Im Interview: die Berliner Senatorin Dilek Kolat und Frank Ahrend, Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost

„Zum Wohle der Heimbewohner Hand in Hand“

Zum Thema „20 Jahre Berliner Projekt – die Pflege mit dem Plus“ positionieren sich im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ gemeinsam Dilek Kolat, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung von Berlin, und Frank Ahrend, Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost und verantwortlich für das Ressort „Zentrale Services und Pflege“.

>> Frau Senatorin Kolat, nach § 12 SGB V, dem sogenannten Wirtschaftlichkeitsgebot, müssen die von der GKV erstatteten Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. So weit, so gut, was aber ist, wenn ein IV-Vertrag gezeigt hat, dass er sowohl besser als auch wirtschaftlicher ist? Müsste dieser dann nicht in die Regelversorgung übernommen werden?

Ich unterstütze grundsätzlich die Zielsetzung der sogenannten IV-Verträge, da sie eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder auch eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung gewährleisten. Es geht um die Verzahnung der verschiedenen Sektoren von Ambulant und Stationär im Gesundheitssystem mit dem Ziel, dass sich jeder Bereich bestmöglich zum Wohle der Patientinnen und Patienten einfügt. Nach meiner Ansicht könnten erfolgreiche vertraglich gesicherte Versorgungsmodelle zeitnah in die Regelversorgung überführt werden. Hierfür liegt die Zuständigkeit jedoch beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in Berlin wird im Übrigen auch durch das Gemeinsame Landesgremium unter meinem Vorsitz thematisiert und vorangebracht.



„Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in Berlin wird auch durch das Gemeinsame Landesgremium unter meinem Vorsitz thematisiert und vorangebracht.“
Senatorin Dilek Kolat

Herr Ahrend, die AOK Nordost versucht seit vielen Jahren als eine der aktivsten AOKen unter anderem mit Hilfe von IV-Verträgen – unter diesen aktuell in allen drei Bundesländern mit drei „Arzt im Pflegeheim Programmen“ – die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten zu verbessern. Wann kann und muss eine „alternative Regelversorgung“ – wie ihr Kassen-Kollege Dr. Christopher Hermann kürzlich bei der Pressekonferenz zum 10-jährigen Bestehen der Hausarztverträge sagte – in die Regel überführt werden?

Die AOK Nordost versucht nicht, sondern verbessert seit vielen Jahren schon die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten im Pflegeheim. Diese Erfolgsgeschichte nahm ihren Anfang im Jahr 1998, als das „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ auf den Weg gebracht wurde. Die mit den Arzt-im-Pflegeheim-Programmen der AOK Nordost erreichten Fortschritte waren und sind ein Vorbild für die Gestaltung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen weit über Berlin hinaus. Nicht zuletzt die Erfahrungen und Erfolge aus dem Berliner Projekt haben dazu geführt, dass im Jahr 2008 der § 119b (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen) in das SGB V und zwischenzeitlich auch das Kapitel 37 in den EMB mit aufgenommen wurde.

§ 119b sieht bisher doch ausschließlich eine quantitative Evaluation vor. Auch ist eine Auswertung von Qualitätsparametern nicht vorgesehen.

Die vertraglichen Qualitätsanforderungen der regionalen Pflegeheimverträge der AOK Nordost übertreffen jedoch die nach § 119b Abs. 2 SGB V geforderten Mindeststandards. So findet in unseren Programmen ein Qualitätscontrolling statt, welches in regelmäßig stattfindenden Netzwerkkonferenzen unter Einbezug aller Beteiligten wie Ärzten, Pflegefachkräften, Therapeuten und der Kasse besprochen wird. Zudem sollte nicht vernachlässigt werden, dass die Mitarbeiter der Pflegeeirichtungen in unseren Programmen im Vergleich zu den Pflegeeinrichtungen, die Kooperationen gemäß § 119b SGB V abgeschlossen haben, mit wesentlich weniger Ärzten zusammenarbeiten. Dies trägt erheblich zur Entlastung des Pflegepersonals bei. Darüber hinaus bieten die „Arzt im Pflegeheim“-Programme die Grundlage für weitere Module oder Projekte, die den Fokus auf eine höhere Qualität in der gesundheitlichen Versorgung legen. Mit den bereits vorhandenen Strukturen kann so zum Beispiel das bereits angelaufene Innovationsfondsprojekt „OAV – Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Menschen“ mit sehr guten Voraussetzungen implementiert werden. Hier geht es um die Einführung eines klinischen sektoren- und berufsübergreifenden Risikomanagementsystems zur medikamentösen Versorgung. In einem geriatrischen Team, bestehend aus Pflegefachkräften, Apothekern und Ärzten, werden Risiken in der Arzneimittelversorgung identifiziert, kommuniziert und zielgerichtet bewältigt. Die Bewältigung dieser Risiken stellt nicht nur einen Beitrag zur positiven Qualitätsentwicklung der gesundheitlichen Versorgung der Heimbewohner dar, sondern bewirkt auch die Eröffnung von Ressourcen in den pflegerischen Arbeitsabläufen.

