

Kleine Anfrage der Fraktion der CDU vom 5. November 2002**Versorgungsstruktur in der ambulanten sowie stationären Versorgung von pflegebedürftigen Patienten**

Mit der Drucksache 15/1041 hat der Senat mitgeteilt, dass mit der Einführung der neuen Krankenhausfinanzierung auf Grundlage von Fallpauschalen (DRGs) eine Verweildauerreduzierung in den Krankenhäusern angestrebt wird. Das bedeutet, dass immer mehr Patienten mit einem erhöhten Pflegeaufwand entlassen werden.

Die Versorgungssituation für behandlungs- und pflegebedürftige Menschen wird sich weiter verschlechtern, wenn die bereits bestehenden Versorgungslücken nicht geschlossen werden. Angemessene Lösungen für die Verzahnung des ambulanten mit dem stationären (Pflege-) Bereich fehlen bisher und sind noch zu entwickeln.

Wir fragen den Senat:

1. Um welche Versorgungslücken handelt es sich, wie und wann sollen diese geschlossen werden?
2. Welche Maßnahmen sind zu welchem Zeitpunkt vorgesehen, um die Verzahnung des ambulanten mit dem stationären (Pflege-) Bereich zu erreichen?
3. Wie wird der Senat sicherstellen, dass sich die Versorgungssituation für behandlungs- und pflegebedürftige Menschen im Lande Bremen nicht weiter verschlechtert?
4. Wie bewertet der Senat die Einführung eines unabhängigen Case Managements in Bremen und Bremerhaven, um sicherzustellen, dass für pflegebedürftige Patienten rechtzeitig und umfassend die erforderlichen Schritte (Überleitung, Pflegeplan etc.) eingeleitet werden, um eine notwendige Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen?

Karin Tuzcek, Brigitte Dreyer,
Karl Uwe Oppermann, Eckhoff und Fraktion der CDU

D a z u

Antwort des Senats vom 26. November 2002

Die o. a. Anfrage beantwortet der Senat wie folgt:

Vorbemerkung:

Nachdem die Verhandlungen der Gremien der Selbstverwaltung im Juli 2002 gescheitert sind, hat das Bundesgesundheitsministerium mit der Ersatzvornahme die Voraussetzung geschaffen, dass Krankenhäuser im Rahmen des Optionsmodells bereits im Jahr 2003 nach dem neuen Finanzierungsmodell abrechnen können. Ab 2004 soll diese Abrechnung für alle Krankenhäuser verpflichtend sein.

Die DRGs oder Fallpauschalen sind ein leistungsbezogenes, auf Diagnosen aufgebautes Patientenklassifikationssystem. Ähnlich kostenaufwendige Behandlungsfälle werden anhand der medizinischen Zusammengehörigkeit (identische oder ähnliche Diagnosen und/oder Eingriffe) in gemeinsame kostenhomogene Fallgruppen eingeordnet. Um damit erfolgreich wirtschaften zu können, werden sich innerhalb der Krankenhäuser die Strukturen verändern müssen. Wird durch veränderte interne Strukturen der Krankenhäuser eine optimale Prozessorientierung erreicht, werden die Auswirkungen für eine Vielzahl der Patienten durchaus positiv sein. Dies gilt für

- eine effektive Behandlung,
- die Vermeidung von unnötigen Wartezeiten
- und die schnellere Entlassung nach Hause.

Langfristig werden sich die Krankenhäuser vermehrt den komplementären Bereichen der Versorgung öffnen. Erwartet wird u. a. eine

- Verlagerung in vor- und nachstationäre Bereiche und ambulante Behandlungs-, Pflege- und Rehabilitationsformen,
- Verlagerung in Tageskliniken sowie
- Verbesserung der integrierten Versorgung und des Disease Managements.

Angesichts dieser Entwicklung verdienen Patienten, die mit einer hohen Pflegebedürftigkeit aus den Krankenhäusern entlassen werden, besondere Aufmerksamkeit. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen mit Multimorbidität und chronisch kranke Patienten.

