

Entlassung aus dem Krankenhaus....

...und was kommt danach?

**... gute Anschlussversorgung
oder „Drehtür“?**

***Veranstaltung
des Paritätischen Wohlfahrtsverbands
und der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen***

**Schnittstelle Krankenhausentlassung:
Aktuelle Probleme und Perspektiven
unter DRG-Bedingungen**

**Dr. Hans-Georg Güse
Güse mediConsult, GmbH Bremen**

24.11.2003

Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Bekanntes Thema - viele Bemühungen - bisher wenig Erfolge

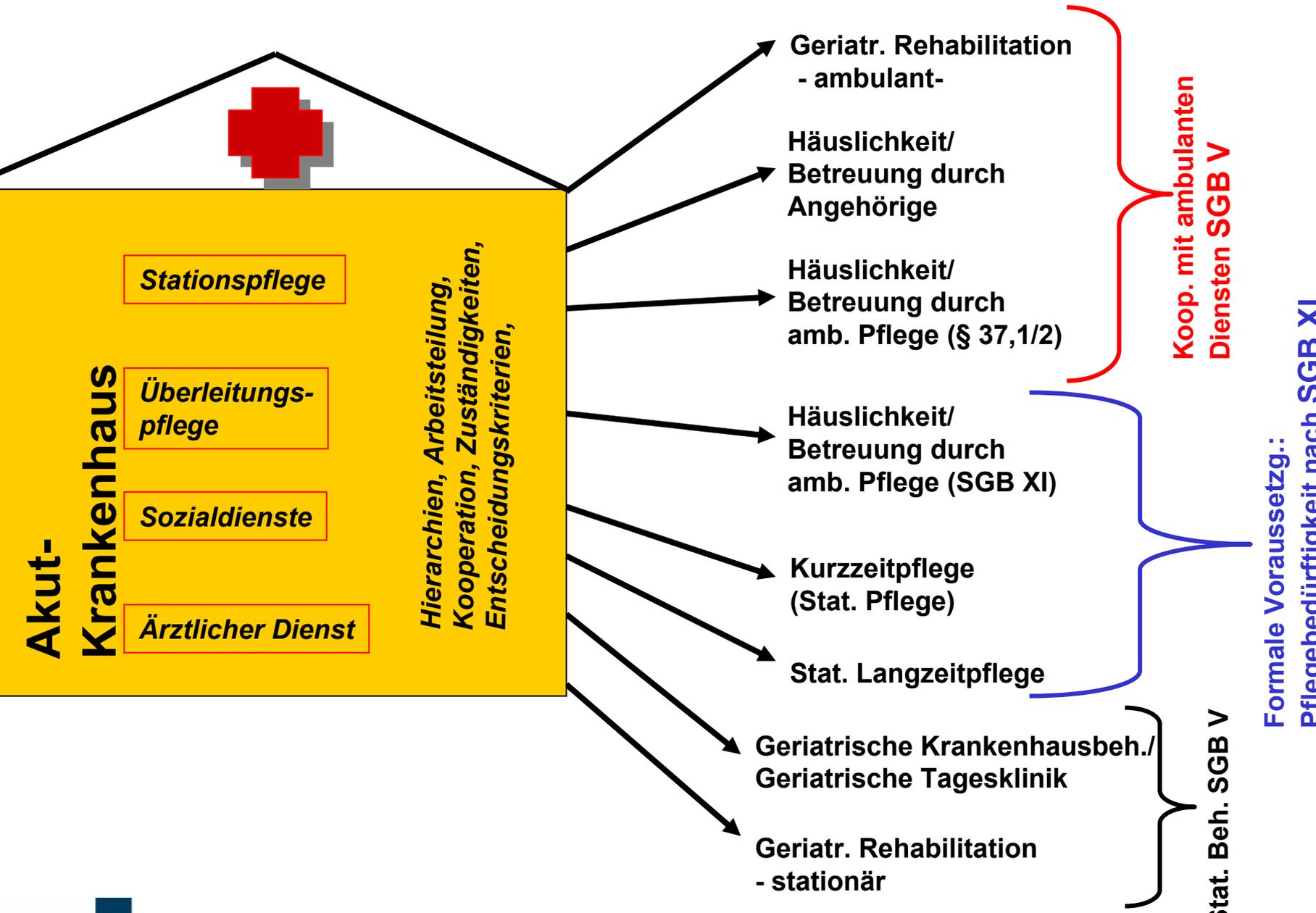
 **Bundesmodellprojekt des BuMin. F. Arbeit und Soziales von 1993
„Versorgung schwerpflegebedürftiger Patienten“ Pflegeüberleitung**

 **„Beratungspflege“ im Humboldt-Krankenhaus Berlin
(Projektleitung Herr Liedtke) seit 1991**

 **Projekt „Brücke, Pflegeüberleitung am Krankenhaus Herdecke“
seit 1992 (Leitung Frau Joosten)**

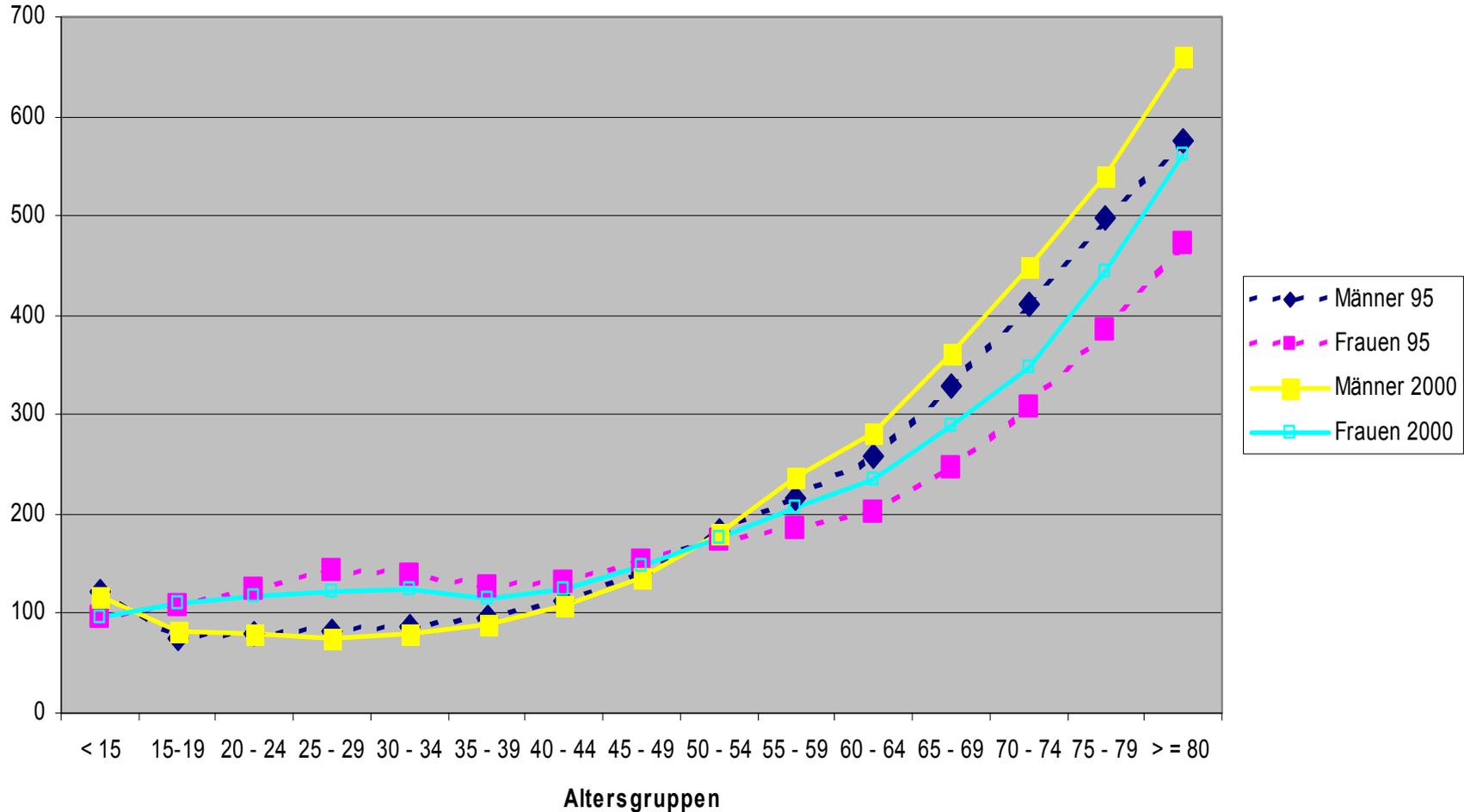
**Neue Entwicklungen: QM-Standards zur Pflegeüberleitung,
Osnabrück, 2003**

