

Einführung in die Versorgungssituation.....	1
Projektpartner	2
Das Netz.....	2
Der Heimbetreiber.....	2
Der Innovationscharakter	3
Die Ergebnisverbesserung	3
Anlagen	4

Projektbeschreibung

Einführung in die Versorgungssituation

Die Versorgung von Patienten in Senioren- und Pflegeheimen im Landkreis Harburg erfährt eine Veränderung, der mit diesem Konzept begegnet wird.

Zum einen hat sich die Anzahl der schwerstpflegebedürftigen Menschen in den Heimen innerhalb der letzten Jahre verdoppelt, gleichzeitig werden Betroffene mit Pflegestufe 1 zunehmend ambulant betreut. Ein großer Anteil der traditionell ambulant zu Hause oder stationär erbrachten ärztlichen und pflegerischen Leistungen hat sich in die Heime verlagert. Daher ähneln Heimvisiten in ihrem Charakter immer mehr den Krankenhausvisiten – jedoch ohne, dass die erforderliche Infrastruktur hierfür vorhanden ist.

Daneben fordert der Wunsch nach juristischer Absicherung ein gestiegenes Maß an Diagnostik und eine höhere Anforderung an die zu erstellende Dokumentation.

Zum anderen haben wir im Landkreis Harburg bereits heute einen Mangel an Hausärzten, der sich zur definierten Unterversorgungsgrenze hin entwickelt (GBA: 25% der Bedarfsplanung). Laut Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen sind im Landkreis Harburg bereits jetzt 30 Hausarztsitze zusätzlich zu besetzen.

„Im ambulanten Bereich ergibt sich Experten zufolge bis zum Jahr 2020 ein Ersatzbedarf von mehr als 50.000 Ärzten, allein in der hausärztlichen Versorgung müssen bis dahin 23.768 Unternehmen einen Nachfolger finden.“ (Quelle: GID, Dez. 2010)

Laut Arztzahlstatistik der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind zurzeit 62,28 % der Hausärzte über 50 und 18,6 % gar über 60 Jahre alt.

Die gestiegenen Anforderungen an die ärztliche und pflegerische Versorgung in den Heimen einerseits und die derzeitige Entwicklung der Arztzahlen andererseits führen zu einem Problem, für das unterschiedliche Lösungsansätze diskutiert werden können. Konzentrationsprozesse können zum Beispiel dazu führen, dass wir Heime mit Premiumversorgung bekommen und andere mit Minimalversorgung. Diese Entwicklung wird im Kostenträgerbereich seit längerem diskutiert und hat stellenweise bereits begonnen. Die demografische Entwicklung der Patienten nährt ebenfalls seit längerem die Diskussion um Ausgrenzung von Leistungen.

Eine weitere Möglichkeit besteht in der interprofessionellen Effizienzsteigerung der Versorgung. Diese kann im vorliegenden Fall erreicht werden, indem Fahrzeiten minimiert, Dokumentationen einheitlich optimiert, Behandlungsabläufe standardisiert und delegierbare Leistungen – nach medizinischer Schulung der Pflegekräfte - delegiert werden. Durch die Optimierung im

30. Mai 2011, Dr. Stefan Bruns

Behandlungsablauf kann der Hausarzt ohne zusätzliche Dienste mehr Patienten in besserer Behandlungsqualität versorgen. Erste Erfahrungen mit strukturierten Visiten haben gezeigt, dass die Zahl der notfallmäßigen Konsultationen und die der Krankenhauseinweisungen deutlich reduziert werden konnten.

Projektpartner

Das Netz

Das aerztenetz ELAN ist ein kollegialer Zusammenschluss von 50 Haus- und Fachärzten in der Region Elbe, Luhe und Nordheide (Landkreis Harburg, Niedersachsen) und den Krankenhäusern Winsen-Luhe und Salzhausen. Ziel des Ärztenetzes ist es, trotz immer komplexer werdender Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, eine menschliche und qualitativ hochwertige Versorgung sicher zu stellen. Wir wollen die bewährte wohnortnahe und persönliche haus- und fachärztliche Versorgung erhalten und verbessern. Die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit von allen Beteiligten des Netzes ist unsere gemeinsame Basis. Das Netz hat sich im September 2009 zusammengeschlossen.

Im Heimarztprojekt:

ELAN stellt die Einhaltung des Leitfadens Heimarzt sicher. (Anlage)

ELAN stellt die Struktur zur Abrechnung der erbrachten Leistungen in Kooperation mit Dr. Rühle, Ärztegenossenschaft Nordwest.