Was ist mit der Überführung in die Regelversorgung?

Hier definiert der G-BA, was im Einzelnen unter einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung, wie sie im Gesetz beschrieben wird, zu verstehen ist. Damit legt er rechtsverbindlich den Leistungsanspruch der gesetzlichen Pflegeversicherten fest. Zudem sorgt er dafür, dass die gesetzlichen Pflegeversicherten nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse behandelt und untersucht werden. Bei seinen Entscheidungen stützt sich der G-BA auf zuvor durchgeführte wissenschaftliche Bewertungen.

Frau Senatorin Kolat, wann muss aus der Sicht der Gesundheitspo-

litik, die doch das Beste für den Patienten im Blick haben sollte, die bessere Alternative zur Regel werden?

Eine Übernahme erfolgreicher Versorgungsmodelle in die Regelversorgung kann dann erfolgen, wenn Wirtschaftlichkeit, Nutzen und Qualität der „Alternative" belegt und dokumentiert sind. Das kann zum Beispiel dann der Fall sein, wenn diese Programme bereits jahrzehntelang erfolgreich erprobt wurden.

Herr Ahrend, warum sind trotz positiver und auch evidenter Erfahrungen „nur" 4.738 Versicherte in 134 vollstationären Pflegeeinrichtungen in den Programmen „Die Pflege mit dem Plus" (besteht seit 1998) und im zweiten Arzt-im-Pflegeheim-Projekt „careplus" (seit 2007) eingeschrieben, was lediglich 12% der bei der AOK Nordost versicherten Pflegeheimbewohner entspricht? Sind 12% wirklich ein Erfolg? Was sind die Hinderungsgründe? Wer sind die Bremser?

Unsere „Arzt-im-Pflegeheim"-Programme sind sehr wohl ein Erfolg. Denn die von Ihnen hier angeführten „lediglich 12%" sind in diesem Zusammenhang irreführend, da sie sich auf alle bei der AOK Nordost versicherten Pflegeheimbewohner beziehen. Unsere Programme bieten wir bisher aber lediglich in 134 Pflegeheimen in ganz Nordost an. Daher kann nur ein begrenzter Teil der bei der AOK Nordost versicherten Pflegeheimbewohner die damit verbundenen Vorteile nutzen. Die Teilnahme an diesen integrierten Versorgungsprogrammen ist für die Versicherten grundsätzlich freiwillig und die freie Arztwahl bleibt bestehen. So liegt die Teilnahmequote in den 134 „Arzt-im-Pflegeheim"-Programmeinrichtungen in Nordost im Durchschnitt bei 90% der dort lebenden AOK Nordost Versicherten. Also ein voller Erfolg! Eine Herausforderung für die Ausweitung dieser Programme gerade in den Flächenländern Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern besteht darin, Ärzte für die Teilnahme an den Programmen zu gewinnen.



„Wir betrachten das nicht als eine Zwickmühle, sondern als Herausforderung."
Frank Ahrend

Herr Ahrend, mit oben genannten Programmen werden für die so versorgten Pflegeheimbewohner die Lebens- und Versorgungsqualität deutlich verbessert, da die beteiligten Ärzte und Pflegeeinrichtungen „Hand in Hand" arbeiten und so beispielsweise unnötige und belastende Krankenhausaufenthalte und Transporte vermieden werden können. Wie sehen der patientenseitige Gesundheits- und auch der ökonomische Footprint denn genau aus?

