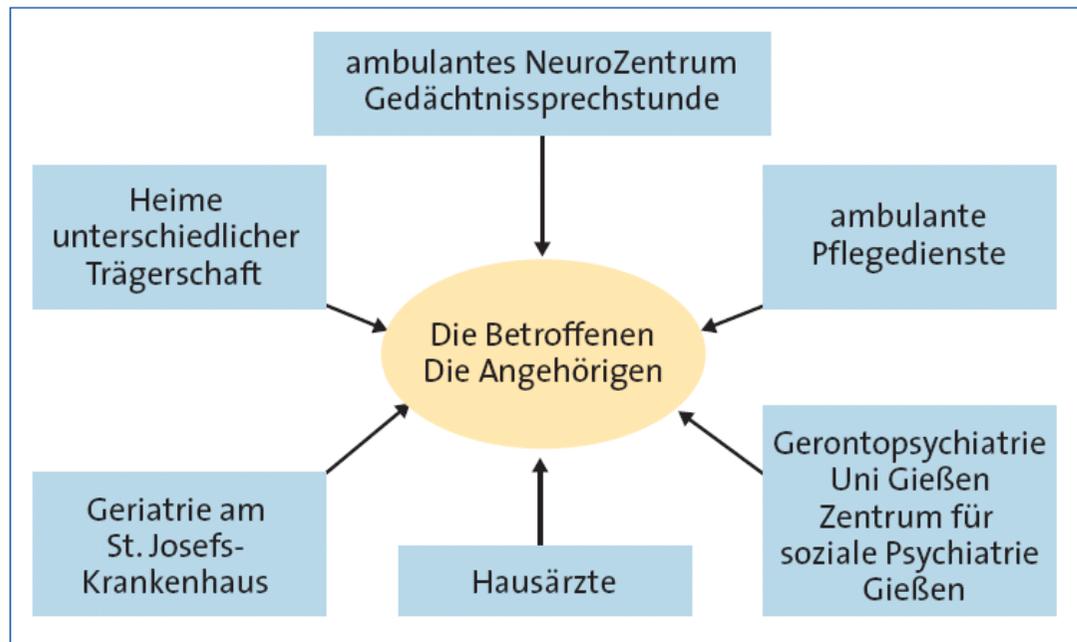


- ❖ Hürden abbauen, damit noch mobile Patienten Facharztpraxen aufsuchen können (seit Januar 2004 [GMG] gibt es eine restriktive Regelung der Transportkosten-Erstattung. Für jeden Patienten-transport muss eine Sonderbescheinigung ausgefüllt werden; die gesetzliche Krankenkasse muss den Transport anschließend genehmigen.)
- ❖ Die Visiten-Tätigkeit der Fachärzte sollte als Praxisbesonderheit anerkannt werden, damit das Engagement der Ärzte nicht noch durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen bestraft wird.

- ❖ Schaffung vernetzter Versorgungsmöglichkeiten, Beispiel:



## Ambulantes NeuroZentrum Gießen



- ❖ monatliche fachärztliche Pflegekonferenz mit den Pflegekräften aus allen Stationen

Quelle: Rieke, J.: Pflegekonferenz hilft allen in: Füsgen, I: Nutzen einer verbesserten medizinischen Versorgung für Demenzpatienten und stationäre Pflegeeinrichtungen, Wiesbaden 2006



- 
- ❖ Die Angehörigen bzw. Betreuer müssen besser über ihre Rechte und Pflichten informiert werden.
  - ❖ Die Pflegeheime sollten transparent machen, wie in ihrer Einrichtung die allgemeinärztliche und fachärztliche Versorgung organisiert wird.
  - ❖ Schnittstellen-Problem zwischen SGB V und SGB XI muss weiter reduziert werden.



---

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit !**