



Versorgungsmanagement – Schnittstelle stationär/ambulant

Operation „Homecare“

Immer mehr in den gesundheitspolitischen Brennpunkt rückt die Schnittstelle Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. An Reiz und Relevanz gewinnt in diesem Kontext auch der Bereich Homecare mit allen seinen Versorgungsfacetten. Welchen Beitrag kann Homecare für ein besseres Schnittstellen-Management leisten? Wenn ja, wie funktioniert das? Wenn ja, wie sehen die dafür adäquaten Versorgungsstrukturen aus? Drei von vielen Fragen, denen sich das BVMed-Forum „Homecare“ auf der Altenpflege-Fachmesse Ende März in Hannover stellte. Eine Idee fand besonders viele Fans: ein Netzwerk-Management mit gleichberechtigten Akteuren auf Basis von DRG-basierten ambulanten Behandlungspfaden.

Dass es vor allem auch die Marktveränderungen sind, die das Thema Homecare-Versorgung mehr und mehr in den Vordergrund rücken, verdeutlich-



Für Katrin Kollex (GHD) steht die Richtung fest: Künftige Vergütungsmodelle für den Homecare-Sektor legen mehr Wert auf den Dienstleistungsaspekt.

te Katrin Kollex (Hauptabteilung Recht und Öffentlichkeitsarbeit, GHD Gesundheits GmbH Deutschland).

Da sind zum einen kürzere Verweildauern der Patienten in Krankenhäusern, die den Bedarf an ambulanten Therapien und damit an Homecare steigern. Gleichzeitig wollen aber auch immer mehr ältere Menschen immer länger zu Hause versorgt werden. Die Folgen liegen auf der Hand, so Kollex: „Diese ambulante Patienten Klientel im ambulanten Bereich benötigt mobile, medizinisch ausgebildete Fachkräfte außerhalb von Krankenhäusern, Apotheken, Sanitätshäusern und Arztpraxen.“

Gleichzeit wandelt sich die Hilfsmittelversorgung von einer „produktorientierten Versorgung aus dem Ladengeschäft des Sanitätshauses (Rollator etc.) zu einer zunehmend dienstleistungsorientierten und -intensiven Versorgung der schwerkranken Patienten in ihrer Häuslichkeit“, betonte Kollex – Dokumentation, Beratung und Versorgungsmanagement im Rahmen eines Netzwerks inklusive.

Versorgungsweichen werden neu gestellt

Demografische Entwicklung, medizinischer bzw. medizintechnischer Fortschritt und weiterhin knappe Kassen im Gesundheitswesen – das ist der Stoff, auf dessen Grundlage künftige Strukturen für die Homecare-Versorgung gestrickt werden, so Kollex in Hannover. Zum einen werde es zu einer noch schnelleren Überwindung der Sektorengrenzen ambulant/stationär kommen. Auch die Politik wolle dies.

Eine zentrale Rolle werden aus ihrer Sicht auch neue Vergütungsmodelle spielen, bei denen neben dem Produkt ein deutlicher Schwerpunkt auf der Dienst-

Altenpflege mit Besucher- und Aussteller-Minus

Von 25. bis 27. März fand in Hannover die Fachmesse „Altenpflege 2014“ statt. Gegenüber der letzten Veranstaltung in Hannover 2012 (die Messe findet jährlich im Wechsel zwischen den Standorten Hannover und Nürnberg statt) sank die Zahl der Messebesucher um 2.500 auf 28.500. Trotz des Rückgangs wertet der Veranstalter Vincentz Network die Veranstaltung als Erfolg, da an zwei von

drei Messetagen der gesamte öffentliche Nahverkehr im Großraum Hannover streikbedingt stillstand. Gemeldet waren 590 Aussteller aus dem stationären und ambulanten Pflegebereich. Allerdings bedeutet auch dies einen markanten Rückgang, 2012 zählte die Messe in Hannover noch 650 Aussteller.

Die Altenpflege 2015 findet vom 24. bis 26. März 2015 in Nürnberg statt.

leistung liegen werde. Homecare-Unternehmen werden sich dann am Kosten-Nutzen-Verhältnis (bei bestehenden Therapien), am Zusatznutzen (Erstattungspreise für neue Hilfsmittel) und am Versorgungsergebnis (Pay for Performance) messen lassen müssen.

Nötig sei dann auch ein Konsens mit den Ärzten in puncto Delegations-, Übertragungs- und Substitutionsregeln für ärztliche Tätigkeiten. Sie selbst denkt, dass dabei primär Delegationsregeln zum Tragen kommen werden. Grund: Gerade bei Übertragungs- und Substitutionsregeln komme der Faktor Haftungsrecht ins Spiel (Stichwort Hebammen-Proteste).