Die Besonderheit der Versorgung besteht darin, dass die Angestellten beziehungsweise kooperierende niedergelassene Ärzte sowie die Pflegekräfte und Therapeuten zum Wohle der Heimbewohner Hand in Hand arbeiten. Der Bewohner profitiert von einer kontinuierlichen hausärztlichen Betreuung im Rahmen der wöchentlichen Regelvisite. Die Erreichbarkeit des Hausarztes rund um die Uhr sorgt für einen Zuwachs an Sicherheit und Wohlbefinden nicht nur für die Bewohner, sondern auch für deren Angehörige. Durch die Präsenz wird zudem ein unmittelbarer Therapiebeginn vor Ort ermöglicht. Das wiederum führt zu weniger körperlich und psychisch belastenden Krankenhausaufenthalten für die Bewohner. Die Programmärzte überprüfen systematisch die aktuelle Medikation der teilnehmenden Bewohner und verringern dadurch unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen.

Frau Senatorin Kolat, was kann denn die Politik tun, um speziell den genannten Programmen „Die Pflege mit dem Plus" und „careplus" zu einem Durchbruch zu verhelfen? Liegt das überhaupt in Ihrer Macht und in Ihrem Interesse?

In der stationären Pflege ist eine kontinuierliche ärztliche Betreuung der vorwiegend hochaltrigen und multimorbiden Bewohnerinnen und Bewohner extrem wichtig. Deshalb hat sich der Senat unter anderem vorgenommen, sich für eine Ausweitung des „Berliner Projektes" einzusetzen. Es ist selbstverständlich auch mein Anliegen, die haus- und fachärztliche Versorgung in den stationären Berliner Pflegeeinrichtungen umfassend zu sichern. Mit den aktuellen Verträgen zum Projekt wurde bewusst eine Öffnung sowohl für weitere Ärzte und Einrichtungen als auch für weitere Krankenkassen geschaffen. Das ist aber an Voraussetzungen gebunden. So muss eine Pflegeeinrichtung beispielsweise bereits mit einem Arzt kooperieren und bestimmte Qualitätsmaßstäbe erfüllen. Wichtig ist, dass auch hier die Bewohnerinnen und Bewohner und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Mittelpunkt stehen. Sie müssen die positiven Auswirkungen einer Teilnahme an dem Projekt in der Pflegeeinrichtung spüren. Insbesondere muss es eine Kontinuität in der ärztlichen und therapeutischen Versorgung geben. Es geht auch um die Möglichkeit einer besseren Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften, Therapeuten und Ärzten oder der Schaffung verbindlicher Strukturen unter anderem zur Koordination der Zusammenarbeit mit Versorgungsbereichen außerhalb der Pflegeeinrichtungen.

Herr Ahrend, Kassenmanager stehen qua Profession in der Zwickmühle, da sie einerseits als Anwälte der Versicherten – und aus Wettbewerbsgründen – die beste Versorgung bieten wollen, andererseits aber bei allem, was sie tun nach § 12 SGB V Abs. 3 in der Haftung stehen, wenn die von ihnen geführte – ich zitiere – „Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht hat". Sollten innovativen Kassenmanagern nicht mehr Freiräume geschaffen werden, von Regelversorgung abzuweichen, wenn es denn gute evidente Gründe dafür gibt? Und nicht auch Patienten das Recht zugestanden werden, Kassen oder auch direkt Kassenmanager zu verklagen, wenn eine nachgewiesenermaßen bessere Leistung nicht regelhaft angeboten wird?

