

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
Förderkennzeichen:	01VSF18026
Akronym:	PSK
Projekttitel:	Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK)
Autoren:	Maria P. Valk-Draad, Oliver Gröne, Timo Schulte, Katja Stahl, Sabine Bohnet-Joschko
Förderzeitraum:	1. April 2019 – 31. Dezember 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	2
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele.....	8
4.	Projektdurchführung.....	9
5.	Methodik.....	11
5.1	Projektphase 1: Sekundärdatenanalyse.....	12
5.2	Projektphase 2: Delphi-Expert*innenkonsensverfahren.....	13
5.3	Projektphase 3: Handlungsempfehlungen Gesamtausgabenextrapolation.....	19
6.	Projektergebnisse.....	22
6.1	Projektphase 1: Sekundärdatenanalyse.....	22
6.2	Projektphase 2: Modifiziertes Delphi-Expert*innenkonsensverfahren.....	24
6.3	Projektphase 3: Gesamtausgabenextrapolation und Handlungsempfehlungen.....	28
6.3.1	Gesamtausgabenextrapolation.....	29
6.3.2	Handlungsempfehlungen und Fallbeispiele.....	31
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	36
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	41
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	42
10.	Literaturverzeichnis.....	43
11.	Anhang.....	47
12.	Anlagen.....	47

I. Abkürzungsverzeichnis

Table 1. Tabellarische Auflistung der im Ergebnisbericht verwendeten Abkürzungen

Kürzel	Bedeutung
EWS	Expert*innenworkshop
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Classification of Diseases, 10. Edition, Deutsche Fassung (GM), Dreisteller-Ebene
MS	Meilenstein
OM	OptiMedis AG
PH	Pflegeheim
PHB	Pflegeheimbewohner*innen, in Singular und Plural
PSK	Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfall, in Singular und Plural
R1	Erste Delphi-Online-Befragungsrunde
R2	Zweite Delphi-Online-Befragungsrunde
UW/H	Universität Witten/Herdecke
VMP	Vermeidungspotenzial

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Phasenorientierte Projektstruktur des PSK-Projektes.....	7
Abbildung 2. Schematische Übersicht zu den Prozessschritten inklusive korrespondierender Forschungsfragen und Methoden des PSK-Forschungsprojektes	11
Abbildung 3. RAND/UCLA-Appropriateness Method in der PSK-Studie: Delphi-Expert*innenpanel-Management kombiniert mit Expert*innenworkshop*	15
Abbildung 4. Entwicklungsphasen bei der Ausarbeitung von Handlungsempfehlungen und Fallbeispielen.....	21
Abbildung 5. Gesamtanteil der Krankenhausfälle sowie der Krankenhauskosten nach Organsystem	24
Abbildung 6. Auswahlprozess der im Expert*innenworkshop zu besprechenden ICD-10-Codes nach der zweiten Befragungsrunde	26
Abbildung 7 Relevanz der Pflegeheim-sensitiven Bedingungen für das deutsche Gesundheitswesen*	30
Abbildung 8. Handlungsempfehlungen: Die sechs Bausteine	32
Abbildung 9. Potenzielle Relevanz und Wirksamkeit einer Maßnahme wie Telemedizin am Beispiel der Herzinsuffizienz	36

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Tabellarische Auflistung der im Ergebnisbericht verwendeten Abkürzungen.....	2
Tabelle 2. Tabellarische Darstellung der am Projekt beteiligten Konsortialpartner und Kooperationspartner*innen.....	5
Tabelle 3. Darstellung der Projektstruktur: Phasen der Studie, zugehörige Meilensteine mit Verantwortlichen sowie Outcomes.....	6
Tabelle 4. Alters- und Geschlechtsverteilung der zusammengeführten Krankenkassendaten von Pflegeheimbewohner*innen	23
Tabelle 5 Geschlechterdifferenzierte Anzahl der Krankenhausaufenthalte, Anteil der Krankenhausaufenthalte und Verhältniszahlen.....	23
Tabelle 6. Geplante und tatsächliche Zusammensetzung des Delphi-Expert*innenpanels für die Online-Befragungen	25
Tabelle 7. Liste der Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle sortiert nach medizinischem Fachbereich	27
Tabelle 8. Extrapolation der Kosten auf der Grundlage der Analyse von Routinedaten der Krankenkassen für Deutschland*	29
Tabelle 9. Relevanz für das Gesundheitswesen in Deutschland: Extrapolation und Praxistransfer einzelner Indikationsbündel	31
Tabelle 10. Zusammengefasste Ergebnisse der Datenanalyse von sechs Krankenversicherungen zu Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen in Deutschland	<i>im Anhang</i>
Tabelle 11. Einschätzung des potenziellen Vermeidungspotenzials von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen mittels einer modifizierten Delphi-Studie, einschließlich eines Vergleichs mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen	<i>im Anhang</i>
Tabelle 12. Präventionspotenzial aufgrund von Fallaufkommen, Vermeidungspotenzial, sowie durchschnittlichen Krankenhauskosten pro Fall, nach Präventionspotenzial (letzte Spalte) absteigend sortiert.....	<i>im Anhang</i>

1. Zusammenfassung

Hintergrund (Ausgangslage und Ziele/Fragestellungen)

Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohner*innen sind mit verschiedenen Gesundheitsrisiken verbunden. Frühere Untersuchungen deuten darauf hin, dass Krankenhausaufenthalte dieser gefährdeten Bevölkerungsgruppe bis zu einem gewissen Grad unangemessen und sogar vermeidbar sind. Ziel dieser Studie ist es, eine Konsensliste von Krankenhauseschlussdiagnosen zu erstellen, die als Pflegeheim-sensitiv, d. h. vermeidbar, gelten. In einem zweiten Schritt sollen Ansätze für Maßnahmen und Interventionen zwecks Reduzierung der Hospitalisierungen unter Pflegeheimbewohner*innen entwickelt werden.

Methodik

Die Studie kombinierte Analysen von Routinedaten von sechs gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland mittels eines zweistufigen Delphi-Panels, das durch einen Expert*innenworkshop ergänzt wurde, um relevante Diagnosen zu identifizieren und zu verifizieren. Über 100 Expert*innen aus vier verschiedenen Disziplinen schätzten den Anteil der Krankenhausaufenthalte, die unter optimalen Versorgungsbedingungen hätten vermieden werden können. Daraufhin ermittelten 16 Expert*innen in einem Workshop mögliche Ansätze zur Reduktion der PSK. Diese wurden in sechs Gutachten in einer 360°-Evaluation bewertet, ergänzt und systematisch in Handlungsempfehlungen inklusive Fallbeispielen ausgearbeitet.

Ergebnisse

Wir analysierten Häufigkeiten und Kosten von Daten über Krankenhausesfälle von 242.236 Pflegeheimbewohner*innen, die von sechs gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verfügung gestellt wurden. Wir identifizierten 117 Krankenhauseschlussdiagnosen, die eine Häufigkeitsrate von mindestens 0,1 % aufwiesen. In zwei Delphi-Runden (n = 107 in Delphi-Runde 1 und n = 96 in Delphi-Runde 2, effektive Rücklaufquote = 91 %) rekrutierten wir Expert*innen (Hausarzt*innen, Krankenhausspezialist*innen, Pflegeheimfachleute und Forscher*innen), um den Anteil der potenziell vermeidbaren Krankenseinweisungen für diese 117 Diagnosen zu schätzen. Insgesamt 35 Diagnosen mit hohen und konsistenten Schätzungen des Anteils potenziell vermeidbarer Krankenseinweisungen wurden als Pflegeheim-sensitiv identifiziert. In einem Expert*innenworkshop (n = 16) wurden weitere 25 Diagnosen diskutiert, die die Kriterien nicht auf Anhieb erreicht hatten, von denen weitere 23 als Pflegeheim-sensitiv anerkannt wurden. Die Extrapolation der Häufigkeit und der durchschnittlichen Kosten dieser 58 Diagnosen auf den nationalen deutschen Kontext ergibt potenziell vermeidbare Gesamtpflegekosten in Höhe von 768.304.547 €, die mit 219.955 Pflegeheim-sensitiven Krankenseinweisungen verbunden sind. Diesbezüglich entwickelte Handlungsempfehlungen betrafen die Bereiche der Kommunikation, Kooperation, Dokumentation und Versorgungskompetenz sowie einrichtungsbezogene, finanzielle und rechtliche Aspekte.

Diskussion

Insgesamt 58 Pflegeheim-relevante Diagnosen (ICD-10-GM Dreisteller) wurden mit einem adaptierten Delphi-Verfahren als Pflegeheim-sensitiv eingestuft. Durch eine Optimierung multidisziplinärer Kommunikation und Kooperation, kombiniert mit einem – auch digitalen – Ausbau der Infrastruktur unter Schaffung organisatorischer sowie rechtlicher Voraussetzungen und Vergütungsstrukturen könnten schätzungsweise fast 35 % aller Hospitalisierungen, ca. 220.000 Krankenseinweisungen für Deutschland, vorgebeugt werden. Die für ihre Einführung erforderlichen Ausgaben könnten aus dem damit verbundenen Präventionspotenzial, etwa eine dreiviertel Milliarde Euro, refinanziert werden.

2. Beteiligte Projektpartner

Im Laufe des Projektes wurden alle Aufgaben, die in den Meilensteinen (vgl. Abbildung 1) festgehalten waren, von den Konsortialpartner*innen durchgeführt. Für einzelne beratenden Tätigkeiten wurden zusätzliche Kooperationspartner*innen herangezogen. In Tabelle 2 sind alle Konsortialpartner*innen (erster Teil der Tabelle) und später dazu gewonnenen Kooperationspartner*innen (zweiter Teil der Tabelle) dargestellt.

Tabelle 2. Tabellarische Darstellung der am Projekt beteiligten Konsortialpartner und Kooperationspartner*innen.

Einrichtung	Institut	Ansprechpartner*in	Telefon, Fax, E-Mail	Verantwortlichkeiten
Konsortialpartner				
Universität Witten/Herdecke	Lehrstuhl für Management und Innovation im Gesundheitswesen	Univ.-Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko	02302-926-592, 02302-926-539, Sabine.Bohnet-Joschko@uni-wh.de	Projektleitung/ Konsortialführung sowie <i>Ansprechpartnerin für Rückfragen nach Projektende</i>
		Maria Valk-Draad, MSc	02302-926-772 Maria.Valk-Draad@uni-wh.de	Projektkoordination/-arbeit
	Lehrstuhl für Geriatrie	Univ.-Prof. Dr. Hans-Jürgen Heppner	02336-48625-0, 02302-926-539, Hans.Heppner@uni-wh.de	Begutachtung von Ergebnissen aus klinisch-geriatrischer Perspektive, medizinisch-wissenschaftliche Beratung
Universität Witten/Herdecke & OptiMedis AG		Timo Schulte, MBA	040-22621149-30, 040-22621149-14, T.Schulte@optimedis.de Timo.Schulte@uni-wh.de	Datenmanagement und Datenanalytik von Primär- und Sekundärdaten
OptiMedis AG		Dr. Oliver Gröne, PhD, MSc	040-22621149-21, 040-22621149-14, O.Groene@optimedis.de	Methodik
		Dr. h.c. Helmut Hildebrandt	040-22621149-0, 040-22621149-14, Helmut.Hildebrandt@optimedis.de	Begutachtung von Ergebnissen aus der Perspektive der Gesundheitspolitik/-systemforschung
FIVE – Forschungs- und Innovationsverbund der Evangelischen Hochschule Freiburg e.V.	AGP Sozialforschung	Prof. Dr. Thomas Klie	0761-47812-32, 0761-47812-699 Klie@eh-freiburg.de	Moderation Expert*innen-workshop, Begutachtung von Ergebnissen aus sozialrechtlicher Perspektive
Pflege e.V.		Prof. Dr. Christel Bienstein	02361-3706652, Christel.Bienstein@uni-wh.de	Design PSK-Liste, Begutachtung von Ergebnissen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive, medizinisch-wissenschaftliche Beratung

Fortsetzung Tabelle 2

Einrichtung	Institut	Ansprechpartner*in	Telefon, Fax, E-Mail	Aufgabenbereich
Individueller Kooperationsvertrag				
Medizinische Universität Wien (während der Projektförderlaufzeit)	Abteilung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Zentrum für Public Health (während der Projektförderlaufzeit)	Dr. Andreas Sönnichsen	dr.a.soennichsen@acsoe.de +43 (0) 1 40160 - 34601	Design PSK-Liste, Begutachtung von Ergebnissen aus der Allgemeinmedizinischen Perspektive, medizinisch-wissenschaftliche Beratung
Universität Witten/Herdecke	Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie	Univ.-Prof. Dr. Petra Thürmann	0202-896 1851 Petra.Thuermann@uni-wh.de	Design PSK-Liste, medizinisch-wissenschaftliche Beratung
	Lehrstuhl für Pharmakologie und Toxikologie	Univ.-Prof. Dr. Hagen Bachmann	02302-926-280 Hagen.Bachmann@uni-wh.de	Begutachtung von Ergebnissen aus der klinisch-pharmakologisch-wissenschaftlichen Perspektive

Die Projektstruktur mit Darstellung der Meilensteine und Verantwortlichen ist in Tabelle 3 dargestellt. In der letzten Spalte finden sich die Endpunkte der Studie (Outcomes). In Abbildung 1 ist die phasenorientierte Projektstruktur dargestellt. Die Meilensteine sind darin den drei Phasen der Studie zugeordnet.

Tabelle 3. Darstellung der Projektstruktur: Phasen der Studie, zugehörige Meilensteine mit Verantwortlichen sowie Outcomes.

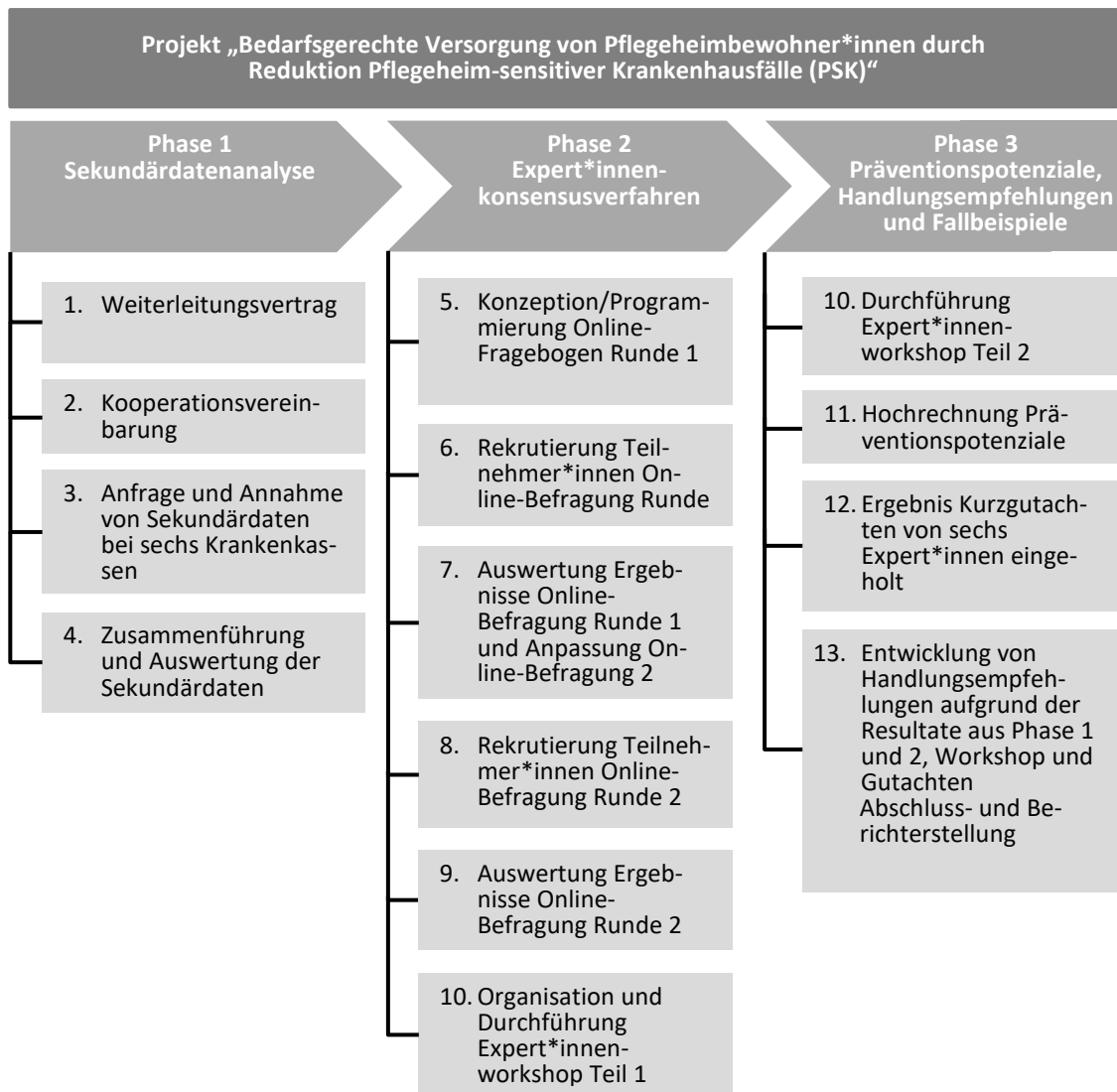
Phase PSK-Projekt.	Nummer	Meilensteine	Verantwortlich	Outcome
1: Sekundärdatenanalyse	1	Weiterleitungsvertrag	UW/H	Liste mit Krankenhausentlassungsdiagnosen die > 0,1 % Anteil der Hospitalisierungen unter Pflegeheimbewohner*innen ausmachen
	2	Kooperationsvereinbarung	UW/H	
	3	Anfrage und Annahme Sekundärdaten bei sechs Krankenkassen	OM	
	4	Zusammenführung und Auswertung der Sekundärdaten	OM	
2: Expert*innenkonsensverfahren zu PSK	5	Konzeption/Programmierung Online-Fragebogen	UW/H, OM, Pflege e.V., med.-wiss. Berater	Liste mit Krankenhausentlassungsdiagnosen, die ein relevantes Präventionspotenzial aufweisen.
	6	Rekrutierung Teilnehmer*innen Online-Befragung Runde 1	UW/H und OM	
	7	Auswertung Online-Befragung Runde 1 und Anpassung Online-Befragung 2	UW/H und OM	
	8	Rekrutierung Teilnehmer*innen Online-Befragung Runde 2	UW/H und OM	
	9	Auswertung Ergebnisse Online-Befragung Runde 2	UW/H und OM	
	10	Organisation und Durchführung Expert*innenworkshop Teil 1	UW/H, OM	

Fortsetzung Tabelle 3

Phase PSK-Projekt.	Nummer MS	Meilensteine	Verantwortlich	Outcome
3: Entwicklung Handlungsempfehlungen und Fallbeispiele	10	Durchführung Expert*innenworkshop Teil 2	UW/H, OM, FIVE	Handlungsempfehlungen für alle relevanten und am Entscheidungsprozess der Hospitalisierung der Pflegeheimbewohner*innen beteiligten Sektoren.
	11	Hochrechnung Einsparpotenziale	OM	
	12	Ergebnis-Kurzgutachten von 6 Expert*innen eingeholt	UW/H, Gutachter	
	13	Abschluss und Berichterstellung	UW/H und OM	Veröffentlichung der Ergebnisse auf Webseite, Kongresse, Symposien, Tagungen und in wissenschaftlichen Zeitschriften sowie Social Media.

MS: Meilenstein; PSK: Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle; UW/H: Universität Witten/Herdecke; OM: OptiMedis AG; med.-wiss: medizinisch-wissenschaftlicher

Abbildung 1. Phasenorientierte Projektstruktur des PSK-Projektes



3. Projektziele

Hintergrund

In Deutschland leben etwa 5,2 Millionen über 80 Jahre alte Menschen. Ihre Zahl soll sich in Deutschland bis 2060 nahezu verdoppeln auf 9 bis 13 Millionen Menschen. Die Lebenserwartung wird im Vergleich zu heute um etwa 4 bis 8 Jahre zunehmen (Destatis, 27.06.2019). Mit der wachsenden Anzahl hochaltriger Menschen geht die Zunahme an gesundheitlichen Beeinträchtigungen und altersbedingten Erkrankungen sowie eine steigende Pflegebedürftigkeit einher. Gegenwärtig gelten etwa 3,7 Millionen Menschen als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Bis 2050 wird diese Zahl erwartungsgemäß auf 5,9 Millionen Menschen ansteigen. (BMG, 2019; Destatis, 2019b). Mit Zunehmendem Alter steigt das Risiko für eine Pflegebedürftigkeit (von 6 % bei 70-74-Jährigen auf 71 % bei über 90-Jährigen (Destatis, 2018a, 2019a)¹) und auch das Risiko für eine Hospitalisierung (Nowossadeck, 2012). 23-24 % der Pflegebedürftigen werden im Pflegeheim vollstationär gepflegt (Destatis, 2018b). Fallkosten einer Hospitalisierung sind bei Patient*innen mit schlechterem Funktionsstatus im Alltag höher (Chuang et al., 2003). Aufgrund der Vergreisung der Gesellschaft und der damit einhergehenden Zunahme der vollstationär gepflegten Menschen wird auch die finanzielle Belastung des gesetzlichen Krankenversicherungs (GKV)-Systems durch im Umfeld des Pflegeheims überdurchschnittlich häufig entstehende Hospitalisierungen ansteigen.

Hospitalisierungen sind für Pflegeheimbewohner*innen (PHB) nicht ohne Risiko (Covinsky et al., 2003). PHB erfahren möglicherweise eine reduzierte Funktionsfähigkeit nach ihrer Rückkehr ins Pflegeheim (*Post Hospital Syndrom*) (Palleschi et al., 2011). Auch sind sogenannte *Hospital Acquired Conditions* möglich, wenn z. B. spezifische Krankenerreger zu Infektionen führen (Page, Donnelly, & Wang, 2015). Bei der Hospitalisierung, aber auch bei der Pflegeüberleitung können sogenannte *Adverse Drug Effects* auftreten, wie z. B. Über-/Unterdosierung von Medikamenten oder die Gabe eines falschen Medikaments (O'Hara & Carson, 1997). Bei kognitiv eingeschränkten Patient*innen treten häufig Orientierungsverluste sowie Verwirrung im ungewohnten Krankenhaussetting auf (Palese et al., 2016). Daher ist eine Reduktion von Krankenhauseinweisungen bei Pflegeheimbewohner*innen anzustreben.

Die Vermeidung von Krankenhausfällen wird vor dem Hintergrund spezifischer Listen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK) intensiv diskutiert (Purdy, Griffin, Salisbury, & Sharp, 2009; Purdy et al., 2012; Sundmacher et al., 2015). Die Übertragbarkeit dieser Listen auf das Versorgungssetting bzw. die Population der Pflegeheimbewohner*innen ist unklar (Spector, Limcangco, Williams, Rhodes, & Hurd, 2013). Die Altersstruktur der PHB und die damit einhergehende Zahl der Komorbiditäten bzw. das geriatrische/gerontologische Erkrankungsspektrum sowie der Heilungsprozess der älteren Bevölkerung und die damit einhergehenden erforderlichen medizinischen Maßnahmen dürften mit der durchschnittlichen Patientenklientel in Krankenhäusern kaum vergleichbar sein. Die Unterschiede beziehen sich dabei sowohl auf die Auswahl der entsprechenden Diagnosegruppen als auch auf das geschätzte Vermeidungspotenzial. Daher braucht es für diese Bevölkerungsgruppe eine eigene sogenannte Liste der Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle (PSK-Liste).

¹ Die starke Zunahme um + 19 % im Vergleich zu der Zahl im Destatis-Bericht zum demographischen Wandel von 2015 ist zum großen Teil auf die Einführung des neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs seit dem 01.01.2017 zurückzuführen.

Ziele

Primäres Ziel des vorliegenden Projektes war die Entwicklung einer konsensvalidierten Liste von Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen (PSK) inklusive der Schätzung der jeweiligen Vermeidungspotenziale. Sekundäre Ziele waren überdies die Hochrechnung von Präventionspotenzialen für das GKV-System sowie die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen und Fallbeispielen zur Steigerung der Verwertbarkeit der Ergebnisse in erster Linie für das Personal in Pflegeheimen.

Die Implementierung der Vorschläge für Interventionsmaßnahmen soll langfristig dazu beitragen, die Zahl der Hospitalisierungen unter PHB zu reduzieren. Insgesamt wirken die Ergebnisse dieses Projektes auf drei Ebenen (Triple Aim (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008)):

- *Reduktion des Kostenwachstums:* Es wird beispielhaft vorgerechnet, dass mit den durch die Vermeidung von Hospitalisierungen eingesparten Geldern die dafür notwendigen krankenhauseinweisungsvorbeugenden Maßnahmen finanziert werden können. Langfristig gesehen können Präventionspotenziale beziffert werden, die durch vermiedene Hospitalisierungen erzielt werden (Bohnet-Joschko & Zippel, 2016; Ouslander et al., 2010).
- *Verbesserung der Patientenerfahrung:* Die Patientenzufriedenheit wird sich erwartungsgemäß durch die Verbesserung von Versorgungsabläufen erhöhen, da stationäre Aufenthalte bzw. ein Wechsel des Versorgungssettings vermieden und der damit verbundene Stress für die Patient*innen, aber auch für ihre Angehörigen sowie Pflegenden (O'Neill, Parkinson, Dwyer, & Reid-Searl, 2015), wegfallen würden.
- *Steigerung der Versorgungsqualität:* Mit einer Verbesserung der Versorgungsqualität ist zu rechnen, wenn die Versorgungskontinuität bei der Vermeidung von PSK nicht durch unnötige Wechsel des Versorgungssettings unterbrochen wird (Barba et al., 2012). Durch die Identifikation häufiger Einweisungsgründe von PHB können gegebenenfalls auch einige medizinische Prozessparameter/Outcomes wie z. B. *Adverse Drug Effects* oder die vermeidbare Progression chronischer Erkrankungen reduziert werden.

Fragestellungen

Vor diesem Hintergrund ergab sich die Frage, wie hoch der stationäre Behandlungsbedarf von PHB tatsächlich ist. Dafür wurden folgende Fragestellungen untersucht:

1. Was sind die häufigsten Anlässe für die Behandlung von Pflegeheim-Patienten im Krankenhaus und was sind die durchschnittlichen Kosten pro Fall?
2. Welche stationären Behandlungsanlässe sind Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle (PSK) und wie hoch ist das jeweilige Vermeidungspotenzial?
3. Welche Maßnahmen und/oder strukturellen Veränderungen haben grundsätzlich das Potenzial den Anteil der PSK zu reduzieren? Welche Hürden gibt es?

Zur Überprüfung der dem Projekt zugrundeliegenden aus der Literatur abgeleiteten Hypothese, dass vermeidbare Hospitalisierungen aus dem Pflegeheimsetting unabhängig der Liste der ASK durch eine spezifischere Liste von Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen (PSK-Katalog) beschrieben werden können, wurden die ermittelten Vermeidungspotenziale und PSK-Diagnosen mit denen der ASK verglichen.

4. Projektdurchführung

Für diese Studie wurde ein quantitativer mixed-method Ansatz gewählt. Das Forschungsvorhaben gliederte sich in die in Abbildung 2 dargestellten, drei aufeinander aufbauenden

Prozessschritte, die im Methodenteil (vgl. Kap. 5) näher erläutert werden. In der ersten Projektphase, die *Sekundärdatenanalyse*, wurden Daten von Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) ausgewertet. Ziel dabei war, die Krankenhausentlassungsdiagnosen zu identifizieren, die häufig genug unter PHB vorkommen ($\geq 0,1$ Prozentanteil) sowie die damit einhergehende Fallzahl und die (Gesamt-) Ausgaben zu ermitteln.

Darauf aufbauend wurde in der zweiten Projektphase eine *RAND/UCLA Appropriate-ness-Methode* durchgeführt (Fitch et al., 2001), bei der ein Delphi-Expert*innengremium und ein Expert*innenworkshop kombiniert wurden, um einen Expert*innenkonsens darüber zu erzielen, inwieweit Krankenseinweisungen unter optimalen Versorgungsbedingungen vermieden werden könnten. Mit unserer Methode konnten wir die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse mit dem kollektiven Urteil von Expert*innen über die Angemessenheit von Krankenseinweisungen bei Pflegeheimbewohner*innen kombinieren.

Zum Schluss wurden die Ergebnisse der zweiten Phase Gutachtern aus sechs verschiedenen an der Versorgung der PHB beteiligten Sektoren und Fachbereichen präsentiert mit der Bitte, erste Ansätze für Interventionen, die die Hospitalisierung unter Pflegeheimbewohner*innen reduzieren könnten, zu entwickeln. Die vorgeschlagenen Maßnahmen wurden in dieser dritten Projektphase in Form von *Handlungsempfehlungen und Fallbeispielen* verarbeitet und zusammengefasst. Außerdem wurden in dieser Phase die Ergebnisse der beiden vorangehenden Phasen für die *Ermittlung der Präventionspotenziale*, die unter optimalen Versorgungsbedingungen für das deutsche Gesundheitswesen erreicht werden könnten, verwendet.

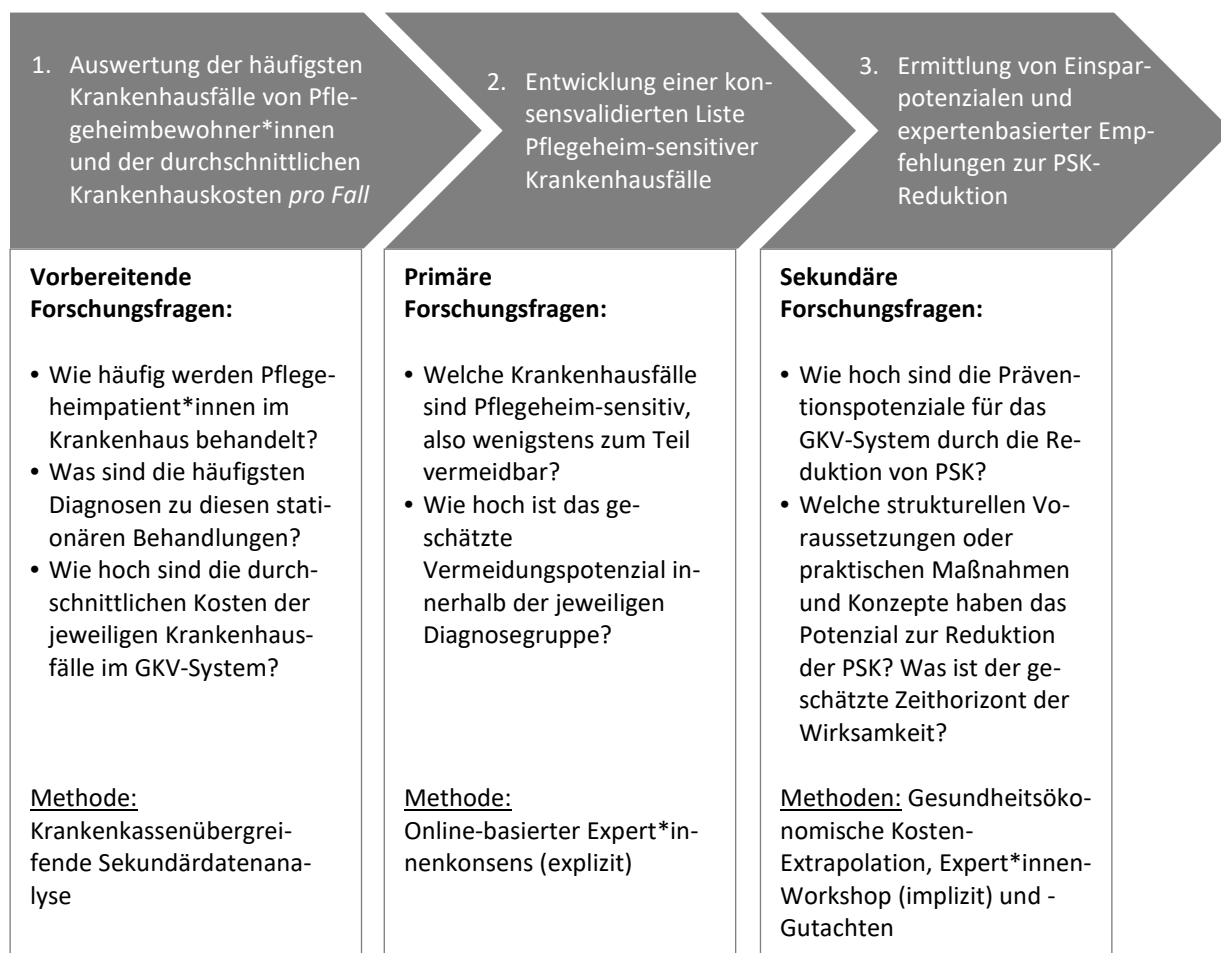
Ethikvotum und Informed Consent

Ein Ethikvotum war nicht erforderlich und wurde daher nicht eingeholt. Wir stützten uns auf die sekundäre Verwendung anonymer, aggregierter Routinedaten und auf die Einschätzungen von Expert*innen aus dem Gesundheitswesen. Wir haben keine Forschung am Menschen, keine interventionellen oder nicht-interventionellen klinischen Studien oder klinischen Prüfungen durchgeführt. Wir haben Daten in Form von direkten Gesundheitsdaten weder erhoben noch verwendet, noch haben wir (Rest-)Material von Menschen für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Die Expert*innen wurden über das Projekt umfassend informiert und zur Teilnahme per E-Mail/ Newsletter/ Webseite mit einem Link zum Online-Fragebogen, mit Hinweis auf die große Bedeutung der Teilnahme an beiden Bewertungsrunden, eingeladen. Sie wurden über die Freiwilligkeit, Pseudonymität sowie die Datenvertraulichkeit, mit expliziter Benennung der DSGVO-Regeln, informiert. Das Delphi-Verfahren wurde pseudonymisiert durchgeführt, da die Expert*innen zum Abschluss der ersten Runde der Datenerhebung gebeten wurden, ihren Namen und ihre E-Mail-Adresse in einer separaten Datenbank zu hinterlegen, damit sie für nachfolgende Delphi-Runden und die Auszahlung des Incentives erreicht werden konnten. Weder der angegebene Name noch die E-Mail-Adresse konnten mit der Datenerhebung in Verbindung gebracht werden, nur die Namen der Teilnehmer*innen waren dem Forschungsteam bekannt. Daher waren die Einschätzungen zum Potenzial der Vermeidbarkeit vollständig anonymisiert und unbeeinflusst vom Forschungsteam. Aufgrund dessen war ein nachträglicher Widerruf der Angaben der Teilnehmenden nicht möglich. Auf das nichtexistente Widerrufsrecht der abgegebenen Bewertungen wurde in den Informationen zum Datenschutz und der Einverständniserklärung hingewiesen. Auch wurde darauf hingewiesen, dass Teilnehmende ohne Angaben von Gründen vorzeitig den Fragebogen beenden konnten.

Alle Expert*innen gaben ihre schriftliche Einverständniserklärung zur freiwilligen Teilnahme, nachdem sie über das Ziel, die Fragestellung, die Vorgehensweisen der Studie und die Art der Fragen informiert wurden.