Entscheidend mit Blick auf künftige Versorgungsmodelle für Homecare sei folgende Frage: „Wer kann was wann kosteneffizient und mit welcher Versorgungsqualität wo erbringen?“ Darauf seien sektorenübergreifende und interdisziplinäre Versorgungsnetzwerke die richtige Antwort.

Künftige Versorgungsstrukturen bei Homecare

Vor dem Hintergrund dieses Lösungsansatzes stehen aus Sicht von Kollex starke Kurskorrekturen bei den aktuellen Homecare-Versorgungsstrukturen auf der Tagesordnung. Homecare müsse sich von einem produktorientierten Hilfsmittelversorgungsansatz zu einem indikationsbezogenen Versorgungsansatz weiterentwickeln. Hier gebe es noch große Defizite beim Gros der aktuellen Hilfsmittelverträge. „Da ist noch nichts bundesweit einheitlich geregelt. Jede Kasse macht da ihr eigenes Ding.“

Vorfahrt erhalten müssten auch Prozess- und damit Dienstleistungsqualität. Die Produktqualität werde sich künftig auf „Gut-genug-Produkte“ konzentrieren (Ausnahme: Hilfsmittel mit Zusatznutzen, Selbstzahler-Produkte). Die Zukunft gehöre bei einem indikationsbezogenen Versorgungsansatz dem Zusammenspiel von guter Produkt- und guter Versorgungsqualität.

Vom Hilfsmittelversorger zum Netzwerkmanager

Das ist die Vision von Kollex für die neue Rolle von Gesundheitsdienstleistern beim Thema Homecare. Konkret: Netzwerkmanager als Teil eines Versorgungsnetzwerks mit Ärzten, Pflege etc. Der Homecare-Spezialist soll dabei eigenständiger und eigenverantwortlicher als bisher das vom Arzt (Diagnose- und Therapiehoheit) vorgegebene Therapieziel erreichen bzw. nötige Änderungen mit diesem besprechen und umsetzen.

Abgesehen von der dem Therapieziel entsprechenden Homecare-Hilfsmittelversorgung werde Homecare „zunehmend den Gesamtgesundheitszustand nach Leitlinien analysieren, dokumentieren und den Arzt qualifiziert unterstützen und entlasten“.

Versorgungsmanagement: Was kann Homecare leisten?

Die Schnittstellenthematik beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor ist in aller Munde. Welchen Beitrag bzw. welche Rolle kann hier Homecare leisten bzw. spielen? Mit dieser Frage beschäftigte sich Susanne Lusiardi (Leitung Fachbereich Versorgungsmanagement Kliniken bei Fresenius Kabi, Krankenschwester und Diplom-Pflegewirtin).

Die ins Gesetz gegossene Grundlage hierfür bilden § 11 (4) SGB V (seit 2008) und § 39 SGB V „Entlassmanagement“ (seit 2012). § 11 (4) SGB V postuliert das Recht der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement. Unter anderem heißt es hier auch „[...] die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung [...]“. Was das konkret bedeute, darauf habe aber bislang keiner eine Antwort gegeben, so Lusiardi, aber darin liege ja auch eine Chance. Auch der Netzwerkgedanke werde in diesem Paragraphen bereits aufgenommen. Im Kern gehe es darum, die drei Schnittstellen klinisches Versorgungsmanagement, Entlassungsmanagement und außerklinisches Versorgungsmanagement „gut und sauber zusammenzubringen“.



Das Schnittstellen-Management stationär/ambulant eröffnet Homecare-Unternehmen viele Möglichkeiten. Allerdings sind zentrale Fragen bislang nicht geklärt. Darauf verwies Susanne Lusiardi (Fresenius Kabi).

In Erinnerung rief Lusiardi in diesem Zusammenhang noch weitere geltende Rahmenbedingungen beziehungsweise Empfehlungen, wie den Expertenstandard Entlassungsmanagement (DNQP), die Qualitätskonferenz der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren der ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin).

Was den konkreten Beitrag von Homecare im Rahmen einer prozessoptimierten Versorgungskette vom stationären in den ambulanten Bereich angeht, sieht Lusiardi zwei Optionen auf dem Feld der Organisation und Gestaltung:

- eine Definition der Patientenüberleitung (Konkret: die Organisation aller notwendigen Maßnahmen für eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Weiterversorgung. Das Entlassungsmanagementsystem der Klinik bleibt davon aber unberührt.)
- eine Definition des Entlassungs- und Versorgungsmanagements (Konkret: Aufbau von Strukturen sowie Optimierung von Prozessen, damit ein sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement möglich ist.)

renübergreifender, patientenzugewandter Versorgungsprozess gewährleistet ist – einschließlich der Organisation aller notwendigen Maßnahmen für eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Weiterversorgung. Das Entlassungsmanagementsystem der Klinik wird davon berührt.)