Wir betrachten das nicht als eine Zwickmühle, sondern als Herausforderung. Die gesetzlichen Krankenkassen bieten eine umfassende Versorgung zum Gesundheitsschutz in Deutschland. Medizinisch notwendige Behandlungen werden dabei auf sehr hohem Niveau erbracht. Die Grundlage dafür liefert ein umfangreicher, gesetzlich festgelegter Katalog von Krankenkassen-Leistungen, der von Ärzten und Vertretern der Krankenkassen regelmäßig überarbeitet und bei Bedarf erweitert werden kann. Jeder Versicherte hat einen gesetzlichen Anspruch auf diese Leistungen. Durch diese Regelversorgung ist gesichert, dass jeder Versicherte im Krankheitsfall die für seine

Genesung notwendige Versorgung erhält. Darüber hinaus bieten die Krankenkassen zusätzliche Leistungen, zum Beispiel im Rahmen zahlreicher Präventionsmaßnahmen. Diese werden von jeder Krankenkasse individuell in ihrer Satzung festgelegt. Sollten Versicherte mit den Entscheidungen ihrer Krankenkasse nicht einverstanden sein, haben sie immer unter anderem die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen. <<

Dilek Kolat

ist eine Politikerin (SPD) und Mitglied des Abgeordnetenhauses von Berlin. Seit Dezember 2011 gehört sie dem Senat von Berlin als Senatorin an. Von Dezember 2011 bis 2016 war sie als Senatorin zuständig für die Bereiche Arbeit, Frauen und Integration des Landes Berlin. Von Dezember 2014 bis Dezember 2016 war sie zusätzlich als Bürgermeisterin Stellvertreterin des Regierenden Bürgermeisters Michael Müller. Seit dem 8. Dezember 2016 ist sie als Senatorin im Senat Müller II für die Bereiche Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in der gleichnamigen Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung zuständig.

Zitationshinweis

Kolat, D., Ahrend, F., Stegmaier, P.: „Zum Wohle der Heimbewohner Hand in Hand“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/19), S. 36-38; doi: 10.24945/MVF.02.19.1866-0533.2129

Frank Ahrend

Nach seiner Ausbildung zum Krankenkassenfachwirt bei der AOK Hamburg (1980-1983), war er zuerst Teamleiter und Geschäftsstellenleiter bei der AOK Hamburg (1983-1990), ab 1991 Aufbauhelfer bei der AOK Rostock sowie von 1991-1994 Geschäftsbereichsleiter für Kundenberatung bei der AOK Rostock. Danach war er von 1995-1998 Leiter der Regionaldirektion Rostock bei der AOK MV, von 1998- 2002 Geschäftsbereichsleiter Leistungen, Pflege und Beiträge bei der AOK MV und von 2002 bis 2008 Geschäftsbereichsleiter Vertrieb bei der AOK MV sowie von 2008 bis 2010 Stabsbereichsleiter Revision bei der AOK MV. Mit der Fusion der drei Nordost-AOken wurde er 2011-2012 Stabsstellenleiter Revision und Datenschutz bei der AOK Nordost, von 2012-2016 Geschäftsführer der Landesdirektion MV bei der AOK Nordost und ist seit dem 15. April 2016 Mitglied der Geschäftsleitung, Ressort Zentrale Services und Pflege bei der AOK Nordost.

Burkhart: „Marktwirtschaftliche Anreize halte ich dort für sinnvoll, wo dies nicht zu Lasten der Qualität geht“

>> Wie bewerten die Deutschen ihre medizinische Versorgung? Wo sehen sie Schwachstellen? Wie stehen sie zu aktuellen Trends im Gesundheitswesen? Zu diesen und anderen Schwerpunkten hat die Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft Pricewaterhouse-Coopers (PwC) in den vergangenen fünf Jahren fast 15.000 Menschen in Deutschland befragt. Michael Burkhart, Leiter des Bereichs Gesundheitswirtschaft bei PwC, hat die Ergebnisse in einer Studie zusammengefasst – und leitet daraus Handlungsempfehlungen für einen strukturellen Neustart im Gesundheitswesen ab. „Politische Reformversuche sehen wir im Gesundheitswesen etwa alle zwei Jahre“, sagt Michael Burkhart. „Dabei bleiben wichtige Grundsatzfragen häufig unberührt.“ Um die hohe medizinische Qualität des Gesundheitswesens für die Zukunft zu sichern, schlägt er Verbesserungen in fünf Themenfeldern vor.