Abbildung 2. Schematische Übersicht zu den Prozessschritten inklusive korrespondierender Forschungsfragen und Methoden des PSK-Forschungsprojektes



5. Methodik

In den nachfolgenden drei Unterkapiteln wird die jeweilige Vorgehensweise der drei Phasen des Projektes näher beschrieben. Dabei wird dargestellt, wie die einzelnen Phasen auf die Ergebnisse der vorangegangenen aufbauen.

Die häufigsten Anlässe für Krankenhaufälle unter Pflegeheimpatienten und die durchschnittlichen Kosten pro Fall (Fragestellung 1) werden methodisch in K. 5.1 beschrieben, die Ergebnisse finden sich in K. 6.1. Tabelle 10 im Anhang listet die Diagnosen mit einem Häufigkeitsanteil $\geq 0,1$ % an allen Krankenhaufällen unter Pflegeheimbewohner und –bewohnerinnen auf inkl. ihrer Fallzahl, ihrem Häufigkeitsanteil und ihren durchschnittlichen Fallkosten im Jahr.

Welche Anlässe davon als pflegeheim-sensitiv identifiziert und konsentiert werden konnten (Fragestellung 2), wird methodisch in K. 5.2 beschrieben, die Ergebnisse finden sich in K. 6.2. Die Vermeidungspotenziale für diese sog. PSK und die anderen Krankenhaufälle mit einem Häufigkeitsanteil $\geq 0,1$ % finden sich in Tabelle 11 im Anhang.

Die Maßnahmen und/oder strukturellen Veränderungen, die das Potenzial haben, den Anteil an PSK zu reduzieren (Fragestellung 3), werden mit ihren Hürden und ihrem Zeithorizont der Wirksamkeit methodisch beschrieben in K. 5.3, die Ergebnisse finden sich in K. 6.3.

5.1 Projektphase 1: Sekundärdatenanalyse

Damit das Vermeidungspotenzial relevanter Krankenhausentlassungsdiagnosen eingeschätzt werden konnte, musste zuerst festgestellt werden, welche Diagnosen dafür infrage kämen. Einschlusskriterium bildete die Häufigkeit, in der eine Entlassungsdiagnose unter Pflegeheimbewohnenden auftrat ($\geq 0,1$ Prozentanteil).

Innerhalb Deutschlands sind geografische Unterschiede hinsichtlich des Hospitalisierungsrisikos unter PHB zu erwarten (Sundmacher et al., 2015). Deswegen wurden sechs gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) mit Versicherten aus allen Bundesländern angeschrieben. Die Datensammlung umfasste Daten von gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen der AOK-Rheinland/Hamburg, AOK-Rheinland-Pfalz/Saarland, AOK-Bayern-Württemberg, BARMER, DAK sowie BKK-Werra-Meißner, die in Pflegeheimen stationär aufgenommen waren. Zusammen repräsentierte dieser Dataset etwa 29,6 % aller stationär versicherten Pflegeheimbewohnenden in Deutschland (Destatis, 2018b). Die Empfehlungen zur „Guten Praxis Sekundärdatenanalyse“ (GPS) der Arbeitsgruppe für die Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) wurden bei der Planung und Durchführung der Datenerhebung sowie bei der Analyse der Sekundärdaten der GKV-en berücksichtigt (Swart et al., 2015). Ferner bildete sie die Grundlage für vertragliche Absprachen zwischen Forscher*innen und Dateneigner*innen.

Auf Basis eines durch die Projektpartner*innen abgestimmten Data Requests (vgl. Anlage 1) übermittelten sechs kooperierende Krankenkassen Daten zu den Krankenhaus-Entlassungsdiagnosen ihrer Versicherten in vollstationärer Pflege im Kalenderjahr 2017 nach ICD-10-GM-Dreisteller ([ICD](#)), die bei minimal 0,1 % dieser Versichertenpopulation auftraten. Die Krankenhausentlassungsdiagnosen mussten ein Ende-Datum innerhalb des Kalenderjahres 2017 aufweisen. Damit wurden Fälle, die im Jahr 2017 oder davor begannen, aber erst in einem späteren Kalenderjahr beendet wurden, ausgeschlossen, was jedoch als unproblematisch eingeschätzt wurde, da demgegenüber Fälle eingeschlossen wurden, die bereits vor 2017 begannen, aber in 2017 beendet wurden (sog. Jahresüberlieger). Pflegeheimbewohnende, deren Versichertenzeit im Jahr 2017 aufgrund eines Wechsels der Krankenkasse endete oder die keine gültige Versichertenzeit aufwiesen, wurden aus der Analyse ausgeschlossen, um die Inanspruchnahme lückenlos betrachten zu können. Auch wurden Versicherte, die unplausible Angaben aufwiesen, aus der weiteren Analyse ausgeschlossen. Verstorbene Versicherte wurden hingegen nicht ausgeschlossen. Einerseits, da ansonsten besonders gravierende Erkrankungen, die mit einem Versterben im Krankenhaus assoziiert sind, ggfs. unterrepräsentiert gewesen wären. Andererseits, weil Pflegeheimpatient*innen ein höheres Risiko für ein Versterben im Krankenhaus aufweisen als vergleichbare Populationen (Schulte, Schwab, & Dittmann, 2016). Als Pflegeheimbewohnende galten für diese Untersuchung solche Versicherte, bei denen in den Daten der entsprechenden Pflegekassen ein Beginn-Datum vor dem 01.01.2017 sowohl für eine Pflegebedürftigkeit als auch für eine vollstationäre Pflege in einem zugelassenen Pflegeheim gemäß § 43 SGB XI dokumentiert war und die im Jahr 2017 durchgängig diese Pflegeleistungen in Anspruch nahmen (Ausnahme: Verstorbene Versicherte).

Die Krankenhaus-Hauptdiagnosen von Versicherten in vollstationärer Pflege aller kooperierenden Kassen wurden zu einer Liste zusammengeführt. Die Liste wurde anhand des Anteils der entsprechenden Diagnosegruppe (ICD-10-Codes) an allen Krankenhausdiagnosen absteigend sortiert. Nach der Zusammenführung der Daten der sechs kooperierenden Krankenkassen wurden die Diagnosen (ICD-10-GM-Dreisteller) mit einem $\geq 0,1$ Prozentanteil für das nachfolgende Delphi-Konsensverfahren inkludiert.

Um gesundheitsökonomische Aspekte betrachten zu können, wurden die durchschnittlichen Kosten pro Krankenhausfall ausgewertet. Dafür wurde der durchschnittlich von der GKV gezahlte Gesamtbetrag für den Fall herangezogen und nicht nur der Kostenanteil, der sich aus der [DRG](#) der Entlassungsdiagnose ergeben würde (z.B. inklusive Zusatzentgelten und Zu-/Abschlägen). Der Gesamtbetrag wurde vollständig am Entlassungsdatum gewertet und im Falle von

Jahresüberliegern nicht auf mehrere Kalenderjahre aufgeteilt. Anschließend wurden die durchschnittlichen Fallkosten für jeden ICD-10-Code ermittelt, indem für alle Fälle mit einem bestimmten ICD-10-Code die Gesamtbeträge je Fall summiert und durch die Anzahl aller Fälle in der Stichprobe geteilt wurden.

Für den Fall, dass im Jahr 2017 mehrere Hospitalisierungen bei einer Person auftraten, wurde jeder Krankenhausfall einzeln gezählt. Diese Vorgehensweise gewährleistete die vollständige statistische Darstellung aller Entlassungsdiagnosen und Kosten pro Fall, jedoch ohne potenzielle Identifizierung von Individuen, sodass das Projekt im Sinne der DSGVO durchgeführt werden konnte. Die durchschnittliche Zahl der Hospitalisierungen pro Person wurde auf Basis der Gesamtzahl der Krankenhausfälle im Verhältnis zur Gesamtzahl der mindestens einmal im Krankenhaus behandelten Personen ermittelt.

5.2 Projektphase 2: Delphi-Expert*innenkonsensverfahren

Bei der Durchführung der angepassten RAND-UCLA Appropriateness Method (Fitch et al., 2001) kombinierten wir die Befragung eines Delphi-Expert*innengremiums zwischen Dezember 2019 und Juli 2020 mit dem Expert*innenworkshop in September 2020. Damit wurden die Stärken der anonymen Befragung von Expert*innen mit den tieferen Einsichten, die sich aus den Diskussionen im moderierten Workshop ergaben, komplementiert.

*Akquirierung der Expert*innen für die Online-Delphi-Befragungen*

Zur Rekrutierung der Expert*innen verwendeten wir den Delphi-Trichter, ein Panel-Management-Modell nach Donohoe et al. (Donohoe & Needham, 2009) (Abbildung 3). Zuerst wurden potenzielle Expert*innen oder -gruppen identifiziert, ausgewählt und dann kontaktiert. Außerdem wurden Gatekeeper identifiziert, die dabei helfen sollten, diejenigen Personen ausfindig zu machen, die über Kenntnisse zu dem zu erforschenden Thema verfügen (Hasson, Keeney, & McKenna, 2000). Zur Akquise der Expert*innen wurden themenspezifische Vereine und entsprechende Fachgesellschaften sowie die professionellen Netzwerke aller Konsortial- und Kooperationspartner*innen herangezogen und potenziell in Frage kommende Expert*innen kontaktiert. Damit das Panel aus Expert*innen über überregionale Expertise verfügt, wurden die Gatekeeper, Multiplikatoren sowie Angehörigen der Expert*innengruppen aus ganz Deutschland angesprochen. Für dieses Projekt wurde die Rekrutierung der Expert*innen auf die Bundesrepublik Deutschland eingeschränkt, da aufgrund internationaler Unterschiede in der Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen und der Häufigkeit der Krankenhausentlassungsdiagnosen die Gemeingültigkeit der Ergebnisse für Deutschland sonst nicht gewährleistet wäre. Ferner wurde über Beiträge auf Websites und in sozialen Medien wie LinkedIn, über Newsletter-Ankündigungen, über persönliche E-Mails sowie über E-Mail-Verteiler, auf persönliche Empfehlung, telefonisch und durch persönliche Besuche, Expert*innen für die Studie gewonnen.

Die Größe des Delphi-Panels hängt von der Gruppendynamik bei der Erzielung eines Konsenses unter den Expert*innen ab (Okoli & Pawlowski, 2004). Sie unterliegt auch dem zu erwartenden Loss-to-follow-up (Donohoe & Needham, 2009). In der Literatur werden 5 bis 20 (Hyndman & Athanasopoulos, 2018; Okoli & Pawlowski, 2004) oder, bei höher zu erwartenden Loss-to-follow-up, bis zu 90 Expert*innen (Donohoe & Needham, 2009) für ein Delphi-Panel empfohlen. Sie sollte größer sein, wenn das Expert*innenpanel einen unterschiedlichen Hintergrund hat, und groß genug sein, um eine ausreichende Anzahl von Perspektiven von "innen" zu erreichen (Okoli & Pawlowski, 2004). Es wurde eine detaillierte Liste mit Kriterien für die Auswahl der Expert*innen erstellt, da eine gezielte Auswahl der Panelteilnehmenden den Loss-to-follow-up aufgrund von Interessenverlust oder Frustration verringern kann (Donohoe & Needham, 2009). Mittels der gezielten Rekrutierung sollte die Teilnahmebereitschaft durch eine hohe intrinsische

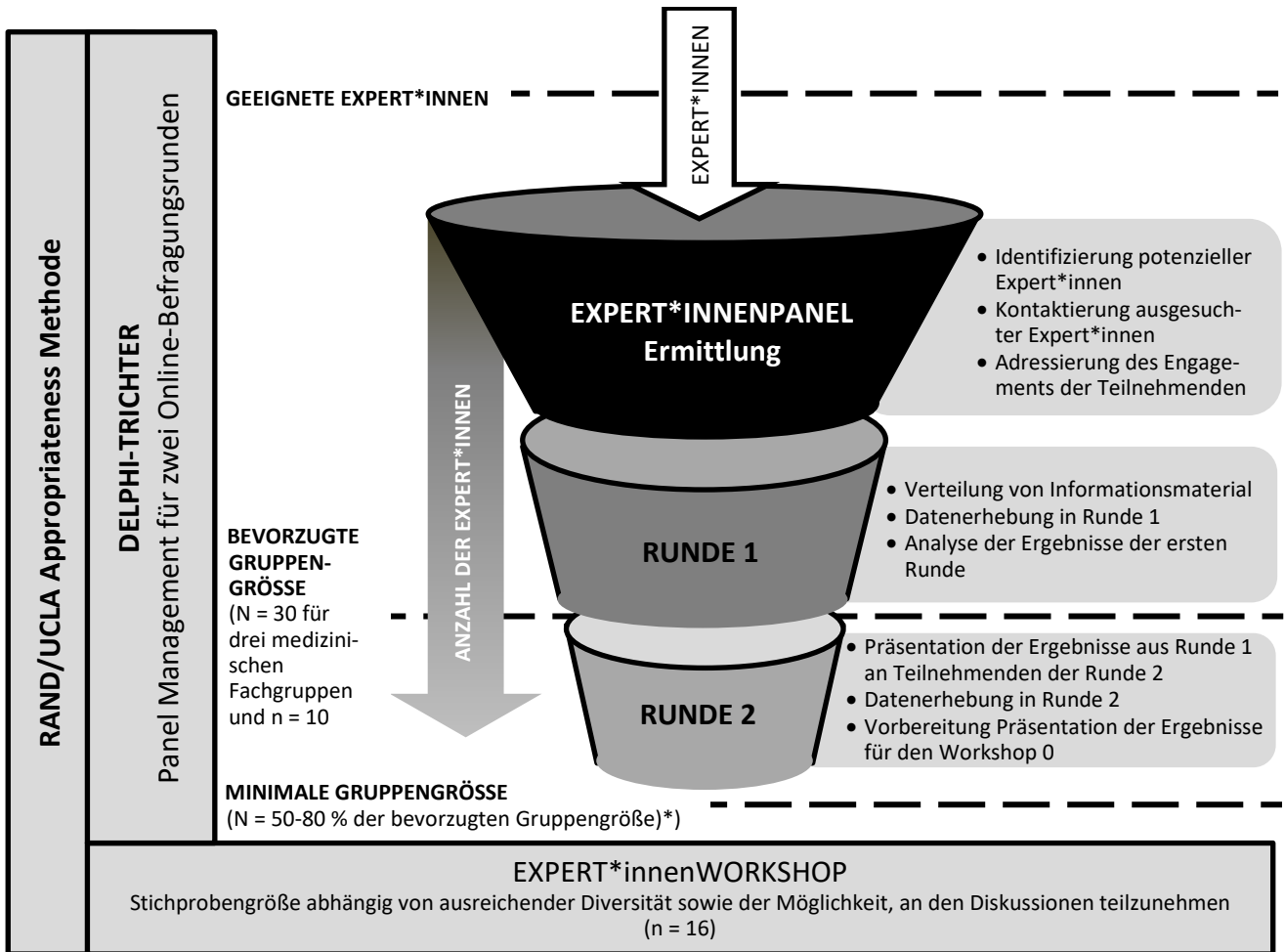
Motivation möglichst hoch ausfallen. Für unsere Studie sollten die Expert*innen daher entweder über praktische Erfahrung aus den an der Behandlungskette beteiligten Sektoren verfügen, eine wichtige Rolle bei der Entscheidung über Krankenseinweisungen einnehmen (Pflegefachpersonal aus Pflegeheimen, relevante ärztliche Fachgruppen aus dem ambulanten und stationären Sektor) bzw. über wissenschaftliche Expertise in Bezug auf die Versorgung älterer Patient*innen verfügen und dazu bereits publiziert haben. Gemäß diesen Empfehlungen und um eine große, methodisch robuste und ausgewogene Stichprobe für die Konsensbewertungen zu gewährleisten, haben wir uns dafür entschieden, heterogene Expert*innen aus vier verschiedenen Disziplinen anzusprechen und planen, 100 Expert*innen zu rekrutieren: Je 30 ambulante/klinische Ärzt*innen, 30 Pflegefachkräfte und 10 Wissenschaftler*innen.

Zweitens unterstützten wir das Engagement der Teilnehmer*innen, indem wir ein Einführungspaket zusammen mit der Einladung zur Teilnahme an der Online-Befragung verteilt haben (Donohoe & Needham, 2009). Die gute Vorbereitung der Expert*innen ist wichtig, um die Rücklaufquote in künftigen Runden nicht zu gefährden (Hasson et al., 2000). Daher wurden die Expert*innen vor der ersten Delphi-Runde über den Inhalt, die Ziele des Forschungsprojekts, die Aufgaben, die an sie gestellt wurden, den Zeitaufwand, der von ihnen erwartet wurde, die Verwendung ihrer Angaben, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Vertraulichkeit bei dem Umgang mit den erhobenen Daten informiert (Hasson et al., 2000). Zusätzliche Informationen wurden zur Pseudonymität der Studie gegeben (siehe Abschnitt "Ethikvotum" in Kapitel 4 und Anlage 2 und Anlage 3). Wenn von Pseudonymisierung die Rede ist, betrifft es die Akquirierung der Expert*innen des Expertenpanels, deren Namen dem Forscherteam zwecks Einladung zu nachfolgenden Delphi-Runden und der Auszahlung einer Aufwandsentschädigung bekannt waren. Wenn von Anonymität die Rede ist, betrifft es die eigentliche Einschätzung der Vermeidungspotenziale durch das Expert*innenpanel: Die erhobenen Daten wurden unabhängig von den Kontaktdaten der Expert*innen anonym gespeichert. Nachdem sie ihre Einverständniserklärung gegeben hatten, wurden die Expert*innen zur Teilnahme an dieser Studie eingeladen.

Drittens sollten die Ergebnisse der ersten Runde an dem Expert*innenpanel der zweiten Runde präsentiert werden (Donohoe & Needham, 2009). Daher wurden in dem Befragungstool für die zweite Runde die Ergebnisse der Expert*innenbewertungen aus der ersten Runde integriert. Die RAND/UCLA-Appropriateness-Methode (Fitch et al., 2001) wird in Abbildung 3 veranschaulicht. Das Management des Expert*innenpanels für den Delphi-Prozess ist dort im Delphi-Trichter (Donohoe & Needham, 2009) dargestellt.

Um die Beteiligungsmotivation ferner zu erhöhen, wurde ein Incentive von insg. 100 EUR für die Teilnahme an beiden Online-Befragungsrunden nach der erfolgreichen Beteiligung an die zweite Befragungsrunde angeboten. Diejenigen, die nur an der ersten Runde teilnahmen und nicht an der zweiten, bekamen keine Aufwandsentschädigung. Sobald die erforderliche Teilnehmerzahl einer Fachgruppe erreicht wurde, wurde die entsprechende Expert*innen-Akquise eingestellt. Dabei wurden bei allen Fachgruppen einige Personen mehr akquiriert als geplant, um die geplante Gruppengröße am Ende der zweiten Befragungsrunde trotz Loss-to-follow-up erreichen zu können. Nach dem Enddatum der zweiten Befragungsrunde wurde der Loss-to-follow-up je Fachgruppe innerhalb des Expert*innenpanels bestimmt. Die Akquise möglicher fachbereichsspezifischer Nachrückenden wurde geplant, für den Fall dass die Responserate zwischen erster und zweiter Runde unter 70 % fallen würde (Sumsion, 1998).

Abbildung 3. RAND/UCLA-Appropriateness Method in der PSK-Studie: Delphi-Expert*innenpanel-Management kombiniert mit Expert*innenworkshop*



*Quelle: Delphi-Trichter (Donohoe & Needham, 2009), minimale Gruppengröße (Green et al., 1999, Loughlin et al., 1979, McKenna et al., 1994, Sumsion et al. 1998)

Online-Delphi-Befragungsrunden, Fragebogenentwicklung und Online-Befragungstool

In dem Online-Befragungstool sollten die Expert*innen der vier Fachbereiche den Anteil an potenziell vermeidbaren Krankenhausfälle einschätzen, die mittels der Sekundärdatenanalyse der GKV-Daten einen minimalen 0,1 Prozentanteil unter Pflegeheimbewohnenden aufwiesen. Die Einschätzung des Vermeidungspotenzials sollte unter optimalen, aber dennoch realistischen Versorgungsbedingungen gemacht werden, unter anderem: Zugang zu gut geschultem Personal, Ressourcen und Infrastrukturen für die Überwachung und Pflege sowie, wenn erforderlich, Kooperationsvereinbarungen mit ambulanten allgemeinen und fachärztlichen Leistungserbringern. Zwecks Vereinheitlichung dieser Grundannahmen bei der Einschätzung wurden diese vorgegeben und Expert*innen konnten während des Einschätzens immer zu diesem Textabschnitt zurückblättern.

In der Befragung wurden die ICD-10-Codes nach Organsystem sortiert präsentiert. Dazu wurden die aufgrund der Sekundärdatenanalyse auserwählten ICD-10-Codes acht Organsystemen sowie einer Gruppe mit organsystemübergreifenden Krankenhausentlassungsdiagnosen zugeordnet. Innerhalb der Organsysteme erscheinen die Diagnosen in der Reihenfolge der normalen ICD-Codierung. Eine genderdifferenzierte Einschätzung des Vermeidungspotenzials

wurde aufgrund der in der Sekundärdatenanalyse identifizierte Krankenhausfälle sowie der Zugehörigkeit zu den betreffenden Organsystemen und der Verkomplizierung der Bearbeitung des Fragebogens als nicht notwendig bzw. kontraproduktiv erachtet. Die Organsysteme wurden in willkürlicher Reihenfolge jedem Teilnehmenden präsentiert, damit ein eventuell auftretender Ermüdungs- oder Lerneffekt gleichmäßig über die Organsysteme verteilt sein würde. Um die Motivation zu erhöhen, wurde die Progression nach jedem fertig eingeschätzten Organsystem prozentual angezeigt.

Zu jedem ICD wurde der dreistellige Code und zum besseren Verständnis eine Kurzbeschreibung sowie ein Link zur ICD-Code-Beschreibung auf der offiziellen ICD-10-Website in deutscher Sprache angegeben. Die Differenzierung, dass ggf. nur eine Untergruppe des entsprechend über den dreistelligen ICD-10-Code erfassten Krankheitszustandes vermeidbar wäre, sollten die Expert*innen über die abstrahierte, numerische Schätzung des Prozentsatzes, der unter optimalen Versorgungsbedingungen im Pflegeheim behandelt werden könnte, angeben. Es wurden nur dreistellige ICD-10-Codes verwendet, um die Verständlichkeit und Verwendbarkeit der Diagnoseliste für alle Berufsgruppen zu gewährleisten.

Auf den Unterschied zwischen Einweisungs- und Entlassungsdiagnose wurde hingewiesen. Deshalb wurden die Teilnehmenden zu einer Einschätzung aufgefordert, welche tatsächliche Einweisungsdiagnose der angegebenen Entlassungsdiagnose in der Versorgungsrealität am ehesten zugrunde liegen könnte. Danach sollten die Expert*innen abstrahieren, bei wie viel Prozent der jeweiligen Patient*innen eine Krankenhauseinweisung ggf. vermeidbar wäre, unter Berücksichtigung des Einflusses von Komorbidität sowie Schwere der Erkrankung. Um den Expert*innen einen Eindruck zu vermitteln, wie dies praktisch umzusetzen sei, wurde dies mit praxisnahen Beispielen demonstriert.

Die numerische Einschätzung des Vermeidungspotenzials konnte auf einer Skala von 0 % bis 100 % in 5 %-Schritten mittels Schieberegler angegeben werden. 0 % bedeutet, eine Krankenhauseinweisung wäre unvermeidlich und bei 100 % könnten alle Patient*innen im Pflegeheim behandelt werden. Alle Angaben zwischen 0 und 100 % bedeuten, dass diese Krankenhausfälle zum Teil im Pflegeheim hätten behandelt werden können. Den Expert*innen wurde die Möglichkeit eingeräumt, ihre Angaben zu kommentieren bzw. Schwierigkeiten bei der Einschätzung zu erläutern. Dieses Kommentarfeld wurde zum Pflichtfeld sobald keine Einschätzung abgegeben wurde.

Aufgrund rollenspezifischer Erfahrungen könnte es zu gender-, alters- und erfahrungsbasierten Unterschieden bei der Einschätzung des Vermeidungspotenzials kommen. Deswegen wurde auch nach Alter, Geschlecht und Anzahl der Jahre mit Berufserfahrung zum betreffenden Thema gefragt.

Ein persönlich generierter Code wurde, ohne Rückschlüsse auf die Person, von den Teilnehmenden erstellt, der das Matchen der Ergebnisse beider Online-Befragungsrunden ermöglichte. Ein Prä-/Postvergleich der Einschätzung des Vermeidungspotenzials in der ersten und zweiten Runde wurde so möglich, um zu schauen, ob und wie die Teilnehmenden sich von der Einschätzung der anderen hatten beeinflussen lassen. Auch der Umfang des Loss-to-follow-ups zwischen der ersten und zweiten Runde konnte so fachbereichsspezifisch eingeschätzt werden.

Der Fragebogen konnte am PC oder an allen gängigen Mobile Devices (Notebook, Tablet, Smartphone etc.) ausgefüllt werden.

Nach der ersten Bewertungsrunde wurden die Ergebnisse aufbereitet, Diagnosen im Falle der Zugehörigkeit zu vergleichbaren ICD-Gruppen mit ähnlichen Bewertungen der Vermeidungspotenziale zusammengefasst und den Expert*innen für die zweite Bewertungsrunde zurückgespiegelt. Es sollten solche ICD-10-Codes aus der weiteren Bewertung ausgeschlossen werden, bei denen mindestens 75 % der Expert*innen der ersten Runde eingeschätzt hatten, dass bei solch einer Diagnose die Versorgung im Pflegeheim nicht möglich und eine Hospitalisierung unvermeidlich wäre [Vermeidungspotenzial von 0 %; Grenzwert bzgl. der Relevanz

(mind. 75 % der Expert*innen) übernommen aus der konsensbasierten Qualitäts-Indikatoren-Bewertung des AQUA-Instituts]. Für eine effizientere Durchführung der zweiten Befragungsrunde wurde das Zusammennehmen einzelner ICD, bei Zugehörigkeit zu vergleichbaren Diagnosegruppen mit ähnlichen Bewertungen des Vermeidungspotenzials, auf ihre Durchführbarkeit überprüft. Diese Diagnosegruppen würden in der zweiten Runde en bloc vom Expert*innenpanel auf ihr Vermeidungspotenzial eingeschätzt werden. Die Kriterien dafür wurden wie folgt festgelegt: Hinsichtlich des medianen Vermeidungspotenzials dieser ICD war ein maximaler Unterschied von nur 5 % erlaubt und die Grenzen des Interquartilsabstands (IQR) (Streuungsbereich von 50 % der Teilnehmenden) durften maximal 10 % auseinanderliegen. Die Erkenntnisse der über die Kommentare aufgedeckten Einschätzungsschwierigkeiten wurden mittels einer Erweiterung bzw. Abänderung der Instruktionen und Hinweise, sowohl im Allgemeinen als auch durch ICD-spezifische Bemerkungen, oder mittels Angaben zu ICD-10-Code-GM-Viersteller, im Fragebogen verarbeitet. Die Hinweise sollten die Expert*innen bei der Einschätzung unterstützen, indem sie Grundannahmen bei der Einschätzung vereinheitlichten, verdeutlichten und weitere Unklarheiten beseitigten.

Die zweite Runde diente der Verdichtung der Quantifizierung des Vermeidungspotenzials. Für diese Runde wurden deswegen neben der Beschreibung der Diagnose(gruppe) auch die Ergebnisse der ersten Befragungsrunde an die Expert*innen zurückgespiegelt. Dafür wurde je ICD-10-Code-GM-Dreisteller der Median inklusive seiner Streuung in Form des Interquartilsabstands angegeben. Aufgrund dieser Angaben wurden die Teilnehmenden dazu aufgefordert das Vermeidungspotenzial erneut zu quantifizieren. Der Median wurde statt dem Mittelwert verwendet, da der Median die Meinung der meisten Teilnehmenden darstellt (Helmer-Hirschberg, 1967). Wenn die Einschätzung des Vermeidungspotenzials außerhalb des angegebenen Interquartilsabstands lag bzw. das Vermeidungspotenzial nicht eingeschätzt werden konnte, mussten die Teilnehmenden ihre Antwort begründen, ansonsten stand es den Teilnehmenden frei extra Kommentare, Empfehlungen u. dgl. anzugeben oder nicht. Die gemachten Angaben gaben Aufschluss über die Hintergründe, die zur abweichenden Antwort geführt hatten und deckten mögliche Störfaktoren bzw. problematische Zustände, die die Vermeidung einer Hospitalisierung verkomplizieren, auf.

Befragungstool und Pilotierung der Fragebögen

Die Online-Fragebögen wurde mit der Befragungs-Software [LimeSurvey](#) (Version 3.27.20+211012) erstellt, die alle Auswahlkriterien erfüllte. Hauptkriterien für die Wahl des Online-Fragebogentools waren, auch wegen der einmaligen Verwendung des Fragebogens, ein möglichst günstiger Preis, eine für das PSK-Projekt ausreichendes Maß an Anpassbarkeit des Designs der Eingabemaske (z. B. mit korrekter Skalierung integrierter Ergebnisse aus der ersten Delphi-Runde in die Eingabemasken der zweiten Delphi-Runde) sowie eine möglichst schnelle Umsetzbarkeit. LimeSurvey erfüllte alle Auswahlkriterien und bewährte sich im Laufe des Projektes als geeignetes Tool zur Durchführung von online-basierten Delphi-Befragungen.

Die Fragebögen beider Befragungsrunden wurden vor Freigabe inhaltlich von vier Expert*innen pilotiert, und von ihnen und fünf weiteren Personen auf Verständlichkeit, Benutzerfreundlichkeit, technisch einwandfreie Funktion mit verschiedenen Geräten und Browsern geprüft und gegebenenfalls verbessert oder angepasst. Die Bearbeitungszeit wurde gemäß Pilotierung mit 45 Minuten angegeben.

Beide Online-Fragebögen sind in den Anlagen als Papierversion aufgenommen. Inhaltlich sind sie identisch mit den beiden Online-Fragebögen. Der vollständige Fragebogen für die erste Befragungsrunde befindet sich in Anlage 2, nur das hier der Schieberegler nicht dargestellt ist. Der Schieberegler ist jedoch in der zweiten Onlinebefragung (vgl. Anlage 3) mitsamt Rückspiegelung der Ergebnisse der ersten Befragungsrunde (Median und Streuungsbereich von 50 % aller Einschätzungen (IQR) abgebildet.

Datenspeicherung und -auswertung

Die Daten wurden auf dem Server der Universität Witten/Herdecke anonym gespeichert. In LimeSurvey wurden weder IP-Adressen noch Log-Dateien gespeichert. Für die Auswertung wurden nur die vollständig ausgefüllten Fragebögen verwendet. Die Daten selbst werden nach Projektende für mindestens zehn Jahre auf einer Festplatte in den Räumen der Universität Witten/Herdecke gespeichert; Dritte erhalten keinen Zugang. Anforderungen der DSGVO wurden mit dem Datenschutzbeauftragten der Universität Witten/Herdecke besprochen.

Nach Abschluss der Erhebung wurden die Daten auf Vollständigkeit geprüft und es wurden die Fragebögen ausgeschlossen, die zu 95 % nicht verwertbare Angaben enthielten. Die Analyse quantitativer Daten erfolgte mittels [Excel](#) 2016 (Microsoft) und der Statistiksoftware [SPSS](#) (Version 26). Nach der ersten und zweiten Befragungsrunde wurden für die Vermeidungspotenziale Median und Interquartilsabstand der Experteneinschätzungen ermittelt und die Ergebnisse im zweiten Fragebogen dargestellt. Nach der zweiten Befragungsrunde wurden die Einschätzungen zu den Vermeidungspotenzialen fachbereichsspezifisch mittels des Kruskal-Wallis-Tests (KW) verglichen. Unterschiedliche Einschätzungen durch Geschlechter- und Altersgruppen bzw. der Zusammenhang mit Jahren Berufserfahrung wurden mittels des Mann-Whitney-U-Tests (MWU) bzw. Kruskal-Wallis-Tests überprüft.

*Konsentierung der Vermeidungspotenziale im Expert*innenworkshop*

Ziel des ersten Teils des Workshops war es, die Ergebnisse der beiden Online-Bewertungsrunden abschließend zu beurteilen und eine konsensvalidierte Liste von Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen (PSK) inklusive der Schätzung der jeweiligen Vermeidungspotenziale zu erstellen. Ein multidisziplinärer, vorstrukturierter Workshop wurde geplant und durchgeführt, um diejenigen Diagnosen zu diskutieren, für die das Delphi-Panel sehr unterschiedliche Daten lieferte. Für persönliche Diskussionen wird eine Panelgröße empfohlen, die eine ausreichende Diversität ermöglicht und gleichzeitig sicherstellt, dass alle die Möglichkeit haben, sich zu beteiligen (Fitch et al., 2001). Dieses Gremium bestand aus 16 Expert*innen.

Auch hier waren alle vier Fachbereiche zu gleichen Teilen vertreten. Zehn der 16 Expert*innen hatten an den Online-Delphi-Runden teilgenommen. Die übrigen sechs Expert*innen erhielten ebenfalls die Informationen über das Projekt aus den Online-Runden. Alle Expert*innen erhielten die gleichen Informationen über das Ziel und den Inhalt des Workshops (vgl. vorbereitende E-Mails für die Teilnehmenden mit jeweilig angehängten Hintergrundinformationen und Anweisungen in Anlage 4, Anlage 5). Alle 16 Personen gaben bei der Anmeldung zum Workshop ihre Einverständniserklärung (*Informed Consent*) zur Teilnahme ab. Der geplante Präsenzworkshop fand wegen der SARS-CoV-2-Pandemie als digitaler, per Videokonferenz geschalteter Workshop statt. Vorab wurde ein Zeitplan, ein grober Leitfaden für die Gesprächsführung sowie Strategien zur Vorbeugung potenzieller Risiken oder Konflikte, die die Zielerreichung während des Workshops gefährden könnten, entwickelt. Diese wurden den Moderator*innen, Teilnehmer*innen sowie Protokollführer*innen in Form von vorbereitenden Informationen per E-Mail vorgelegt.

Die Ergebnisse der zweiten Bewertungsrunde wurden ausgewertet und für den Expert*innenworkshop aufgearbeitet. Es wurden nur die Kommentare aus der ersten und zweiten Runde derjenigen ICD-10-Codes berücksichtigt, die nach den beiden Online-Delphi-Runden zu relevanten, aber mit großer Streuung verbundenen Vermeidbarkeitspotenzialen kamen. Die Bedingungen dafür werden im nächsten Absatz beschrieben. Dies geschah ausschließlich, um mögliche Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Vermeidbarkeit zu identifizieren, die auf dem Expert*innenworkshop diskutiert werden sollten. Die Inhaltsanalyse dieses Teils der Kommentare ergab Themen, die gruppiert und nahe am Originaltext beschrieben wurden, um die anschließende Diskussion im Expert*innenworkshop anzuregen (Mayring, 2014). Wir folgten

den [SRQR](#)-Richtlinien für die Analyse eines Bruchteils der im Rahmen unserer Delphi-Studie gesammelten Freitextkommentare. Der weitaus größere Teil unserer Studie basiert auf quantitativen Konsensverfahren und der Analyse von administrativen Krankenversicherungsdaten. Diese wurden nach dem [STROBE](#)-Verfahren analysiert und verschriftlicht.

ICD-10-Codes mit einem als relevant eingeschätzten Vermeidungspotenzial (Median ≥ 75 %) und einer geringen Streuung (Streuung um den Median ≤ 15 %) wurden direkt als geeignet für die Liste der Pflegeheim-sensitiven Bedingungen betrachtet. Falls das Vermeidungspotenzial von mindestens 75 % nicht im Bereich von drei Viertel aller Expert*inneneinschätzungen lag, wurden die ICD-10-Codes ausgeschlossen. Für alle anderen ICD-10-Codes wurden statistische Daten (Median, Modalwerte, Streuungsparameter, Balkendiagramme) bereitgestellt. Analog zur Delphi-Methode (Helmer-Hirschberg, 1967) wurden ebenfalls mögliche Ursachen für die Streuung auf Basis der interdisziplinären Vergleiche sowie kategorisierte Kommentare aus dem Delphi-Fragebogen für den Expert*innenworkshop aufbereitet. Die ICD-10-Codes wurden, soweit möglich, thematisch gruppiert und auf drei Arbeitsgruppen verteilt, wobei die Expert*innen entsprechend ihrer Expertise den Arbeitsgruppen zugewiesen wurden. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden anschließend im Plenum vorgestellt, wo noch Änderungswünsche oder Ergänzungen geäußert werden konnten.

Vergleich zwischen Pflegeheim-sensitiven und ambulant-sensitiven Krankenhausfälle

Nachdem die Vermeidungspotenziale im Workshop konsentiert wurden, wurden die Zusammensetzung und die Einschätzungen des Vermeidungspotenzials dieser Erkrankungen mit den Ergebnissen von Sundmacher et al. (Sundmacher et al., 2015) verglichen. Sie entwickelten eine Liste ambulant-sensitiver Diagnosen für den deutschen ambulanten Versorgungssektor. Sie gruppierten 258 ICD-10-Krankheiten, die in Delphi-Runden von Expert*innen als ambulant-sensitiv angesehen wurden, nach Krankheitskategorien in 40 Diagnosegruppen. Jede Gruppe umfasste drei- und vierstellige ICD-10-Diagnosen, da die potenzielle Vermeidbarkeit für einige ICD-10-Dreisteller nur den Unterkategorien (ICD-10-Viersteller) zugeschrieben wurde. Die potenzielle Vermeidbarkeit für jede dieser Gruppen wurde dann geschätzt und lag zwischen 55-96 % (Sundmacher et al., 2015). Von diesen Gruppen wiesen 22 eine geschätzte Vermeidbarkeit von mehr als 85 % auf und wurden als Kern-ambulant-sensitive Krankenhausfälle eingestuft (Sundmacher et al., 2015).

Die häufigsten ICD-10-Entlassungsdiagnosen bei Pflegeheimbewohner*innen, d. h. mit einer Häufigkeit von mindestens 0,1 %, sowie die Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle (PSK) wurden dann mit den ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASK) und den Kern-ASK verglichen. Dazu wurde zuerst ermittelt, welche der häufiger vorkommenden Krankenhausentlassungsdiagnosen unter PHB bzw. PSK auch in den ASK und Kern-ASK vorkommen. Anschließend wurde die Höhe des Vermeidungspotenzials für beide Versorgungssettings (ambulanter Sektor, Pflegeheimsetting) für die Diagnosen, für die beide Werte bekannt waren, verglichen.

5.3 Projektphase 3: Handlungsempfehlungen Gesamtausgabenextrapolation

Im Nachfolgenden wird die letzte Projektphase beschrieben, die mittels Maßnahmen und Interventionen den Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis als Ziel hatte. Handlungsempfehlungen und Fallbeispiele sollten dabei den Transfer erleichtern und verdeutlichen. Auch wurde eine Kostenextrapolation für das deutsche Gesundheitswesen durchgeführt, die beispielhaft vorrechnen sollte, wie die Implementierung der Handlungsempfehlungen durch die vorgebeugten Gesundheitssystemausgaben refinanziert werden könnte.

Entwicklung von Handlungsempfehlungen und Fallbeispielen

Im zweiten Teil des Expert*innenworkshop fand zur Verbesserung der bedarfsgerechten Versorgung der PHB ein Brainstorming zu möglichen Handlungsempfehlungen, Interventionen und

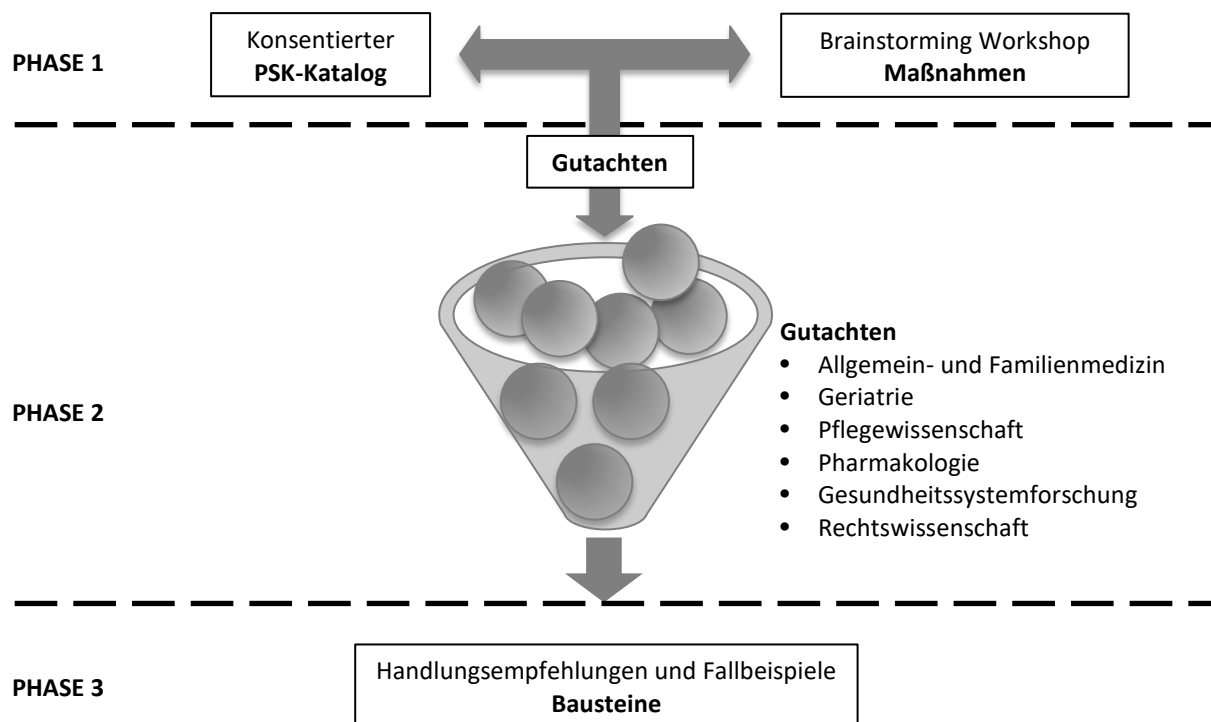
Strukturveränderungen statt, inklusive deren Rahmenbedingungen, Voraussetzungen, Umsetzungshürden sowie des geschätzten Zeithorizonts ihrer Wirksamkeit. Die Maßnahmen sollten nach erfolgreicher Implementierung zu einer Reduktion der Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle beitragen. Dazu wurden sechs Expert*innen und Teilnehmer des Expert*innenworkshops gebeten zu den ICD, die ein relevantes Vermeidungspotenzial aufwiesen, Impulsvorträge mit Fallbeispielen zu geben. Die Impulsvortragenden bekamen, als Datengrundlage für die Vorbereitung ihrer Impulse, vorab entsprechende Ergebnisse der Online-Befragungsrunden des Delphi-Verfahrens zugeschickt. Während des Workshops wurden die Ergebnisse mittels vorbereiteter Word-Dokumente und White-Screens ([MURAL](#)) sowie einer getrennt davon stattfindenden Protokollführung festgehalten. Sofern Expert*innen im Nachgang zum Workshop weitere Empfehlungen abgaben, wurden diese zusammen mit den Ergebnissen des Konsentierungsprozesses sowie des Brainstormings thematisch gebündelt zusammengefasst.

Die Übersicht der infrage kommenden Maßnahmen zwecks Reduzierung der Krankenhauseinweisungen unter PHB wurden zusammen mit den Ergebnissen der Online-Befragungsrunden sechs Gutachter*innen aus den Bereichen Geriatrie, Allgemein- bzw. Familienmedizin, Pflegewissenschaft, Rechtswissenschaft, Pharmakologie und Gesundheitssystemforschung zur Verfügung gestellt. Drei Gutachter, für das Gutachten im Bereich der Pflegewissenschaft, der Allgemeinmedizin und der Geriatrie, waren auch Teil des Expertenpanels des Delphi-Verfahrens zur Konsentierung der PSK. Da in den Gutachten jedoch nicht die Ermittlung der PSK und die Höhe des Vermeidungspotenzials begutachtet, sondern Maßnahmen, die zur Vermeidung der PSK beitragen können, entwickelt wurden, wird dies als unproblematisch eingeschätzt. Dementsprechend wurden allen Gutachter in inhaltlich vergleichbarer Weise sowohl der Prozess als auch die Erkenntnisse der PSK-Konsentierung vermittelt. Die sechs Expert*innen zeigten jeweils im Rahmen eines (wissenschaftlichen) Kurzgutachtens im Umfang von ca. 3.000-5.000 Wörtern Potenziale und Hürden der Vermeidung von PSK im Spiegel ihres professionellen Hintergrunds auf und gaben Hinweise für die praktische Verwertbarkeit. Dabei wurden ausdrücklich nicht nur Maßnahmen und Konzepte angeführt, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden können und im Hinblick auf vorhandene Ressourcen nicht oder nur unter besonderen Bedingungen realisierbar sind, sondern explizit auch sektorenübergreifende und systemverändernde Konzepte einbezogen.

Die Einladung, die Umschreibung des „Arbeitsauftrags“ und Themen, die für das Kurzgutachten beachtet werden sollten, wurden per E-Mail den Gutachter*innen vorgelegt (vgl. Anlage 8). In Anlage 9 ist die Vorlage für das Kurzgutachten aufgenommen. In Abbildung 4 sind die Entwicklungsphasen sowie das Ergebnis bezüglich der Handlungsempfehlungen dargestellt.

Die Gutachten benannten Empfehlungen für mögliche Interventionen und Maßnahmen, die zur Vermeidung der PSK beitragen können und wurden qualitativ ausgewertet (Inhaltsanalyse nach Mayring (2014)). Handlungsempfehlungen wurden in Kategorien zusammengefasst. Ihre Bedeutung wurde u.a. durch Berücksichtigung von Mehrfachnennungen durch das Forschungsteam bewertet.

Abbildung 4. Entwicklungsphasen bei der Ausarbeitung von Handlungsempfehlungen und Fallbeispielen



Extrapolation der Ausgaben für potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte

Im Anschluss an das Expert*innenkonsensverfahren, auf dessen Grundlage ein Konsens über eine Liste von Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen erzielt wurde, haben wir anhand der Krankenversicherungsdaten der Sekundärdatenanalyse die Gesamtausgaben berechnet, die mit vermeidbaren Krankenhauseinweisungen aus Pflegeheimen in Deutschland verbunden sind. Wir verwendeten Daten von sechs Krankenkassen, um die Gesamtausgaben im Zusammenhang mit Krankenhausfällen für jede Diagnose zu ermitteln, und Daten des Statistischen Bundesamtes, um die Gesamtzahl der in Deutschland in Langzeitpflegeeinrichtungen lebenden Menschen zu bestimmen (Destatis, 2018b). Die Gesamtausgaben pro ICD-10-Code wurden ermittelt aus der Multiplikation der Fallzahl mit den durchschnittlichen Fallkosten für jede ICD-10-Diagnose (beides Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse). Dies wurde für alle ICD-10-Codes, die einen Häufigkeitsanteil von $\geq 0,1\%$ hatten, durchgeführt, also automatisch auch für alle in der Liste enthaltenen PSK. Die Fallzahl bzw. die Gesamtausgaben multipliziert mit dem Anteil der potenziellen Vermeidbarkeit (Ergebnis des Delphi-Verfahrens) ergab dann die potenziell vermeidbare Fallzahl bzw. die potenziell vermeidbaren Krankenhauskosten. Das Erreichen einer Vermeidung setzt voraus, dass die ermittelten sektorenübergreifenden und strukturellen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen gegeben wären. Die Summierung der Fallzahlen und Gesamtausgaben ergab eine Schätzung des Präventionspotenzials innerhalb der Stichprobe.

Diese Gesamtkosten für sämtliche ICD-10-Diagnosegruppen wurden dann mit einem Hochrechnungsfaktor multipliziert, um das Potenzial für Deutschland insgesamt darzustellen. Der Hochrechnungsfaktor ergab sich aus der Anzahl der Pflegeheimbewohner*innen in Deutschland geteilt durch die Anzahl der Pflegeheimbewohner*innen in der Stichprobe der Sekundärdaten. Die hochgerechneten Fallzahlen bzw. Ausgaben wurden für einzelne Diagnosegruppen und insgesamt ermittelt.

Anhand der Sekundärdaten wurden drei häufig vorkommende und daher für die Praxis relevante Diagnosen bzw. Diagnosegruppen ausgemacht und beispielhaft dargestellt. Für die drei ausgewählten Diagnosegruppen wurden Handlungsempfehlungen, die aufgrund der Gutachten sinnvoll erschienen, beschrieben. Anhand der diagnosespezifischen Vermeidungspotenziale sowie deren Hochrechnung für Deutschland wurde das Präventionspotenzial berechnet. Die drei Fallbeispiele sollten eine Sensibilisierung des Personals aus allen beteiligten Sektoren für PSK herbeiführen und mögliche Handlungsempfehlungen zur PSK-Vermeidung verdeutlichen. Dazu wurden die Fallbeispiele auf einer eigens dafür entwickelte Webseite² dargestellt.

6. Projektergebnisse

Die Hauptziele dieser Studie waren die Entwicklung eines PSK-Katalogs sowie das Zusammentragen von Maßnahmen, die dazu führen können, die potenziell im Kontext des Pflegeheims vermeidbaren Krankenhausfälle zu reduzieren. Die Relevanz für Deutschland wird über eine Extrapolation der ermittelten Fallzahl- und Kosten-Daten aus der Sekundärdatenanalyse dargestellt, wobei die im Delphi-Verfahren ermittelten Vermeidungspotenziale angesetzt wurden.

Der PSK-Katalog ist in Tabelle 7 in K. 6.2 bzw. mit Bezug zum deutschen Gesundheitswesen in Tabelle 9 in K. 6.3.1 sowie in Tabelle 11 im Anhang dargestellt. Die vermeidbare Fallzahl und das Präventionspotenzial für das deutsche Gesundheitswesen ist in K. 6.3.1 beschrieben (z.B. in Tabelle 8 und Abbildung 7) sowie im Detail im Anhang in Tabelle 12 dargestellt. Die Maßnahmen zur Vermeidung der PSK sind in K. 6.3.2 in Abbildung 8 in sechs Bausteinen zusammengefasst. Diese Bausteine werden anschließend mit ihren Handlungsempfehlungen im Detail erläutert. Die Gutachten, die die Grundlage für diese Handlungsempfehlungen bildeten, finden sich in Anlage 10 bis Anlage 15.

Anhand dreier Fallbeispiele (vgl. K. 6.3.2 und Anlage 17 bis Anlage 19) wird ein Praxistransfer aufgezeigt. Für einige unter PHB häufiger vorkommende Diagnosen werden beispielhaft Handlungsempfehlungen beschrieben und anhand der ermittelten Vermeidungspotenziale dann die Hochrechnung des Präventionspotenzials unter optimierten Versorgungsbedingungen visualisiert.

Nachfolgend werden die einzelnen Projektphasen mit ihren Projektentwicklungen und Ergebnissen detailliert vorgestellt.

6.1 Projektphase 1: Sekundärdatenanalyse

Gemäß unserem Data Request (vgl. Anlage 1) erhielten wir von sechs deutschen gesetzlichen Krankenversicherungen Daten zu 242.236 Pflegeheimbewohner*innen. Sofern die Daten in einem abweichenden Format geliefert wurden, haben wir die Datensätze bereinigt und aufbereitet, sodass sie zu einem Gesamtdatensatz aggregiert werden konnten. Die Daten umfassten den ICD-10-Code, seinen Anteil an Krankenhauseinweisungen aus dem Pflegeheim/der Langzeitpflege, die Geschlechter- und Altersverteilung (kategorisiert in 5-Jahres-Strata) und die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Fall. Die Alters- und Geschlechterverteilung ist in Tabelle 4 dargestellt, die geschlechterspezifische Anzahl der Krankenhauseinweisungen, die Krankenhauseinweisungsanteile und Verhältnisannteile sind in Tabelle 5 aufgeführt. Die von sechs Krankenkassen erhaltenen Daten wurden zusammengeführt und die Ergebnisse sind im Anhang in Tabelle 10 dargestellt. Diese Tabelle zeigt alle Krankenhausentlassungsdiagnosen mit einer Häufigkeit von mindestens 0,1 % in unserer Stichprobe, sortiert nach ihrer Häufigkeit in absteigender Reihenfolge, zusammen mit einer kurzen Beschreibung des ICD-10-Codes, den

² www.pflegeheim-sensitive-krankenhausfaelle.de

Fallzahlen, dem prozentualen sowie dem kumulativen Anteil der Krankenhausentlassungsdiagnosen aus der Langzeitpflege und den durchschnittlichen Kosten pro Fall für jeden ICD-10-Code.

Tabelle 4. Alters- und Geschlechtsverteilung der zusammengeführten Krankenkassendaten von Pflegeheimbewohner*innen

Altersgruppe	Durchschnittliche Anzahl			Durchschnittlicher Prozentanteil		
	m	w	gesamt	m	w	gesamt
0-14	215	323	538	0,09 %	0,13 %	0,22 %
15-19	459	291	750	0,19 %	0,12 %	0,31 %
20-24	625	538	1.163	0,26 %	0,22 %	0,48 %
25-29	1.035	916	1.951	0,43 %	0,38 %	0,81 %
30-34	1.276	949	2.225	0,53 %	0,39 %	0,92 %
35-39	1.257	996	2.253	0,52 %	0,41 %	0,93 %
40-44	1.376	1.019	2.395	0,57 %	0,42 %	0,99 %
45-49	1.921	1.711	3.632	0,79 %	0,71 %	1,50 %
50-54	3.112	2.658	5.770	1,28 %	1,10 %	2,38 %
55-59	3.903	3.292	7.195	1,61 %	1,36 %	2,97 %
60-64	4.298	3.563	7.861	1,77 %	1,47 %	3,25 %
65-69	5.011	4.540	9.551	2,07 %	1,87 %	3,94 %
70-74	5.271	6.638	11.909	2,18 %	2,74 %	4,92 %
75-79	9.048	16.556	25.604	3,74 %	6,83 %	10,57 %
80-84	10.454	29.364	39.818	4,32 %	12,12 %	16,44 %
85-89	9.917	40.872	50.789	4,09 %	16,87 %	20,97 %
≥90	8.140	60.692	68.832	3,36 %	25,05 %	28,42 %
Gesamt	67.317	174.919	242.236	27,79 %	72,21 %	100,00 %
Gesamt ≥65 Jahre alt:			206.503			85,25 %

Tabelle 5. Geschlechterdifferenzierte Anzahl der Krankenhausaufenthalte, Anteil der Krankenhausaufenthalte und Verhältniszahlen

	Anzahl der PHB*	Anteil der PHB an der Gesamtstichprobe	Anzahl der hospitalisierten PHB	Totale Zahl der Hospitalisierungen	Anteil der Hospitalisierungen an der Gesamtstichprobe	Verhältnis der totalen Zahl der Hospitalisierungen zur totalen Zahl der hospitalisierten PHB
	(A)	(A/242,236)	(B)	(C)	(B/A)	(C/B)
Männlich	67.317	28 %	32.275	62.302	48 %	1,93
Weiblich	174.919	72 %	74.679	124.269	43 %	1,66
Total	242.236	100 %	106.954	191.174	44 %	1,79

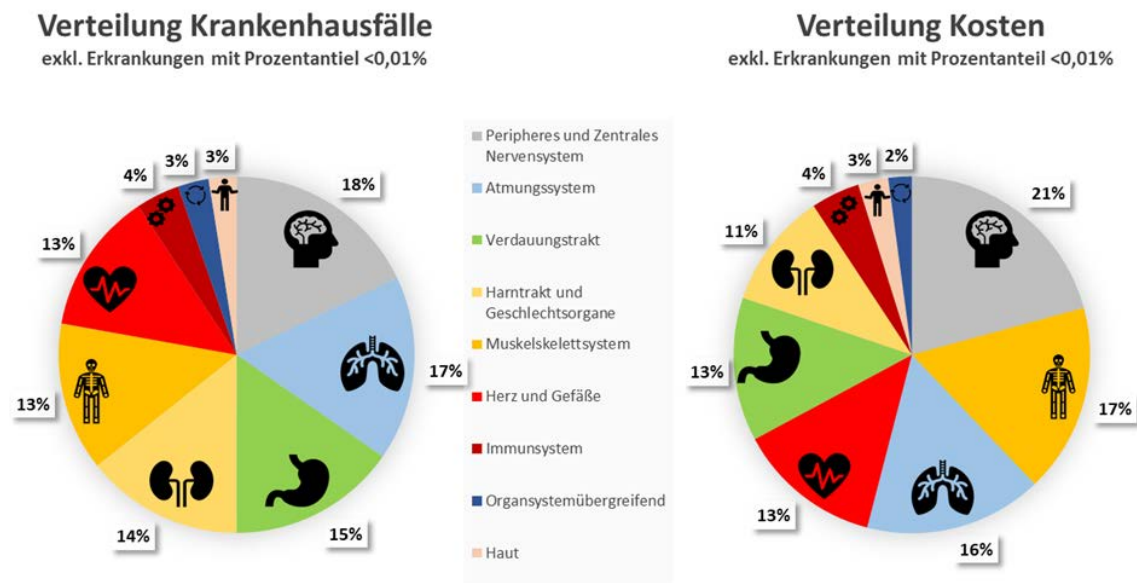
*PHB: Pflegeheimbewohner*in

Über 85 % der Pflegeheimbewohnenden in unserer Stichprobe waren mindestens 65 Jahre alt (206.503 Personen der Gesamtstichprobe; Tabelle 4). Im aggregierten Datensatz wurden 44 % der voll versicherten Pflegeheimbewohnenden im Krankenhaus behandelt. Im Jahr 2017 kamen somit 79 Krankenhauseinweisungen auf 100 Pflegeheimbewohnenden (Tabelle 5). Der Anteil der Personen mit einem oder mehreren Krankenhausaufenthalten war bei den Männern (48 %) etwas höher als bei den Frauen (44 %; Tabelle 5).

Insgesamt machten die 25 häufigsten Entlassungsdiagnosen 97.378 Fälle aus (Tabelle 10 im Anhang), was etwa die Hälfte aller Krankenhausfälle war. Etwa ein Drittel aller Krankenhausfälle entfiel auf eine der folgenden Diagnosen: Herzinsuffizienz, Lungenentzündung, Oberschenkelbruch, Dehydrierung, Erkrankungen der ableitenden Harnwege, Schädelverletzungen, Sepsis, Hirninfarkt und Epilepsie. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems führten am häufigsten zu einer stationären Behandlung von Pflegeheimbewohnenden (18 %), dicht gefolgt von Erkrankungen der Atemwege (17 %) und des Verdauungstraktes (15 %). Bei der Verteilung der Behandlungskosten ergab sich teilweise eine andere Rangfolge. Der größte Anteil der Kosten entfiel auf neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall und Epilepsie (21 %), gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (17 %), des Atmungssystems (16 %) und des Herz-Kreislauf-Systems (13 %). Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ist besonders interessant, dass in den einzelnen Organsystemgruppen ein besonders hoher Anteil der Kosten auf wenige Entlassungsdiagnosen entfiel. Dazu gehören Frakturen bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen (über 80 %) und Lungenentzündungen bei den Atemwegserkrankungen (fast 60 %). Die Verteilung der Fälle und Kosten über die Organsysteme ist in Abbildung 5 veranschaulicht.

Die durchschnittlichen Kosten für einen Krankenhausfall eines Pflegeheimbewohnenden im Jahr 2017 in der Stichprobe betragen 4.030 € (191.174 Krankenhausaufenthalte mit Krankenhauskosten von insgesamt 770.368.090 €, vgl. Tabelle 10 im Anhang und Tabelle 8 in Abschnitt 6.3). Den definierten Grenzwert von 0,1 % Anteil an allen Krankenhausfällen berücksichtigend, wurden 117 verschiedene ICD-10-Diagnosen für die nachfolgende angepasste Delphi-Studie berücksichtigt (insgesamt 157.322 Fälle).

Abbildung 5. Gesamtanteil der Krankenhausfälle sowie der Krankenhauskosten nach Organsystem



6.2 Projektphase 2: Modifiziertes Delphi-Expert*innenkonsensverfahren

Expert*innenakquise und Stichprobengröße

Wir konnten unser im Protokoll festgelegtes Rekrutierungsziel von n = 100 Expert*innen für die Delphi-Studie mit insgesamt 107 Teilnehmer*innen übertreffen. Von den 107 Expert*innen, die an der ersten Runde der Delphi-Studie teilnahmen, hatten 104 (97,2 %) ihren Namen und ihre E-Mail-Adresse angegeben und wurden zur zweiten Runde eingeladen. Von diesen folgten 96 (92,3 %) der Einladung (Tabelle 6) und 95 schlossen die zweite Runde erfolgreich ab, sodass die

Antworten verwertbar waren (effektive Responserate 91 %). Es gab keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Alter, Geschlecht und Berufserfahrung zwischen Befragten und Nicht-Befragten (MWU-Test; $p=0,402$, $p=0,612$ bzw. $p=0,746$). In Tabelle 6 ist die geplante sowie die tatsächliche Zusammensetzung des Expert*innenpanels für die Online-Befragungen dargestellt. Daraus wird ersichtlich, dass in der zweiten Runde 95% der geplanten Gruppengröße erreicht wurde. Die Responserate war über alle vier Fachbereiche gleichmäßig verteilt und überstieg das vorher festgelegte Kriterium einer minimalen 70%-igen Responserate (Sumsion, 1998). Dadurch entfiel eine fachbereichsspezifische ergänzende Rekrutierung.

Tabelle 6. Geplante und tatsächliche Zusammensetzung des Delphi-Expert*innenpanels für die Online-Befragungen

Hintergrund	Fachrichtung	Geplante Anzahl	Runde 1	Runde 2	Response-rate	Anteil realisiert
Praktisch, ärztlich	Vertragsärzt*innen, (ambulant)*	30	31	29	94 %	97 %
Praktisch, ärztlich	Klinikärzt*innen*	30	**34	**30	**88 %	100 %
Praktisch, Pflege	Pflege(heim)personal	30	31	26	84 %	87 %
Wissenschaftlich	Personen tätig in Bereichen der Medizin, Pharmakologie/ Pharmazie, Pflegewissenschaft...	10	11	11	100 %	110 %
Erhaltene vollständige Fragebögen			107	96	90 %	96 %
Erreichbarkeit per E-Mail für 2. Runde**			**104	96	**92 %	96 %
Exklusion Fragebögen mit zu 97 % nicht verwertbaren Antworten				1		
Summe verwertbare Fragebögen		100	107	95	**91 % (95/104)	95 %

* Aus relevanten Fachgruppen/-abteilungen nach den Ergebnissen der Sekundärdatenanalyse.

** Lediglich 31 der 34 Klinikärzt*innen der ersten Runde hatten ihre E-Mail-Adresse angegeben. Somit konnten für die zweite Runde nur 104 der 107 Personen angeschrieben werden und die effektive Responserate ist höher.

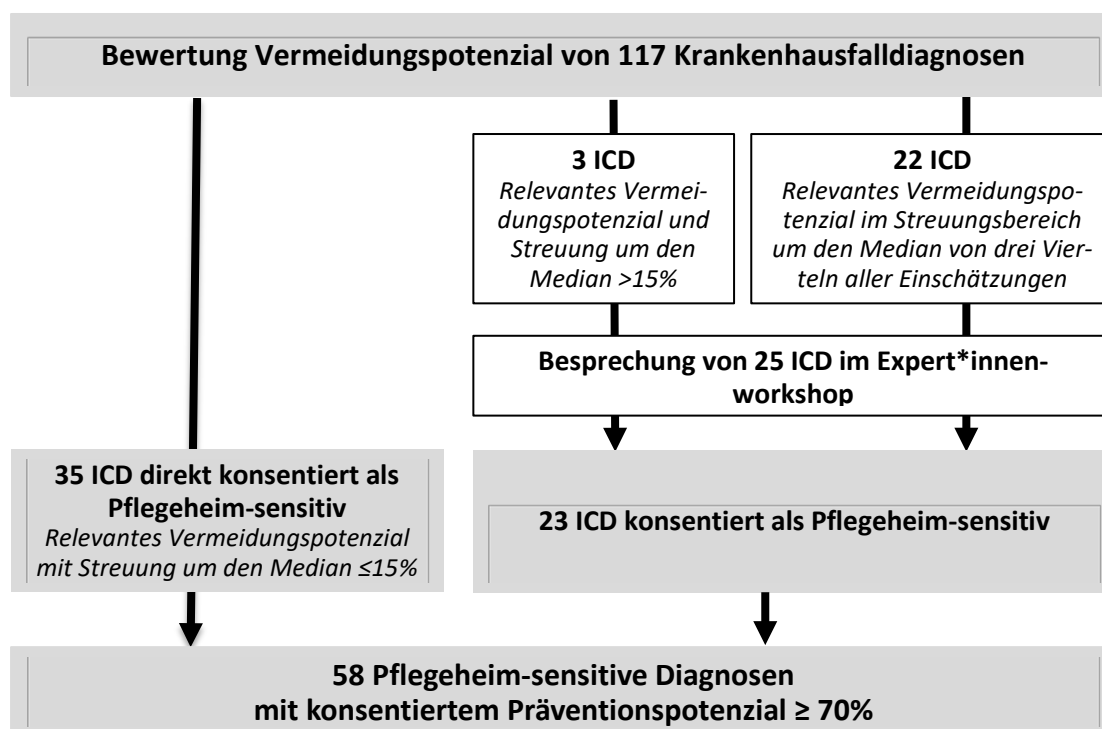
Online-Befragungsrunden

Einzelheiten zur Einschätzung der Expert*innen hinsichtlich der Vermeidbarkeit von Krankenhausaufenthalten in Pflegeheimen nach den Delphi-Runden und dem Expert*innenworkshop sind in Tabelle 11 im Anhang aufgeführt. In der ersten Delphi-Runde schätzten die Expert*innen den Anteil der potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalte der 117 ICD-10-Codes, die in der vorangegangenen Projektphase auf der Grundlage der Sekundärdatenanalyse von Routinedaten der Krankenkassen identifiziert wurden. Die Expert*innen wurden gebeten, die Vermeidungspotenziale unter der Annahme optimaler pflegerischer und struktureller Versorgungsbedingungen einzuschätzen. In den Fällen, in denen ICD-10-Codes von mehr als 5 % der Expert*innen nicht eingeschätzt wurden, überprüften wir die Kommentare der Expert*innen auf Hinweise bezüglich evtl. Schwierigkeiten bei der Einschätzung der potenziellen Vermeidbarkeit einzelner ICD-10-Codes. Dies betraf 20 der 117 ICD-10-Codes (17 %). Um weitere Einschätzungsschwierigkeiten zu vermeiden, wurden für diese ICD-10-Codes Hinweise in die Erläuterungen aufgenommen und/ oder deren Layout für die zweite Delphi-Runde angepasst (vgl. Anlage 3). Außerdem war vorgesehen, ICD-10-Codes auszuschließen, wenn mindestens 75 % der Expert*innen in der ersten Runde die Vermeidbarkeit mit Null bewerteten. Diese Bedingung wurde nie erfüllt. Zweitens sollten ICD-10-Codes kombiniert werden, wenn die Krankheiten in Bezug auf Symptome/Diagnose/Prognose/Behandlung sowie der Anteil der potenziellen Vermeidbarkeit nahezu identisch waren. Zwei Bedingungen für eine "nahezu identische potenzielle Vermeidbarkeit" mussten erfüllt sein: Die Mediane der geschätzten Vermeidbarkeit durften nicht um mehr als 5 % voneinander abweichen, und die Grenzen des Interquartilsabstands (IQR)

sollten weniger als 10 % auseinanderliegen. Beide Bedingungen wurden nicht ausreichend erfüllt. Daher wurden in der zweiten Runde alle 117 Krankenhausentlassungsdiagnosen erneut bewertet.

Beim Vergleich der Antworten der beiden Delphi-Runden fanden wir keine Unterschiede in den medianen Schätzungen der Vermeidbarkeit der 117 ICD-10-Codes; die Streuung nahm jedoch deutlich ab. Der Bereich des IQR verringerte sich für alle ICD-10-Codes insgesamt von durchschnittlich 42,3 % auf 5,5 %. Vergleicht man die Einschätzungen der jeweiligen Teilnehmer*innen in den beiden Online-Delphi-Befragungsrunden, so lagen beide Einschätzungen sehr nahe beieinander: Die mediane Differenz zwischen Runde 1 und 2 betrug maximal 5 % für 114 der 117 ICD-10-Codes und maximal 10 % für die drei übrigen ICD-10-Codes.

Abbildung 6. Auswahlprozess der im Expert*innenworkshop zu besprechenden ICD-10-Codes nach der zweiten Befragungsrunde



Für 34 der 117 ICD-10-Codes gaben die vier Expert*innengruppen statistisch signifikant unterschiedliche Schätzungen zur Vermeidbarkeit ab. Im Durchschnitt unterschieden sich die Einschätzungen nur um 5 % und für einzelne ICD-10-Codes um maximal 15 %. In den meisten dieser 34 Fälle gaben die Kliniker*innen etwas niedrigere Anteile an. Ein statistisch signifikanter Unterschied von 5 % im Median zwischen Männern (Median bei 25 %) und Frauen (Median bei 30 %) wurde nur für einen der 117 ICD-10-Codes festgestellt. Alle Altersgruppen der Expert*innen (unter 40 Jahre alt (N = 29), 40-49 Jahre alt (N = 20), 50-59 Jahre alt (N = 25) und 60 Jahre oder älter (N = 20)) waren konsistent in ihren Bewertungen der potenziellen Vermeidbarkeit. Für 114 von 117 ICD-10-Codes betrug der Unterschied im geschätzten Anteil der potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalte zwischen den einzelnen Altersgruppen (Median) maximal 5 %. Der größte festgestellte Unterschied betrug 10 % (nur für einen ICD-10-Code). Die Einschätzungen verschiedener Altersgruppen unterschieden sich bei sechs Diagnosen. Die Anteile der geschätzten potenziellen Vermeidbarkeit der Krankenhausaufenthalte lagen dabei im Durchschnitt nur 2,5 % und nie mehr als 7,5 % auseinander.

Für 60 ICD-10-Codes galt, dass der Streuungsbereich mit drei Vierteln aller Einschätzungen ein relevantes Vermeidungspotenzial ($\geq 75\%$) enthielt. Für 12 dieser ICD-10-Codes wurde die potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisungsrate sogar auf mindestens 90 % geschätzt. 35 der 60 ICD-10-Codes hatten ein relevantes Vermeidungspotenzial und wurden eindeutig eingeschätzt (Streuung um den Median von drei Vierteln aller Expert*inneneinschätzungen für den jeweiligen ICD-10-Code $\leq 15\%$). Die restlichen 25 der 60 ICD-10-Codes wurden für den Konsensprozess des Expert*innenworkshops aufbereitet (vgl. Tabelle 11 im Anhang; im Workshop diskutierte ICD-10-Codes in kursiver Schrift). In Abbildung 6 wird der Auswahlprozess der im Workshop zu besprechenden ICD-10-Codes verdeutlicht.

Tabelle 7. Liste der Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle sortiert nach medizinischem Fachbereich

Fachbereich*	Lfd. Nr.	Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle (PSK)	ICD-10-Codes	Anzahl ICD
IM	1	Diabetes mellitus, Typ2	E11	1
	2	Volumenmangel und sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	E86, E87	2
	3	Magen-/Darmgeschwüre und Entzündungen, ösophageale Refluxerkrankung, funktionelle Darmstörungen, Schluckstörung	K08, K21, K25, K26, K29, K52, K57, K59, K62, R13	10
	4	Darminfektionen	A04, A08, A09, R11	4
	5	Anämien verschiedener Herkunft	D50, D64	2
URO	6	Chronische Nierenkrankheit, Zystitis, sonstige Krankheiten des Harnsystems	N18, N30, N39	3
NEUR	7	Demenz (vaskulär bedingt oder Alzheimer, Primäres Parkinson-Syndrom)	F01, G20, G30	3
	8	Psychische Störungen, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen, Depressivität, schizoaffektive Störungen und Schizophrenie, Delir	F05, F06, F07, F10, F20, F32, F33	7
	9	Sonstige Krankheiten des Nervensystems (MS, Epilepsie)	G35, G40	2
Auge	10	Cataracta Senilis	H25	1
KARDIO	11	Hyper-, Hypotonie, Atherosklerose, Herzinsuffizienz, Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	I10, I50, I70, I80, I95	5
HNO	12	Sonstige akute/chronische Infektionen der unteren Atemwege und Grippe, Hals- und Brustschmerzen	J10, J20, J22, J40, J44, R07	6
Haut	13	Hautinfektionen, Dekubitalgeschwüre und Druckzone, Hautkrebs exkl. Melanom	A46, C44, L02, L89	4
ORTHO	14	Rückenschmerzen, Störungen des Ganges und der Mobilität	M54, R26	2
	15	Oberflächliche Verletzungen verschiedener Körperteile	S00, S01, S20, S30, S70, S80	6
Gesamtzahl der PSK				58

* IM: Innere Medizin, URO: Urologie, NEUR: Neurologie, Auge: Ophthalmologie, KARDIO: Kardiologie, HNO: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut: Dermatologie, ORTHO: Orthopädie

Insgesamt konnten nach dem Workshop mit 16 Expert*innen alle Prozentanteile für potenziell vermeidbare Krankenhausfälle bestätigt werden und es wurden 58 ICD-10-Codes mit einer geschätzten potenziellen Vermeidbarkeit von mindestens 70 % für die Liste der Pflegeheim-sensitiven Bedingungen identifiziert. Tabelle 7 zeigt sie nach medizinischen Fachbereichen sortiert. In Tabelle 11 im Anhang sind die Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle (PSK) im grau hinterlegten Tabellenteil mit medianem Vermeidungspotenzial und Streuungswerte dargestellt. Von den 58 PSK entfallen insgesamt 19 Diagnosen auf den Bereich der Inneren Medizin (wie Diabetes mellitus, Typ 2, Magen-Darm-Infekte). Weitere 12 gehören zum Versorgungsbe- reich der Neurologie (z. B. Demenz, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder auch Depression). Bei den orthopädischen Diagnosen sind es vor allem die Sturzfolgen bei der eine

Einweisung häufig vermieden werden könnte (acht Diagnosen zu oberflächlichen Verletzungen). Wie aufgrund der Pilotstudie zu diesem Projekt von Bohnet-Joschko et al. zu erwarten (Bohnet-Joschko & Zippel, 2016), sind auch respiratorische Diagnosen unter den PSK (sechs Diagnosen, vor allem Atemwegsinfekte). 15 weitere Diagnosen entfallen auf unter anderem Cataracta senilis, Harnwegsinfekte, Hautinfektionen, Hypertonie und Atherosklerose.

Vergleich von Pflegeheim-sensitiven mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

Für den Vergleich der Pflegeheim-sensitiven Diagnosen mit den ambulant-sensitiven Diagnosen wurde überprüft, ob die 117 ICD-10-Codes in den ambulant-sensitiven Diagnosegruppen vorkommen. In Tabelle 11 im Anhang wurden die letzten drei Spalten hinzugefügt, um die Ergebnisse dieser Überprüfung darzustellen. Vergleicht man die 58 Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle mit den ambulant-sensitiven Krankenhausfällen (ASK), so zeigte sich, dass nur 28 PSK ganz (dreistellige ICD-10-Codes) und 7 nur zum Teil (vierstellige ICD-10-Codes) in den ambulant-sensitiven Diagnosen vorkamen. Somit waren 60 % (35/58) der PSK auch teilweise oder vollständig ASK, und 40 % nicht.

Erweitert man diesen Vergleich auf alle bei Pflegeheimbewohnenden häufig vorkommenden Erkrankungen, so waren nur 29 der 117 ICD-10-Codes ganz und weitere 10 nur zum Teil ambulant-sensitiv. Somit waren nur 33 % (39/117) der unter den Pflegeheimbewohner*innen häufig vorkommenden ICD-10-Codes teilweise oder vollständig ambulant-sensitiv und 67 % nicht.

Sundmacher veröffentlichte auch Kerngruppen der ambulant-sensitiven ICD-10-Codes mit einem minimalen Vermeidungspotenzial von 85 %. Insgesamt 27 (47 %) Pflegeheim-sensitive Diagnosen gehörten zu diesen Kern-ASK (23 vollständig (dreistellige ICD-10) und vier nur teilweise (vierstellige ICD-10)) und 53 % nicht. Von allen 117 unter Pflegeheimbewohnenden häufig vorkommenden ICD-10-Codes tauchten 31 (26 %) Diagnosen teilweise (7 vierstellige ICD-10-Codes) oder vollständig (24 dreistellige ICD-10-Codes) in dieser Kernliste auf, und 74 % dementsprechend nicht.

Auf der anderen Seite waren 178 der 258 ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalte (drei- und vierstellige Ebene) nicht in der Pflegeheim-sensitiven Liste aufgeführt (69 %).

Nur für die Kerngruppen der ambulant-sensitiven Diagnosen waren den Autor*innen die Vermeidbarkeitsschätzungen bekannt. Daher wurde das Vermeidungspotenzial nur für 31 der 117 ICD-10-Codes sowie für 27 der PSK mit ihrem Gegenstück in den Kern-ASK verglichen. Für die 27 PSK betrug der minimale und maximale Unterschied zwischen den beiden Gruppen -9 % bzw. +23 %. Bei 12 ICD-10-Codes lag das Vermeidungspotenzial der beiden Listen nur 5 % auseinander. Bei den übrigen vier häufiger in Pflegeheimen vorkommenden Erkrankungen lag der Unterschied zwischen -18 % und -41 %.

Unsere Ergebnisse zeigen also, dass Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle nicht mit ambulant-sensitiven Krankenhausfälle verglichen werden können: Sowohl die Diagnosen als auch die Schätzungen der Vermeidbarkeit unterschieden sich zwischen den beiden Settings.

6.3 Projektphase 3: Gesamtausgabenextrapolation und Handlungsempfehlungen

Aufgrund des konsentierten PSK-Katalogs sowie der Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse konnten mithilfe der Fallkosten und des Fallaufkommens die Gesamtausgaben für Deutschland extrapoliert werden. Daran zeigt sich auch die Relevanz der PSK für das deutsche Gesundheitswesen.

6.3.1 Gesamtausgabenextrapolation

Im Jahr 2017 gab es in Deutschland 3,4 Millionen Pflegebedürftige, von denen 818.289 in Pflegeheimen lebten (Destatis, 2018b). Mit 242.236 Versicherten in stationärer Pflege repräsentiert unsere Studienpopulation rund 29,6 % aller Pflegeheimbewohnenden in Deutschland. Aus unserer Stichprobe ergaben sich 191.174 Krankenhausfälle in einem Jahr. Die jährliche Inzidenz betrug somit etwa 0,79 Krankenhausfälle pro Versichertem in stationärer Pflege (191.174/242.236). Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse der Stichprobe, die Hochrechnung für Deutschland auf Basis der Routinedaten der sechs Krankenkassen sowie Zahlen des statistischen Bundesamtes zu stationär versorgten Pflegebedürftigen aus dem gleichen Jahr (2017) und schließlich die Berechnungen in Bezug auf Pflegeheim-sensitive Erkrankungen.

Tabelle 8. Extrapolation der Kosten auf der Grundlage der Analyse von Routinedaten der Krankenkassen für Deutschland*

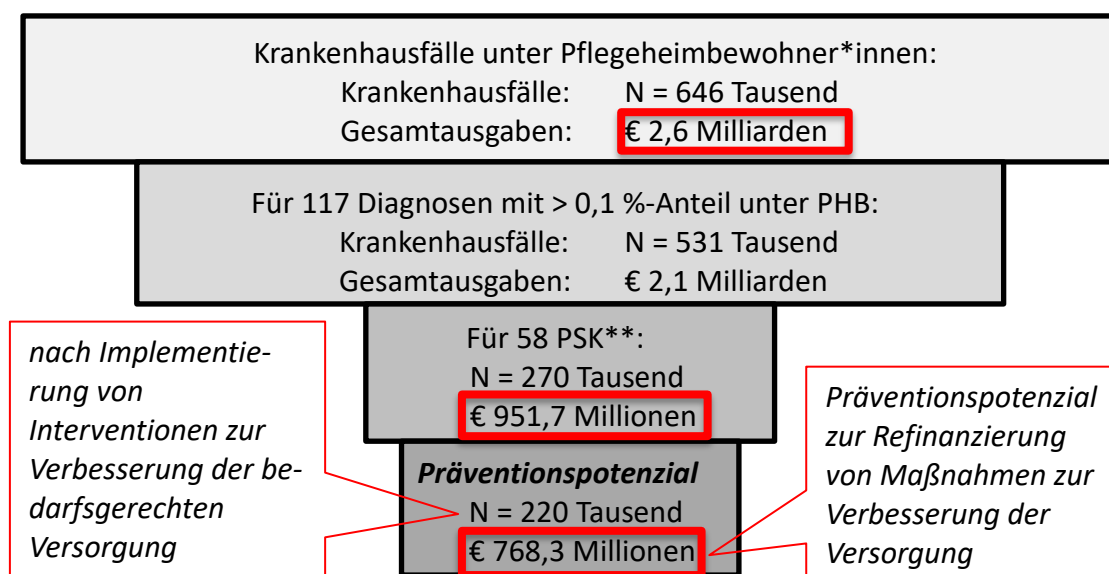
Details ausgewählter ICD-10- Codes [^]		Anzahl der Hospitalisierungen	Ausgaben für Hospitalisierungen
Für alle ICD-10-Codes	für unsere Stichprobe	191.174	770.368.090 €
	für Deutschland	645.798	2.602.353.631 €
Nur für die 117 ICD-10-Codes inkludiert in dem Online-Tool	für unsere Stichprobe (% aller ICD-10-Codes)	157.322 (82,29 %)	632.505.610 € (82,10 %)
	für Deutschland	531.444	2.136.645.184 €
Nur für die 58 ICD-10 Krankenhausfälle, die als Pflegeheim-sensitiv konsentiert wurden	für unsere Stichprobe (% aller ICD-10-Codes) (% der 117 inkludierten ICD-10-Codes)	79.979 (41,84 %) (50,84 %)	281.713.203 € (36,57 %) (44,54 %)
	für Deutschland	270.174	951.654.564 €
Von denen wären potenziell vermeidbar	für unsere Stichprobe	65.133	227.439.230 €
	für Deutschland	219.955	768.304.547 €

* Multiplikationsfaktor für die Hochrechnung der Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse der Krankenkassendaten auf die Situation in Deutschland: Anzahl der Pflegeheimbewohner*innen in Deutschland/Stichprobenumfang (818.289/242.236).

[^] International Classification of Diseases, 10. Revision, Deutsche Ausgabe (ICD-10-GM), eine direkte Übersetzung der ICD-10-Codes der WHO in die deutsche Sprache.

Die Hochrechnung prognostiziert insgesamt etwa 646.000 Krankenhausfälle pro Jahr für alle Pflegeheimbewohnenden in Deutschland (818.289/242.236*191.174) mit einem Gesamtkostenaufwand für Krankenhauseinweisungen in der Pflegeheimpopulation von über 2,6 Milliarden €. Etwa 220.000 Krankenhausaufenthalte könnten vermieden werden, wenn Maßnahmen zugunsten einer stärkeren bedarfsgerechten Versorgung von Pflegeheimbewohnenden durchgeführt würden. Bei wirksamen Maßnahmen könnten die dafür erforderlichen Ausgaben aus den eingesparten Mitteln (etwa eine dreiviertel Milliarde Euro) bestritten werden. Diese Mittel sind damit als Präventionspotenzial anzusehen. Die Relevanz von häufigen Krankenhausaufenthalten in Pflegeheimen sowie von Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen ist für Deutschland in Abbildung 7 dargestellt. In Tabelle 12 im Anhang werden aufgrund der Ergebnisse von Phase 1 und 2, hochgerechnet für Deutschland, für die PSK das Präventionspotenzial aufgrund von Fallaufkommen, Vermeidungspotenzial sowie durchschnittlichen Krankenhauskosten pro Fall dargestellt.

Abbildung 7. Relevanz der Pflegeheim-sensitiven Bedingungen für das deutsche Gesundheitswesen*



* Hochrechnung für Deutschland auf Basis der Daten von sechs gesetzlichen Krankenkassen
 ** PSK: Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle

In Tabelle 9 sind die PSK nach Organsystem bzw. Erkrankungskategorie zusammengefasst dargestellt. Hinsichtlich Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle sind Harnwegserkrankungen zusammen mit Problemen beim Volumenhaushalt unter PHB am häufigsten (Fälle-Anteil 8,4 %). An zweiter Stelle folgen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 8,0 %, wobei alleine die Herzinsuffizienz mit 5,2 % für zwei Drittel dieser Fälle verantwortlich ist. Der Fälle-Anteil für Atemwegserkrankungen ist nur halb so hoch, jedoch inklusive der Pneumonien, die das Kriterium für PSK (Vermeidungspotenzial ≥ 70 %) knapp verfehlten, rücken sie mit einem Fälle-Anteil von 12,2 % deutlich an erste Stelle. Durch das hohe Fallaufkommen, trotz unterdurchschnittlichen Fallkosten, und hinsichtlich dem bei Pneumonien niedrigerem Vermeidungspotenzial aber relativ hohen Fallkosten, ist mittels Interventionen hier das zweithöchste Präventionspotenzial zu erwarten (ca. 167 Millionen €). Neurologische Erkrankungen, inklusive demenziellen Erkrankungen, haben wegen der relativ hohen Fallkosten das höchste Präventionspotenzial (über 192 Millionen €), trotz einem eher moderaten Fälle-Anteil von 6,8 %. An dritter und vierter Stelle folgen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit knapp 157 Millionen € und – wegen der relativ niedrigen Fallkosten – die Harnwegserkrankungen/ Volumenstörungen mit 119 Millionen €.

Tabelle 9. Relevanz für das Gesundheitswesen in Deutschland: Extrapolation und Praxistransfer einzelner Indikationsbündel

Indikationsbündel von PSK [^] und ausgewählte weitere Indikationsbündel* (betreffende ICD [°])	Gesamtanzahl der Fälle für Deutschland im Jahr	Davon potenziell vermeidbare PSK-Fälle für Deutschland	Gesamtausgaben in € für Deutschland im Jahr	Präventionspotenzial in € für Deutschland im Jahr	Kumulativer Krankenhausfälle-Anteil in %	Durchschnittliche Fallkosten in €
Herz-/Kreislaufkrankungen (I10, I50, I70, I80, I95)	51.982	40.408 (78%)	202.465.768 €	156.784.789 € (77%)	8,0%	3.895 €
Neurologische Erkrankungen, exkl. demenzielle Erkrankungen (F05, F06, F07, F10, F20, F32, F33, G35, G40)	36.797	30.196 (82%)	196.552.822 €	157.674.581 € (80%)	5,7%	5.342 €
Demenzielle Erkrankungen (F01, G20, G30)	7.324	6.270 (86%)	40.354.498 €	34.657.344 € (86%)	1,1%	5.510 €
Harnwegserkrankungen und Störungen des Volumenhaushalts (N18, N30, N39 bzw. E86, E87)	54.498	43.976 (81%)	147.284.982 €	119.147.643 € (81%)	8,4%	2.703 €
Magen-Darm-Erkrankungen (A04, A08, A09, K21, K25, K26, K29, K52, K57, K59, K62, R11)	36.595	29.839 (82%)	100.806.716 €	81.029.398 € (80%)	5,7%	2.755 €
Diabetes mellitus Typ 2 (E11)	10.719	9.647 (90%)	44.989.542 €	40.490.588 € (90%)	1,7%	4.197 €
Respiratorische Erkrankungen, exkl. Pneumonien (J20, J22, J40, J44)	28.555	23.136 (81%)	100.763.967 €	80.221.777 € (80%)	4,4%	3.529 €
<i>Pneumonie (NICHT PSK*) (J15, J18, J69)</i>	50.674	22.306 (44%)	198.257.299 €	86.984.642 € (44%)	7,8%	3.912 €
Dermatologische Erkrankungen (A46, C44, L02, L89)	11.779	9.597 (81%)	53.641.533 €	44.388.223 € (83%)	1,8%	4.554 €
Muskuloskeletale Erkrankungen und Verletzungen (M54, R26, S00, S01, S20, S30, S70, S80)	18.042	15.611 (87%)	31.189.786 €	26.888.419 € (86%)	2,8%	1.729 €
<i>Frakturen (NICHT PSK*) (M80, S02, S22, S32, S42, S52, S72, S82)</i>	50.806	4.463 (9%)	307.710.320 €	22.980.990 € (7%)	7,9%	6.057 €
<i>Sepsis (NICHT PSK*) (A40, A41)</i>	15.944	0 (0%)	79.219.677 €	- € (0%)	2,5%	4.968 €
Sonstige PSK: Grippe (J10); Hals- und Brustschmerzen (R07); Anämien (D50, D64); Kauapparat (K08); Dysphagie (R13); Cataracta senilis (H25)	13.117	10.765 (81%)	29.916.435 €	24.418.546 € (82%)	2,00%	2.281 €

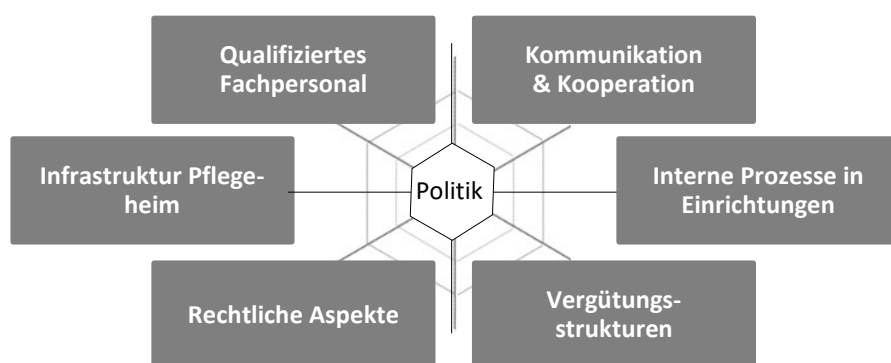
[^] PSK: Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfall; [°] ICD: 10. Edition der International Classification of Diseases, deutsche Version, Dreisteller (ICD-10-GM-Dreisteller); * NICHT PSK: ICD-10-Codes, die die Kriterien für PSK verfehlen; hier sind sie in kursiver Schrift dargestellt, da sie aufgrund des relativ hohen Fallanteils für die Praxis von Bedeutung sind.

6.3.2 Handlungsempfehlungen und Fallbeispiele

In Anlage 6 und Anlage 7 findet sich die Dokumentation des Expertenworkshop-Brainstormings, zu den Maßnahmen und Interventionen, die die PSK reduzieren sollen und die die Grundlage für die Gutachten bildeten. Anlage 6 enthält die Whiteboard-Dokumentation der Diskussion

und Anlage 7 das Protokoll dieser Diskussion. Das Protokoll ist eine integrierte Darstellung der Ergebnisse der Protokollanten des Brainstormings, der Ergebnisse des Whiteboards und der Informationen, die Teilnehmende des Expert*innenpanels im Anschluss an den Workshop per E-Mail weiterleiteten. Diese Informationen wurden zusammen mit den entsprechenden Daten zu den PSK (Vermeidungspotenzial, Präventionspotenzial), wie in Anlage 8 beschrieben, an die Gutachter*innen weitergeleitet. Die Gutachten (vgl. Anlage 10 bis Anlage 15) wurden qualitativ analysiert um Erkenntnisse zu Handlungsempfehlungen daraus zu extrahieren. Diese Erkenntnisse konnten sechs Bausteinen zugeordnet werden. Diese Bausteine werden nachfolgend benannt und stellen die Quintessenz des Expert*innenworkshops sowie aller Gutachten dar. Bei der Auswertung wurde klar, dass viele Handlungsempfehlungen aufeinander aufbauen bzw. voneinander abhängig sind und interagieren. Abbildung 8 zeigt diese Beziehung zueinander und zur Politik. Nachfolgend werden die einzelnen Handlungsempfehlungen je Baustein kurz beschrieben. Für die ausführlichen Details zu den einzelnen Handlungsempfehlungen wird verwiesen auf Anlage 16.

Abbildung 8. Handlungsempfehlungen: Die sechs Bausteine



Handlungsempfehlungen

Die Stärkung der ambulanten Versorgung ist bei der Gestaltung einer guten Versorgungssituation, in der ein multiprofessionelles Team für die Versorgung der Pflegeheimbewohner*innen verantwortlich ist, wesentlich. Basierend auf den Ergebnissen des Expert*innenworkshops sowie der sechs Gutachten wurden folgende Bausteine ausgemacht, die eng miteinander verbunden sind:

Baustein 1 Qualifiziertes Fachpersonal: Die an der Versorgung beteiligten Fachkräfte müssen über die entsprechenden geriatrischen und gerontologischen (Zusatz-)Qualifikationen und Kompetenzen verfügen.

Allgemeinmediziner, Therapeuten (Logopäden, Ergo-/ Physiotherapeuten) und Pflegefachpersonal sollen Schulungen und Weiterbildungen zur Erweiterung ihres geriatrisch/gerontologischen Wissens und ihrer Fähig- und Fertigkeiten, ergänzt um Kenntnisse des Vergütungssystems, erhalten. Eine Heilkundeübertragung auf Pflegefachpersonal für bestimmte Tätigkeiten und Aufgabenbereiche soll geplant, ermöglicht und durchgeführt werden. Unterstützend für die medizinische Versorgung können z.B. Aufklärungs- und Screeningsbögen, und Trainingskarten entwickelt und eingesetzt werden. Zu der Erweiterung der Kompetenzbereiche gehören ebenfalls die Sensibilisierung für PSK-relevante Risikokonstellationen, die Ermittlung des Early-Warning-Scores und die Erweiterung pharmakologischer Kenntnisse inkl. der geriatrischen Medikationsproblematik (PRISCUS-Liste, Ermittlung FORTA-Score).

Baustein 2 Kooperation & Kommunikation: Es müssen Kooperationsstrukturen geschaffen werden, die eine gelingende Zusammenarbeit ermöglichen, und es müssen transparente Kommunikations- und Informationswege vorhanden sein.

Die ambulante Versorgung in den Pflegeheimen vor Ort könnte z.B. durch Kooperationsverträge mit Ärzt*innen und Therapeut*innen und weiteren medizinischen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gestärkt werden. Optimal wäre ein fester Kooperationsvertrag zur Bindung eines geriatrisch/gerontologisch ausgebildeten Arztes an die Pflegeheime. Zu einem schnelleren und fehlerfreieren Austausch zwischen Akteuren könnte der Ausbau von digitaler Kooperation und Kommunikation, evtl. inklusive technologisch-diagnostisch unterstützter telemedizinischer Videokonferenzen, beitragen. Eine interprofessionelle Beratung und (telemedizinische) Konsultation, z. B. durch (Fach-)Ärzeschaft, pharmakologische Beratung durch Apotheker und Medikationsreview, könnte evtl. vorhandenen Unsicherheiten bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich einer Hospitalisierung klären. Zu einem fehlerfreien Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Pflegefachpersonen, Ärzten und weiteren Akteuren der medizinischen Versorgung sowie behandelnden Institutionen (wie hinzugezogenen Spezialisten, Krankenhäusern u. dgl.) könnten die sorgfältige Pflege der Pflegeheimbewohnerdokumentation und der Gesundheitsakte beitragen, evtl. mittels einer elektronisch zugängliche Patientenakte, damit Fehlern in der Versorgung der Pflegeheimbewohnenden (PHB), vor allem bei Schicht-/Settingwechsel, vorgebeugt werden. Die Kommunikation zwischen Pflegefachpersonal, Therapeuten und Ärzteschaft sollte sich symmetrischer gestalten, mit Respekt und Anerkennung für die gegenseitige Expertise. Ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen den Akteuren verbessere und erleichtere den Austausch der PHB-bezogenen Gesundheitsdaten, die die gesundheitliche Versorgung der PHB zugutekämen. Auf der strukturellen Ebene solle das mittlere und obere Management in die Verantwortung gezogen werden. Dazu sollten klare Angaben für die Entwicklung/ Verbesserung von Kommunikationskanälen entwickelt, umgesetzt und gehandhabt werden. Neben der interprofessionellen Zusammenarbeit brauche es auch eine intersektorale Kooperation.

Baustein 3 Infrastruktur: Es müssen räumliche, digitale und medizintechnische Voraussetzungen in den Pflegeeinrichtungen geschaffen werden, die eine Diagnostik und Behandlung vor Ort ermöglichen, sowie die Kommunikation innerhalb des Netzwerks unterstützen.

Zu der Ausweitung der Angebote spezieller diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten gehören u. A. die Laboruntersuchungen vor Ort in einem speziell dafür eingerichteten Medizinraum oder im mobilen „Diagnostik-Bus“, die Verfügbarkeit mobiler Geräte für z.B. röntgenologischen und/ oder sonographischen Bildgebung, EKG, EEG, Kolo-/Gastroskopien, Katheterwechsel und nicht zuletzt die Möglichkeit zu intravenöser Therapien zwecks Antibiose, Verabreichung weiterer Medikamente und der Flüssigkeitsversorgung. Auch Aspekte zur Unterbringung der PHB wurden genannt, wie bauliche Maßnahmen, neue Wohnformen und eine Überarbeitung der Unterbringungskonzepte (Integration bestimmter PHB). Die Möglichkeiten der Digitalisierung, z.B. Telemedizin mit evtl. integrierten Technologien wie das elektronische Stethoskop, sollten dabei mitberücksichtigt werden (Internetzugang im Medizinraum und in Behandlungszimmern, Ausrüstung für Audio-/Videokonsultation, elektronisch sicher zugängliche einrichtungsübergreifende Gesundheitsakte). Die Datengrundlage müsse die Berechnung eines FORTA-Scores ermöglichen. Vereinbarte Therapieziele sollten für Berufsgruppen, PHB und ihre Angehörigen digital zugänglich sein.

Baustein 4 Interne Prozesse in den Einrichtungen: Die Prozesse innerhalb der Einrichtungen sowie an den Schnittstellen zu den Kooperationspartnern müssen so gestaltet sein, dass sie eine gelingende Zusammenarbeit ermöglichen.

Wenn Eckpunkte der primären, sekundären sowie tertiären Prävention, die Überwachung des PHB, das Screening auf Warnsignale und bestimmten Gesundheitswerte beachtet, dokumentiert und weitergegeben bzw. ausgetauscht würden, könnte eine Verschlechterung des

Gesundheitszustandes oftmals in einem früheren Stadium entdeckt und behandelt werden, so dass die Hospitalisierung als Spätfolge nicht mehr indiziert wäre. Die Gründung von Pflgeteams, konstante Bezugspersonen für die PHB, (ethische) einrichtungsinterne und sektorenübergreifende Fallkonferenzen wären dazu geeignete Mittel.

Teils liegen sehr unterschiedliche Verfahrensweisen bzw. inhomogene Leistungsstrukturen in einzelnen Pflegeheimen vor. Für eine flächendeckende Harmonisierung struktureller Gegebenheiten sollen Qualitätsstandards mit Evaluation und Ergebniskontrollen erarbeitet werden (Entwicklung von Versorgungspfaden, vor allem für Indikationen, die intensiven Austausch und interprofessionelle Beratung erfordern; das Einrichten einer Fort-/Weiterbildungsverpflichtung für Einrichtungen; Advanced Care Planning; Standard Operating Procedures; Entwicklung von Präventionsmaßnahmen; Standardisiertes Aufnahme- und Überleitungsmanagement; Unterbringungskonzepte bei PSK-Risikokonstellationen (evtl. Krankenhausbetten im Pflegeheim mit Klinikkooperation). Die Ergebniskontrollen könnten über SGB XI-finanzierte wissenschaftliche Evaluationsstudien stattfinden (Kosten-Nutzen-Analysen, qualitative Befragungen von Berufsgruppen, PHB und Angehörigen, Monitoring der Hospitalisierungszahlen).

Baustein 5 *Rechtliche Rahmenbedingungen*: Zur Weiterentwicklung der Versorgung müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen beachtet und/oder angepasst werden.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen sollen die Umsetzung dieser Maßnahmen begleiten, z. B. hinsichtlich Haftungsrisiken. Auch eine sozialrechtliche Trennung von Behandlung, Rehabilitation und Pflege durch partielle Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung wurde genannt.

Baustein 6 *Vergütungsstrukturen*: Für das Gelingen einer bedarfsgerechten Versorgung von PHB müssen bestehende Vergütungsstrukturen angepasst und weiterentwickelt werden.

Diese Maßnahmen betreffen die Anpassung von Vergütungssystemen, die leistungsgerechtere Gestaltung der Vergütungsstrukturen bzw. deren Anpassung für die Erweiterung von Handlungsbefugnissen des Pflegefachpersonals. Momentan können bestimmte Leistungen die z.B. ein Krankenhaus erbringt und abrechnet, ein Pflegeheim nicht abrechnen, zusätzliche (hausärztliche) Leistungen werden bisher teilweise nicht vergütet. Auch Schulungskosten, Abschreibung baulicher und Geräte-Investitionen, Mehraufwand der Netzwerkarbeit und PSK-Assessments fallen hierunter. Die Änderung solcher Vergütungsstrukturen könnten Anreize für ärztlichen Behandlungen im Pflegeheim bilden. Im Vergütungssystem sollen abrechenbare, leistungsbezogene, ambulantisierete Vergütungen ausgearbeitet werden und SGB 5 und 11 sollen dementsprechend angepasst werden.

Mögliche *Umsetzungshürden* auf der Kommunikationsebene bilden Regeln des Datenschutzes hinsichtlich der Gesundheitsdokumentation der PHB sowie die häufig schlechte digitale Infrastruktur, die die telemedizinischen Versorgungsmöglichkeiten behindere. Der ausgeprägte Personalmangel im Allgemeinen und an qualifiziertem Personal im Besonderen (sowohl der Pflegefachkräfte als auch der Verfügbarkeit der Haus-/ Fachärzte im ambulanten Bereich), Zeitdruck im Arbeitsalltag der medizinischen Berufsgruppen sowie Ressourcenmangel wurden als weitere Umsetzungshürden benannt.

Zu den *Rahmenbedingungen* gehört ein gutes Qualitätsmanagement, das eine Überarbeitung der Leitlinien, einen Ausbau regionaler Versorgungsnetzwerke sowie eine Intensivierung der Kooperation zwischen Akteuren im geriatrischen und gerontologischen Versorgungswesen und politischen Akteuren vorsehe. Die Politik bräuchte erfahrungsbasierte Empfehlungen sowie mit den Strukturen vertraute Berater aus der Szene. Es braucht politische Unterstützung für die Anpassung von Vergütungsstrukturen, Änderungen im Personalschlüssel und rechtlichen Rahmenbedingungen (Gesetzesentwicklung/- ergänzung). Dies könnte einen Anreiz für die Ausbildung und Schulungen von beteiligten Akteuren bilden. Zertifizierte Träger, Ärztekammern, Einrichtungen usw. sollen verantwortlich sein für die Durchführung der (interprofessionellen) Schulungen, Team- und Notfalltrainingszenarien.

Fallbeispiele

Die Kriterien für die Auswahl der Fallbeispiele waren einerseits die Häufigkeit der in den Gutachten erwähnten Handlungsempfehlungen sowie andererseits, bezüglich einzelner ICD-10-Codes, die Relevanz für Deutschland und die Weise in der sie zwecks Sensibilisierung dargestellt werden konnten. Handlungsempfehlungen, die am häufigsten erwähnt wurden, betrafen die Schulung und Weiterbildung der Ärzt*innen und Pflegefachpersonen für PSK-relevante Risikokonstellationen sowie die Kooperation und Kommunikation mittels ein – auch digital – unterstützendes, regionales Versorgungsnetzwerk. Daraufhin wurden drei Fallbeispiele, zu Telemedizin und Herzinsuffizienz (vgl. Anlage 17), Diabetes mellitus, Typ 2, und diagnostischer Infrastruktur (vgl. Anlage 18) und Darminfektionen und Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen (vgl. Anlage 19, ausgearbeitet).

Anschließend wurden diese in ein ansprechendes, zweiseitiges Lay-Out gebracht, damit sie zwecks Sensibilisierung für PSK in allen an der Versorgung von PHB beteiligten Sektoren verbreitet werden können. Dazu wurden die Fallbeispiele auf der [PSK-Webseite \(www.pflegeheim-sensitive-krankenhausfaelle.de\)](http://www.pflegeheim-sensitive-krankenhausfaelle.de) zum Download hochgeladen.

Die Fallbeispiele zeigen die Relevanz der Handlungsempfehlungen zwecks Reduzierung der Hospitalisierungen unter PHB für Deutschland. Vor allem die Kombination der Handlungsempfehlungen wäre erwartungsgemäß am wirksamsten. Für das Beispiel der Herzinsuffizienz könnten telemedizinische Konsultationsmöglichkeiten (einfach oder aufwändig gestaltet) mit kooperationsvertraglich unterstützte Zusammenarbeit, Infrastruktur mit Zugriff auf Laborwerte und EKG-Gerät, telemedizinisch integriertes Stethoskop, qualifiziertes Pflegefachpersonal, das heilkundliche Tätigkeiten ausführen darf und kann, sowie qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal, das in der Lage ist, PSK-relevante Risikokonstellationen zu erkennen und adäquat zu (be)handeln, zusätzlich unterstützt von interdisziplinär entwickelten Behandlungspfaden für Bewohner*innen, kombiniert werden. Erfolgt die Dokumentation in einer für alle relevanten Stakeholder zugänglichen Akte, würde die Transparenz von Information und Kommunikation weiter erhöht. So ist z. B. eine regelmäßige Überprüfung und elektronische Aktualisierung von Medikationsplänen durch (Haus-)Ärzt*innen und Apotheker*innen möglich.