Viele Chancen, viele offene Fragen

Lusiardi sieht für Homecare viele interessante Optionen, sich bei dieser Schnittstellenthematik effektiv einzubringen, erst recht vor dem Hintergrund, dass viele Kliniken „bis dato hinsichtlich Entlassungsmanagement nicht gut aufgestellt sind“. Erschwerend komme hinzu, dass trotz gesetzlicher Vorgaben (§ 11, § 39 SGB V) noch viele Fragen offen sind, auf die sie bislang keine Antworten erhalten habe bzw. kenne. Als Knackpunkte entlarvte sie u. a. folgende Aspekte:

- Wahlrecht des Patienten (Entscheidet künftig die Wahl der Krankenkasse,

wie Entlassungsmanagement im Rahmen der Homecare-Versorgung aussieht?)

- Therapiehoheit unter sektorenübergreifenden Bedingungen
- konkrete Umsetzung des Anspruchs auf ein sektorenübergreifendes, qualitätsfokussiertes Versorgungsmanagement
- Sicherung überregionaler Entlassungen
- die Rolle von Netzwerken
- unerlaubte Zuweisung von Patienten (Einerseits soll man Patienten in der Versorgung lenken; andererseits muss sichergestellt sein, dass sie ihr Wahlrecht wahrgenommen haben.)
- Möglichkeit der Verweisung an einen bestimmten Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln
- Effizienz von Homecare (Kostensparnis, Versorgungsqualität, Patienten-Compliance) auf Basis von sektorenbezogenen Einzelprozessen (Aktuell herrscht immer noch sektorales Denken vor.)



Fotos: MTD-Verlag

Vor allem Ärzte, Krankenhäuser und Apothekenketten mischen im Home-care-Markt mehr und mehr mit. Eine ungute Entwicklung, meint Wulf-Diethardt Rieck (PFM Medical).

Ein einfacher ist die Sache, so Lusiardi, bei der Frage, was Homecare in einer prozessoptimierten Versorgungskette vom stationären in den ambulanten Bereich *nicht* leisten kann. Verordnungen/Zuweisungen gegen Entgelt, Kickback-Zahlungen, die Bereitstellung von Räumen und Personal oder aber die Beteiligung von Vertragsärzten an Unternehmen der Leistungserbringer – „all das wird einem Versorgungsmanagement innerklinisch/außerklinisch nicht gerecht.“ >



Malia · CUP AA-D



CARE

NEU! 1050X Softback

Empfindsamkeit
hat Passform verdient

Anita care – Dessous, Prothesen und
Bademoden nach Brustoperation



ANITA Dr. Helbig GmbH
Tel. 08034 301-333 · E-Mail anita.d@anita.net

www.anita.com

Homecare weckt Begehrlichkeiten

Auch Wulf-Diethardt Rieck (Senior Consultant PFM Medical) verwies darauf, dass demografische und politische Faktoren das Thema Homecare-Versorgung mehr und mehr befeuern.

Beispielhaft nannte er den Fakt, dass aktuell 56 Prozent der Altersgruppe „70 bis 85 Jahre“ an zwei bis vier Erkrankungen leiden (Multimorbidität). Darunter sei in der Regel mindestens eine Erkrankung, die eine hilfsmittelrelevante Versorgung mit zwei Parametern nach sich ziehe, beispielsweise Inkontinenz/De-kubitus oder Tracheostomie/enterale Ernährung (Quelle: KBV).

Auf gesundheitspolitischer Ebene verwies er auf den Koalitionsvertrag der schwarz-roten Regierung, in dem der Qualitätsaspekt im Rahmen der Patientenversorgung eine wichtige Rolle spiele, sei es bei der ambulanten Versorgung, der Überleitung vom stationären in den ambulanten Bereich oder der Delegation ärztlicher Leistungen. Sein Fazit: „Erstmalig befasst man sich mit der Versorgungsqualität älterer Menschen. Und vor allem nimmt man die Pflege und Homecare dabei mit.“

Neue Marktplayer

Bislang war bzw. ist die Anzahl der möglichen Akteure in der ambulanten Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln überschaubar, so Rieck. Auf Grundlage der Therapiehoheit des Arztes versorgen Apotheken, Sanitätshäuser sowie Homecare-Unternehmen in enger Zusammenarbeit mit der Pflege die Patienten mit medizinischen bzw. Reha-Hilfsmitteln.