Wege in die nachstationäre Behandlung/ Betreuung

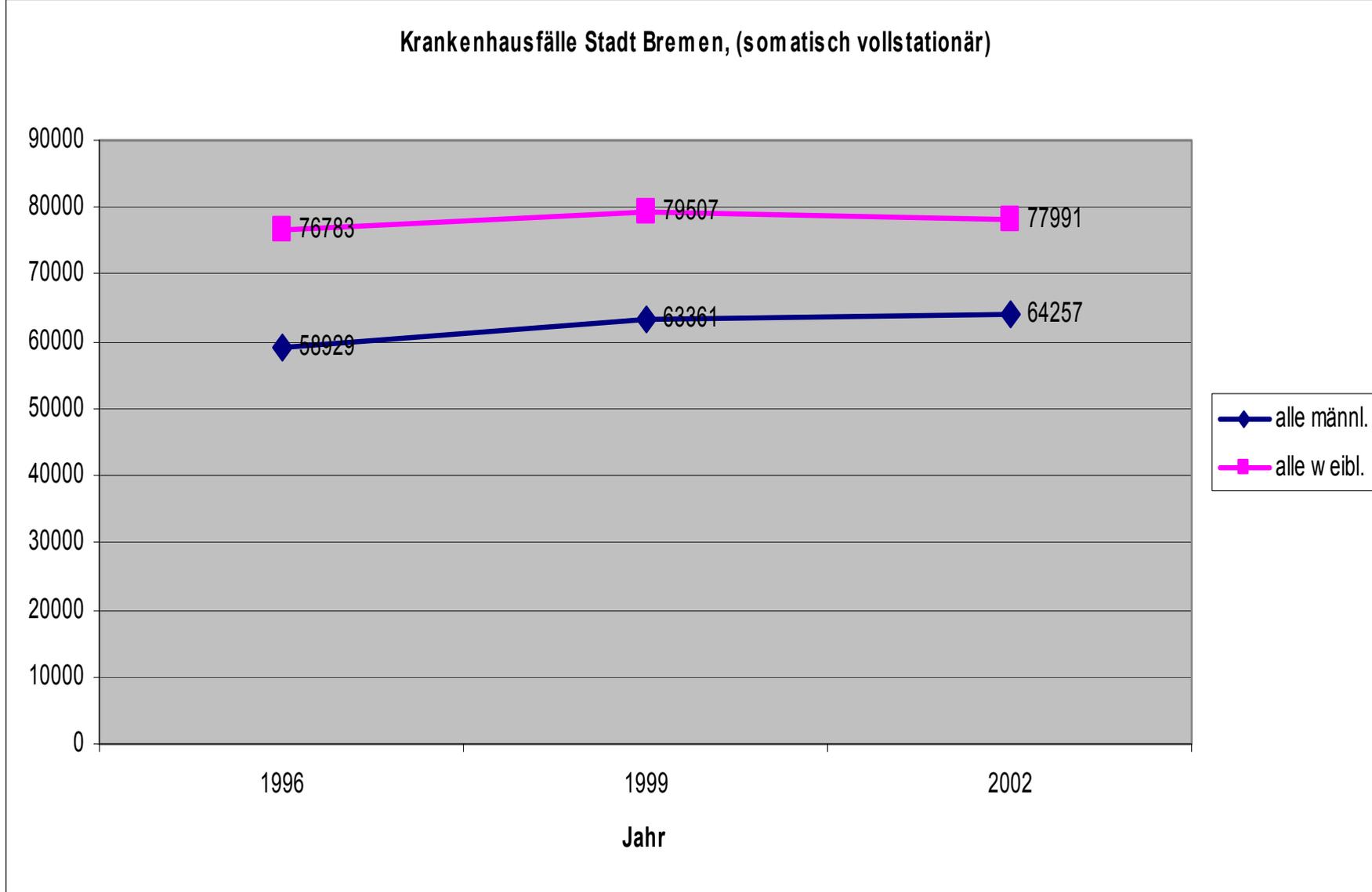


Entwicklung der Fallzahlen in Akutkrankenhäusern (BRD)