Insgesamt 5,2 % der Pflegeheimbewohner*innen wurden 2017 aufgrund einer Herzinsuffizienz in ein Krankenhaus eingewiesen. Die Behandlungskosten beliefen sich pro Fall durchschnittlich auf 3.683 €. Hochgerechnet auf alle entsprechenden Krankenseinweisungen von Pflegeheimbewohner*innen entspricht das Gesamtausgaben in Höhe von 123.465.251 €.

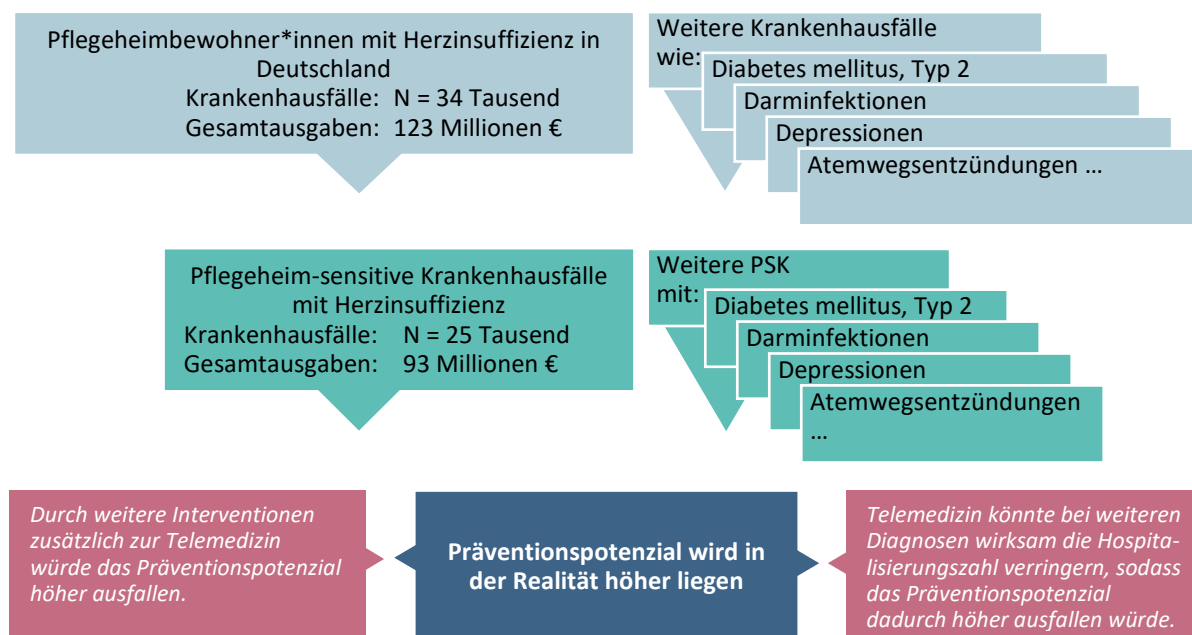
Laut unserem Expert*innenpanel könnten am Beispiel der Herzinsuffizienz 75 % der Krankenseinweisungen aufgrund dieser Diagnose vermieden werden, wenn in den stationären Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Voraussetzungen dafür geschaffen würden (einige davon sind oben geschildert).

Jedoch könnten telemedizinische Konsultationsmöglichkeiten auch bei anderen Diagnosen dazu beitragen, die Zahl der Krankenseinweisungen zu verringern. So könnten beispielsweise auch Bewohner*innen mit einem Diabetes mellitus, Typ 2, Volumenmangel- oder Elektrolythaushaltsstörungen, Darminfektionen oder neurologischen Erkrankungen von der erleichterten ärztlichen Erreichbarkeit, flankiert von der Übermittlung diagnostischer Parameter, profitieren. Aufgrund des breiten Einsatzspektrums telemedizinischer Interventionen – von der Einschätzung über Art und Ort der Behandlung (Triage) bis hin zu Diagnostik und Monitoring – könnten prinzipiell alle von PSK-Risikokonstellationen betroffenen Bewohner*innen profitieren.

Die Abhängigkeiten zwischen Maßnahmen und Präventionspotenzial werden in Abbildung 9, am Beispiel der Herzinsuffizienz und der Telemedizin, dargestellt. Einerseits würden von nur einer Maßnahme mehrere Diagnosen adressiert werden. Dann würde damit nicht nur die eine im Fallbeispiel dargestellte Erkrankungskategorie adressiert werden, sondern gleichzeitig viele

weitere PSK und weitere Erkrankungen der restlichen 117 Krankenhausfälle (mit einem potenziellen Vermeidungspotenzial unter 70 % und einem minimalen Prozentanteil von 0,1 % unter PHB). Sogar die noch seltener vorkommenden Krankenhausfälle (immerhin ca. 18 % aller Krankenhausfälle unter PHB, hier nicht auf ihr Vermeidungspotenzial eingeschätzt, da zu selten vorkommend) würden profitieren können. Das Präventionspotenzial würde sich andererseits durch das Kombinieren weiterer Interventionen und Maßnahmen potenzieren. Diese Kombination könnte darüber hinaus synergistisch wirken. Dadurch stellt das hier dargestellte Präventionspotenzial eher eine Untergrenze dar.

Abbildung 9. Potenzielle Relevanz und Wirksamkeit einer Maßnahme wie Telemedizin am Beispiel der Herzinsuffizienz



7. Diskussion der Projektergebnisse

Kernaussagen

Wir haben Routinedaten der Krankenkassen von 242.236 Pflegeheimbewohner*innen verwendet, um die Häufigkeit und die Kosten von Krankenhauseinweisungen zu bewerten. Im Jahr 2017 gab es deutschlandweit 818.289 vollstationär versorgte PHB (Destatis, 2018b). Das analysierte Dataset deckte insofern etwa ein Drittel aller PHB in Deutschland ab. Das ausgewertete Versichertenkollektiv stammte aus allen Bundesländern und aus verschiedenen Orts-, Ersatz- und Betriebskrankenkassen. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse repräsentativ für Deutschland sein müssten, wobei Verzerrungen ohne Kenntnis des Gesamtdatensatzes natürlich nie ganz auszuschließen sind.

Wir haben 117 Krankenhausedlassungsdiagnosen bei Pflegeheimbewohner*innen ermittelt, die eine Häufigkeitsrate von mindestens 0,1 % aufwiesen. Mittels einer sogenannten *RAND/UCLA Appropriateness Method* (Fitch et al., 2001) wurde zunächst in einer zweistufigen Delphi-Studie das Potenzial zur Vermeidung einer Krankenhauseinweisung für diese Diagnosen von 107 bzw. 96 Expert*innen in Runde 1 bzw. 2 eingeschätzt. Abschließend wurden in einem Expert*innen-Workshop 58 Diagnosen identifiziert, die im Kontext des deutschen Gesundheitssystems als Pflegeheim-sensitiv gelten. Eine Hochrechnung aufgrund der Einschätzungen des über 100-köpfigen Expert*innenpanels der PSK-Studie für Deutschland zeigte, dass die Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen für diese Diagnosen und die damit verbundenen Kosten für das Gesundheitswesen erheblich waren.

In der PSK-Studie wurden erste Ansätze zwecks Entwicklung von Strategien zur Verringerung der Krankenhauseinweisungen für die Pflegeheim-sensitiven Diagnosen elaboriert. Diese Handlungsempfehlungen entfielen auf insgesamt sechs Bausteine: qualifiziertes Fachpersonal, Kommunikation und Kooperation, Infrastruktur, einrichtungsinterne Prozesse, rechtliche Aspekte und Vergütungsstrukturen. Fallbeispiele stellten die Relevanz für Deutschland dar und zeigten, dass die Präventionspotenziale als Untergrenze zu verstehen sind, wenn einzelne Initiativen sinnvoll ineinandergreifen. Dann würde damit nicht nur eine Erkrankungskategorie adressiert, sondern gleichzeitig weitere Hospitalisierungen vielerlei anderer Erkrankungen vorgebeugt werden. Darüber hinaus könnte die Kombination von Handlungsempfehlungen synergistisch wirken: Der Impact einzelner Handlungsempfehlungen würde sich bei Kombination mehrerer Handlungsempfehlungen potenzieren und das Präventionspotenzial würde höher ausfallen.

Nach erfolgreicher Implementierung aller Handlungsempfehlungen könnten demnach bis zu 35 % der Gesamtausgaben für Krankenhausaufenthalte unter Pflegeheimbewohner*innen eingespart werden. Diese Mittel könnten für die Implementierung der Handlungsempfehlungen eingesetzt werden und diese sozusagen refinanzieren.

Dabei wäre das größte Präventionspotenzial im Bereich der neurologischen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie im Bereich der Störungen des Volumenhaushalts und häufig damit einhergehenden urologischen Erkrankungen zu sehen. Die Pneumonien und Frakturen nehmen, trotz relativ hohes Fallaufkommen aufgrund der niedrigen Vermeidbarkeit hier einen untergeordneten Stellenwert ein, der sich jedoch in der Realität zum Positiven ändern dürfte, da der Impact eines vorhandenen mobilen Röntgengerätes viele solcher Hospitalisierungen ebenfalls vermeiden dürfte.

Vergleich mit anderen Studien

Es gibt nur wenige vergleichbare Studien über Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohner*innen. Die meisten Forschungsarbeiten in diesem Bereich konzentrierten sich auf Krankenhauseinweisungen, die auf die ambulante Pflege zurückzuführen sind, was sich nicht direkt auf den Pflegeheimkontext übertragen lässt, da sich die Pflegeheimbewohner*innen hinsichtlich der Häufigkeit von Krankheiten, des Heilungsprozesses, der Pflege und der systematischen Pflegebedingungen unterscheiden. Die bahnbrechenden Studien von Purdy et al. (Purdy et al., 2009), Ouslander et al. (Ouslander et al., 2010) und Walker et al. (Walker, Teare, Hogan, Lewis, & Maxwell, 2009) sind jedoch insofern bemerkenswert, da sie das Konzept der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen entwickelten und verschiedene in der Versorgungsforschung etablierte Methoden anwendeten, von der Durchsicht medizinischer Krankenakten bis hin zur Analyse administrativer Datensätze, um die Auswirkungen vermeidbarer Krankenhauseinweisungen zu quantifizieren und darauf hinzuweisen, dass ein großer Teil der Hospitalisierungen und damit verbundener Aktivitäten tatsächlich vermeidbar sein könnte. Für den Kontext des deutschen Gesundheitssystems haben Leutgeb et al. (Leutgeb, Berger, Szecsenyi, & Laux, 2019) gezeigt, dass die Krankenhauseinweisungsraten bei Pflegeheimbewohner*innen wesentlich höher sind als bei Pflegebedürftigen, die zu Hause wohnen.

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland ist in den letzten zehn Jahren kontinuierlich um mehr als 17 % gestiegen und wegen des demografischen Wandels ist mit einem weiteren Anstieg zu rechnen (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Ähnliche Trends gelten auch für andere Länder mit hohem Einkommen (Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2021).

Dies ist die erste Studie, die für Deutschland die Pflegeheim-sensitiven mit den ambulant-sensitiven Krankenhaufälle vergleicht. Es zeigte sich, dass Pflegeheim-sensitive Erkrankungen nicht mit ambulant-sensitiven Erkrankungen verglichen werden können: 74 % der häufigeren Pflegeheim-Krankenhaufälle bzw. 53 % der Pflegeheim-sensitiven Diagnosen (PSK) sind nicht

in der Liste der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle aufgeführt; für die Kernliste der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle betragen diese Zahlen 67 % bzw. 40 %. Im Gegensatz dazu waren 69 % aller ambulant-sensitiven Erkrankungen nicht in der Liste mit den 117 häufigeren Krankenhausfällen unter PHB enthalten. Zweitens unterschied sich die Zahl der Krankenhausaufenthalte, die hätten vermieden werden können, bei optimalen Versorgungsbedingungen im Pflegeheim bzw. im ambulanten Bereich. Dies könnte zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass Sundmacher et al. (Sundmacher et al., 2015) die Vermeidbarkeit für Gruppen von ICD-10-Codes, sortiert nach Krankheitskategorien, geschätzt haben, während wir die Vermeidbarkeit für jeden ICD-10-Code einzeln einschätzen ließen. Obwohl sich die ICD-10-Codes und ihre geschätzte Vermeidbarkeit in beiden Versorgungssettings unterschieden, liegt das Hauptziel dieser Listen darin, das Bewusstsein dafür zu schärfen, welche Krankenhausfälle vermeidbar sein könnten.

Verschiedene auch internationale Interventionsstudien konnten bereits die Wirksamkeit von einzelnen oder miteinander kombinierten Interventionen zeigen. Sie stellen die 35-prozentige Reduktion der Krankenhausfälle unter PHB, vor allem nach Kombination mehrerer Interventionen gleichzeitig, durchaus als realistisch dar. So zeigte die Implementierung einer einzelnen Maßnahme wie der Einsatz eines mobilen Röntgengeräts eine 6-prozentige Reduktion von Hospitalisierungen unter PHB (Kjelle & Lysdahl, 2017). Die Kombination von Bezugspflege, einrichtungsbezogener SOP (z. B. Etablierung eines initialen Risiko-Assessments und Überleitungsmanagement) sowie Kooperationsmanagement reduzierte die Hospitalisierungen unter PHB um 40 % (Hullick et al., 2016). Den kombinierten Einsatz einer *Advanced Practice Registered Nurse* (APN), eines Unterstützungsteams aus Sozialarbeiter*innen sowie Qualitätsverbesserungscoaches, wie im INTERACT Care Model, kombiniert mit Feedback zu (potenziell vermeidbaren) Krankenhausfällen und Gesundheitsinformationstechnologie, reduzierte die Hospitalisierungen unter PHB mit 30 % (Rantz et al., 2017).

Die Fokussierung auf pflegebedürftige Krankenseinweisungen ist daher ein wichtiges Thema für die Organisation und Reform des Gesundheitswesens. Abgesehen von den finanziellen Auswirkungen, die mit dem Potenzial der Diagnosen auf unserer Konsensliste zur Vermeidung von Krankenseinweisungen verbunden sind, hätte die Verringerung der Krankenseinweisungen von Pflegeheimbewohner*innen erhebliche Auswirkungen auf die personenzentrierte Gesundheitsversorgung und die Lebensqualität der Bewohner*innen.

Stärken und Grenzen

Eine Stärke unserer Studie ist, dass wir die Analyse von Routinedaten der Krankenkassen mit einer zweistufigen Delphi-Studie und einem Expert*innenworkshop kombinieren konnten. Die Krankenkassendaten erfassten fast 30 % der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland. 44% der PHB wurden im Schnitt 1,8 Mal im Jahr eingewiesen. Mehrere Hospitalisierungen pro Person im Jahr 2017 wurden als Einzelereignis in die Statistik aufgenommen. Dies war notwendig, um die Entlassungsdiagnosen sowie die dadurch entstandenen Ausgaben insgesamt erfassen zu können. Für die Delphi-Studie konnten wir eine hochkarätige Expert*innengruppe rekrutieren und eine sehr hohe Rücklaufquote von über 90 % sicherstellen. Unsere Subgruppenanalyse hat gezeigt, dass die Einschätzungen der Expert*innen robust waren und keine Verzerrungen hinsichtlich Spezialisierung, Alter oder Geschlecht aufwiesen. Dies spricht für eine breite Anerkennung und Anwendbarkeit unseres PSK-Katalogs. Durch den Einsatz der RAND/UCLA Appropriateness-Methode (Fitch et al., 2001), die die Delphi-Methode um einen Expert*innen-Workshop erweitert, konnten wir eine direkte Interaktion zwischen den Expert*innen einführen, wie sie auch bei anderen Konsensentwicklungsmethoden üblich ist (Black et al., 1999), und so die Stärken der Delphi-Methode mit anderen kombinieren.

Die externe Validität der Ergebnisse der modifizierten Delphi-Methode hängt im Allgemeinen von der Repräsentativität der Expert*innengruppe ab. Die Validität der Delphi-Methode hängt u. a. von der Rücklaufquote ab (Hasson et al., 2000), wobei in der Literatur Rücklaufquoten

zwischen 51 % und 80 % empfohlen werden (Green, Jones, Hughes, & Williams, 1999; Loughlin & Moore, 1979; McKenna, 1994; Sumsion, 1998). Die Bereitschaft der Teilnehmer*innen, das Delphi-Verfahren durchzuführen, hängt häufig mit ihrem Interesse und ihrer Beschäftigung mit der untersuchten Frage zusammen (Hasson et al., 2000). In unserer Studie beobachteten wir eine hohe intrinsische Motivation der Expert*innen zur Teilnahme, da viele auf den angebotenen Anreiz verzichteten, was auch von der extrem hohen Rücklaufquote von 91 % belegt wird, wobei eine Verzerrung aufgrund der geringen Verluste bis zum Follow-up unwahrscheinlich ist. Die Gültigkeit der Delphi-Methode hängt auch von den einbezogenen Expert*innen ab (Okoli & Pawlowski, 2004). Je vielfältiger und heterogener das Expert*innengremium ist, desto höher ist die Qualität der Entscheidungen (Powell, 2003). In unserem Gremium waren vier Disziplinen vertreten, aber keine Laien, wie Heimbewohner*innen oder Angehörige. Ein weiterer Faktor, der bei der Bewertung der Validität der Ergebnisse der Delphi-Studie zu berücksichtigen ist, ist der Selektionsbias. Würden Teilnehmer*innen aufgrund der Pseudonymität ausscheiden, läge nur dann ein Selektionsbias vor, wenn diese Personen das Vermeidungspotenzial anders einschätzen würden als die Teilnehmer*innen dieser Studie. Dies ist sehr unwahrscheinlich, da unsere Ergebnisse sowohl über die Delphi-Runden als auch über die verschiedenen Disziplinen hinweg sehr stabil waren. Die Stabilität der Einschätzungen in den einzelnen Delphi-Runden wird im Hinblick auf das Zustandekommen eines Konsenses als wichtiger angesehen als die Rücklaufquote (Crisp, Pelletier, Duffield, Adams, & Nagy, 1997). Wir beobachteten fachbereichsspezifische, statistisch signifikante, wenn auch minimale und daher irrelevante Unterschiede in der geschätzten Vermeidbarkeit von Krankenhausaufenthalten nach der zweiten Befragungsrunde für eine Teilmenge (n = 34) der 117 ICD-10-Codes. Kliniker*innen hatten etwas niedrigere Vermeidbarkeitsschätzungen, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass sie die schwereren Fälle in der Klinik sehen und daher vorsichtiger mit ihrer Einschätzung sind. Die Auswirkungen von Geschlecht und Alter bei der Schätzung des Anteils potenziell vermeidbarer Krankenhausaufenthalte waren gering. Aufgrund der Multidisziplinarität, der stabilen Einschätzungen und der geringen Streuung der Schätzungen zur potenziellen Vermeidbarkeit von Krankenhausaufenthalten von Pflegeheimbewohner*innen und der im Vergleich zu anderen Delphi-Verfahren relativ hohen Anzahl der einbezogenen Expert*innen ist es eher unwahrscheinlich, dass ein anderes Panel zu anderen Ergebnissen gekommen wäre. Aus diesen Gründen und wegen der hohen Rücklaufquote gehen wir davon aus, dass die Liste der 58 Pflegeheim-sensitiven Erkrankungen generalisierbar ist.

Die wichtigste Einschränkung unserer Studie, wie auch vergleichbarer Studien, besteht darin, dass die Bewertung der Vermeidbarkeit unter der Annahme optimaler struktureller und pflegerischer Bedingungen erfolgte. Die Berücksichtigung der „optimalen Versorgungsbedingungen“ bei der Abstrahierung der Vermeidungspotenziale fiel den Expert*innen der PSK-Studie nicht immer leicht, da diese in der Realität nicht immer gegeben sind. Auch beruhte die Sekundärdatenanalyse auf Krankenhauseschlussdiagnosen, die nicht zwangsläufig den Einweisungsgrund betrafen. Die Vermeidungspotenziale waren erfahrungsbasiert zu bewerten, indem die zugrundeliegende Erkrankung, die die Einweisung verursacht haben könnte, abstrahiert werden musste. Daher ist es wahrscheinlich, dass die Präventionspotenziale tendenziell eher Untergrenzen darstellen, da sie, basierend auf jetzigen – noch nicht immer optimalen – Versorgungsbedingungen, wahrscheinlich eher restriktiv eingeschätzt wurden. Wir sind uns aus diesen Gründen bewusst, dass Interventionen und Verbesserungsmaßnahmen erforderlich sind, um Krankenhauseinweisungen in der derzeitigen Versorgungssituation zu reduzieren oder zu vermeiden. Dazu haben wir erste Ansätze geliefert. In den Handlungsempfehlungen sind evtl. sinnvolle medizinische Ergänzungen außer Betracht gelassen, da dem Projektteam solche Kompetenzen nicht vorlagen. Unsere Empfehlungen sollten daher in Nachfolgeprojekten dahingehend überprüft und ergänzt werden.

Eine Schwachstelle bei der Auswertung der Gutachten und der Extraktion der Handlungsempfehlungen mittels einer Matrix-Darstellung war, dass die „Wichtigkeit“ der Handlungsempfehlung davon abhängig war, wie häufig die jeweiligen Interventionen von den

Expert*innen genannt wurden. Aspekte wie, Kosten, Effektivität und in welchem Zeithorizont die Handlungsempfehlungen/Interventionen umsetzbar sind, konnten in der Zweidimensionalität nicht dargestellt werden. Die weitgreifende Wirkung einer einzelnen Handlungsempfehlung auf viele Krankenhausfällen einerseits und die wahrscheinlich synergistische Wirkung der Kombination möglichst vieler Handlungsempfehlungen andererseits, zeigt insgesamt deren Bedeutung einprägsam.

Hinsichtlich der Hochrechnung des Präventionspotenzials wäre die Modellierung einer Kostengegenüberstellung von eingesparten Ausgaben, die durch die Reduktion der Hospitalisierungen erzielt werden könnten, gegenüber den Ausgaben, die durch die Implementierung einer, mehrerer oder gar aller Handlungsempfehlungen anfallen, ideal gewesen. In dieser Studie wurden für die Berechnung der Präventionspotenziale die Zahlen der PSK-Studie zugrunde gelegt. Die Vermeidungspotenziale wurden für einzelne Krankenhausfälle eruiert und nicht einzelnen Handlungsempfehlungen zugesprochen. Jede Intervention oder Kombination von Interventionen würde die potenziell eingesparten Ausgaben individueller ICD-10-Codes beeinflussen. Andererseits wurden die Präventionspotenziale unter der Prämisse optimaler Versorgungsbedingungen eingeschätzt. Optimale Versorgungsbedingungen bestehen in der Realität nicht, könnten theoretisch jedoch durch die erfolgreiche Implementierung aller Handlungsempfehlungen erreicht werden. Daher ist unvorhersehbar, wie eine einzelne Maßnahme oder eine Kombination dieser auf das tatsächliche Präventionspotenzial wirken wird. Die Präventionspotenziale müssten für einzelne Handlungsempfehlungen erneut eingeschätzt werden. Auch das Ausmaß des Erfolgs sowie der Ausführungsmöglichkeit der Implementierung (wie aufwändig eingesetzt, wie intensiv genutzt) beeinflusst einerseits den Impact auf mögliche Einsparungen und andererseits hängen davon die Ausgaben für die Implementierung ab. Zusammen mit dem Impact einer einzelnen Maßnahme auf mehrere Erkrankungen stellte sich diese Modellierung als hochkomplex und mit viel Personal- und Zeitressourcen verbunden dar und konnte im Rahmen dieses Projektes nicht umgesetzt werden.

Die Beurteilung der Dauer der Erzielung einer Intervention stellte sich aufgrund vieler Abhängigkeiten zwischen den Interventionen als schwierig heraus. Die Angaben zum zu erwartenden Zeithorizont der Wirksamkeit einer Maßnahme können nichtsdestotrotz bei der einrichtungsbezogenen Priorisierung zur Implementierung einzelner Maßnahmen, unter Berücksichtigung finanzieller Aspekte, richtungweisend wirken.

Zusammenfassend deuten die Limitationen in dieser Studie und in der PSK-Studie daraufhin, dass die zu erwartenden Präventionspotenziale bei einer sinnvollen Kombination möglichst vieler Handlungsempfehlungen, evtl. ergänzt um medizinische Maßnahmen und Aspekte, in der Praxis durchaus höher ausfallen könnten. Außerdem sind weitere Vorteile zu erwarten, wie z. B. eine Abnahme der ambulanten Untersuchungen oder Behandlungen (zwischen 50 % und 94 %; (Kjelle & Lysdahl, 2017)) sowie Zeitersparnisse, da die Begleitung der PHB durch Pflegefachpersonen und Angehörige darüber hinaus überflüssig würde, welches zu zusätzlichen Einsparungen finanzieller Mittel führen würde.

*Merkmale der Forscher*innen und Kontextfaktoren*

Alle Forscher*innen waren qualifizierte Wissenschaftler*innen im Bereich der Gesundheitssystemforschung, der Gesundheits-/Pflegerwissenschaft sowie der Gesundheitsökonomie, die mit den verschiedenen methodischen Komponenten unserer Studie vertraut waren. Die Beziehungen zwischen Forscher*innen und Studienteilnehmer*innen beschränkten sich jedoch weitgehend auf zeitlich begrenzte Gespräche in einer Reihe von Workshops. Da es sich bei den Teilnehmer*innen um Fachleute handelte, die aufgrund ihres spezifischen Fachwissens eingeladen wurden, hatten die Forscher*innen keine spezifischen Annahmen oder Vorannahmen über die Beiträge der Expert*innen. Im Manuskript wurden keine weiteren Interpretationen der Beiträge der Expert*innen hinzugefügt.

Die Delphi-Befragungen – die einzige Komponente der Untersuchung, in der qualitative Kommentare abgegeben wurden – und der Expert*innenworkshop wurden alle online durchgeführt. Es wurden keine bedeutenden kontextuellen Faktoren ermittelt, die sich auf die Forschung auswirken.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Unsere Studie hat verschiedene Implikationen für Ausbildungscurricula medizinischer Berufsgruppen, Politik, Praxis und Forschung. Mittels einer 360°-Evaluation wurden unter Einbindung eines multidisziplinären interprofessionellen und in mehreren Bereichen erfahrenen Expert*innenpanels ein PSK-Katalog sowie mögliche Handlungsempfehlungen zwecks Reduzierung dieser Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle ausgearbeitet. Diese sollen für den Bewährungstest in die Praxis und bestmöglich für die Interventionsforschung aufbereitet werden, mit dem Ziel sie langfristig in die Praxis zu transferieren. Die Handlungsempfehlungen hängen untereinander stark zusammen. Ohne die Anpassung in den Vergütungsstrukturen gibt es keine Anreize Veränderungen einzuleiten (vgl. Vermeidungsbudget) bzw. sind einzelne Handlungsempfehlungen nicht praxistauglich (Mehrarbeit der Netzwerktätigkeit). Ohne die rechtliche Klärung von Haftpflichtaspekten bei der Erweiterung des Spektrums medizinisch pflegerischer Handlungsbefugnisse der Pflegefachpersonen, werden diese sich scheuen dahingehend tätig zu werden. Im Zentrum dieses Netzes der Zusammenhänge, Überschneidungen und Abhängigkeiten steht die (Gesundheits-)Politik. Sie kann über Richtlinien entscheiden und bei der Forderung von regelmäßig stattfindenden Qualitätsprüfungen maßregelnd aber vor allem auch richtungweisend agieren, wenn sie sich dabei von Expert*innen im Fach beraten lässt. Die Abstimmung und Beratung von Expert*innen im Pflegeheimversorgungsfeld mit der Politik trägt wahrscheinlich maßgeblich zum langfristigen Erfolg der bedarfsgerecht(er)en Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen bei. Evaluationsstudien sollten dabei wissenschaftliche Qualitätskriterien beachten und vergleichbare Forschungsmethoden anwenden, damit zu einer höheren Vergleichbarkeit der Studienresultate beigetragen wird, die die Interpretation der Ergebnisse vereinfachen würde. Nebst dem Präventionspotenzial, der Reduktion der Hospitalisierungen bzw. Überleitungen zur ambulanten Versorgungssettings, sind weitere Outcomes, wie Zeiterparnisse für sowohl den Transfer begleitende Pflegefachpersonen, Angehörige als auch den PHB selbst, Zufriedenheit und Lebensqualität unter PHB interessante Endpunkte dieser Versorgungsforschung.

Ein erster Schritt wäre, die Fallbeispiele in Form von sog. „alerts“ (analog zu den Patientensicherheitsbenachrichtigungen) sowie Handlungsempfehlungen, ergänzt um medizinische Empfehlungen, wie man die PSK konkret vorbeugen kann, zu verwenden. Die regelmäßige Veröffentlichung dieser „alerts“ könnte zukünftig als Intervention zwecks Sensibilisierung für und Reduktion der PSK umgesetzt und evaluiert werden.

Wir gehen davon aus, dass unsere Studie – ähnlich wie die Forschung zu ambulant-sensitiven Krankenhauseinweisungen – zu erheblichen Debatten und Kontroversen über die Unterschiede bei den Einweisungsraten in Pflegeheime und über die politische Reaktion auf diese Unterschiede führen wird. Eine solche Debatte wird wahrscheinlich zu Vorschlägen für Verbesserungen der Organisation des Gesundheitssystems und Einrichtungen der Gesundheitsdienstleistungen führen und neue Indikatoren für die Überwachung dieser Dienstleistungen bilden. Die Handlungsempfehlungen dieser Studie können dabei richtungweisend fungieren. Für alle Beteiligten (z. B. medizinische und pflegerische Leistungserbringer*innen, politische Entscheidungsträger*innen, Gesundheitsökonom*innen) kann der PSK-Katalog für Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle sensibilisieren und in Pflegeheimen als Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen dienen und lokale Qualitätsverbesserungsmaßnahmen erleichtern. Praktiker*innen und Forscher*innen sollten zusammenarbeiten, um die Art der Maßnahmen (einschließlich Personal, Personalausstattung, Fähig- und Fertigkeiten, berufliche Weiterbildung, Infrastruktur/Ressourcen, Technologie) zu ermitteln, die erforderlich sind, um die Zahl

der Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. Die Forschung sollte sich ferner mit der Kostenkalkulation dieser Maßnahmen und Berechnungen des „headrooms“ (die maximalen Kosten der Maßnahme, um kosteneffektiv zu sein) befassen, um Manager*innen von Pflegeheimen, Krankenhäusern und Versorgungssystemen zu informieren. Schließlich sollte die international vergleichende Forschung darauf abzielen, einen robusten Basiskatalog von Indikatoren für Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle für verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens zu ermitteln (Allers, Hoffmann, & Schnakenberg, 2019). Alle Beteiligten sollten bei der Implementierung von Maßnahmen informiert, vorbereitet und integriert werden, um mögliche Ängste oder Vorbehalte gegenüber neuen bzw. unbekanntem Techniken, Prozessen und Abläufen abzubauen, die eine erfolgreiche Implementierung verhindern könnten (Klack, Ziefle, Wilkowska, & Kluge, 2013). Bei der Evaluation der Auswirkungen der Interventionen im Gesundheitsversorgungssetting sollten möglichst übereinstimmende Methoden und Techniken verwendet werden, damit homogene und dadurch vergleichbare Ergebnisse erzielt werden können, da die Bewertung der Interventionen sonst erschwert werden würde (Correard et al., 2020).

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Publikation publiziert:

Bohnet-Joschko, S., et al. (2022). "Nursing home-sensitive conditions: analysis of routine health insurance data and modified Delphi analysis of potentially avoidable hospitalizations [version 2; peer review: 2 approved]." *F1000Res* **10**(1223).

Abrufbar unter dem Link: <https://f1000research.com/articles/10-1223>

Valk-Draad, M., & Bohnet-Joschko, S. (2022). „Sind Krankenhaus-Einweisungen vermeidbar?“ *Pflegezeitschrift*, 75, 16-19. DOI:10.1007/s41906-022-1273-1

Publikation akzeptiert:

Valk-Draad, M.P., Bohnet-Joschko, S., PSK-Studiengruppe³. „Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle: Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohnern.“ *Bundesgesundheitsblatt* (in press).

Kongressabstracts:

Schulte, T., Valk-Draad, M.P., Bohnet-Joschko, S. (2020). Die häufigsten Krankenhaus-Entlassungsdiagnosen von Pflegeheimbewohnenden in Deutschland und deren Kosten für die GKV – Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse. 19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). sine loco [digital], 30.09.-01.10.2020. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2020. Doc20dkvf191. DOI: 10.3205/20dkvf191

Valk-Draad, M.P., Schulte, T., Bohnet-Joschko, S. (2021). Reduzierung der Hospitalisierung unter Pflegeheimbewohnenden in Deutschland durch Sensibilisierung für Pflegeheim-sensitive Diagnosen. 20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). sine loco [digital], 06.-08.10.2021. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2021. Doc21dkvf431. DOI: 10.3205/21dkvf431

³ PSK-Studiengruppe: Maria Paula Valk-Draad, Katja Stahl, Christel Bienstein, Hans-Jürgen Heppner, Andreas Sönichsen, Hagen Sjard Bachmann, Petra Thuermann, Oliver Gröne, Paula Zietzsch, Helmut Hildebrandt, Thomas Klie, Sabine Bohnet-Joschko

Valk-Draad, M. P., Stahl, K., Bienstein, C., Heppner, H.-J., Sönnichsen, A., Bachmann, H. S., . . . Bohnet-Joschko, S. (2022). Praxistransfer Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK): Handlungsempfehlungen zur Reduktion der Hospitalisierungen von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. 21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), Potsdam. 5.-7.10.2022 Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2022. Doc22dkvf177. DOI: 10.3205/22dkvf177

Publikation in Vorbereitung (Autoren und Titel noch unter Vorbehalt):

Beiträge in verschiedene Fachzeitschriften wie: G+G Gesundheit und Gesellschaft, evtl. auch noch Altenpflege und Altenheim sind geplant.