Zu Frage 1.: Um welche Versorgungslücken handelt es sich, wie und wann sollen diese geschlossen werden?

Versorgungslücken können vor allem bei den Übergängen zwischen den Krankenhäusern und der anschließenden Versorgung und Pflege entstehen. Die Sozialdienste in den Krankenhäusern sind für die soziale Beratung und Organisation von Hilfen im Anschluss an die Krankenhausversorgung zuständig, der Ort für Einschätzungen und Empfehlungen bleibt aber das Krankenhaus. Für die soziale Beratung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sind andere Instanzen, z. B. der kommunale Sozialdienst, zuständig. Probleme können vor allem dann entstehen, wenn zwischen den beteiligten Diensten nicht hinreichend geklärt ist, ob eine ambulant geleistete Pflege ausreicht oder die stationäre Pflege langfristig zu einer Überversorgung führt.

Durch die Verkürzung der Verweildauer in den Krankenhäusern werden zukünftig voraussichtlich mehr Patienten mit einem vorübergehend erhöhten Bedarf an nachstationärer Pflege aus den Krankenhäusern entlassen. Der erhöhte Pflegebedarf kann sowohl im Bereich Grund- als auch in der Behandlungspflege liegen.

Dabei sind besonders zwei Patientengruppen zu unterscheiden: Patienten, die bereits bei der Krankenhausaufnahme im Sinne des SGB XI pflegebedürftig waren und Leistungen der Pflegeversicherung erhielten, bei der Entlassung aber aufgrund des akuten Pflegebedarfs eine höhere Pflegestufe benötigen. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um Patienten, die bisher nicht pflegebedürftig waren, aber vorübergehend den Einstufungskriterien der Pflegeversicherung entsprechen. Einen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung können diese Patienten nur geltend machen, wenn sie mindestens ein halbes Jahr pflegebedürftig sein werden.

Zudem ist damit zu rechnen, dass Patienten mit einem hohen akuten Pflegebedarf aufgrund der verkürzten Verweildauer in den Krankenhäusern in stationäre Pflegeeinrichtungen entlassen werden. Liegt zum Zeitpunkt der Begutachtung durch den MDK stationäre Pflegebedürftigkeit vor, wird wahrscheinlich die Aufnahme in ein Pflegeheim angestrebt. Daher muss bei unveränderter Versorgungsstruktur von einer Zunahme der Inanspruchnahme von Pflegeheimen ausgegangen werden. Besteht die stationäre Pflegebedürftigkeit jedoch nur vorübergehend, kann es zu Fehlbelegungen in den Pflegeheimen kommen.

Strukturell ist zukünftig die Versorgungssicherheit von pflegebedürftigen Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt durch folgende Maßnahmen zu verbessern:

- Beachtung des steigenden Bedarfs an qualifizierter ambulant zu leistender Grund- und Behandlungspflege.
- Ausbau des Angebotes von gesonderten Kurzzeitpflegeeinrichtungen in unmittelbarer Nähe der Krankenhäuser. Diese Kurzzeitpflege soll aktivierende Pflege und therapeutische Behandlung sicherstellen, um möglichst viele Patienten nach Hause zu entlassen.
- Optimierung der Zusammenarbeit aller Beteiligten beim Entlassungsmanagement unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung, insbesondere der Hausärzte.
- Förderung für Bildung und Weiterbildung des Pflegepersonals für alle Bereiche der Nachsorge (ambulant, teilstationär und stationär).

Zu Frage 2.: Welche Maßnahmen sind zu welchem Zeitpunkt vorgesehen, um die Verzahnung des ambulanten mit dem stationären (Pflege-) Bereich zu erreichen?

Die Sozialdienste in den Krankenhäusern übernehmen bereits jetzt bei einer großen Zahl von Patienten das Entlassungsmanagement an der Schnittstelle zwischen stationärer Behandlung und ambulanter, teilstationärer oder stationärer Nachsorge. Ergänzend dazu existieren in verschiedenen Krankenhäusern Pflegeüberleitungsstellen, die bei gezielter Entlassung in die ambulante Pflege tätig werden.