Doch der Markt ist in Bewegung, neue Akteure entdecken die ambulante Versorgung mit Hilfsmitteln für sich. Vor allem der haus- und fachärztliche Bereich tut sich hier mit Ideenreichtum hervor. Beispielhaft stellte Rieck „Verah“ (Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis zur Entlastung des Hausarztes; aktuell bereits rund 6.000 ausgebildete patientenbezogene Fallmanager), „Eva“ (entlastende Versorgungsassistentin des Facharztes) und „Moni“ (entlastende Versorgungsassistentin in Niedersachsen) vor. Mit von der Partie ist auch „Agnes 2“. Sie agiert für Haus- und Fachärzte als Fallmanagerin mit Schwerpunkt Überleitungs-, Entlassmanage-

Was ist Homecare?

Definition von Susanne Lusiardi
(Leitung Fachbereich Versorgungsmanagement Klinik bei Fresenius Kabi)

Homecare umfasst die Versorgung eines Patienten zu Hause mit

- erklärungsbedürftigen Hilfsmitteln/ Medizinprodukten,
- Verband- und Arzneimitteln sowie
- enteraler Ernährung durch geschultes Fachpersonal im Rahmen einer ärztlichen ambulanten Therapie mit vergleichbarer Qualität wie in der Klinik.

Homecare-Versorgungen sind für Menschen notwendig, die

- wegen ihrer schweren, chronischen Erkrankung zwingend auf die aktive und kontinuierliche Unterstützung im ambulanten Bereich angewiesen sind.
- bei einer Akuterkrankung und wegen verkürzter Liegezeiten im Krankenhaus eine professionelle, poststationäre Versorgung benötigen.

Homecare umschreibt die Beratung, Information, Schulung und Begleitung von Patienten und Angehörigen sowie professionellen Leistungserbringern in hocheklärungsbedürftigen Therapiebereichen insbesondere in den Feldern

- enterale und parenterale Ernährung,
- Heim- und Peritonealdialyse,
- Stoma- und Inkontinenzversorgung,
- moderne Wundversorgung,
- Tracheostomie und Laryngektomie,
- Infusions- und Schmerztherapie,
- respiratorische Heimtherapie durch speziell ausgebildete Fachkräfte ohne Abrechnung der Service-Leistungen bei den Kostenträgern.

Homecare ist *keine* Pflege im Sinne des SGB XI.

ment und Patientenkoordination. Rieck sieht diese Entwicklung als problematisch an: „Bei immer mehr Marktplayern in der ambulanten Versorgungskette wird es immer schwieriger, den Qualitätsanspruch zu definieren und die Versorgungsqualität zu überprüfen.“

Aber auch Seiteneinsteiger entdecken mehr und mehr ihre Liebe für Homecare und die damit verbundene Versorgung mit Hilfsmitteln. So nutzen vermehrt Krankenhäuser den notwendigen Bettenabbau für Kurz-/Langzeitpflege und agieren zugleich als ambulanter Pflegedienst mit Schwerpunkt ambulante Intensivpflege. Und der Apothekengroßhändler Noweda hat die Apo Homecare GmbH gegründet, um über den Abschluss von Verträgen nach § 127 Abs. 1–6 SGB V ebenfalls im Homecaregeschäft Fuß zu fassen. Auch vor diesem Hintergrund hielt sich Rieck in Hannover nicht mit Kritik zurück: „Dies alles ist kontraproduktiv. Jeder will noch schnell was vom Kuchen abbekommen, vor allem im ambulanten Bereich.“

Vernetzung von Schnittstellen

Vernetzte Schnittstellen steigern die Versorgungsqualität. Sie sind Voraussetzung für eine patientenzentrierte und bedarfsgerechte Versorgung. Die Versor-

gungssektoren arbeiten dabei interdisziplinär zusammen. Die diversen Fachkompetenzen werden über den gesamten Versorgungsablauf gebündelt und verfügbar gemacht. Schöne und hehre Ziele – von wem formuliert? Rieck ließ die Katze aus dem Sack: Forderungen made by AOK Nordost.

Doch wie das Ganze mit versorgungspolitischem Leben füllen? Für Rieck steht die Schaffung von ambulanten Behandlungspfaden basierend auf medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften (z. B. ambulante DRG) ganz oben. Gleichzeitig plädiert er für einen Wegfall der unterschiedlichen Abrechnungsmöglichkeiten. „Einheitlichkeit“ lautet hier das Zauberwort.

Künftige Versorgungsmodelle für Homecare müssten Antworten auf die Frage finden: „Wer kann was wann kosteneffizient und mit welcher Versorgungsqualität erbringen?“ Versorgungspfade seien hierfür entscheidend. Gleichzeitig müssten Delegations-, Übertragungs- und Substitutionsregeln für ärztliche Tätigkeiten im Konsens mit den Ärzten gefunden werden. Wer hier eine zentrale und aktive Rolle spielen kann und sollte, ist für Rieck klar: Homecare-Unternehmen.

wds