10. Literaturverzeichnis

- Allers, K., Hoffmann, F., & Schnakenberg, R. (2019). Hospitalizations of nursing home residents at the end of life: A systematic review. *Palliat Med*, 33(10), 1282-1298. doi:10.1177/0269216319866648
- Barba, R., Zapatero, A., Marco, J., Perez, A., Canora, J., Plaza, S., & Losa, J. (2012). Admission of nursing home residents to a hospital internal medicine department. *J Am Med Dir Assoc*, 13(1), 82.e13-87. doi:10.1016/j.jamda.2010.12.095
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*, 27(3), 759-769. doi:10.1377/hlthaff.27.3.759
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: a review of best practice in creating clinical guidelines. *J Health Serv Res Policy*, 4(4), 236-248. doi:10.1177/135581969900400410
- BMG. (2019, 11. Mai, 2019). Anzahl der Pflegebedürftigen und über 80-Jährigen in Deutschland in den Jahren von 2017 bis 2060 (in Millionen). Retrieved from <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/168254/umfrage/pflegebeduerftige-in-deutschland-seit-2007/>
- Bohnet-Joschko, S., Valk-Draad, M. P., Schulte, T., & Groene, O. (2021). Nursing home-sensitive conditions: analysis of routine health insurance data and modified Delphi analysis of potentially avoidable hospitalizations [version 2; peer review: 2 approved]." *F1000Res* 10(1223). doi:10.12688/f1000research.73875.1
- Bohnet-Joschko, S., & Zippel, C. (2016). Cost and care models for acutely ill nursing home residents in Germany: the example of pneumonia (Vol. 24).
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). Ausbau ambulanter Wohn- und Betreuungsangebote für Menschen im Alter, mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung. Retrieved from <https://dserver.bundestag.de/btd/19/233/1923342.pdf>
- Chuang, K. H., Covinsky, K. E., Sands, L. P., Fortinsky, R. H., Palmer, R. M., & Landefeld, C. S. (2003). Diagnosis-related group-adjusted hospital costs are higher in older medical patients with lower functional status. *J Am Geriatr Soc*, 51(12), 1729-1734. Retrieved from <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1532-5415.2003.51556.x?sid=nlm%3Apubmed>
- Correard, F., Montaleytang, M., Costa, M., Astolfi, M., Baumstarck, K., Loubière, S., . . . Dumas, A. (2020). Impact of medication review via tele-expertise on unplanned hospitalizations at

- 3 months of nursing homes patients (TEM-EHPAD): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*, 20(1), 147-147. doi:10.1186/s12877-020-01546-3
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., . . . Landefeld, C. S. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*, 51(4), 451-458. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51152.x
- Crisp, J., Pelletier, D., Duffield, C., Adams, A., & Nagy, S. U. E. (1997). The Delphi Method? *Nurs Res*, 46(2). Retrieved from https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/1997/03000/The_Delphi_Method_10.aspx
- Destatis. (27.06.2019). Bevölkerung im Wandel: Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis) Retrieved from www.destatis.de
- Destatis. (2018a). Bevölkerung: Demographischer Wandel. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html
- Destatis. (2018b). Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. (Artikelnummer: 5224001179004). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis)
- Destatis. (2019a). Bevölkerung im Wandel: Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis) Retrieved from www.destatis.de
- Destatis. (2019b). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011: 2017. (Artikelnummer: 2010130177004). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis)
- Donohoe, H., & Needham, R. (2009). Moving Best Practice Forward: Delphi Characteristics, Advantages, Potential Problems, and Solutions. *International Journal of Tourism Research*, 11, 415-437. doi:10.1002/jtr.709
- Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., LaCalle, J. R., Lazaro, P., . . . Kahan, J. P. (2001). The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual (MR-1269-DG-XII/RE). Retrieved from Santa Monica, California, USA: As of July 18, 2019: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
- Green, B., Jones, M., Hughes, D., & Williams, A. (1999). Applying the Delphi technique in a study of GPs' information requirements. *Health Soc Care Community*, 7(3), 198-205. doi:10.1046/j.1365-2524.1999.00176.x
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*, 32(4), 1008-1015.
- Helmer-Hirschberg, O. (1967). Analysis of the Future: The Delphi Method. Retrieved from <https://www.rand.org/pubs/papers/P3558.html>. Also available in print form
- Hullick, C., Conway, J., Higgins, I., Hewitt, J., Dilworth, S., Holliday, E., & Attia, J. (2016). Emergency department transfers and hospital admissions from residential aged care facilities: a controlled pre-post design study. *BMC Geriatr*, 16, 102. doi:10.1186/s12877-016-0279-1
- Hyndman, R. J., & Athanasopoulos, G. (2018). The Delphi-Method. In R. J. Hyndman & G. Athanasopoulos (Eds.), *Forecasting: Principles and Practice* (2nd edition ed.). Melbourne, Australia: OTexts: <https://otexts.com/fpp2/>; Last update: 2 August 2019.

- Kjelle, E., & Lysdahl, K. B. (2017). Mobile radiography services in nursing homes: a systematic review of residents' and societal outcomes. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 231. doi:10.1186/s12913-017-2173-8
- Klack, L., Ziefle, M., Wilkowska, W., & Kluge, J. (2013). Telemedical versus conventional heart patient monitoring: a survey study with German physicians. *Int J Technol Assess Health Care*, 29(4), 378-383. doi:10.1017/s026646231300041x
- Leutgeb, R., Berger, S. J., Szecsenyi, J., & Laux, G. (2019). Potentially avoidable hospitalisations of German nursing home patients? A cross-sectional study on utilisation patterns and potential consequences for healthcare. *BMJ Open*, 9(1), e025269. doi:10.1136/bmjopen-2018-025269
- Loughlin, K. G., & Moore, L. F. (1979). Using Delphi to achieve congruent objectives and activities in a pediatrics department. *J Med Educ*, 54(2), 101-106. doi:10.1097/00001888-197902000-00006
- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt.
- McKenna, H. (1994). The Delphi technique: A worthwhile research approach for nursing? *J Adv Nurs*, 19, 1221-1225. doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01207.x
- Nowossadeck, E. (2012). Population aging and hospitalization for chronic disease in Germany. *Dtsch Arztebl Int*, 109(9), 151-157. doi:10.3238/arztebl.2012.0151
- O'Hara, D. A., & Carson, N. J. (1997). Reporting of adverse events in hospitals in Victoria, 1994-1995. *Med J Aust*, 166(9), 460-463.
- O'Neill, B., Parkinson, L., Dwyer, T., & Reid-Searl, K. (2015). Nursing home nurses' perceptions of emergency transfers from nursing homes to hospital: A review of qualitative studies using systematic methods. *Geriatr Nurs*, 36(6), 423-430. doi:10.1016/j.gerinurse.2015.06.001
- Okoli, C., & Pawlowski, S. D. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, 42(1), 15-29. doi:https://doi.org/10.1016/j.im.2003.11.002
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2021). *Demographic References: Population age structure*. OECD.Stat. Retrieved from https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR
- Ouslander, J. G., Lamb, G., Perloe, M., Givens, J. H., Kluge, L., Rutland, T., . . . Saliba, D. (2010). Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc*, 58(4), 627-635. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02768.x
- Page, D. B., Donnelly, J. P., & Wang, H. E. (2015). Community-, Healthcare-, and Hospital-Acquired Severe Sepsis Hospitalizations in the University Health System Consortium. *Crit Care Med*, 43(9), 1945-1951. doi:10.1097/ccm.0000000000001164
- Palese, A., Gonella, S., Moreale, R., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., . . . Saiani, L. (2016). Hospital-acquired functional decline in older patients cared for in acute medical wards and predictors: Findings from a multicentre longitudinal study. *Geriatric Nursing*, 37(3), 192-199. doi:https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.01.001
- Palleschi, L., De Alfieri, W., Salani, B., Fimognari, F. L., Marsilii, A., Pierantozzi, A., . . . Zuccaro, S. M. (2011). Functional recovery of elderly patients hospitalized in geriatric and general medicine units. The PROgetto DImissioni in GERiatria Study. *J Am Geriatr Soc*, 59(2), 193-199. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03239.x
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*, 41(4), 376-382. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x

- Purdy, S., Griffin, T., Salisbury, C., & Sharp, D. (2009). Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health*, 123(2), 169-173. doi:10.1016/j.puhe.2008.11.001
- Purdy, S., Paranjothy, S., Huntley, A., Thomas, R., Mann, M., Huws, D., . . . Elwyn, G. (2012). Interventions to reduce unplanned hospital admission: a series of systematic reviews (Grant PB-PG-1208-18013). Retrieved from Bristol, Great Britain:
- Rantz, M. J., Popejoy, L., Vogelsmeier, A., Galambos, C., Alexander, G., Flesner, M., . . . Petroski, G. (2017). Successfully Reducing Hospitalizations of Nursing Home Residents: Results of the Missouri Quality Initiative. *J Am Med Dir Assoc*, 18(11), 960-966. doi:10.1016/j.jamda.2017.05.027
- Schulte, T., Schwab, T., & Dittmann, B. (2016). Analyse pflegebedürftiger Patienten relativ zum Zeitpunkt des Todes. In H. Rebscher (Ed.), *Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung* (Vol. Band 14, pp. 43-67). Heidelberg, Germany: medhochzwei.
- Spector, W. D., Limcangco, R., Williams, C., Rhodes, W., & Hurd, D. (2013). Potentially avoidable hospitalizations for elderly long-stay residents in nursing homes. *Med Care*, 51(8), 673-681. doi:10.1097/MLR.0b013e3182984bff
- Sumsion, T. (1998). The Delphi Technique: An Adaptive Research Tool. *British Journal of Occupational Therapy*, 61(4), 153-156. doi:10.1177/030802269806100403
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schuettig, W., Naumann, C., Augustin, U., & Faisst, C. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy*, 119(11), 1415-1423. doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.007
- Swart, E., Gothe, H., Geyer, S., Jaunzeme, J., Maier, B., Grobe, T. G., & Ihle, P. (2015). Good Practice of Secondary Data Analysis (GPS): Guidelines and Recommendations. *Gesundheitswesen*, 77, 120-126. doi:10.1055/s-0034-1396815
- Walker, J. D., Teare, G. F., Hogan, D. B., Lewis, S., & Maxwell, C. J. (2009). Identifying potentially avoidable hospital admissions from canadian long-term care facilities. *Med Care*, 47(2), 250-254. doi:10.1097/MLR.0b013e3181847588

11. Anhang

Tabelle 10. Zusammengefasste Ergebnisse der Datenanalyse von sechs Krankenversicherungen zu Krankenhausaufenthalten von Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen in Deutschland

Tabelle 11. Einschätzung des potenziellen Vermeidungspotenzials von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen mittels einer modifizierten Delphi-Studie, einschließlich eines Vergleichs mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

Tabelle 12. Präventionspotenzial aufgrund von Fallaufkommen, Vermeidungspotenzial, sowie durchschnittlichen Krankenhauskosten pro Fall, nach Präventionspotenzial (letzte Spalte) absteigend sortiert

12. Anlagen

Anlage 1. Data Request an die Gesetzlichen Krankenversicherungsinstitutionen für den Erhalt der Daten für die Sekundärdatenanalyse

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

Anlage 4. E-Mailanschreiben: PSK-Expert*innenworkshop am 30.9.20; Vorbereitende Info für die Teilnehmenden

Anlage 5. Anhang zur E-Mail: Vorbereitende Info für die Teilnehmenden

Anlage 6. Whiteboard-Dokumentation des Brainstormings im Expert*innenworkshop zu Interventionen und Strategien zur Reduktion der PSK

Anlage 7. Ergebnisse des Brainstormings zu den Maßnahmen und Interventionen zur Reduzierung der PSK im Expert*innenworkshop

Anlage 8. E-Mailanschreiben an die Gutachter für die Konzeptentwicklungsphase

Anlage 9. Die Vorlage für das Gutachten

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

Anlage 11. Gutachten aus dem Bereich der Allgemeinmedizin

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Anlage 16. Die Handlungsempfehlungen zu den sechs Bausteinen im Einzelnen

Anlage 17. Fallbeispiel 1

Anlage 18. Fallbeispiel 2

Anlage 19. Fallbeispiel 3

Anhang: Tabelle 10. Zusammengefasste Ergebnisse der Datenanalyse von sechs Krankenversicherungen zu Krankenhausaufenthalten von Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen in Deutschland

Nr.	ICD-10-GM (Dreisteller)	ICD-Kurzbeschreibung	Fallzahl der Hospitalisierungen	%-Anteil an Hospitalisierungen	Kumulativer %-Anteil an Hospitalisierungen	Durchschnittliche Fallkosten je Fall
1	I50	Herzinsuffizienz	9.924	5,19%	5,19%	3.683 €
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8.503	4,45%	9,64%	3.671 €
3	S72	Fraktur des Femurs	8.029	4,20%	13,84%	7.794 €
4	E86	Volumenmangel	6.579	3,44%	17,28%	2.549 €
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	6.150	3,22%	20,50%	2.613 €
6	S06	Intrakranielle Verletzung	5.054	2,64%	23,14%	2.104 €
7	A41	Sonstige Sepsis	4.508	2,36%	25,50%	4.984 €
8	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	4.486	2,35%	27,85%	4.007 €
9	I63	Hirnfarkt	4.410	2,31%	30,15%	6.228 €
10	G40	Epilepsie	4.149	2,17%	32,32%	3.371 €
11	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	4.125	2,16%	34,48%	4.346 €
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	3.173	1,66%	36,14%	4.197 €
13	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	2.913	1,52%	37,66%	4.418 €
14	J20	Akute Bronchitis	2.563	1,34%	39,00%	2.692 €
15	I70	Atherosklerose	2.487	1,30%	40,31%	6.912 €
16	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	2.396	1,25%	41,56%	2.277 €
17	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	2.362	1,24%	42,79%	1.122 €
18	N17	Akutes Nierenversagen	2.328	1,22%	44,01%	4.375 €
19	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	2.162	1,13%	45,14%	4.166 €
20	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	2.039	1,07%	46,21%	5.915 €
21	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	2.012	1,05%	47,26%	4.723 €
22	N30	Zystitis	1.833	0,96%	48,22%	2.771 €
23	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1.782	0,93%	49,15%	2.210 €
24	R55	Synkope und Kollaps	1.720	0,90%	50,05%	1.933 €
25	F20	Schizophrenie	1.691	0,88%	50,94%	8.144 €
26	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1.673	0,88%	51,81%	2.069 €
27	I21	Akuter Myokardinfarkt	1.612	0,84%	52,66%	5.000 €
28	K80	Cholelithiasis	1.595	0,83%	53,49%	4.847 €
29	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	1.586	0,83%	54,32%	1.930 €
30	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	1.407	0,74%	55,06%	4.903 €
31	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	1.400	0,73%	55,79%	2.923 €
32	A46	Erysipel [Wundrose]	1.355	0,71%	56,50%	2.894 €

Anhang: Tabelle 10. Zusammengefasste Ergebnisse der Datenanalyse von sechs Krankenversicherungen zu Krankenhausaufenthalten von Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen in Deutschland

Nr.	ICD-10-GM (Dreisteller)	ICD-Kurzbeschreibung	Fallzahl der Hospitalisierungen	%-Anteil an Hospitalisierungen	Kumulativer %-Anteil an Hospitalisierungen	Durchschnittliche Fallkosten je Fall
33	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	1.345	0,70%	57,20%	3.493 €
34	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	1.328	0,69%	57,89%	2.215 €
35	K29	Gastritis und Duodenitis	1.319	0,69%	58,58%	2.314 €
36	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	1.246	0,65%	59,24%	2.813 €
37	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	1.176	0,62%	59,85%	2.959 €
38	D50	Eisenmangelanämie	1.159	0,61%	60,46%	3.035 €
39	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	1.130	0,59%	61,05%	3.263 €
40	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	1.062	0,56%	61,60%	3.950 €
41	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	1.043	0,55%	62,15%	8.282 €
42	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	986	0,52%	62,67%	3.247 €
43	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	969	0,51%	63,17%	6.953 €
44	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	952	0,50%	63,67%	5.167 €
45	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	874	0,46%	64,13%	3.017 €
46	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	858	0,45%	64,58%	9.410 €
47	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	857	0,45%	65,02%	2.851 €
48	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	847	0,44%	65,47%	2.256 €
49	K57	Divertikulose des Darmes	845	0,44%	65,91%	4.114 €
50	H25	Cataracta senilis	830	0,43%	66,34%	1.517 €
51	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	819	0,43%	66,77%	2.632 €
52	G30	Alzheimer-Krankheit	815	0,43%	67,20%	5.989 €
53	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	761	0,40%	67,60%	9.046 €
54	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	753	0,39%	67,99%	4.785 €
55	S52	Fraktur des Unterarmes	729	0,38%	68,37%	3.218 €
56	I26	Lungenembolie	714	0,37%	68,75%	3.917 €
57	N18	Chronische Nierenkrankheit	714	0,37%	69,12%	4.542 €
58	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	707	0,37%	69,49%	3.759 €
59	G41	Status epilepticus	677	0,35%	69,84%	5.775 €
60	F25	Schizoaffektive Störungen	663	0,35%	70,19%	8.356 €
61	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	653	0,34%	70,53%	1.510 €
62	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	650	0,34%	70,87%	2.084 €

Anhang: Tabelle 10. Zusammengefasste Ergebnisse der Datenanalyse von sechs Krankenversicherungen zu Krankenhausaufenthalten von Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen in Deutschland

Nr.	ICD-10-GM (Dreisteller)	ICD-Kurzbeschreibung	Fallzahl der Hospitalisierungen	%-Anteil an Hospitalisierungen	Kumulativer %-Anteil an Hospitalisierungen	Durchschnittliche Fallkosten je Fall
63	D64	Sonstige Anämien	639	0,33%	71,21%	2.810 €
64	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	636	0,33%	71,54%	2.220 €
65	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	614	0,32%	71,86%	3.334 €
66	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	602	0,31%	72,17%	1.463 €
67	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	600	0,31%	72,49%	2.600 €
68	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	594	0,31%	72,80%	5.690 €
69	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	586	0,31%	73,11%	1.898 €
70	M54	Rückenschmerzen	576	0,30%	73,41%	2.519 €
71	I61	Intrazerebrale Blutung	561	0,29%	73,70%	7.477 €
72	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	552	0,29%	73,99%	4.163 €
73	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	546	0,29%	74,27%	5.838 €
74	R07	Hals- und Brustschmerzen	542	0,28%	74,56%	1.260 €
75	R13	Dysphagie	517	0,27%	74,83%	2.202 €
76	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	507	0,27%	75,09%	4.532 €
77	F33	Rezidivierende depressive Störung	505	0,26%	75,36%	8.731 €
78	K25	Ulcus ventriculi	504	0,26%	75,62%	4.742 €
79	L03	Phlegmone	487	0,25%	75,88%	2.911 €
80	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	479	0,25%	76,13%	2.687 €
81	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	476	0,25%	76,38%	7.158 €
82	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	465	0,24%	76,62%	1.478 €
83	I95	Hypotonie	457	0,24%	76,86%	1.802 €
84	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	437	0,23%	77,09%	5.231 €
85	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	428	0,22%	77,31%	5.181 €
86	I20	Angina pectoris	427	0,22%	77,53%	2.805 €
87	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	424	0,22%	77,76%	4.484 €
88	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	423	0,22%	77,98%	3.670 €
89	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	413	0,22%	78,19%	4.670 €
90	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	406	0,21%	78,41%	2.631 €
91	F01	Vaskuläre Demenz	401	0,21%	78,61%	5.352 €
92	R11	Übelkeit und Erbrechen	395	0,21%	78,82%	1.786 €
93	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	383	0,20%	79,02%	8.317 €

Anhang: Tabelle 10. Zusammengefasste Ergebnisse der Datenanalyse von sechs Krankenversicherungen zu Krankenhausaufenthalten von Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen in Deutschland

Nr.	ICD-10-GM (Dreisteller)	ICD-Kurzbeschreibung	Fallzahl der Hospitalisierungen	%-Anteil an Hospitalisierungen	Kumulativer %-Anteil an Hospitalisierungen	Durchschnittliche Fallkosten je Fall
94	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	371	0,19%	79,22%	3.256 €
95	K26	Ulcus duodeni	366	0,19%	79,41%	4.268 €
96	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	365	0,19%	79,60%	2.493 €
97	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	363	0,19%	79,79%	3.835 €
98	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	338	0,18%	79,96%	3.987 €
99	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	334	0,17%	80,14%	3.986 €
100	F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	317	0,17%	80,31%	6.327 €
101	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	293	0,15%	80,46%	2.985 €
102	S01	Offene Wunde des Kopfes	289	0,15%	80,61%	1.007 €
103	R33	Harnverhaltung	275	0,14%	80,75%	1.299 €
104	K40	Hernia inguinalis	267	0,14%	80,89%	3.366 €
105	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	258	0,13%	81,03%	2.914 €
106	Z49	Dialysebehandlung	252	0,13%	81,16%	8.529 €
107	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	215	0,11%	81,27%	3.176 €
108	A40	Streptokokkensepsis	212	0,11%	81,38%	4.641 €
109	R06	Störungen der Atmung	206	0,11%	81,49%	1.265 €
110	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	202	0,11%	81,60%	5.528 €
111	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	196	0,10%	81,70%	2.362 €
112	T17	Fremdkörper in den Atemwegen	195	0,10%	81,80%	3.312 €
113	N20	Nieren- und Ureterstein	192	0,10%	81,90%	3.554 €
114	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	191	0,10%	82,00%	5.138 €
115	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	188	0,10%	82,10%	1.563 €
116	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	187	0,10%	82,20%	7.909 €
117	F32	Depressive Episode	181	0,10%	82,29%	5.245 €
Rest		Über 455 andere Diagnosen mit einer Häufigkeit <0,1%	33.852	17,71%	100%	4.226 €
Totale Zahl der Hospitalisierungen		Alle Hospitalisierungen in unserer Stichprobe von 242.236 Pflegeheimbewohnenden	191.174	100%	100%	4.030 €

Anhang: Tabelle 11. Einschätzung des potenziellen Vermeidungspotenzials von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen mittels einer modifizierten Delphi-Studie, einschließlich eines Vergleichs mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

	ICD [^]	Kurzbeschreibung	PSK-Vermeidbarkeit in %	R2-° Median	R1-°° Median	R2-Streuungs bereich	Perzentil 12,5	Perzentil 87,5	R2-Stand- abwei- chung	R2 Fachbe- reichsein- schätzung* **:	N ⁺	Zugehörig- keit zu einer der 40 ambulant- sensitiven Diagnose- gruppen ⁺⁺	Zugehörig- keit zu einer der 22 Kern- ambulante- sensitiven Diagnose- gruppen ⁺⁺⁺	Vermei- dungspotenzial der Kern- ambulante- sensitiven Diagnose- gruppen ⁺⁺⁺
		<i>25 im Workshop besprochenen ICD in kursiver Schrift</i> PSK sind grau hinterlegt	konsensvali- diert im EWS	Vermei- dungs- potenzial in %	Vermei- dungs- potenzial in %	von ¼ aller Einschät- zungen				p-Wert ¹ K-W-Test				
1.	L02	Hautabszess-Furunkel- Karbunkel	100	70	70	15,0	70,00	85,00	8,291	**0,008	95	ja	ja	77%
2.	H25	Cataracta senilis	95	85	85	50,0	40,00	90,00	20,065	**0,009	95	ja	ja	81%
3.	E11	DM Typ 2	90	90	90	5,0	90,00	95,00	4,756	0,489	94	ja	ja	81%
4.	F01	Vaskuläre Demenz	90	90	90	5,0	90,00	95,00	4,475	*0,066	95	ja	nein	
5.	F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	90	75	75	20,0	65,00	85,00	10,226	*0,091	95	nein	nein	
6.	G30	Alzheimer-Krankheit	90	90	90	10,0	90,00	100,00	6,836	**0,019	95	nein	nein	
7.	G40	Epilepsie	90	70	70	20,0	65,00	85,00	10,903	**0,001	95	nein	nein	
8.	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	90	90	90	5,0	90,00	95,00	3,969	0,147	95	ja	ja	83%
9.	J20	Akute Bronchitis	90	90	90	15,0	80,00	95,00	7,937	*0,050	95	ja	ja	76%
10.	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	90	90	90	15,0	80,00	95,00	5,740	**0,030	94	ja	ja	76%
11.	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	90	90	90	5,0	90,00	95,00	4,371	0,201	95	ja	nein	
12.	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	90	90	90	5,0	90,00	95,00	3,807	0,238	95	zum Teil	zum Teil	77%
13.	N30	Zystitis	90	90	90	10,0	90,00	100,00	5,115	**0,040	95	ja	ja	86%
14.	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	90	90	90	5,0	90,00	95,00	4,524	*0,092	95	nein	nein	
15.	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	90	90	90	5,0	90,00	95,00	5,970	*0,089	95	nein	nein	
16.	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	90	90	90	5,0	90,00	95,00	5,880	0,157	95	nein	nein	
17.	F32	Depressive Episode	85	85	85	10,0	85,00	95,00	5,919	0,483	95	ja	ja	70%

Anhang: Tabelle 11. Einschätzung des potenziellen Vermeidungspotenzials von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen mittels einer modifizierten Delphi-Studie, einschließlich eines Vergleichs mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

	ICD [^]	Kurzbeschreibung	PSK-Vermeidbarkeit in %	R2-° Median	R1-°° Median	R2-Streuungs bereich	Perzentil 12,5	Perzentil 87,5	R2-Stand- abwei- chung	R2 Fachbe- reichsein- schätzung* **:	N ⁺	Zugehörig- keit zu einer der 40 ambulant- sensitiven Diagnose- gruppen ⁺⁺	Zugehörig- keit zu einer der 22 Kern- ambulante- sensitiven Diagnose- gruppen ⁺⁺⁺	Vermei- dungs- potenzial der Kern- ambulante- sensitiven Diagnose- gruppen ⁺⁺⁺
		<i>25 im Workshop besprochenen ICD in kursiver Schrift PSK sind grau hinterlegt</i>	konsensvali- diert im EWS	Vermei- dungs- potenzial in %	Vermei- dungs- potenzial in %	von ⅓ aller Einschät- zungen				p-Wert ¹ K-W-Test				
18.	F33	Rezidivierende depressive Störung	85	85	85	10,0	85,00	95,00	6,425	0,161	95	ja	ja	70%
19.	I95	Hypotonie	85	85	85	15,0	80,00	95,00	7,746	*0,097	95	ja	ja	76%
20.	K08	Zahnprobleme	85	85	85	20,0	75,00	95,00	10,906	**0,021	95	ja	ja	94%
21.	L89	Dekubitus	85	85	85	15,0	80,00	95,00	6,061	**0,000	95	ja	nein	
22.	M54	Rückenschmerzen	85	85	85	10,0	85,00	95,00	4,657	**0,048	95	ja	ja	81%
23.	N18	Chronische Nierenkrankheit	85	70	70	15,0	65,00	80,00	8,470	0,594	95	nein	nein	
24.	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	85	85	85	10,0	85,00	95,00	7,304	**0,048	95	zum Teil	zum Teil	86%
25.	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	85	85	85	11,3	79,38	90,63	8,047	0,118	94	nein	nein	
26.	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	85	85	85	5,0	85,00	90,00	5,323	0,103	95	nein	nein	
27.	A04	Sonstige bakterielle Darminfektion	80	70	70	15,0	65,00	80,00	9,244	0,514	95	ja	ja	75%
28.	A08	Virusbedingte Darminfektion	80	80	80	15,0	75,00	90,00	7,343	*0,095	95	ja	ja	75%
29.	A09	Magen-Darm-Entzündung	80	80	80	10,0	75,00	85,00	5,661	0,603	95	ja	ja	75%
30.	A46	Erysipel-Wundrose	80	80	80	15,0	75,00	90,00	8,445	*0,051	95	ja	ja	77%
31.	D50	Eisenmangelanämie	80	80	80	10,6	80,00	90,63	7,373	**0,002	94	ja	ja	85%
32.	D64	Sonstige Anämien	80	80	80	5,0	80,00	85,00	7,399	0,169	95	nein	nein	
33.	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	80	60	60	25,0	50,00	75,00	12,371	*0,069	94	ja	ja	66%

Anhang: Tabelle 11. Einschätzung des potenziellen Vermeidungspotenzials von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen mittels einer modifizierten Delphi-Studie, einschließlich eines Vergleichs mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

	ICD [^]	Kurzbeschreibung	PSK-Vermeidbarkeit in %	R2-° Median	R1-°° Median	R2-Streuungs bereich	Perzentil 12,5	Perzentil 87,5	R2-Stand- abwei- chung	R2 Fachbe- reichsein- schätzung* **:	N ⁺	Zugehörig- keit zu einer der 40 ambulant- sensitiven Diagnose- gruppen ⁺⁺	Zugehörig- keit zu einer der 22 Kern- ambulante- sensitiven Diagnose- gruppen ⁺⁺⁺	Vermei- dungs- potenzial der Kern- ambulante- sensitiven Diagnose- gruppen ⁺⁺⁺
		<i>25 im Workshop besprochenen ICD in kursiver Schrift</i> PSK sind grau hinterlegt	konsensvali- diert im EWS	Vermei- dungs- potenzial in %	Vermei- dungs- potenzial in %	von ⅓ aller Einschät- zungen				p-Wert ¹ K-W-Test				
34.	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	80	80	80	15,0	75,00	90,00	6,999	**0,012	94	nein	nein	
35.	I70	Atherosklerose	80	80	80	10,0	80,00	90,00	7,254	**0,022	94	ja	ja	76%
36.	J22	Akute entzündungsbedingte Erkrankung (Infektion) der unteren Atemwege ohne weitere Angaben	80	80	80	15,0	70,00	85,00	8,336	0,115	95	nein	nein	
37.	K29	Gastritis und Duodenitis	80	80	80	10,0	80,00	90,00	8,407	0,120	95	zum Teil	nein	
38.	R11	Übelkeit und Erbrechen als Krankheitssymptom	80	80	80	10,0	80,00	90,00	6,505	**0,007	94	nein	nein	
39.	R13	Dysphagie	80	60	60	25,6	54,38	80,00	12,425	**0,005	94	nein	nein	
40.	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	80	80	80	10,0	80,00	90,00	7,130	0,166	95	nein	nein	
41.	C44	Sonstiger Hautkrebs	75	60	60	25,0	50,00	75,00	13,044	*0,060	95	ja	nein	
42.	E86	Volumenmangel	75	70	70	20,0	65,00	85,00	13,584	**0,030	95	ja	nein	
43.	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen	75	50	50	40,0	35,00	75,00	16,689	0,112	95	nein	nein	
44.	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	75	70	70	20,0	60,00	80,00	10,980	0,360	95	nein	nein	

Anhang: Tabelle 11. Einschätzung des potenziellen Vermeidungspotenzials von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen mittels einer modifizierten Delphi-Studie, einschließlich eines Vergleichs mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

	ICD [^]	Kurzbeschreibung	PSK-Vermeidbarkeit in %	R2-° Median	R1-°° Median	R2-Streuungs bereich	Perzentil 12,5	Perzentil 87,5	R2-Standard-abweichung	R2 Fachbereichseinschätzung* **:	N ⁺	Zugehörigkeit zu einer der 40 ambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺	Zugehörigkeit zu einer der 22 Kern-ambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺⁺	Vermeidungspotenzial der Kern-ambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺⁺
		<i>25 im Workshop besprochenen ICD in kursiver Schrift</i> PSK sind grau hinterlegt	konsensvalidiert im EWS	Vermeidungspotenzial in %	Vermeidungspotenzial in %	von ⅓ aller Einschätzungen				p-Wert ¹ K-W-Test				
45.	F20	Schizophrenie	75	55	55	25,0	50,00	75,00	11,787	0,235	95	nein	nein	
46.	G35	Multiple Sklerose	75	75	75	15,0	70,00	85,00	8,045	**0,004	95	nein	nein	
47.	I50	Herzinsuffizienz	75	60	60	15,0	60,00	75,00	9,699	**0,007	95	ja	ja	64%
48.	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	75	55	55	25,0	50,00	75,00	13,516	**0,001	95	zum Teil	zum Teil	76%
49.	J10	Grippe	75	65	65	25,0	55,00	80,00	11,741	*0,059	95	ja	ja	68%
50.	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	75	75	75	15,0	70,00	85,00	8,638	**0,006	95	ja	ja	76%
51.	K25	Ulcus ventriculi	75	65	65	20,0	55,00	75,00	13,734	0,154	95	zum Teil	nein	
52.	K26	Ulcus duodeni	75	65	65	15,0	60,00	75,00	12,768	**0,009	95	nein	nein	
53.	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	75	75	75	15,0	70,00	85,00	7,560	**0,011	95	zum Teil	zum Teil	77%
54.	K57	Divertikulose des Darmes	75	75	75	15,0	75,00	90,00	11,201	**0,017	95	ja	ja	77%
55.	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	75	70	70	20,0	60,00	80,00	7,877	0,291	95	nein	nein	
56.	S01	Offene Wunde des Kopfes	75	65	65	20,0	55,00	75,00	11,928	0,142	95	nein	nein	
57.	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	70	60	60	25,0	50,00	75,00	10,543	0,226	95	zum Teil	nein	
58.	R07	Halsschmerzen und Brustschmerzen	70	60	60	26,3	53,75	80,00	12,151	*0,066	93	nein	nein	77%

Anhang: Tabelle 11. Einschätzung des potenziellen Vermeidungspotenzials von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen mittels einer modifizierten Delphi-Studie, einschließlich eines Vergleichs mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

	ICD [^]	Kurzbeschreibung	PSK-Vermeidbarkeit in %	R2-° Median	R1-°° Median	R2-Streuungs bereich	Perzentil 12,5	Perzentil 87,5	R2-Standard-abweichung	R2 Fachbereichseinschätzung* **:	N ⁺	Zugehörigkeit zu einer der 40 ambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺	Zugehörigkeit zu einer der 22 Kernambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺⁺	Vermeidungspotenzial der Kernambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺⁺
		<i>25 im Workshop besprochenen ICD in kursiver Schrift</i> PSK sind grau hinterlegt	konsensvalidiert im EWS	Vermeidungspotenzial in %	Vermeidungspotenzial in %	von ⅓ aller Einschätzungen				p-Wert ¹ K-W-Test				
59.	F25	Schizoaffektive Störungen	65	65	65	25,0	50,00	75,00	10,865	0,225	94	nein	nein	
60.	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	60	60	60	20,0	50,00	70,00	9,124	**0,001	95	nein	nein	
61.	L03	Phlegmone	60	60	60	25,0	50,00	75,00	11,256	**0,003	95	nein	nein	
62.	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	55	55	55	25,0	45,00	70,00	11,094	**0,041	95	nein	nein	
63.	A49	Bakterielle Infektion	50	50	50	15,0	50,00	65,00	9,205	**0,002	95	nein	nein	
64.	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	50	50	50	26,3	44,38	70,63	14,112	**0,011	94	nein	nein	
65.	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	50	50	50	30,0	35,00	65,00	11,752	*0,074	95	zum Teil	zum Teil	
66.	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet:	50	50	50	30,0	40,00	70,00	13,368	*0,072	95	zum Teil	zum Teil	
67.	K80	Cholelithiasis: Gallensteine	50	50	50	25,0	40,00	65,00	12,742	0,886	95	nein	nein	
68.	R06	Störungen der Atmung	50	50	50	25,0	45,00	70,00	13,344	0,150	93	nein	nein	
69.	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	50	50	50	20,6	45,00	65,63	9,468	0,525	94	nein	nein	
70.	R33	Harnverhaltung	50	50	50	30,0	40,00	70,00	14,873	0,397	95	nein	nein	
71.	R55	Synkope und Kollaps	50	50	50	25,0	40,00	65,00	13,069	0,173	94	nein	nein	
72.	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Geräte	50	50	50	30,0	35,00	65,00	15,483	0,668	95	nein	nein	
73.	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	45	45	45	20,0	35,00	55,00	11,365	0,179	95	nein	nein	

Anhang: Tabelle 11. Einschätzung des potenziellen Vermeidungspotenzials von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen mittels einer modifizierten Delphi-Studie, einschließlich eines Vergleichs mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