Aufgrund der sich abzeichnenden verkürzten Verweildauer in den Krankenhäusern für akut und chronisch Kranke, für alte und pflegebedürftige Patienten, besteht die Notwendigkeit einer Optimierung des Entlassungsmanagements. Dabei müssen die psychosozialen Bedürfnisse und die Sicherung der Pflegekontinuität gleichermaßen Berücksichtigung finden, um ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit zu erreichen.

Bei der – auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung – erwarteten Zunahme dieser Patientengruppe werden die qualitativen Anforderungen an die Organisation des Entlassungsmanagements in den Krankenhäusern steigen. Die Krankenhäuser haben sicherzustellen, dass im Sinne einer ganzheitlichen Patientenversorgung dafür ausreichend qualifiziertes Personal, sowohl im Sozialdienst als auch für den Bereich der Pflegeüberleitung, zur Verfügung steht.

Ein wichtiges Instrument zur Nachsorge nach dem Krankenhausaufenthalt und zur Vermeidung von Fehlbelegungen in den Pflegeheimen kann die Kurzzeitpflege sein. Dies gilt insbesondere, wenn die Aufgaben der Kurzzeitpflege von der Langzeitpflege abgekoppelt werden und ein eigenständiges, aktivierendes Anforderungsprofil entwickelt wird. Gegenwärtig planen mehrere Krankenhäuser mit potentiellen Trägern der Kurzzeitpflege entsprechende Einrichtungen in unmittelbarer Nähe der Krankenhäuser. Auf dem Gelände der Krankenhäuser werden drei Kurzzeitpflegeeinrichtungen für das Jahr 2004 vorbereitet. Eine weitere Kurzzeitpflegeeinrichtung wird im Bremer Westen im Frühjahr 2003 eröffnet.

Um die Schnittstellen zwischen der Versorgung im Krankenhaus und der anschließenden häuslichen Pflege zu verringern, wird eine Bündelung aller Hilfe-, Therapie-, und Pflegepotentiale angestrebt. In Bremen konnten dazu Erfahrungen in Modellprojekten der „wohnt- und kliniknahen Clearingstellen“ gesammelt werden. Auf dieser Grundlage gilt es, die Kooperationsbeziehungen zu optimieren. Hierzu liegt dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ein Projektvorschlag vor, der die hausärztliche Versorgung mit ambulanten therapeutischen Leistungen verbindet. Um diese Vorhaben zu überprüfen und für die praktische Umsetzung zu bewerten, hat die Sozialbehörde die Kranken- und Pflegekassen zu einem Gespräch im Dezember diesen Jahres eingeladen.

Zu Frage 3.: Wie wird der Senat sicherstellen, dass sich die Versorgungssituation für behandlungs- und pflegebedürftige Menschen im Lande Bremen nicht weiter verschlechtert?

Der Senator für Arbeit, Frauen Gesundheit, Jugend und Soziales hat zu den in den Fragen 1 und 2 angesprochenen Punkten bereits Verhandlungen geführt und wird die Themen mit den Kranken- und Pflegekassen, Krankenhäusern, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie Trägern der Pflegedienste und -einrichtungen in Form eines „Runden Tisches“ weiter verfolgen. Die Kassenärztliche Vereinigung wurde um einen Bericht zur Einschätzung der medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen gebeten. Für Einrichtungen der Kurzzeitpflege auf dem Gelände von Krankenhäusern liegen bereits konkrete Planungen vor.

Die Umsetzung strukturverbessernder Maßnahmen mit dem Ziel der Koordination der nachstationären ambulanten Versorgung ist gemeinsam mit den Pflege- und Krankenkassen unter Nutzung der ambulanten Projektförderung nach dem BremAGPflegeVG anzugehen.