Krankenhausfälle pro 1000 Versicherte, BKK Bund Vergleich 1995 und 2000

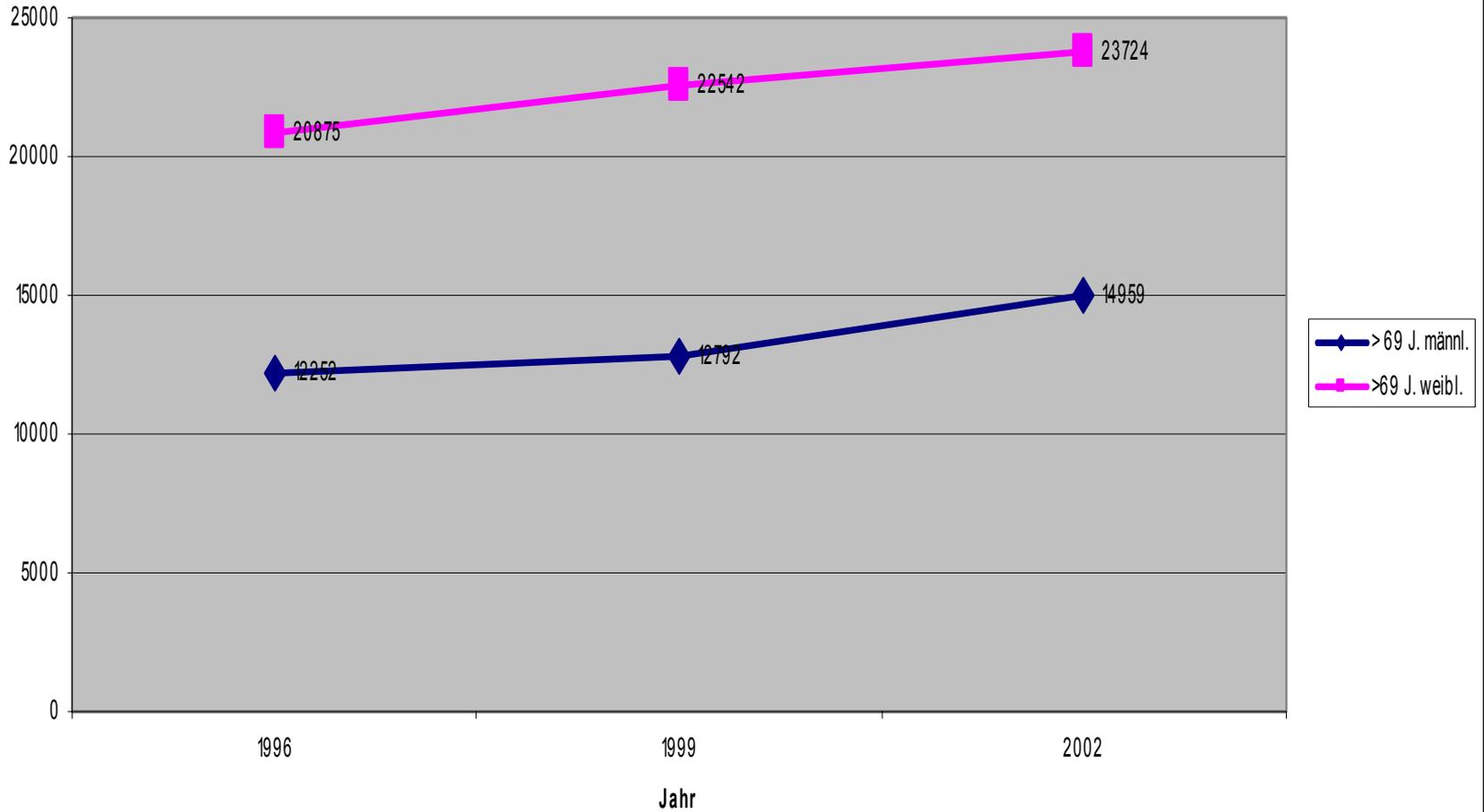


Entwicklung der Krankenhaus-Fallzahlen in Bremen (1)



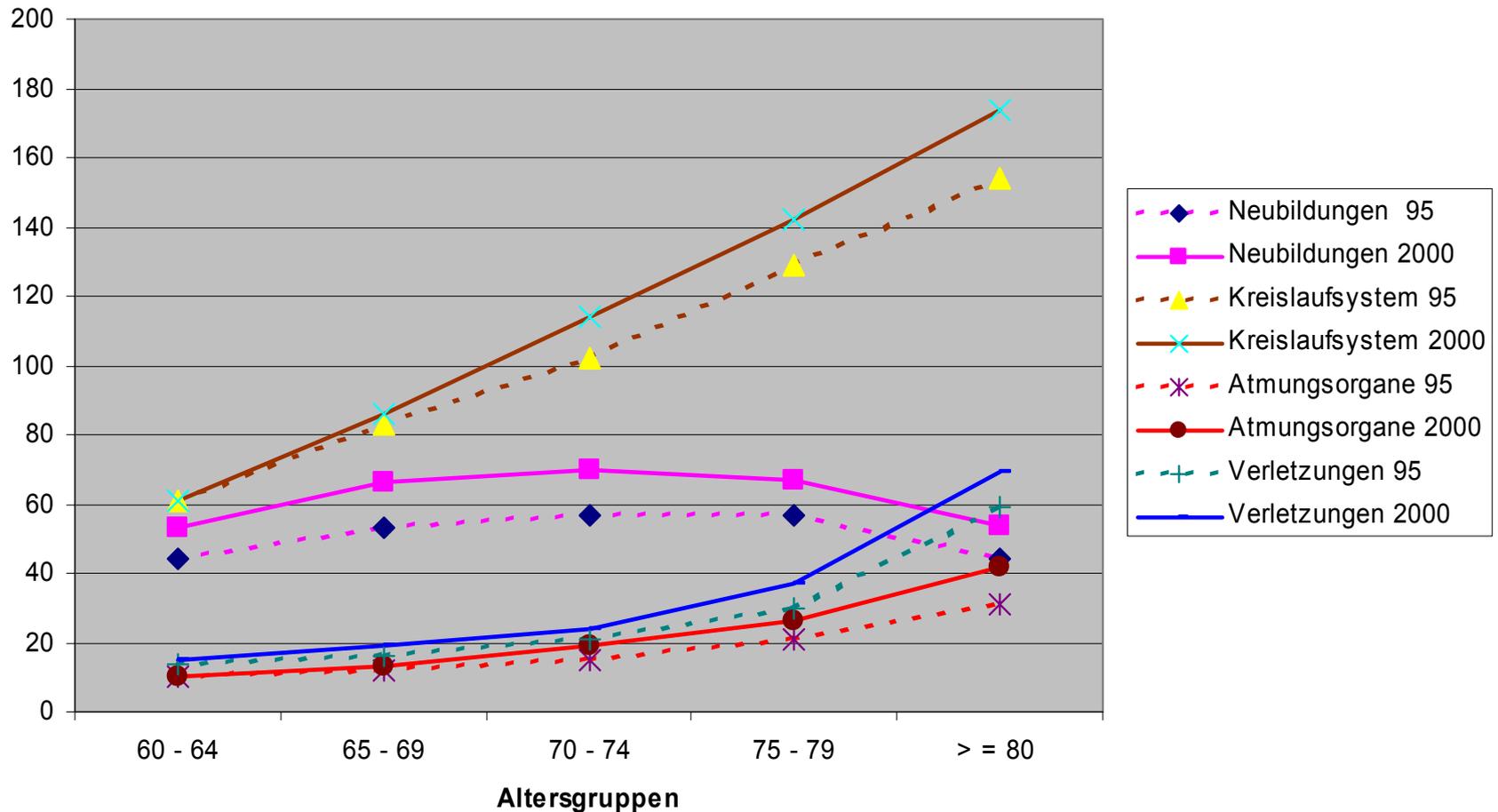
Entwicklung der Krankenhaus-Fallzahlen in Bremen (2)

Krankenhausfälle Stadt Bremen, > 69 Jahre, somatisch, vollstationär



Entwicklung der Fallzahlen für besondere Diagnosen und Altersgruppen

Krankenhausfälle nach Diagnosen pro 1000 Versicherte,
BKK Bund Vergleich 1995 und 2000