	ICD [^]	Kurzbeschreibung <i>25 im Workshop besprochenen ICD in kursiver Schrift PSK sind grau hinterlegt</i>	PSK-Vermeidbarkeit in % konsensvalidiert im EWS	R2-° Median Vermeidungspotenzial in %	R1-°° Median Vermeidungspotenzial in %	R2-Streuungs bereich von ⅓ aller Einschätzungen	Perzentil 12,5	Perzentil 87,5	R2-Standard- abweichung	R2 Fachbereichseinschätzung* **: p-Wert ¹ K-W-Test	N ⁺	Zugehörigkeit zu einer der 40 ambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺	Zugehörigkeit zu einer der 22 Kern-ambulant- sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺⁺	Vermeidungspotenzial der Kern-ambulant- sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺⁺
74.	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	45	45	45	30,0	30,00	60,00	14,344	**0,044	95	nein	nein	
75.	Z49	Dialysebehandlung	45	45	45	45,0	20,00	65,00	20,788	*0,058	95	nein	nein	
76.	I20	Angina pectoris	40	40	40	20,0	30,00	50,00	10,836	0,871	94	ja	ja	
77.	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	40	40	40	35,0	15,00	50,00	14,402	0,290	95	nein	nein	
78.	K40	Hernia inguinalis	40	40	40	25,0	25,00	50,00	12,341	0,416	95	nein	nein	
79.	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	40	40	40	40,0	20,00	60,00	14,826	0,356	95	nein	nein	
80.	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	35	35	35	20,0	30,00	50,00	11,811	0,709	95	zum Teil	zum Teil	
81.	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	35	35	35	25,0	25,00	50,00	13,100	0,159	95	nein	nein	
82.	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	30	30	30	35,0	15,00	50,00	14,566	0,521	95	nein	nein	
83.	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	30	30	30	15,0	15,00	30,00	9,732	0,378	95	nein	nein	
84.	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	30	30	30	20,0	20,00	40,00	10,274	0,212	95	nein	nein	
85.	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	25	25	25	25,0	10,00	35,00	10,775	0,712	94	nein	nein	
86.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	25	25	25	20,0	10,00	30,00	10,254	**0,038	95	nein	nein	
87.	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	25	25	25	20,0	10,00	30,00	10,896	0,138	95	nein	nein	

Anhang: Tabelle 11. Einschätzung des potenziellen Vermeidungspotenzials von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen mittels einer modifizierten Delphi-Studie, einschließlich eines Vergleichs mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

	ICD [^]	Kurzbeschreibung	PSK-Vermeidbarkeit in %	R2-° Median	R1-°° Median	R2-Streuungs bereich	Perzentil 12,5	Perzentil 87,5	R2-Stand- abwei- chung	R2 Fachbe- reichsein- schätzung* **:	N ⁺	Zugehörig- keit zu einer der 40 ambulant- sensitiven Diagnose- gruppen ^{**}	Zugehörig- keit zu einer der 22 Kern- ambulante- sensitiven Diagnose- gruppen ^{***}	Vermei- dungs- potenzial der Kern- ambulante- sensitiven Diagnose- gruppen ^{***}
		<i>25 im Workshop besprochenen ICD in kursiver Schrift PSK sind grau hinterlegt</i>	konsensvali- diert im EWS	Vermei- dungs- potenzial in %	Vermei- dungs- potenzial in %	von ⅓ aller Einschät- zungen				p-Wert ¹ K-W-Test				
88.	N20	Nieren- und Ureterstein	25	25	25	10,6	15,00	25,63	7,121	0,569	94	nein	nein	
89.	C18	Kolonkarzinom	20	20	20	15,0	10,00	25,00	8,405	*0,057	94	nein	nein	
90.	S22	Fraktur (Knochenbruch) der Rippe(n), des Sternums (Brustbein), der Brustwirbel oder Brustwirbelsäule	20	20	20	20,0	10,00	30,00	12,515	0,121	95	nein	nein	
91.	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	20	20	20	20,0	10,00	30,00	12,269	*0,089	94	nein	nein	
92.	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	15	15	15	20,0	0,00	20,00	8,960	*0,072	95	nein	nein	
93.	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	15	15	15	15,0	5,00	20,00	6,283	0,427	95	nein	nein	
94.	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	15	15	15	15,0	5,00	20,00	7,035	*0,079	95	nein	nein	
95.	S52	Fraktur (Knochenbruch) des Unterarmes	15	15	15	40,0	5,00	45,00	14,808	0,491	95	nein	nein	
96.	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	10	10	10	5,0	5,00	10,00	5,188	0,829	95	nein	nein	
97.	R40	Somnolenz	10	10	10	20,0	0,00	20,00	12,555	0,473	94	nein	nein	
98.	S06	Intrakranielle Verletzung	10	10	10	10,0	5,00	15,00	7,781	0,571	95	nein	nein	
99.	S32	Fraktur (Knochenbruch) der Lendenwirbelsäule und des Beckens	10	10	10	15,0	5,00	20,00	10,091	**0,019	95	nein	nein	

Anhang: Tabelle 11. Einschätzung des potenziellen Vermeidungspotenzials von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen mittels einer modifizierten Delphi-Studie, einschließlich eines Vergleichs mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

	ICD [^]	Kurzbeschreibung <i>25 im Workshop besprochenen ICD in kursiver Schrift PSK sind grau hinterlegt</i>	PSK-Vermeidbarkeit in % konsensvalidiert im EWS	R2-° Median Vermeidungspotenzial in %	R1-°° Median Vermeidungspotenzial in %	R2-Streuungs bereich von ¼ aller Einschätzungen	Perzentil 12,5	Perzentil 87,5	R2-Stand- abweichung	R2 Fachbereichseinschätzung* **: p-Wert ¹ K-W-Test	N ⁺	Zugehörigkeit zu einer der 40 ambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺	Zugehörigkeit zu einer der 22 Kern- ambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺⁺	Vermeidungspotenzial der Kern- ambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺⁺
100.	S42	Fraktur (Knochenbruch) im Bereich der Schulter und des Oberarmes, inklusive Knochenbrüchen von Schlüsselbein und Schulterblatt	10	10	10	15,0	5,00	20,00	10,565	0,477	95	nein	nein	
101.	T17	Fremdkörper in den Atemwegen	10	10	10	10,0	5,00	15,00	10,177	0,796	95	nein	nein	
102.	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	10	10	10	10,0	5,00	15,00	7,013	0,334	95	nein	nein	
103.	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	10	10	10	10,0	5,00	15,00	6,773	0,426	95	nein	nein	
104.	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	10	10	10	10,0	5,00	15,00	6,518	0,279	95	nein	nein	
105.	G41	Status epilepticus	5	5	5	20,0	0,00	20,00	8,952	0,466	95	nein	nein	
106.	I26	Lungenembolie	5	5	5	10,0	0,00	10,00	12,413	0,185	95	nein	nein	
107.	I61	Intrazerebrale Blutung	5	5	5	10,0	0,00	10,00	4,982	0,188	95	nein	nein	
108.	I63	Hirnfarkt	5	5	5	10,0	0,00	10,00	4,244	**0,027	95	nein	nein	
109.	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	5	5	5	5,0	0,00	5,00	3,664	0,220	95	nein	nein	
110.	N17	Akutes Nierenversagen	5	5	5	15,0	0,00	15,00	11,991	**0,004	95	nein	nein	

Anhang: Tabelle 11. Einschätzung des potenziellen Vermeidungspotenzials von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen mittels einer modifizierten Delphi-Studie, einschließlich eines Vergleichs mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

	ICD [^]	Kurzbeschreibung <i>25 im Workshop besprochenen ICD in kursiver Schrift</i> PSK sind grau hinterlegt	PSK-Vermeidbarkeit in % konsensvalidiert im EWS	R2-° Median Vermeidungspotenzial in %	R1-°° Median Vermeidungspotenzial in %	R2-Streuungsbereich von ⅓ aller Einschätzungen	Perzentil 12,5	Perzentil 87,5	R2-Standardabweichung	R2 Fachbereichseinschätzung* p-Wert ¹ K-W-Test	N ⁺	Zugehörigkeit zu einer der 40 ambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺	Zugehörigkeit zu einer der 22 Kern-ambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺⁺	Vermeidungspotenzial der Kern-ambulant-sensitiven Diagnosegruppen ⁺⁺⁺
111.	S02	Fraktur (Knochenbruch) des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	5	5	5	10,0	0,00	10,00	4,896	*0,091	95	nein	nein	
112.	S72	Fraktur des Femurs	5	5	5	5,0	0,00	5,00	4,972	0,533	95	nein	nein	
113.	S82	Fraktur (Knochenbruch) des Unterschenkels	5	5	5	10,0	0,00	10,00	3,905	0,113	95	nein	nein	
114.	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	5	5	5	10,0	0,00	10,00	4,120	*0,063	95	nein	nein	
115.	A40	Streptokokkensepsis	0	0	0	5,0	0,00	5,00	4,283	0,882	95	nein	nein	
116.	A41	Sonstige Sepsis	0	0	0	5,0	0,00	5,00	4,168	0,868	95	nein	nein	
117.	I21	Akuter Myokardinfarkt	0	0	0	5,0	0,00	5,00	3,061	0,212	95	nein	nein	

¹ p-Wert des Kruskal-Wallis-Tests; Nullhypothese: Es gab keinen Unterschied in der fachabteilungsspezifischen Einschätzung des Vermeidungspotenzials.

* 21 ICD-10-GM Dreisteller mit tendenziell statistisch signifikant unterschiedlichen Einschätzungen des Vermeidungspotenzials von Krankenhausaufhalten nach Fachbereichen: $0,05 \leq \text{Kruskall-Wallis p-Wert} < 0,10$.

** 34 ICD-10-GM-Dreisteller mit statistisch signifikant unterschiedlicher Einschätzung der potenziell vermeidbaren Krankenhausaufhalte nach Fachgebieten: Kruskal-Wallis p-Wert $< 0,05$.

[^] ICD: International Classification of Diseases, 10. Revision, deutsche Version (ICD-10-GM), eine direkte Übersetzung der ICD-10-Codes der WHO in die deutsche Sprache.

PSK Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle

[°] R2: Zweite Delphi-Runde.

^{°°} R1: erste Delphi-Runde.

⁺ N: Anzahl der Einschätzungen in der zweiten Runde.

⁺⁺ 258 ambulant-sensitive ICD-10-Diagnosen, bestehend aus drei- und vierstelligen Codes, gegliedert nach Krankheitskategorien in 40 Gruppen; geschätzte Vermeidbarkeit zwischen 55-96% (Sundmacher et al., 2015).

⁺⁺⁺ 22 Kern-ambulant-sensitive Diagnosegruppen mit einer geschätzten Vermeidbarkeit von mindestens 85 % (Sundmacher et al., 2015).

Anhang: Tabelle 12. Präventionspotenzial aufgrund von Fallaufkommen, Vermeidungspotenzial, sowie durchschnittlichen Krankenhauskosten pro Fall, nach Präventionspotenzial (letzte Spalte) absteigend sortiert

Nr.	ICD ^A	ICD-Kurzbeschreibung	Konsentiertes Vermeidungspotenzial (in Prozentangaben)	Fälle gesamt hochgerechnet für Deutschland	Vermiedene Fälle hochgerechnet für Deutschland	Fälle-Anteil an allen Hospitalisierungen unter PHB ^o	KH-Kosten pro Fall (in Euro)	Hochrechnung Gesamtausgaben je ICD in Deutschland	Präventionspotenzial: Hochrechnung vermiedener Gesamtausgaben je ICD in Deutschland
1	I50	Herzinsuffizienz	75%	33.524	25.143	5,19%	3.682,9 €	123.465.251,49 €	92.598.938,62 €
2	I70	Atherosklerose	80%	8.401	6.721	1,30%	6.912,4 €	58.072.590,03 €	46.458.072,03 €
3	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	85%	20.775	17.659	3,22%	2.612,6 €	54.277.309,01 €	46.135.712,66 €
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	75%	13.935	10.451	2,16%	4.345,7 €	60.555.145,36 €	45.416.359,02 €
5	G40	Epilepsie	90%	14.016	12.614	2,17%	3.371,4 €	47.252.210,04 €	42.526.989,03 €
6	E86	Volumenmangel	75%	22.224	16.668	3,44%	2.548,7 €	56.642.242,33 €	42.481.681,75 €
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	90%	10.719	9.647	1,66%	4.197,3 €	44.989.541,67 €	40.490.587,50 €
8	F20	Schizophrenie	75%	5.712	4.284	0,88%	8.143,6 €	46.518.500,97 €	34.888.875,72 €
9	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	75%	6.888	5.166	1,07%	5.914,9 €	40.740.773,97 €	30.555.580,47 €
10	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	85%	3.523	2.995	0,55%	8.282,0 €	29.180.118,91 €	24.803.101,07 €
11	J20	Akute Bronchitis	90%	8.658	7.792	1,34%	2.692,3 €	23.310.093,32 €	20.979.083,99 €
12	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	75%	3.273	2.455	0,51%	6.952,9 €	22.759.278,13 €	17.069.458,60 €
13	N30	Zystitis	90%	6.192	5.573	0,96%	2.770,7 €	17.156.073,14 €	15.440.465,83 €
14	G30	Alzheimer-Krankheit	90%	2.753	2.478	0,43%	5.988,9 €	16.488.067,60 €	14.839.260,84 €
15	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	80%	3.216	2.573	0,50%	5.167,1 €	16.617.038,57 €	13.293.630,85 €
16	F33	Rezidivierende depressive Störung	85%	1.706	1.450	0,26%	8.730,5 €	14.893.613,04 €	12.659.571,08 €
17	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	80%	3.588	2.870	0,56%	3.950,2 €	14.171.323,90 €	11.337.059,12 €
18	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	80%	4.729	3.783	0,73%	2.923,3 €	13.825.221,87 €	11.060.177,50 €

Anhang: Tabelle 12. Präventionspotenzial aufgrund von Fallaufkommen, Vermeidungspotenzial, sowie durchschnittlichen Krankenhauskosten pro Fall, nach Präventionspotenzial (letzte Spalte) absteigend sortiert

Nr.	ICD ^A	ICD-Kurzbeschreibung	Konsentiertes Vermeidungspotenzial (in Prozentangaben)	Fälle gesamt hochgerechnet für Deutschland	Vermiedene Fälle hochgerechnet für Deutschland	Fälle-Anteil an allen Hospitalisierungen unter PHB ^o	KH-Kosten pro Fall (in Euro)	Hochrechnung Gesamtausgaben je ICD in Deutschland	Präventionspotenzial: Hochrechnung vermiedener Gesamtausgaben je ICD in Deutschland
19	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	80%	6.020	4.816	0,93%	2.210,2 €	13.304.598,65 €	10.643.678,92 €
20	A46	Erysipel [Wundrose]	80%	4.577	3.662	0,71%	2.893,9 €	13.246.041,78 €	10.596.833,42 €
21	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	90%	5.652	5.086	0,88%	2.068,7 €	11.691.199,60 €	10.522.079,64 €
22	D50	Eisenmangelanämie	80%	3.915	3.132	0,61%	3.035,2 €	11.883.389,76 €	9.506.711,81 €
23	N18	Chronische Nierenkrankheit	85%	2.412	2.050	0,37%	4.541,9 €	10.954.881,92 €	9.311.649,63 €
24	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	90%	5.358	4.822	0,83%	1.930,3 €	10.341.648,20 €	9.307.483,38 €
25	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	90%	4.486	4.037	0,69%	2.215,4 €	9.938.276,45 €	8.944.448,80 €
26	K57	Divertikulose des Darmes	75%	2.854	2.141	0,44%	4.113,9 €	11.743.012,46 €	8.807.259,35 €
27	K29	Gastritis und Duodenitis	80%	4.456	3.565	0,69%	2.314,4 €	10.312.005,37 €	8.249.604,29 €
28	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	90%	7.979	7.181	1,24%	1.121,8 €	8.950.788,78 €	8.055.709,90 €
29	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	75%	2.952	2.214	0,46%	3.017,3 €	8.908.335,07 €	6.681.251,30 €
30	F01	Vaskuläre Demenz	90%	1.355	1.219	0,21%	5.351,7 €	7.249.391,74 €	6.524.452,57 €
31	F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	90%	1.071	964	0,17%	6.327,0 €	6.775.287,99 €	6.097.759,19 €
32	K25	Ulcus ventriculi	75%	1.703	1.277	0,26%	4.742,5 €	8.074.243,43 €	6.055.682,57 €
33	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	70%	2.895	2.027	0,45%	2.851,3 €	8.254.475,36 €	5.778.132,75 €
34	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	75%	1.446	1.084	0,22%	5.180,8 €	7.490.409,45 €	5.617.807,08 €

Anhang: Tabelle 12. Präventionspotenzial aufgrund von Fallaufkommen, Vermeidungspotenzial, sowie durchschnittlichen Krankenhauskosten pro Fall, nach Präventionspotenzial (letzte Spalte) absteigend sortiert

Nr.	ICD ^A	ICD-Kurzbeschreibung	Konsentiertes Vermeidungspotenzial (in Prozentangaben)	Fälle gesamt hochgerechnet für Deutschland	Vermiedene Fälle hochgerechnet für Deutschland	Fälle-Anteil an allen Hospitalisierungen unter PHB ^o	KH-Kosten pro Fall (in Euro)	Hochrechnung Gesamtausgaben je ICD in Deutschland	Präventionspotenzial: Hochrechnung vermiedener Gesamtausgaben je ICD in Deutschland
35	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	85%	1.395	1.186	0,22%	4.670,4 €	6.515.815,40 €	5.538.443,09 €
36	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	80%	2.074	1.659	0,32%	3.334,4 €	6.915.927,08 €	5.532.741,67 €
37	D64	Sonstige Anämien	80%	2.159	1.727	0,33%	2.809,8 €	6.065.254,37 €	4.852.203,49 €
38	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	75%	2.861	2.146	0,44%	2.256,1 €	6.455.191,92 €	4.841.393,94 €
39	M54	Rückenschmerzen	85%	1.946	1.654	0,30%	2.519,2 €	4.901.846,96 €	4.166.569,91 €
40	H25	Cataracta senilis	95%	2.804	2.664	0,43%	1.516,6 €	4.252.292,23 €	4.039.677,62 €
41	K26	Ulcus duodeni	75%	1.236	927	0,19%	4.267,8 €	5.276.528,89 €	3.957.396,67 €
42	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	75%	2.027	1.520	0,31%	2.599,8 €	5.269.353,66 €	3.952.015,25 €
43	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	75%	1.429	1.072	0,22%	3.669,5 €	5.243.468,90 €	3.932.601,68 €
44	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	80%	1.618	1.294	0,25%	2.687,3 €	4.348.381,46 €	3.478.705,17 €
45	R13	Dysphagie	80%	1.746	1.397	0,27%	2.201,7 €	3.845.103,55 €	3.076.082,84 €
46	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	75%	1.253	940	0,19%	3.255,6 €	4.080.163,89 €	3.060.122,92 €
47	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	85%	2.206	1.875	0,34%	1.510,4 €	3.331.754,12 €	2.831.991,00 €
48	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	90%	1.233	1.110	0,19%	2.492,7 €	3.073.506,76 €	2.766.156,08 €
49	F32	Depressive Episode	85%	611	520	0,09%	5.244,8 €	3.206.821,69 €	2.725.798,43 €
50	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	80%	2.034	1.627	0,31%	1.462,5 €	2.974.189,09 €	2.379.351,27 €

Anhang: Tabelle 12. Präventionspotenzial aufgrund von Fallaufkommen, Vermeidungspotenzial, sowie durchschnittlichen Krankenhauskosten pro Fall, nach Präventionspotenzial (letzte Spalte) absteigend sortiert

Nr.	ICD [^]	ICD-Kurzbeschreibung	Konsentiertes Vermeidungspotenzial (in Prozentangaben)	Fälle gesamt hochgerechnet für Deutschland	Vermiedene Fälle hochgerechnet für Deutschland	Fälle-Anteil an allen Hospitalisierungen unter PHB [°]	KH-Kosten pro Fall (in Euro)	Hochrechnung Gesamtausgaben je ICD in Deutschland	Präventionspotenzial: Hochrechnung vermiedener Gesamtausgaben je ICD in Deutschland
51	I95	Hypotonie	85%	1.544	1.312	0,24%	1.801,8 €	2.781.535,42 €	2.364.305,11 €
52	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	100%	726	726	0,11%	3.176,5 €	2.307.037,16 €	2.307.037,16 €
53	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	90%	872	784	0,13%	2.913,8 €	2.539.469,88 €	2.285.522,89 €
54	R11	Übelkeit und Erbrechen	80%	1.334	1.067	0,21%	1.786,1 €	2.383.225,73 €	1.906.580,58 €
55	R07	Hals- und Brustschmerzen	70%	1.831	1.282	0,28%	1.259,7 €	2.306.441,09 €	1.614.508,76 €
56	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	85%	662	563	0,10%	2.362,1 €	1.563.954,20 €	1.329.361,07 €
57	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	90%	635	572	0,10%	1.563,0 €	992.596,77 €	893.337,09 €
58	S01	Offene Wunde des Kopfes	75%	976	732	0,15%	1.007,2 €	983.324,60 €	737.493,45 €
		Gesamt		270.174	*219.955	**°°41,84%		951.645.564,17 €	768.304.547,46 €

[^] ICD: 10. Edition der International Classification of Diseases, deutsche Version, Dreisteller (ICD-10-GM-Dreisteller)

[°] PHB: Pflegeheimbewohner*innen

* Anteil der tatsächlich durch die Handlungsempfehlungen möglich zu vermeidenden Fälle an allen potenziell vermeidbaren Krankenhausfällen (PSK) beträgt 81% (219.955/270.174*100)

°° Anteil der tatsächlich durch die Handlungsempfehlungen möglich zu vermeidenden Fälle an allen Krankenhausaufenthalte unter Pflegeheimbewohnenden im Jahr beträgt 34% (219.955/645.798*100)

** Anteil aller PSK-Fälle an allen Krankenhausaufenthalte unter Pflegeheimbewohnenden im Jahr beträgt 41,84% (270.174/645.798*100)

Anlage 1. Data Request an die Gesetzlichen Krankenversicherungsinstitutionen für den Erhalt der Daten für die Sekundärdatenanalyse

**Data Request
zur Bestimmung der häufigsten Krankenhausentlassungsdiagnosen
unter Pflegeheimbewohnenden**

Es sollen alle Krankenhaus-Entlassungsdiagnosen von Versicherten in vollstationärer Pflege im Kalenderjahr 2017 nach ICD-10-GM-Dreisteller in absteigend sortierter Tabellenform aufbereitet werden.

Die Aufbereitung soll einmal insgesamt für alle Pflegeheimbewohner sowie differenziert nach männlichen und weiblichen Versicherten erfolgen.

Kalenderjahr: 2017

Zielparameter: Anzahl aller Krankenhaus-Fälle nach Entlassungsdiagnose mit Ende-Datum im Jahr 2017, die einen Anteil von mehr als 0,1% an den gesamten Krankenhausfällen dieser Population ausmachen.

Summe der für diese Krankenhausfälle gezahlten GKV-Gesamtbeträge nach Entlassungsdiagnose (NICHT nur der DRG-Anteil der Haupt- bzw. Entlassungsdiagnose).

Population: Pflegeheimbewohner mit Beginn-Datum der Pflegebedürftigkeit als auch der vollstationären Pflege in einem zugelassenen Pflegeheim jeweils vor dem 01.01.2017 bis mindestens zum 31.12.2017 bzw. bis zum Tod

Ausschluss: Versicherte, die z.B. aufgrund eines Krankenkassenwechsels unvollständige Versicherungszeiten aufweisen. Innerhalb des Jahres verstorbene Versicherte sollen dabei explizit NICHT ausgeschlossen werden.

Vorlagen, in welche die Ergebnisse der entsprechenden Abfragen eingetragen werden können, finden sich auf den folgenden Tabellenblättern. Bitte nach Möglichkeit diese Vorlage befüllen und keine abweichende Tabellenstruktur oder Formatierung verwenden.

Die Vorlagen für die KH-Fälle sind entsprechend zu erweitern bis die entsprechende Entlassungsdiagnose weniger als 0,1% der Krankenhausfälle von Pflegeheimbewohnern ausmacht (oder weniger als 5 Versicherte betroffen sind).

Im Falle von technischen oder methodischen Rückfragen melden Sie sich gerne bei:

(Platzhalter für Name, Institut, E-Mailadresse und Telefonnummer der Kontaktperson)

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

(Kommentar: Die hier dargestellte Papierversion des Fragebogens ist zum besseren Verständnis angepasst worden: Verlinkte Wörter auf zusätzlichen Erläuterungen in Online-Aufklapptexte sind hier versehen mit Hinweisen auf weiteren Anlagen oder Seiten im Fragebogen.)



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleg*innen,

wir freuen uns sehr über Ihre Unterstützung unseres Vorhabens, die Zahl der Krankenhaus-einweisungen bei Pflegeheimbewohnenden zu reduzieren. Gleichzeitig bedanken wir uns für Ihre Bereitschaft, Ihr Wissen und Ihre Erfahrung für dieses gemeinsame Ziel im Rahmen der ersten von insgesamt zwei Runden des Delphi-Verfahrens mit uns zu teilen.

Die Einschätzung zu sämtlichen Krankenhausentlassungsdiagnosen von Pflegeheimbewohnenden nimmt **ca. 45 Minuten** in Anspruch.

Wir freuen uns sehr über Ihre Teilnahme und bedanken uns ganz herzlich bei Ihnen!

Bei Fragen zum Projekt, oder bei Problemen bei der Durchführung dieser Umfrage, wenden Sie sich bitte an:

(Platzhalter für den/die Projektleitung-Innehabende/r)

(Platzhalter für den/die Projektbearbeiter*in)

Telefon: (entsprechende Durchwahlnummer)

E-Mail: (des/der Projektbearbeiters/-in)

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

Alle Angaben zur Datenverarbeitung und Datenschutz finden Sie anschließend:

Datenverarbeitung und Datenschutz:

Datenschutz und Dauer der Datenspeicherung: Die Beantwortung des Fragebogens erfolgt anonymisiert: Im Rahmen der Rekrutierungsstrategie innerhalb der geplanten zwei Erhebungsrunden, werden über diesen Fragebogen Daten erhoben ohne Personenbezug (die anonyme Fragebogendaten), die nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden und zum Zweck späterer Analysen auch auf Dauer gespeichert werden können. Für die Auszahlung des „Dankeschöns“ zugehörige Buchungsbelege in der Finanzbuchhaltung der UW/H werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches bzw. der Abgabenordnung für 6 bzw. 10 Jahre aufbewahrt. Das Spendenformular sowie der Buchungsbeleg sind losgelöst vom Fragebogen, sodass auch an dieser Stelle Ihre Anonymität gewährleistet ist.

Zweck der Datenverarbeitung: Wir verarbeiten Ihre Daten zum Zweck der wissenschaftlichen Forschung. Dazu gehört im Einzelnen die Verarbeitung zur Teilnehmerverwaltung (Kontaktaufnahme, Wiederholungsansprache, Abrechnung), zur Gruppeneinteilung (Demographische Daten) und zur Ermittlung des Vermeidungspotentials bestimmter Krankenhausentlassungsdiagnosen. Die Daten werden mithilfe von statistischen Verfahren ausgewertet. Ziel ist es, die Studienergebnisse in aggregierter Form (d. h. nicht auf einzelne Teilnehmer*innen beziehbar) in Fachpublikationen, auf Tagungen und mit der wissenschaftlichen sowie fachspezifischen Gemeinschaft zu teilen.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung: Wir verarbeiten Ihre Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO. Da wir einer Nachweispflicht unterliegen, werden wir Sie vor der ersten Datenerhebung bitten, uns Ihre freiwillige Teilnahme in Form einer nachfolgenden Einverständniserklärung zu bestätigen. Sollten Sie uns Ihre Einwilligung an dieser Stelle nicht erteilen, können Sie an der Studie leider nicht teilnehmen. Weitere Nachteile entstehen Ihnen dadurch aber nicht. Sie können eine einmal gegebene Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. In diesem Fall werden die Daten, die mit Ihrer Person in Beziehung gebracht werden können (d. h. Ihre Emailadresse) ab dem Zeitpunkt Ihres Widerrufs von der weiteren Verarbeitung ausgenommen. Bitte richten Sie im Bedarfsfall Ihren Widerruf formlos an die unten genannte Adresse („Projektteam“).

Art der Datenverarbeitung: Die Verarbeitung der Daten erfolgt grundsätzlich auf eigenen technischen Systemen der Universität Witten/Herdecke. Diese Systeme stellen die Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit der Daten nach dem Stand der Technik sicher. Personenbezogene Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist und keine entgegenstehenden Interessen (z. B. von Ihrer Seite) existieren. Bis zur Anonymisierung werden die Daten, die einen Personenbezug ermöglichen, gesondert gespeichert. Sie werden nicht mit den anonym gespeicherten Angaben im eigentlichen Fragebogen zusammengeführt. Eine Hinzunahme von Personendaten aus anderen Quellen ist nicht vorgesehen.

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

Empfänger der Daten: Ihre personenbezogenen Daten verlassen die UW/H nicht. Sofern aus technischen oder buchhalterischen Gründen erforderlich, können berechnigte Personen aus unterstützenden Abteilungen (Informationstechnologie, Rechnungswesen etc.) neben den an der Forschung unmittelbar beteiligten Personen möglicherweise weitere UW/H-interne Empfänger sein.

Betroffenenrechte: Nach der Datenschutzgesetzgebung (siehe hierzu Art. 12 ff DSGVO) stehen Ihnen umfangreiche Rechte zu. Im Einzelnen ist dies das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung, auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Da die Angaben zum Fragebogen anonym gespeichert werden, sind diese Daten davon ausgenommen. Diese Rechte beziehen sich daher lediglich auf die pseudonymisierte Speicherung Ihrer Emailadresse. Falls Sie diese Rechte geltend machen möchten, wenden Sie sich bitte an die unten genannte durchführende Person („Projektteam“). Sollte auf diesem Wege kein Einvernehmen zu erzielen sein, wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der UW/H (Platzhalter für die E-Mailadresse des Datenschutzbeauftragten) oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde (z. B. <https://www.ldi.nrw.de/>). Wenn Sie weitere Einzelheiten zu den Betroffenenrechten erfahren möchten, finden Sie auf <https://www.uni-wh.de/datenschutz/> ergänzende Informationen. Wir möchten darauf hinweisen, dass für den Bereich der wissenschaftlichen Forschung diese Rechte in Anwendung von § 227 Abs. 2 BDSG oder anderer Gesetze möglicherweise auch beschränkt werden können (Forschungsprivileg).

Bei **Fragen** zum Datenschutz erreichen Sie den betrieblichen Datenschutzbeauftragten der UW/H unter der Adresse: Universität Witten/Herdecke gGmbH, Datenschutzbeauftragter, Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten; oder per E-Mail unter (Platzhalter für die E-Mailadresse des Datenschutzbeauftragten).

Einverständniserklärung

Ich erkläre, dass ich die Informationen zum Datenschutz und zu meinen Rechten zur Kenntnis genommen habe und mit der anonymisierten Speicherung und Verarbeitung der Angaben im Fragebogen einverstanden bin. Auch bin ich mit einer Veröffentlichung der Ergebnisse in zusammengefasster und nicht zu meiner Person zurückzuführender Form einverstanden. Da die Angaben zum Fragebogen anonym gespeichert werden, ist ein nachträglicher Widerruf dieser Angaben nicht möglich.

Ja, ich bin einverstanden.

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

1. In welcher Funktion haben Sie *hauptsächlich* Ihre Expertise zum Thema Krankenhauseinweisungen für Pflegeheimbewohnende sammeln können?

Bitte nur eine Kategorie ankreuzen.

- als ambulante/r Haus-/Vertragsfacharzt/-ärztin
- als Pflegeheimpersonal
- als Krankenhausarzt/-ärztin
- als Wissenschaftler/-in,

Sonstige _____

Seit wie vielen Jahren verfügen Sie über Erfahrungen mit Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnenden?

Jahre

Wichtiger

Hinweis:

Bitte schätzen Sie bei den nachfolgenden Fragen ein, wie viel **Prozent** der Erkrankten mit einer bestimmten Diagnose durch eine **optimale** Behandlung **bzw. durch verbesserte Abstimmung** aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach **im Pflegeheim behandelt werden** könnten. Die Erkrankungen sind als **ICD-10-Codes**, nur auf der Ebene der ersten drei Stellen, angegeben. Im Fragebogen ist eine Kurzbeschreibung des jeweiligen ICD-10-Codes angegeben. Über den Link <https://www.icd-code.de/suche/> gelangen Sie, nach Eingabe des ICD-10-Codes direkt zu einer Webseite mit der offiziellen Beschreibung des betreffenden ICD-10-Codes -inklusive aller Ein- und Ausschlüsse sowie Unterkategorien.

Die ICD-10-Codes betreffen Entlassungsdiagnosen, wohlwissend, dass diese weniger die Einweisungsdiagnose widerspiegeln, sondern eher eine zugrundeliegende Erkrankung, die vielleicht auch für die Abrechnung mittels DRGs vorteilhaft sein mag. Stellen Sie sich daher bei der Einschätzung bitte vor, welche tatsächliche Einweisungsdiagnose der angegebenen Entlassungsdiagnose in der Versorgungsrealität am ehesten zugrunde liegt und abstrahieren Sie bitte, bei wie viel Prozent der jeweiligen Patienten eine Krankenhauseinweisung ggf. vermeidbar wäre, unter Berücksichtigung des Einflusses von Komorbidität sowie Schwere der Erkrankung.

Anhand einiger Beispiele wird dies unten näher erläutert.

Für das Vorhaben und Ziel unseres Projektes benötigen wir die reine Einschätzung des Prozentsatzes, welcher im Pflegeheim zu behandeln möglich wäre: Bitte beziehen Sie daher in Ihrer Einschätzung die Existenz eventueller Patientenverfügungen und Präferenzen hinsichtlich der Behandlung von Angehörigen **nicht mit ein**, auch wenn sie für den Pflegeheimbewohnenden in der Praxis noch so relevant sind.

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

Bei Ihrer Einschätzung beachten Sie bitte folgende Grundannahmen:

Gehen Sie davon aus, dass das Pflegeheim über eine optimale Behandlung bzw. eine verbesserte Abstimmung aller Beteiligten verfügt. Das bedeutet:

- gut geschultes Pflegepersonal (das z. B. Infusionen legen und Katheter wechseln kann, über grundlegende Kenntnisse der Diagnosestellung bzgl. der Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung verfügt und dies notfalls mit einem Arzt zielgerichtet besprechen kann).
- die Möglichkeit bzw. die Ausstattung für eine vorläufige Untersuchung, für die Überwachung einer möglichen Krise im Zustand des Pflegeheimbewohnenden und für die Einleitung von Behandlungsmaßnahmen (z. B. Verwendung von hochwertigem Verbandsmaterial, das Legen von Infusionen und das Wechseln von Kathetern).
- eine gute Kooperation mit der ambulanten ärztlichen Versorgung, z. B. mit einem/r Arzt/Ärztin für Allgemein-/ Familienmedizin.
- die Möglichkeit zur Rücksprache mit einem/r Facharzt/-ärztin, z. B. der Neurologie, Geriatrie, Orthopädie, Kardiologie.

Die Differenzierung, dass ggfs. nur eine Untergruppe des entsprechend über den dreistelligen ICD-10-Code erfassten Krankheitszustandes vermeidbar ist, können Sie über die numerische Schätzung des Prozentsatzes, die im Pflegeheim behandelt werden könnten, angeben.