ELAN organisiert die Verfügbarkeit von Heimärzten und vermittelt diese unter Berücksichtigung der freien Arztwahl des Patienten.

ELAN informiert regelmäßig die Fachärzte im Netz über die Abläufe im teilnehmenden Heim.

ELAN schult die Ärzte im KV Notdienst und in den Kliniken bezüglich eines standardisierten Ablaufes bei der Behandlung von Notfällen außerhalb der Sprechstundenzeiten.

Der Heimbetreiber

CURA Seniorenwohn- und Pflegeheime Dienstleistungs GmbH, Französische Straße 53 – 55, 10117 Berlin betreibt in Deutschland 50 stationäre Pflegeeinrichtungen (ca. 5.700 Plätze), 6 häusliche Pflegedienste, 2 Hausnotrufgesellschaften, 512 betreute Wohnungen verschiedener Konzepte, 4 Reha-Kliniken und eine Wohnstätte für Behinderte. Die in diesem Konzept zunächst beteiligten Heime CURA Seniorenzentrum Winsen und CURA Seniorenzentrum Maschen umfassen z.Zt. 173 Pflegeplätze. Es ist formulierte Strategie der Cura, aus dem Blickwinkel der eigenen Kompetenz der täglichen Betreuung von alten Menschen heraus Pflege und Medizin stärker zu verknüpfen und diesen Ansatz in sozialraumorientierte Versorgungskonzepte einzubringen.

Im Heimarztprojekt:

Cura stellt die Einhaltung des Leitfadens Heim sicher (Anlage).

Das Heim bereitet die wöchentliche Lehrvisite vor, sammelt alle Anfragen und Bedarfe der Bewohner, den Mitarbeiter und ggf. der Angehörigen und begleitet und unterstützt den Heimarzt bei seiner Visite.

Das Heim stellt die Infrastruktur zur einheitlichen Dokumentation.

30. Mai 2011, Dr. Stefan Bruns

Der Innovationscharakter

Der Heimarzt führt wöchentlich zu einer festen Zeit eine Lehrvisite durch. Das bedeutet, dass er neben der recht hohen Betreuungsfrequenz seiner Patienten auch von einer Pflegekraft begleitet wird. Diese Pflegekraft erhält bei der Visite wichtige Informationen zu den bestehenden Erkrankungen und den zu erwartenden Krankheitsverläufen und der ggf. erforderlichen Maßnahmen. Durch diese Lehrvisiten und die ebenfalls regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen und Fallkonferenzen werden die Pflegekräfte hinsichtlich der medizinischen Versorgung geschult. Entscheidungen der Pflege hinsichtlich nötiger Krankenhauseinweisungen und Notdienstkonsultationen fallen so leichter und führen eher dazu, dass auf die nächste Visite gewartet wird. Besonders die Krankenhauseinweisungen sind für die Beteiligten mit hohem Aufwand verbunden und unwirtschaftlich und für die Patienten eine erhebliche Belastung. Entscheidungen der Pflegenden bei kritischen Situationen, die erfahrungsgemäß bisher häufig zu Krankenhauseinweisungen und Notdienstkonsultationen führten werden in diesem Lehrvisitenkonzept antizipiert und Handlungsstrategien zur Vermeidung unnötiger Einweisungen erarbeitet. Bedarfsmedikamente und Kriseninterventionen werden den Pflegenden als Werkzeuge selbständigen kompetenten Handelns an die Hand gegeben.

Dadurch wird eigenständiges Handeln im Rahmen des zuvor regelmäßig besprochenen therapeutischen und pflegerischen Konzeptes gefördert. „Außer der Reihe“- Anforderungen an den Hausarzt entfallen vielfach, da verlässliche zeitnahe Visiten weniger akute Probleme eher aufschiebbar machen.

Der Heimarzt vermeidet also fast völlig diese ungeplanten und im Verhältnis deutlich Zeitaufwendigeren und unwirtschaftlichen Konsultationen.

Der Heimarzt dokumentiert neben seiner in der Praxis geführten Dokumentation zusätzlich vollständig auf einer im Heim verbleibenden Akte. Diese Dokumentation ist umfangreicher als die in den Heimen übliche Dokumentation und darüber hinaus einheitlich. Dadurch kann eine möglicherweise nötige Vertretung auf alle nötigen Daten zugreifen. Auch haben die betreuenden Fachärzte vollständige Übersicht über die vorliegenden Erkrankungen, was viele Entscheidungen vereinfacht und zu einer qualitativ höherwertigen Versorgung führt. Sollte die Konsultation des ärztlichen Notdienstes oder eine Krankenhauseinweisung nötig werden, so kennen diese Ärzte ebenfalls die Struktur der einheitlichen Dokumentation im Heim, die zur Konsultation mitgegeben wird.