Facit

- 1. Der Anteil der älteren und alten PatientInnen im Krankenhaus nimmt relativ und absolut zu!**
- 2. Diese Tendenz wird sich in den nächsten Jahren weiter verstärken.**
- 3. Dies betrifft v.a. schwere und komplexe Erkrankungen.**
- 4. In der Regel wird bei diesen PatientInnen die Rekonvaleszenz verzögert sein.**
- 5. Daraus resultiert ein erhöhter poststationärer Betreuungsbedarf.**
- 6. Die Quantität schlägt in eine Qualität um (?)
(veränderte Struktur und Finanzierung).**

Übertragbare (?) Auswirkungen der DRG's auf deutsche Krankenhäuser (Erfahrungen aus den USA)

Quellen:

Kräh, Asklepios Kliniken: „Erfahrungen in den USA“, DRG-Zeitung v. 19.3.2003

Coffey und Louis (Krankenhausreport 2000)

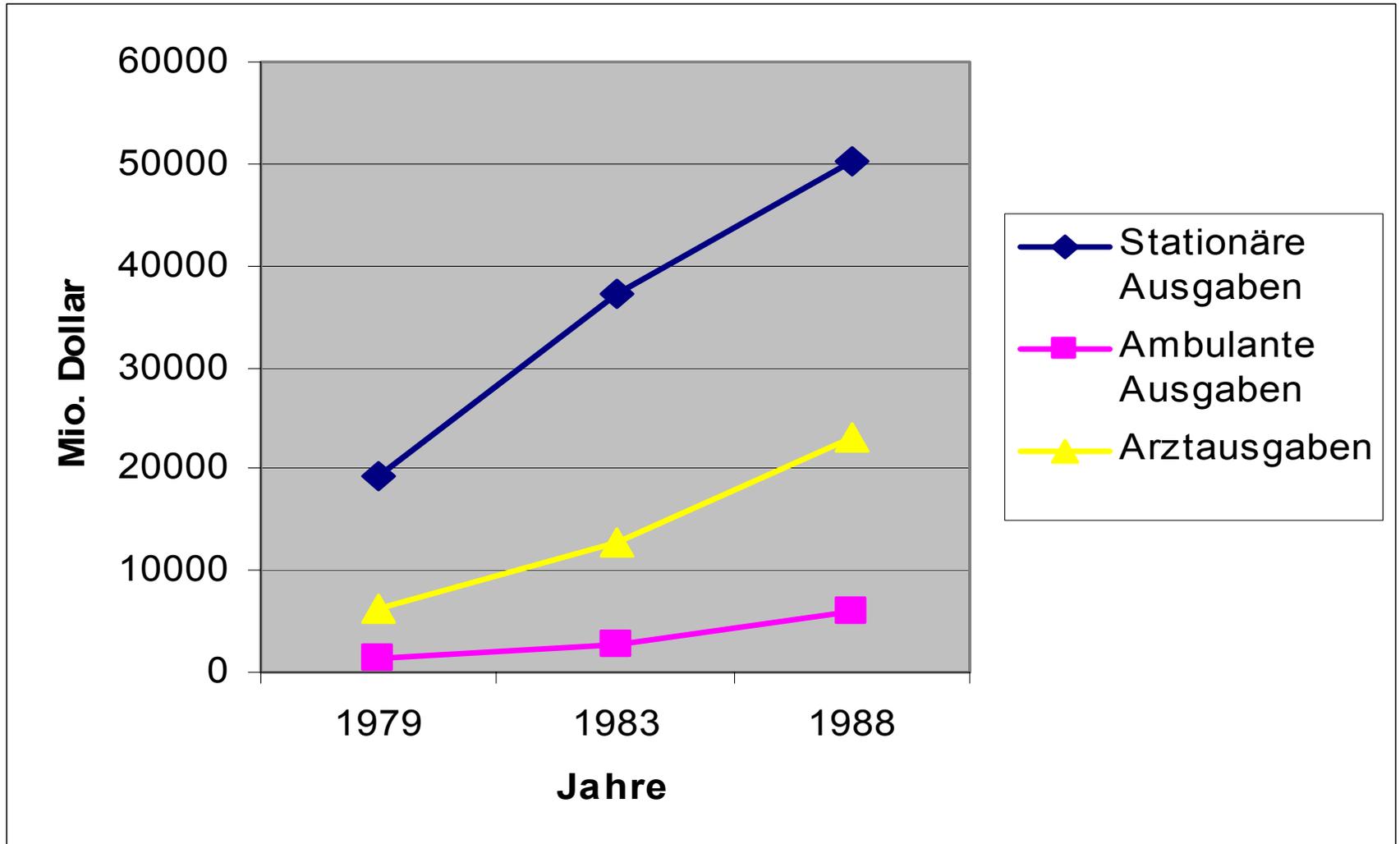
Lüngen/Lauterbach, DRG in deutschen Krankenhäusern, Stuttg. 2003

Rationalisierung und Veränderung der Arbeitsprozesse durch neue Anreize und allgem. Sinken der Erlöse