Die qualifizierte, bundeseinheitliche Ausbildung von Pflegefachkräften ist dem Senat ein besonderes Anliegen. Die Finanzierung der Schulkosten für Erstauszubildende wurde sichergestellt. Zudem wurde für den Beruf des Altenpflegers eine breitere Palette von Zugangs- und Gestaltungsmöglichkeiten angelegt, um interessierte junge Menschen durch intelligente Programme – wie JobRotation bis zur integrierten Pflegeausbildung – für die Pflegeberufe zu gewinnen. Die Sozialbehörde hat einen Arbeitskreis eingerichtet, um die gemeinsame Fort- und Weiterbildung für Pflegeberufe weiter zu entwickeln.

In Bremerhaven wurde mit Einführung des Pflege-Lotsen die Möglichkeit des schnellen Zugriffs auf Angebote der pflegerischen Versorgung geschaffen. Auch für Bremen wird gegenwärtig ein entsprechendes Informationssystem vorbereitet.

Zu Frage 4.: Wie bewertet der Senat die Einführung eines unabhängigen Case Managements in Bremen und Bremerhaven, um sicherzustellen, dass für pflegebedürftige Patienten rechtzeitig und umfassend die erforderlichen Schritte (Überleitung, Pflegeplan etc.) eingeleitet werden, um eine notwendige Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen?

Neben den krankenhausbezogenen Umstrukturierungen wird es langfristig zu Veränderungen im gesamten Gesundheits- und Sozialsystem kommen. Leistungsanbieter in ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsbereichen des Gesundheits- und Sozialwesens werden sich stärker vernetzen; Krankenhäuser werden sich zu Gesundheitszentren entwickeln. Eine enge Kooperation zwischen allen Beteiligten wird erforderlich sein, um eine patientengerechte und effiziente Behandlung und Versorgung zu gewährleisten. Als eine geeignete Methode bietet sich dafür das Casemanagement an.

Casemanagement bzw. Fallsteuerung ist im Gesundheitswesen derzeit ein häufig gebrauchter Begriff. Viele Berufsgruppen und Institutionen reklamieren eine federführende Fallsteuerung, wie z. B. der Hausarzt als Gesundheitslotse und die Krankenkassen mit ihren Casemanagement-Programmen.

Casemanagement als Methode der Sozialarbeit im Krankenhaus wird bereits seit vielen Jahren praktiziert. Hierbei wird eine Gesamtschau der Lebenssituation des Patienten, des subjektiven Erlebens der Krankheit und deren Folgen mit den medizinischen Fakten, den vorhandenen Funktionsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen sowie den vorhandenen Leistungsangeboten in den Bereichen der Rehabilitation und pflegerischen Nachsorge angestrebt. Casemanagement bedeutet, gemeinsam mit dem Patienten verschiedene Hilfemöglichkeiten unter komplexen Bedingungen zu erarbeiten, aufeinander abzustimmen und umzusetzen. In der Durchführung soll es transparent und prozessorientiert sein.

Werden über das Entlassungsmanagement im Krankenhaus auch alle weiteren erforderlichen Schritte für die Nachsorge eingeleitet, so fehlt im ambulanten Bereich eine ähnlich arbeitende Anlaufstelle, die begleitend und intervenierend tätig ist. Für den Patienten ist die Vielzahl der zielgruppen- und anlassbezogenen Anlauf- und Beratungsstellen sowie das System der Kostenträger in der Regel undurchschaubar. Genesungsprozesse können durch fehlende Orientierungsmöglichkeiten sowie durch nicht oder verspätet eingeleitete Maßnahmen unnötig verzögert werden.

Der Senat begrüßt daher die Verhandlungen mit den Kranken- und Pflegekassen, in denen auch über die Einbindung eines ambulanten Casemanagements in Bremen und Bremerhaven gesprochen wird.

Ein technisches Hilfsmittel für die Verbesserung der gegenseitigen Information zwischen den beteiligten Diensten ist die Einführung eines einheitlichen Überleitungsbogens, der die erforderlichen Daten zur pflegerischen Versorgung enthält.