Die Ergebnisverbesserung

- Als Ergebnis dieses Konzeptes mit den Eckpunkten der regelmäßigen Lehrvisiten, einheitlicher Dokumentation, und regelmäßiger Fallkonferenzen und Fortbildungsveranstaltungen, werden die Heimbewohner medizinisch, auch über Sektorgrenzen hinweg, besser versorgt.
- Die Kommunikation der beteiligten Leistungserbringer wird durch die Informationen innerhalb des Netzes ELAN, durch die Fallkonferenzen und durch den intensiveren Kontakt zum Pflegepersonal deutlich verbessert. Der Ablauf der Patientenversorgung wird dadurch reibungsloser.
- Das Heimpersonal wird qualifiziert, was zu mehr Entscheidungssicherheit führt. Für den Heimbetreiber bedeutet das eine günstige und praxisnahe Möglichkeit der Fortbildung ihres Personals während des Heimbetriebes.

30. Mai 2011, Dr. Stefan Bruns

- Die Schwerpunktkompetenz-Strategie des Heimes (Betreuung demenziell veränderter Bewohner, Diabetespflegemanagement und Palliativpflege) wird befördert, da die entsprechenden fachärztlichen Partner gleichfalls Mitglied von ELAN sind.
- Das Heim generiert einen Wettbewerbsvorteil, was zu einer besseren Bettenbelegung führt.
- Das Heim vermeidet durch weniger Krankenhauseinweisungen einerseits Erlöseinbußen aufgrund der vermiedenen Abwesenheitsregelung, andererseits werden die zumeist kognitiv eingeschränkten Bewohner nicht aus ihrer vertrauten Umgebung gerissen, was eine nicht hoch genug zu bewertende Wahrung von Orientierung und empfundener Lebensqualität bedeutet (> 60% der Heimbewohner sind demenziell verändert und oft kaum mehr in der Lage, den gewaltigen Einschnitt eines Krankenhausaufenthaltes zu verarbeiten).
- Durch die regelmäßige Präsenz des Heimarztes und die gesteigerte Patientenzufriedenheit werden die Bewohner motiviert an diesem Heimarztprojekt teil zu nehmen. In der Folge steigt die Anzahl der Patienten, die durch den Heimarzt versorgt werden. In einem anderen Heim, gehen entsprechend seine Patienten in die Betreuung des dort arbeitenden Heimarztes über.
- Fahrzeiten und zeitlicher Aufwand für die Patientenbetreuung im Heim durch den Arzt werden effizienter gestaltet. Zusätzlicher Aufwand des Arztes wird aus den gehobenen finanziellen Ressourcen erbracht. Der erreichte Stundensatz orientiert sich am durchschnittlichen Erlös eines Hausarztes und liegt somit deutlich über dem Erlös für Hausbesuche aus dem EBM.
- Trotz des Mehraufwandes des Heimarztes für doppelte Dokumentation, Lehrvisite, Qualitätszirkel und Fortbildungen wird der Aufwand pro versorgtem Patienten insgesamt nicht erhöht. Der Routine-Praxisablauf wird deutlich weniger gestört.

Dieses Konzept ist der erste - eigeninitiativ von den Partnern entwickelte - Baustein, um der zu erwartenden Unterversorgung im Gebiet zu begegnen – und zwar ohne eine Beschränkung von Leistungen und ohne die zusätzliche Belastung von Kostenträgern, gleichwohl aufgrund der Vorteilhaftigkeit des Projektes perspektivisch auch für diese sehr interessant. Im Vergleich zu den in Deutschland punktuell bereits etablierten Integrierten Versorgungsvorhaben nach § 140 a ff. SGB V zur medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen - unter Einbindung von Kostenträgern – ist hier herauszustellen:

- das Eigeninvestment der Projektpartner in den Mehraufwand zur mittelfristigen Effizienz- und Qualitätsverbesserung.
- die besondere Intensität der Zusammenarbeit (wöchentliche, ausführliche Lehrvisite).
- die konsequente Verknüpfung von Patientenbetreuung und Fortbildung praxisnah „am Bett“ (Praxistransfer ohne Reibungsverlust).
- die kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Arbeitsteilung zwischen den Partnern (im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten).
- und vor allem die Herangehensweise: das Konzept orientiert auf die interprofessionelle Optimierung der Versorgung eines gesamten Sozialraumes zur Schließung von Versorgungslücken.

Anlagen

Leitfaden Heimarzt

Leitfaden Heim