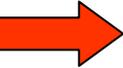
- 1. Verweildauerverkürzung, im ersten Jahr mit DRG –11,3%**
- 2. „Rosinenpicken“, Leistungsverlagerung auf lukrative DRG's oder auf günstige Fälle innerhalb einer DRG**
- 3. Schließung von 50% der Klinik-Betten und 30% der Krankenhäuser**
- 4. Kooperationen, Fusionen, Bildung von Krankenhausketten**
- 5. Spezialisierung, Mengenausweitung und Kosten-Wettbewerb**
- 6. Verringerung des Personals und/oder Beschäftigung auf Abruf**
- 7. Verlagerung auf ambulante Leistungen des Krankenhauses (soweit die Erlöse dies zulassen)**
- 8. Der Schwerpunkt soll**
 - a. auf der Optimierung der Betriebswirtschaft liegen**
 - b. Überkapazitäten beseitigen**
- 9. Veränderungen der Qualität ????**
- 10. Konsequenzen für die nachstationären Sektoren?**

Ausgabenentwicklung im Medicare-Bereich USA 1979-1988

Quelle: Chulis, nach Längen/Lauterbach 2003

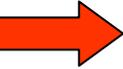


Daten und Erwartungen



Verweildauer

BRD: Reduzierung 1991-2000 (10 Jahre) 31%
Seit Anfang 2003 bei Optionskrankenhäusern
bereits 1 Tag oder ca. 10%



Bettendichte/ Einwohner nimmt erheblich ab
(= Ziel der Politik und der Kostenträger)



Erwartung 1 :

Schließung von Abteilungen und Standorten



Erwartung 2 :

Höhere Inanspruchnahme von Vertragsärzten
und ambulanten /stationären Pflegediensten, dort Mehrkosten



Erwartung 3:

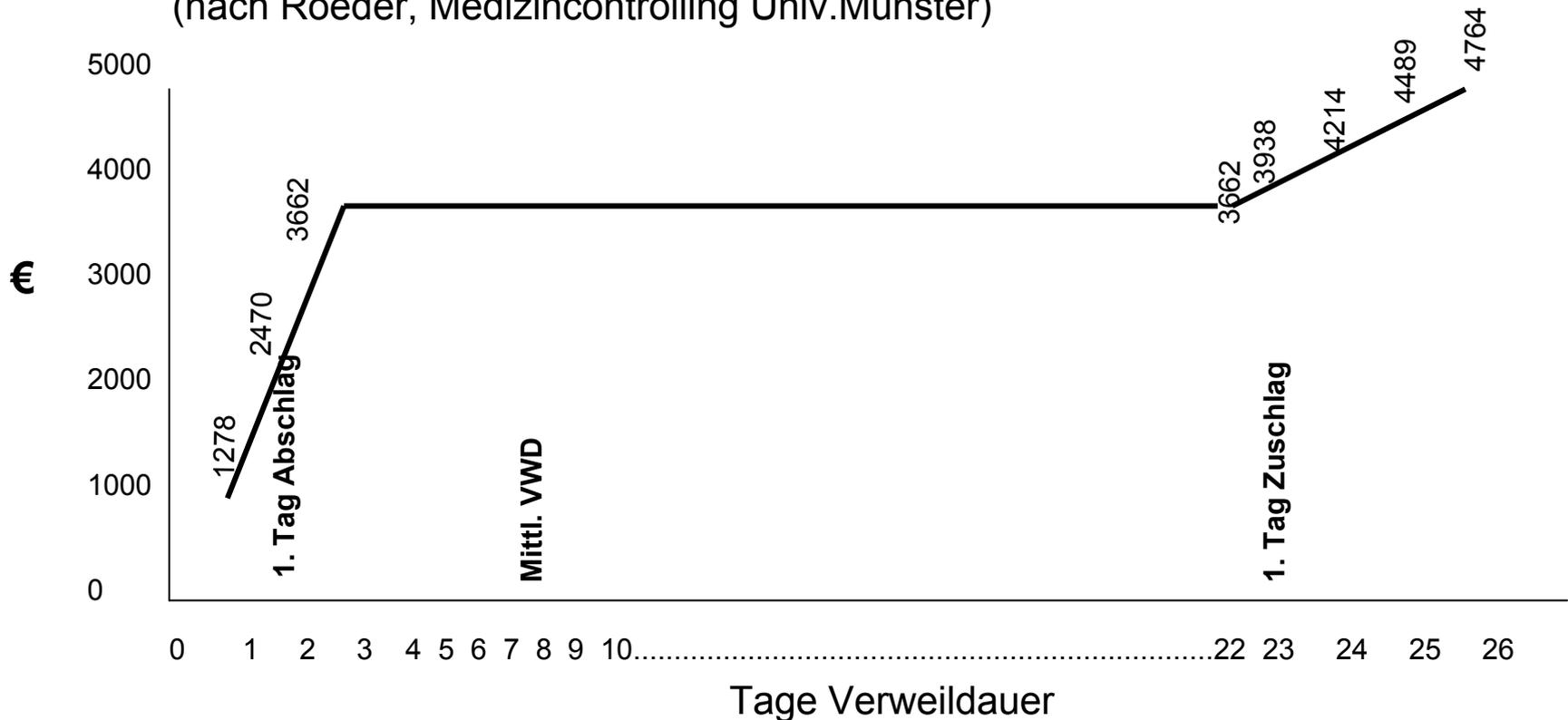
Drehtür-Effekte und vermehrte vollstationäre Pflege,
wenn keine Planung und Abstimmung mit nachstationären Sektoren