Link:
www.pwc.de/neustartgesundheit

Die duale Finanzierung der Krankenhäuser durch Krankenkassen und Bundesländer führt regelmäßig zu Konflikten darüber, wer bestimmte Leistungen bzw. Investitionen finanzieren muss. Die Folge: Am Ende zahlt häufig niemand und wichtige Veränderungen bleiben aus. PwC-Gesundheitsexperte Burkhart schlägt daher eine monistische Krankenhausfinanzierung durch die Krankenkassen vor, wie sie bereits in der Altenpflege, der Rehabilitation und der Diagnostik besteht. Die Gesamtkosten blieben dadurch gleich, doch die eindeutige Zuständigkeit ermögliche wichtige Entscheidungen. Einzige Ausnahme: Universitätsklinken und akademische Lehrkrankenhäuser sollten weiter aus steuerfinanzierten Budgets der Länder betrieben werden.



Burkhart schlägt darüber hinaus eine Krankenhausfinanzierung pro Einwohner vor: Ein Krankenhaus ist für die Bürgerinnen und Bürger in seinem Umkreis zuständig und erhält für deren Behandlung ein Budget. Je weniger Menschen behandelt werden müssen, desto profitabler ist die einzelne Klinik. „Damit würde man die Kliniken belohnen, die stärker auf Prävention als auf Behandlung von Krankheiten setzen“, sagt Burkhart. Gingen Patienten lieber in ein anderes als das eigentlich für sie zuständige Krankenhaus, müsste das „Heimatkrankenhaus“ dem behandelnden Krankenhaus einen bestimmten Betrag bezahlen. „So besteht ein Anreiz für jede Klinik, in ihrem Zuständigkeitsbereich die beste zu sein“, sagt Burkhart.

Welche Kliniken sind „systemrelevant“, erbringen also notwendige Gesundheitsleistungen in einer für die Bevölkerung akzeptablen Entfernung, welche stehen in ihrer Region mit anderen Anbietern im Wettbewerb? Die Unterscheidung ist PwC-Experte Burkhart wichtig, denn: Für „systemrelevante“ Kliniken wäre ein Verlustausgleich trotz monistischer Finanzierung möglich, eine Schließung ohne Zustimmung des jeweiligen Bundeslandes würde dadurch verhindert. Und: „Die Verluste marktwirtschaftlich agierender Einrichtungen dürften dann nicht mehr mit öffentlichen Geldern ausgeglichen werden.“

Ländliche Regionen sind medizinisch strukturell unterversorgt. Die Politik steuert mit der sogenannten Landarztquote gegen, auch Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen wollen mit dem „Masterplan Medizinstudium 2020“ mehr Ärzte für ländliche Regionen gewinnen. Größte Hindernisse für Ärzte auf dem Land sind wenig familien- und freizeitfreundliche Arbeitszeiten sowie das unternehmerische Risiko. „Abhilfe könnten hier Zentren schaffen, in denen sich gründungswillige Ärzte zusammentun“, sagt Burkhart. Zu denken sei dabei an Förderprogramme für Existenzgründungen von Landärzten sowie günstige oder zinslose Gründungsdarlehen.

Geschätzte drei bis fünf Prozent der Todesfälle in Europa gehen auf unerwünschte Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten zurück. Etwa zehn bis 15 Prozent dieser Fälle seien vermeidbar. „In unserer alternden Gesellschaft sind immer mehr Menschen auf Medikamente angewiesen. Die Überwachung der Arzneimittelsicherheit wird daher immer wichtiger“, meint Michael Burkhart. Ein Risiko bestehe darin, dass viele Patienten gleichzeitig von verschiedenen Ärzten Medikamente verordnet bekommen. Mangelnde Absprache der Behandler erhöhe prinzipiell das Risiko schwerwiegender Neben- oder Wechselwirkungen. Hier, sagt Burkhart, brauche es E-Health-Systeme, um die Vielzahl aller möglichen Wirkstoffkombinationen schnell zu überblicken. Studien zeigen, dass IT-Lösungen Medikationsfehler um mehr als 80 Prozent verringern können. „Die PwC-Vorschläge zielen darauf ab, die Gesundheitsversorgung als wichtigen Teil der Daseinsvorsorge zu erhalten. Marktwirtschaftliche Anreize halte ich dort für sinnvoll, wo dies nicht zu Lasten der Qualität geht – oder die Qualität sogar verbessert“, resümiert der PwC-Gesundheitsexperte. <<