Anreize durch DRG's

z.B. Erlöse für DRG F60B

(Kreislaufkrankungen mit akutem Myokardinfarkt ohne invas. Diagn. ohne äußerst schwere oder schwere CC –Komorbiditäten/Komplikationen
Basisfallpreis 2.900€

(nach Roeder, Medizincontrolling Univ.Münster)



„Drehtürmedizin“ / Wiedereinweisungen

 **10%- 25% der Krankenhauspatienten haben mehr als 1 Krankenhausaufenthalt / Jahr (ohne Verlegungen oder Rehabilitation - Daten aus Bremen)**

 **Unterschiedliche Ursachen:**

- 1. Planmäßige Wiederaufnahme zur Weiterbehandlung (z.B. Metallentfernung)**
- 2. Behandlung zweier untersch. Erkrankungen (z.B. Fraktur und Geburt)**
- 3. Wiederaufnahme wegen schicksalhaften Krankheitsverlaufs (z.B. Tumorerkrankung, rezidiv. Herzinsuffizienz)**
- 4. *Gezieltes Fall-Splitting durch das Krankenhaus***
- 5. *Komplikationen bei erstem Krankenhausaufenthalt***
- 6. *Nicht ausreichende Erstbehandlung und Wiedereinweisung durch Vertragsarzt***
- 7. *Unbeherrschbare medizinisch-soziale Problematik***

Reaktion des Gesetzgebers auf eine mögliche „Drehtür“

§ 2 der neuen KH-Fallpauschalen-Verordnung 2004

 ***Fallzusammenführung***
bei

**Wiederaufnahmen innerhalb der oberen Grenzverweildauer
und gleicher Basis-DRG
und/ oder bei Komplikationen**

oder bei

**Wiederaufnahme innerh. von 30 Kalendertagen ab 1. Aufnahme
und „Fallsplitting“ in konservativ / operativ**

Pflegebedürftige zum Jahresende 2001 (Bund)

(Stat. Bundesamt 2003)

	<u>Insges</u>	<u>Veränderung zu 1999 in %.</u>
Zu Hause versorgt	1.435.415	- 0,5
<u>davon</u>		
allein durch Angehörige	1.000.736	- 2,6
durch amb. Pflegedienste	434.679	+ 4,7
Pflegebed. In Heimen	604.365	+ 5,7
<u>Summe</u>	<u>2.039.780</u>	<u>+ 1,2</u>

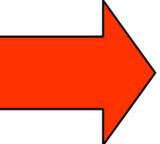
Alter der Pflegebedürftigen

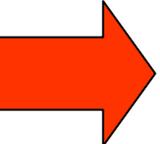
80-85	338.610	+ 21,6
85-90	391.296	- 10,4
90-95	146.577	+ 8,3
>95	69.317	+ 16,3

Pflegebedürftige zum Jahresende 2001 (Bremen)

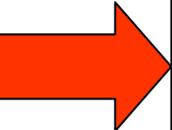
(Stat. Bundesamt 2003)

-  **Zunahme von Pflegebedürftigen seit 1999 insgesamt** + 9,2%
(1. Platz im Bundesvergleich)
-  **Höchste Zunahme von Pflege durch Angehörige zu Hause** + 10,2%
(1. Platz im Bundesvergleich)
-  **Zunahme von Heimpflege** + 5,9%
-  **(Noch) unterdurchschnittlicher Anteil von Pflegebedürftigen in Heimen**

-  **Befürchtung der Kostenträger:**
Zunahme der professionellen Pflege
Umwandlung der Häuslichen Krankenpflege in stationäre Pflege

-  **Ziel:**
Aufrechterhaltung der „günstigen“ Pflege in der Häuslichkeit

Facit

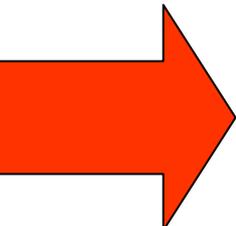


Zunahme der AlterspatientInnen im Krankenhaus

Zunahme der Schwerkranken im Krankenhaus

Zunahme der Pflegebedürftigen bei Aufnahme und Entlassung

Herausforderung für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement

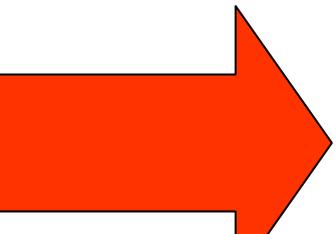


Verschärfung der betriebswirtschaftlichen Reaktion des KH

Belastung des ambulanten Bereichs (Hausärzte und Pflege)

Verstärkung der „Drehtür-Prozesse“

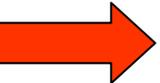
Wie wollen wir mit diesen Entwicklungen umgehen?



a. Business as usual ?

b. Neue Vereinbarungen und bessere Instrumente ?

Problembereiche für eine effektive Kooperation (1)

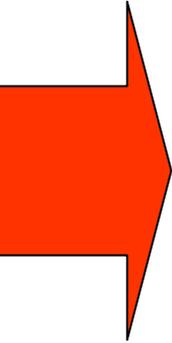


§ 37,1 SGB V

„Häusliche Krankenpflege“ als Instrument der

„Verkürzung oder Vermeidung von Krankenhausverweildauer“

„ Wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird..... , umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung....“



Gesetz wurde nicht verändert , Rechtsanspruch besteht fort

aber:

Neue Interpretation unter DRG-Bedingungen?

Versorgungsprobleme (1)

Betr: § 37,1 SGB V (Grundpflege)

z.B. bei PatientInnen, für die

- **keine Indikation (mehr) zur Krankenhausbehandlung (vgl. § 17c KHG),**
- **keine Reha-Fähigkeit,**
- **keine Pflegebedürftigkeit i.S. des SGB XI besteht und**
- **auch keine Behandlungspflege zu verordnen ist.**

Fallbeispiel 1

**Ältere/r PatientIn, aus der Häuslichkeit, alleinstehend,
keine Pflegestufe, keine chronische Erkrankung**

**Ereignis: schwerer Sturz, Schwere Prellungen und Blutergüsse,
erhebliche Bewegungseinschränkung für ca. 3 Wochen.**

Behandlung (Krankenhausambulanz):

**keine Frakturen, keine Indikation für stat. Behandlung
PatientIn wird wieder nach Hause geschickt.
= Problem für den Hausarzt.**

Pflegebedarf: Grundpflege

Hilfebedarf: Haushaltshilfe

Kostenträger: keiner (keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI)

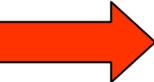
**Keine Behandlungspflege nach SGB V ,
= keine häusliche Krankenpflege nach § 37,2 SGB V
Keine Sozialhilfe**

Lösung: Selbsthilfe auf eigene Kosten? Sozialstationen?

Kurzzeitpflege auf eigene Kosten?

Wiedereinweisung ?

Problembereiche für eine effektive Kooperation (2)



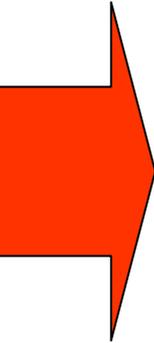
Schnittstelle SGB V - SGB XI

Wer ist pflegebedürftig?

Was gehört zur Behandlungspflege und was zur Grundpflege?

Eindeutige Definition der Pflegebedürftigkeit :

- Vorliegen bestimmter Einschränkungen**
- Ausmaß der Einschränkungen**
- Prognose: Dauer der Einschränkungen mindestens 6 Monate**



**Passt diese Definition auch zu Krankheitsepisoden,
die eine passagere Pflegebedürftigkeit beinhalten?**

Welche Konsequenz hat diese Definition z.B. für die Kurzzeitpflege?

Fallbeispiel 2

**Ältere PatientIn, aus der eigenen Häuslichkeit, alleinstehend,
keine Pflegestufe, chronische Erkrankung (Herzinsuffizienz, lat. Diabetes)**

**Ereignis: Stauungspneumonie, manifester Diabetes, schwere Einschränkung
Depression, Verwirrung**

**Behandlung: Aufnahme ins Krankenhaus, nach 10 Tagen keine
Krankenhausbedürftigkeit mehr,
verzögerte Rekonvaleszenz, passagere Pflegebedürftigkeit**

**Versorgungsbedarf: Grundpflege
Behandlungspflege (Medikamente)
Mobilisierung**

Ziel: Rückkehr in die Häuslichkeit, Selbständigkeit

Indikation: Kurzzeitpflege

Kostenträger: keiner (keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI)

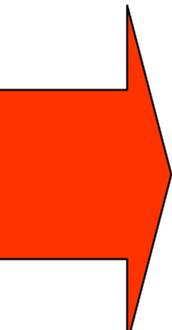
Lösung: dto.

Problembereiche für eine effektive Kooperation (3)



Überleitung von Pflegebedürftigen (medizinische Definition) vom Krankenhaus in die poststationäre Betreuung

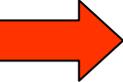
- *Uneinheitliche formale Standards***
- *Uneinheitliche Organisation (Pflege/ Ärzte/ Sozialdienste)***
- *Uneinheitliches Assessment***
- *Uneinheitliche Informationen für nachstationäre Betreuer***
- *Uneinheitliche Informationen für Krankenhausmitarbeiter***
- *Kein Datenmanagement***
- *Seltene Formulierung von Behandlungszielen***
- *Kein Gesamtverantwortlicher für den Prozess***
- *Keine Evaluation***



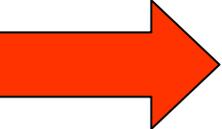
Warum keine Vereinbarungen auf Bremer Ebene?

Wer könnte den Verbesserungsprozess in Bewegung bringen?

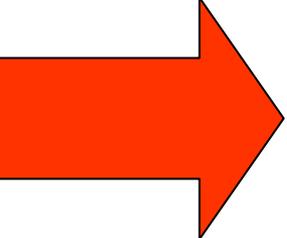
Zusammenfassung



Aus Demographie, Morbidität und medizinischem Fortschritt erwachsen neue Anforderungen ans Betreuungssystem



DRG's und betriebswirtschaftliche Zwänge verschärfen die Schnittstellenprobleme



Es besteht dringender Handlungsdruck

- a. für veränderte Kommunikation**
- b. für professionelles Handeln**
- c. für neue Strukturen (Beratungen, Pflegeüberleitung usw.)**
- d. für neue Interpretationen von Gesetzen**
- e. für die Nutzung von neuen gesetzlichen Möglichkeiten**

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit

Info@guese-mediconsult.de