Ambulante Termine und palliative Termine werden nicht als Krankenhauseinweisung betrachtet.

Beispiel

1:

Harnwegsinfekt: Nehmen wir an, Ihrer Einschätzung nach treten akute Blasenentzündungen zu 30 % bei Demenzerkrankten und zu 10 % bei Schwerkranken mit erheblicher Komorbidität auf. Zudem halten Sie nur für diese beiden Patientengruppen eine Krankenhauseinweisung als unvermeidbar. Dann wären, unter der Annahme optimaler Versorgungsbedingungen im Pflegeheim, etwa 60 % ($100-30-10 = 60$ %) dieser Pflegeheimbewohnenden mit akuter Blasenentzündung im Pflegeheim behandelbar.

Beispiel

2:

Offene Wunde am Kopf: Ein/e Pflegeheimbewohner/in mit schwerem Gewichtsverlust ist so schwach, dass er/sie sturzgefährdet ist. Nach einem Sturz hat er/sie eine leichte Platzwunde am Kopf. Die Wunde kann mit Klammerpflastern geklebt werden, Knochenbrüche werden nicht vermutet. Der/Die Patient/in wird im Pflegeheim konservativ mit Schmerzmitteln und Klammerpflastern behandelt. Dies wäre schätzungsweise bei 20 % der Patient/innen mit einer offenen Wunde am Kopf der Fall. Bei weiteren 50 % werden nur leichte Schürfwunden festgestellt. Bei den restlichen 30 % wird eine Gehirnerschütterung mit möglichem Risiko auf intrakranielle Blutung vermutet. Die Symptome sind bei der letzten Gruppe bei 10 % so ernst, dass der/die Patient/in ins Krankenhaus eingewiesen wird. Die Übrigen werden für 48 Stunden intensiv überwacht. Hier wären also 90% dieser Pflegeheimbewohnenden vor Ort behandelbar.

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

Beispiel

3:

Tumor in der Lunge: Bei 25% muss in einer Operation ein Stent zur Eröffnung einer Bronchusstenose (Verengung der Bronchie) platziert werden, damit der/die Patient/in besser Luft bekommt. Bei weiteren 25 % muss einen Teil der Lunge entfernt werden. Bei 10 % muss die Diagnose erst noch gestellt werden. Die restlichen Tumorpatienten könnten im Pflegeheim –auch palliativ- versorgt werden. Letzteres beinhaltet auch einen ambulanten Termin in der Radiologie zur Radiotherapie oder Röntgenaufnahme zur Kontrolle des Tumorwachstums. Das bedeutet, dass in diesem Beispiel 40 % der Pflegeheimbewohnenden im Pflegeheim behandelt werden könnten.

Überlegen Sie jedoch nicht zu lange und vertrauen Sie auf Ihre Erfahrung und Ihr Bauchgefühl. Wenn Sie der Meinung sind, dass bei einer bestimmten Diagnose immer eingewiesen werden soll und die Krankenhauseinweisung deswegen unvermeidbar ist, geben Sie bitte 0 % an. Auch diese 0%-Zahl soll aktiv angeklickt werden

*Vor allem für diejenigen, die über die Einweisung entscheiden (Pflegeheimpersonal, ambulante Ärzte): Vergessen Sie während des Ausfüllens bitte nicht, dass es hier um den **Prozentsatz** geht, den Sie selbst **im Pflegeheim** (unter den oben angegebenen Bedingungen) **behandeln** könnten **anstatt einzuweisen**.*

*Wenn Sie uns zu einem bestimmten ICD-10-Code etwas **mitteilen** möchten, können Sie im Kommentarfeld, zum ICD-10-Code, Ihre Wünsche, Kritik, Verbesserungsvorschläge sowie sonstige Mitteilungen und Bemerkungen machen. Sollte es für Sie schwierig gewesen sein, das Vermeidungspotential eines ICD-10-Codes einzuschätzen, können Sie gerne Ihre Beweggründe für Ihre Einschätzung ebenfalls dort stichwortartig angeben.*

2. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?

ICD-Code	RESPIRATORISCH, die Atmung betreffend	Einschätzung in %
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (Lungenkrebs, Bronchialkarzinom). Das Bronchialkarzinom betrifft Männer rund drei Mal häufiger. Das Risiko, ein Bronchialkarzinom zu bekommen, ist bei Rauchern signifikant erhöht.	___%
I26	Lungenembolie (Lungenarterienembolie): Ein verstopftes Blutgefäß der Lunge, meistens durch ein Blutgerinnsel. Die Lunge wird dann weniger durchblutet. So gelangt nur unzureichend Sauerstoff ins Blut. Wichtige Anzeichen für eine Lungenembolie sind plötzliche Atemnot und Brustschmerzen.	___%
J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert: Lungenentzündung durch nicht klassifizierte, bakterielle Erreger.	___%
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet: Lungenentzündung durch nicht klassifizierte Erreger.	___%
J20	Akute Bronchitis: Eine Entzündung der Schleimhaut in den Bronchien. Sie wird meist durch Viren ausgelöst und heilt innerhalb weniger Tage von selbst aus. Symptome: Husten (anfangs trocken, später mit Auswurf), eventuell auch Fieber, Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen, Schnupfen, Heiserkeit.	___%
J22	Akute entzündungsbedingte Erkrankung (Infektion) der unteren Atemwege ohne weitere Angaben.	___%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet: Entzündung der Schleimhaut in den Bronchien ohne Angabe von Art und Dauer.	___%
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit: Eine obstruktive chronische Bronchitis kann sich weiterentwickeln zu einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Dann sind zusätzlich die Lungenbläschen überbläht (Lungenemphysem).	___%
J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen: Lungenentzündung durch Nahrung, Erbrochenes, Öle, Blut oder sonstige Substanzen.	___%
J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Atemnot und Kurzatmigkeit ohne nähere Bezeichnung.	___%
R04	Blutung aus den Atemwegen, z. B. Blutung aus der Nase oder dem Rachen, Bluthusten.	___%
R06	Störungen der Atmung, z. B. Kurzatmigkeit, Hyperventilation, Schnarchen, Erstickungsgefühl.	___%
R07	Halsschmerzen und Brustschmerzen, z. B. schmerzhafte Atmung oder atmungsabhängige und sonstige Brustschmerzen.	___%
T17	Fremdkörper in den Atemwegen, z. B. Nahrungsteile, Erbrochenes oder Schleim in Nase, Rachen, Kehlkopf oder Lunge.	___%

11% ist geschafft.

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

3. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine **optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim** behandelt werden können?

ICD-Code	GASTROINTESTINAL, das Verdauungssystem und den Kauapparat betreffend	Einschätzung in %
A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen, z. B. Lebensmittelvergiftung durch Bakterien wie Clostridium difficile oder Escherichia coli (E. coli) durch den Verzehr verunreinigter Lebensmittel, durch Berühren von Tieren oder durch Verschlucken von verunreinigtem Wasser. Darminfektionen können Durchfall, manchmal schwer und blutig, sowie Bauchschmerzen hervorrufen.	___%
A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen, z. B. Enteritis durch Rotaviren, Norovirus oder sonstige. Rotavirus (Kinder) und Norovirus (Erwachsene) sind die häufigste Ursache für (schwere) Durchfallerkrankungen. Ansteckung erfolgt zumeist über eine Schmierinfektion, das heißt, über Fäkalien oder verunreinigte Gegenstände sowie Lebensmittel oder Trinkwasser in den Mund.	___%
A09	Entzündung der Schleimhautauskleidung von Magen, Dünn- und Dickdarm meist einhergehend mit Durchfall verursacht durch nicht näher bezeichnete Erreger. Übertragung durch Lebensmittel, Trinkwasser oder von Mensch zu Mensch.	___%
C18	Bösartige Neubildung des Kolons (Dickdarmkrebs, oder auch Kolonkarzinom). Über 90% der kolorektalen Tumoren sind Adenokarzinome.	___%
E11	Diabetes mellitus, Typ 2: Die häufigste Form von (Blut-)Zuckerkrankheit. Er entsteht durch eine Unempfindlichkeit der Körperzellen gegenüber Insulin, welches in der Speicheldrüse produziert wird. Dadurch verbleibt die aufgenommene Glukose im Blut, oder die körpereigene Glukose-Neubildung in der Leber verläuft ungebremst weiter und liefert beständig Glukose nach.	___%
K02	Zahnkaries: Karies (Zahnfäule) ist ein Prozess unter dem Einfluss vom Nahrungs- und Hygieneverhalten, bei dem sich die Zahnschmelz langsam abbaut und schließlich ein Loch im Zahn entsteht. Symptome: Zahnverfärbungen, evtl. Schmerzen. Ohne Behandlung setzt sich Karies kontinuierlich weiter fort.	___%
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates, z. B. Zahnverlust durch Unfall oder systemische Ursachen und sonstige Zahnerkrankungen.	___%
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit: Ein krankhaft gesteigerter Rückfluss des sauren Mageninhaltes in die Speiseröhre. Symptome: Sodbrennen und Schmerzen hinter dem Brustbein, die sich im Liegen oftmals verschlimmern. Meist sind die unteren Schließmuskeln, die eigentlich dafür sorgen, dass nach dem Schlucken des Nahrungsbreies die Speiseröhre wieder schließt, funktionsgestört.	___%
K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus (Speiseröhre) inkl. Verletzung, Blutung, Krampf, Divertikel (Ausstülpung) oder Verschluss der Speiseröhre.	___%
K25	Ulcus ventriculi (Magengeschwür): Eine tiefe Wunde in der Magenschleimhaut, meist durch ein Übermaß an Magensäure und oft durch das Bakterium Helicobacter pylori ausgelöst. Symptome: Schmerzen im Oberbauch.	___%

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

ICD-Code	GASTROINTESTINAL, das Verdauungssystem und den Kauapparat betreffend	Einschätzung in %
K26	Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür): Ein Geschwür (Ulcus) im Zwölffingerdarm (Duodenum) entstanden durch ein Missverhältnis von schleimhautschützenden Faktoren und aggressiven Faktoren wie z. B. Magensäure. Ausgelöst durch: chronische Infektion mit dem Bakterium Helicobacter pylori, zu niedriger pH-Wert, Durchblutungsstörungen der Darmwand, Dauereinnahme von Medikamenten wie z. B. Acetylsalicylsäure.	___%
K29	Gastritis und Duodenitis: Typisch für eine Magen- oder Zwölffingerdarmschleimhautentzündung (Gastritis bzw. Duodenitis) sind Bauchbeschwerden wie Völlegefühl oder Schmerzen im Oberbauch.	___%
K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums, z. B. Magen oder Dünndarmverschluss, Polyp, Divertikel (Ausstülpung), Fistel (röhrenförmiger, länglicher Hohlraum, evtl. zwischen Organe, oder zur Haut hin, manchmal mehrgängig, manchmal offen), etc.	___%
K40	Hernia inguinalis (Leistenbruch): Entsteht, wenn Schichten der Bauchwand den Leistenkanal durchbrechen, meist nach heftiger Druckbelastung (Niesen, Husten, Pressen beim Stuhlgang, Heben schwerer Lasten usw.) und häufiger auftretend bei Gewebeschwäche und bestimmten Erkrankungen. Symptom: tastbare Schwellung/Beule, die sich oft nach innen wegdrücken lässt.	___%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis: Entzündung der Schleimhautauskleidung von Magen, Dünn- und Dickdarm, oft mit Durchfall einhergehend, meistens durch eine Lebensmittel- oder sonstige Vergiftung oder Allergie ausgelöst.	___%
K55	Gefäßkrankheiten des Darmes, inkl. erweiterte, verschlungene Gefäße des Darms sowie akute und chronische Gefäßkrankheiten.	___%
K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie: Ein paralytischer Ileus ist ein Darmverschluss infolge einer Lähmung (Paralyse) der Darmmuskulatur. So kann der Darminhalt nicht weitertransportiert werden. Manchmal ist der Verschluss eines Darmgefäßes durch ein Blutgerinnsel, ein Reflex auf eine Operation oder eine schwere Baucherkrankung ursächlich.	___%
K57	Divertikulose des Darmes: Darmveränderung bei der sich Ausstülpungen in der Darmwand (Divertikel) bilden, die an sich weder schmerzhaft noch gefährlich sind, sich allerdings entzünden oder verletzt werden und bluten können.	___%
K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen, z. B. Verstopfungen, Reizdarm oder Analspasmus.	___%
K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums, z. B. Polypen, Heraustreten (Prolaps) des Darms, Geschwüre.	___%
K70	Alkoholische Leberkrankheit: Breites Spektrum an Leberschädigungen durch übermäßigen Alkoholkonsum über einen längeren Zeitraum, z. B. Fettleber, Leberentzündung, Leberzirrhose und lebensbedrohlichem Leberkoma.	___%

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

ICD-Code	GASTROINTESTINAL, das Verdauungssystem und den Kauapparat betreffend	Einschätzung in %
K80	Cholelithiasis: Gallensteine sind auskristallisierte Bestandteile der Gallenflüssigkeit. Sie können in der Gallenblase oder im Gallengang entstehen, begünstigt durch Faktoren wie Übergewicht, weibliches Geschlecht und familiäre Veranlagung. Meist verursachen Gallensteine keine Beschwerden. Je nach Lage und Größe können sie aber auch Schmerzen auslösen - von mäßigen Beschwerden im rechten Oberbauch bis zu heftigen Gallenkoliken.	___%
K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege, z. B. Entzündung, Verschluss, Fistel (röhrenförmiges Geschwür), Zyste (mit Flüssigkeit gefüllter Hohlraum im Gewebe) oder Perforation (Durchbruch) des Gallenganges.	___%
K85	Akute Pankreatitis: Die akute Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis) wird bei den meisten Patienten durch Gallensteine ausgelöst. Sie führt dazu, dass sich die Drüse gewissermaßen "selbst verdaut".	___%
K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems, z. B. eine akute oder chronische Blutung im Bereich des Magen-Darm-Trakts. Tritt in Erscheinung als Bluterbrechen oder Blut aus dem Rektum.	___%
R10	Bauch- und Beckenschmerzen, z. B. Schmerzen im Becken, am Damm, im (Ober- oder Unter-)Bauch.	___%
R11	Übelkeit und Erbrechen als Krankheitssymptom.	___%
R13	Dysphagie: Jegliche Art von Schluckstörung, mit oder ohne Schmerzen als Folge von z. B. Infekte, Fehlbildungen und chronische oder bösartige Erkrankungen, Schäden im Nervensystem.	___%
R63	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen, z. B. Appetitverlust, übermäßiger Durst, übermäßige Nahrungsaufnahme, abnorme Gewichtszunahme oder -abnahme.	___%

34% ist geschafft.

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

4. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine **optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim** behandelt werden können?

ICD-Code	NEUROLOGISCH, das zentrale und periphere Nervensystem betreffend	Einschätzung in %
F01	Vaskuläre Demenz: Die vaskuläre Demenz entwickelt sich als Folge von Durchblutungsstörungen im Gehirn. Menschen mit vaskulärer Demenz fällt es schwer, zusammenhängend zu sprechen, aufmerksam zuzuhören und sich zu orientieren. Die klassische Form von vaskulärer Demenz ist die Multiinfarkt-Demenz: Sie entsteht, wenn mehrere gleichzeitig oder zeitlich versetzt auftretende Hirninfarkte (ischämische Schlaganfälle) eine kritische Masse an Nervengewebe absterben lassen. Die vaskuläre Demenz geht auch mit fokal-neurologischen Ausfällen (örtlich begrenzte Veränderung im Gehirn die zu einer ganz bestimmten Funktionsstörung an einer anderen Körperstelle führt) einher.	___%
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz: Mit Demenz bezeichnet man eine anhaltende oder fortschreitende Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Denkens oder anderer Hirnleistungen. Die Form bzw. Ursache ist hier nicht näher definiert.	___%
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt. Mit dem Begriff Delirium oder Delir wird ein Zustand geistiger Verwirrung beschrieben, der sich vor allem durch Störungen des Bewusstseins und Denkvermögens auszeichnet und besonders oft bei älteren Patienten auftritt. Meist ist ein Delirium nur vorübergehender Natur.	___%
F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit, z. B. organisch bedingte psychische Störungen wie etwa Halluzinationen bzw. wahnhaft oder affektive Störungen.	___%
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns, z. B. organisch bedingte Persönlichkeitsstörungen beispielsweise nach Hirnhautentzündung oder Schädelhirntrauma.	___%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, z. B. akuter Alkoholrausch, Abhängigkeits- und Entzugserscheinungen, psychotisches Verhalten.	___%
F20	Schizophrenie: Die Schizophrenie gehört zu den Psychosen - also zu den psychischen Erkrankungen, bei denen die Betroffenen die Realität verändert wahrnehmen oder verarbeiten. Patienten leiden unter Verfolgungswahn, Halluzinationen und motorischen Störungen.	___%
F25	Schizoaffektive Störungen: Psychische Störungen, die sowohl Symptome der Schizophrenie als auch der bipolaren affektiven Störung in sich vereinen. Zusätzlich zu den Stimmungsbeschwerden durch eine affektive Störung (wie Depression oder Manie) treten hier Symptome wie Wahn oder Halluzinationen aus dem schizophrenen Formenkreis auf.	___%
F32	Depressive Episode: Beschreibt einen Zeitraum, der von schlechter Stimmung oder gedrückten Gefühlen geprägt ist. Betroffene fühlen sich mindestens betrübt oder niedergeschlagen, ohne Energie oder Motivation.	___%

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

ICD-Code	NEUROLOGISCH, das zentrale und periphere Nervensystem betreffend	Einschätzung in %
F33	Rezidivierende depressive Störung: Im Fall einer andauernden Depression bestehen die Beschwerden länger als zwei Jahre. Eine depressive Episode beschreibt einen Zeitraum, der von schlechter Stimmung oder gedrückten Gefühlen geprägt ist. Betroffene fühlen sich mindestens betrübt oder niedergeschlagen, ohne Energie oder Motivation.	___%
G20	Primäres Parkinson-Syndrom: Bei Morbus Parkinson sterben bestimmte Dopaminproduzierende Nervenzellen im Gehirn ab. Patienten können sich nur noch verlangsamt bewegen, die Muskeln werden steif. Arme und Beine beginnen in Ruhe zu zittern. Viele Patienten bekommen auch Probleme beim Denken und werden dement.	___%
G30	Alzheimer-Krankheit: Alzheimer ist die häufigste Form von Demenz. Die langsam fortschreitende Hirnerkrankung führt zu Gedächtnisverlust, Verwirrtheit und Desorientierung. Alzheimer ist nicht heilbar, kann aber gelindert und gebremst werden.	___%
G35	Multiple Sklerose (MS, Encephalomyelitis disseminata): Eine chronische Entzündung des Nervensystems. Nervenstrukturen entzünden sich, was unterschiedliche Beschwerden auslöst wie z. B. Seh- und Gefühlsstörungen, Schmerzen oder Lähmungen. Die Erkrankung ist nicht heilbar, aber ihr Fortschreiten lässt sich mit Medikamenten mildern.	___%
G40	Epilepsie oder auch "Fallsucht": Wird umgangssprachlich häufig als Krampfleiden bezeichnet. Die Epilepsie ist eine Fehlfunktion des Gehirns. Sie wird durch Nervenzellen ausgelöst, die plötzlich gleichzeitig Impulse abfeuern und sich elektrisch entladen.	___%
G41	Status epilepticus (in der Neurologie oft kurz Status genannt): Ein außergewöhnlich lang andauernder epileptischer Anfall (länger als fünf Minuten) oder eine Serie von Anfällen mit einem so kurzen Intervall zwischen den einzelnen Anfällen, dass der Ausgangszustand bei der Bewusstseinslage und anderen Körperfunktionen nicht mehr erreicht wird. Ein Status epilepticus kann neben dem Vorliegen einer Epilepsie auch durch andere Ursachen ausgelöst werden, beispielsweise durch Infekte, einen Entzug von Drogen oder Medikamenten bei entsprechender Abhängigkeit oder durch degenerative Veränderungen des Gehirns oder auf Grund von Reizüberflutungen wie z. B. durch schnelle Computerspiele, flackerndes Licht oder Schlafentzug.	___%
G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Als Transitorische ischämische Attacke (TIA) wird eine vorübergehende Durchblutungsstörung im Gehirn bezeichnet. Sie geht Schlaganfällen oft voraus und gilt deshalb als Frühwarnzeichen. Die TIA wird meist durch kleine Blutgerinnsel verursacht, die mit dem Blutstrom ins Gehirn geschwemmt werden, wo sie die Durchblutung behindern. Häufige Symptome sind Sehstörungen, Taubheitsgefühle oder Lähmungen.	___%
I61	Intrazerebrale Blutung: Hirnblutung im Hirngewebe selbst. Intrazerebrale Blutungen treten meist plötzlich auf und machen etwa 15 % aller Schlaganfälle aus. Häufigste Ursache sind die als Folge des Bluthochdrucks auftretenden Veränderungen kleiner Blutgefäße (Arteriolosklerose).	___%

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

ICD-Code	NEUROLOGISCH, das zentrale und periphere Nervensystem betreffend	Einschätzung in %
I63	Hirnfarkt: Der Schlaganfall (Apoplex, Hirnfarkt) ist eine plötzliche Minderdurchblutung im Gehirn, meist durch ein Blutgerinnsel (ischämischer Schlaganfall). Wird diese nicht zeitnah ärztlich behandelt, sterben Gehirnzellen ab und bleibende Schäden bzw. der Tod können die Folge sein. Wichtige Symptome: akute Muskelschwäche, Lähmungs- und Taubheitsgefühle in einer Körperhälfte, plötzliche Seh- und Sprachstörungen, akute und sehr starke Kopfschmerzen, akuter Schwindel, Sprechstörungen etc.	___%
R40	Somnolenz, Sopor und Koma: Drei quantitative Bewusstseinsstörungen in zunehmender Gradierung. Somnolenz: Benommenheit, krankhafte Schläfrigkeit. Sopor, Präkoma: schlafähnliche Zustände, in denen nur durch starke Stimuli (z. B. Schmerzreize) Reaktionen ausgelöst werden können. Koma: völlige Bewusstlosigkeit.	___%
R55	Synkope und Kollaps: Synkope ist eine plötzlich einsetzende, kurz andauernde Bewusstlosigkeit, die mit einem Verlust der Haltungskontrolle (Kollaps) einhergeht und ohne besondere Behandlung spontan wieder aufhört. Der allgemeine Kollaps wird nach ihrer Ursache in neural vermittelte, kreislaufbedingte (Kreislaufkollaps), vom Herzen ausgehende, oder durch Hirndurchblutungsstörungen bedingte Synkopen eingeteilt.	___%
S06	Intrakranielle Verletzung: Beinhaltet Gehirnerschütterungen, Schädel-Hirn-Trauma und weitere Hirnverletzungen aufgrund einer äußeren Ursache (Sturz, Krafteinwirkung).	___%

50 % sind geschafft.

5. **Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?**

ICD-Code	UROGENITAL, den Harn, die Harnwege und Geschlechtsorgane betreffend	Einschätzung in %
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma): Das Mammakarzinom, oder auch Brustkrebs, ist die bösartige (maligne) Entartung der Brustdrüse. Es ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen.	___%
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase (Harnblasenkarzinom/-krebs, Blasenkrebs). Das mit Abstand häufigste Blasenkarzinom ist das Urothelkarzinom.	___%
E86	Volumenmangel (Hypovolämie): Die Verminderung der im Kreislauf zirkulierenden Blutmenge. Ursachen können z. B. innere und äußere Blutungen, Flüssigkeitsverlust oder Sepsis sein. Dies bedarf eines Ausgleichs des Flüssigkeitsdefizits. Dies erfolgt durch eine für die jeweilige Ursache geeignete Volumensubstitution.	___%

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

ICD-Code	UROGENITAL, den Harn, die Harnwege und Geschlechtsorgane betreffend	Einschätzung in %
E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts, z. B. Natrium- und Kaliumüberschuss oder -mangel, Übersäuerung (pH-Wert < 7,35), Säuredefizit (pH-Wert > 7,45).	___%
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis: Eine tubulointerstitielle Nephritis ist eine Entzündung der Nierenkanälchen und des umliegenden Gewebes. Sie kann durch verschiedene Erkrankungen, Medikamente oder Gifte verursacht werden, welche die Nieren schädigen.	___%
N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie: Die obstruktive Uropathie ist eine Behinderung des normalen Harnflusses, welches zu Harnstauung führt. Die Ursache kann anatomisch-organisch sein (z. B. durch Prostatavergrößerung) oder funktionell (z. B. durch Nieren- oder Harnwegssteine). Durch die dadurch verursachte Druckerhöhung im Harnfluss kann das Nierengewebe geschädigt werden, welches zu Nierenversagen führen kann. Die Refluxuropathie ist die Schädigung des Nierengewebes durch den durch Obstruktion verursachten Rückfluss des Harns in Nierenrichtung.	___%
N17	Akutes Nierenversagen: Ein plötzlicher Abfall der Nierenfunktion. Substanzen, die eigentlich mit dem Urin ausgeschieden werden sollten, sammeln sich dadurch im Blut an, was zu Vergiftungserscheinungen führt. Akutes Nierenversagen ist oft die Folge von Operationen oder Unfällen. Wird es nicht schnell behandelt, besteht Lebensgefahr.	___%
N18	Chronische Nierenkrankheit: Gesunde Nieren weisen eine glomeruläre Filtrationsrate (GFR) über 95 ml/min/1,73 m ² Körperoberfläche auf. Als chronische Niereninsuffizienz bzw. -krankheit wird das Nachlassen der Nierenfunktion bezeichnet, das über Monate oder Jahre langsam fortschreitet. Spätestens dann, wenn die GFR unter 60 ml/min/1,73 m ² Körperoberfläche liegt, kommt es zu Beschwerden. Die häufigsten Gründe für eine chronische Niereninsuffizienz sind die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und Bluthochdruck. Liegt eine chronische Niereninsuffizienz vor, kann der Körper giftige Stoffwechselprodukte nicht mehr ausscheiden – sie sammeln sich im Blut und verursachen eine Harnvergiftung (Urämie). Zudem kommt es zu Wassereinlagerungen im Gewebe (Ödeme).	___%
N20	Nieren- und Ureterstein: Nierensteine sind auskristallisierte Bestandteile des Urins, die sich in den Nieren, im Nierenbecken (Nierenstein) und in den ableitenden Harnwegen (Ureterstein) bilden können. Erst wenn sie in den Harnleiter wandern, verursachen Nierensteine Schmerzen – starke Krämpfe an den Flanken, begleitet von Übelkeit und Erbrechen.	___%
N30	Zystitis: Typische Symptome der häufig harmlosen Blasenentzündung (Zystitis) sind Brennen beim Wasserlassen und häufiger Harndrang.	___%
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems: Dazu zählen neben Harnwegsinfektionen verschiedene Formen der Harninkontinenz wie z. B. Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz), Dranginkontinenz, Reflexinkontinenz, etc. Die Harninkontinenz beruht meist auf einer Störung im fein abgestimmten System aus Blasenmuskulatur, Schließmuskeln und Beckenbodenmuskulatur.	___%
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie: Ausscheidung nicht zerfallener roter Blutkörperchen mit dem Urin; Harnblutung.	___%

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

ICD-Code	UROGENITAL, den Harn, die Harnwege und Geschlechtsorgane betreffend	Einschätzung in %
R33	Harnverhaltung: Zu einer Harnverhaltung kommt es, wenn die gefüllte Harnblase nicht spontan entleert werden kann. Mechanische Ursachen sind z. B. eingeklemmte Steine oder Fremdkörper in der Harnröhre, Prostatavergrößerungen, Verletzungen oder Tumore des Blasenhalses.	___%
T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt: Mechanische Komplikationen oder Infektionen/entzündliche Reaktionen (exklusive Versagen oder Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben) aller Organe, die den Genitalapparat bilden oder an der Harnbereitung und Harnableitung beteiligt sind, d. h. Nieren, Harnleiter, Blase und Harnröhre.	___%
Z49	Dialysebehandlung: Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Blutreinigung. Eingesetzt wird die Dialyse vor allem bei einer akuten oder chronischen Störung der Nierenfunktion.	___%

62 % sind geschafft.

6. **Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?**

ICD-Code	KARDIOVASKULÄR, Herz und Kreislauf betreffend	Einschätzung in %
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie: Auf Dauer schädigt Bluthochdruck (Hypertonie) die Gefäße und trägt so zur Entstehung von Folgeerkrankungen wie Nierenschädigung, Herzinfarkt und Schlaganfall bei. Häufige Symptome: Kopfschmerzen (besonders morgens), Schwindel, leichte Ermüdbarkeit, gerötetes Gesicht etc. Evtl. auch Symptome von Folgeerkrankungen wie Brustenge (Angina pectoris), Wassereinlagerungen im Gewebe oder Sehstörungen.	___%
I11	Hypertensive Herzkrankheit: Eine Erkrankung des Herzmuskels durch langjährigen Bluthochdruck (arterielle Hypertonie). Zu Anfang bestehen oftmals keine Symptome, im Verlauf kommt es zu Angina pectoris (Engegefühl in der Brust), Dyspnoe (Atemnot) und Herzrhythmusstörungen. Sind die Kompensationsmechanismen des Herzens erschöpft, münden die Abläufe schließlich in eine Herzinsuffizienz.	___%
I20	Angina pectoris (Brustenge, mediz. Stenokardie): Sie äußert sich in einem plötzlich auftretenden Schmerz in der Herzgegend sowie einem Druckgefühl in der Brust. Ausgelöst wird die Angina pectoris durch einen Sauerstoffmangel des Herzens (meist aufgrund einer Verengung eines oder mehrere Herzgefäße).	___%

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

ICD-Code	KARDIOVASKULÄR, Herz und Kreislauf betreffend	Einschätzung in %
I21	Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt): Entsteht, wenn sich ein Blutgefäß des Herzens verschließt (meist durch ein Blutgerinnsel). Der Herzmuskel kann seine Arbeit dann nicht mehr verrichten, was lebensbedrohliche Folgen haben kann. Typische Symptome: starke Schmerzen im linken Brustbereich/hinter dem Brustbein, im linken Arm, Atemnot, Beklemmungs-/Angstgefühl.	___%
I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten, z. B. Aortenklappenstenose, Aortenklappeninsuffizienz, die dazu führen, dass sauerstoffreiches Blut nicht mehr ausreichend in den großen Kreislauf gepumpt werden kann. Bei einer Aortenklappenstenose ist die größte Körperschlagader (Aorta) durch eine erworbene Verkalkung verengt. Bei einer Aortenklappeninsuffizienz schließt die Aortenklappe des Herzens nur mangelhaft, wodurch Blut aus der Aorta zurück in die linke Herzkammer fließen kann. Symptome bei ausgeprägten Formen: Minderversorgung des Gehirns, Schwindel und geringere Belastbarkeit mit Atemnot.	___%
I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock: Beide sind Herzrhythmusstörungen bei der die elektrischen Signale verlangsamt oder gar nicht mehr weitergeleitet werden. Beim Atrioventrikulären (AV-) Block ist die elektrische Signalweiterleitung vom Herzvorhof zur Herzkammer und beim Linksschenkelblock in der Wand der linken Herzkammer gestört. Symptome: evtl. gesunkene Herzfrequenz, Schwindel oder Bewusstlosigkeit.	___%
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern: Herzrhythmusstörungen, die meistens bei Herzerkrankungen auftreten. Beim Vorhofflattern schlägt das Herz sehr schnell (mehr als 150 Mal pro Minute). Betroffene spüren fast immer ein unangenehmes Herzrasen und Herzpochen. Der Puls ist dabei schnell und regelmäßig. Vorhofflimmern entwickelt sich meist im Laufe des Lebens, tritt in vielen Fällen zunächst anfallsartig auf und hält dann minuten-, stunden- oder sogar tagelang an. Irgendwann entwickelt sich daraus ein chronisches (permanentes) Vorhofflimmern, das auch unter medikamentöser Behandlung hartnäckig bestehen bleiben kann.	___%
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien: Herzrhythmusstörungen, z. B. Kammerflimmern, Extrasystolen (zusätzliche Herzschläge), Sick-Sinus-Syndrom (phasenweise zu langsamer oder zu schneller Herzschlag).	___%
I50	Herzinsuffizienz: Herzmuskelschwäche (auch Herzschwäche, Myokardinsuffizienz), wobei das Herz nicht mehr in der Lage ist den Körper ausreichend mit Blut und Sauerstoff zu versorgen als Folge von verschiedenen Herzerkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen, Leberzirrhose, Medikamenten-Nebenwirkungen. Symptome: je nach Stadium Atemnot (Dyspnoe) bei Belastung oder in Ruhe, Blass- oder Blauverfärbung der Lippen und Nagelbetten, Ödem v.a. an Knöcheln und Unterschenkeln, schnelle Gewichtszunahme, nächtlicher Harndrang, Herzrasen, Herzrhythmusstörungen, niedriger Blutdruck.	___%
I70	Atherosklerose: Krankhafte Einlagerung von Cholesterinester und anderen Fetten (ugs. Verkalkung) in die innere Wandschicht arterieller Blutgefäße. Die Atherosklerose tritt bevorzugt an den Herzkranzgefäßen, der Aufzweigung der Halsschlagader und den großen Beinarterien auf. Kommt es zu hochgradigen Einengungen der Gefäße oder zu Verschlüssen, dann resultiert meist eine Funktionseinschränkung oder ein Infarkt (Durchblutungsstopp).	___%

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

ICD-Code	KARDIOVASKULÄR, Herz und Kreislauf betreffend	Einschätzung in %
I74	Arterielle Embolie und Thrombose: Unter einer Embolie versteht man den teilweisen oder vollständigen Verschluss eines Gefäßes durch eingeschwemmtes Material (Embolus). Bei einer arteriellen Embolie entsteht der Embolus in der linken Herzhälfte (kardioembolisch) oder in den großen Arterien (arterioembolisch). Er gelangt dann meist in die Hirnarterien und verursacht einen Schlaganfall. Außerdem können Gefäßverschlüsse der Extremitätenarterien entstehen. Eine Thrombose kann zur Embolie führen, da sich dabei Blutgerinnsel (Thrombus/Blutpfropf) in einem Blutgefäß bilden. Thrombosen können in allen Gefäßen auftreten.	___%
I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis: Eine Thrombose (von „Thrombus“ bzw. thrombosis abgeleitet) ist eine Gefäßerkrankung oder Störung des Kreislaufsystems, bei der sich (intravital) ein Blutgerinnsel (Thrombus, Blutpfropf) in einem Blutgefäß bildet. Thrombosen können in allen Gefäßen auftreten. Eine Phlebitis ist eine Entzündung der oberflächlichen Vene (Ader), die als schmerzhaft, hochrote und erwärmte Stränge sichtbar und fühlbar sind, oft mit Schwellung. Komplikationen: Thrombose und venöses Ulcus cruris (ugs. "offenes Bein"). Thrombophlebitis ist die akute Thrombose mit Venenentzündung.	___%
I83	Varizen der unteren Extremitäten: Krampfadern (Varikosis, Varizen) sind Erweiterungen der oberflächlichen Venen (Adern), die besonders häufig an den Beinen auftreten. Sie zeigen sich meist als harmlose bläuliche Schlingelungen unter der Haut. Nur in wenigen, fortgeschrittenen Fällen verursachen Krampfadern Symptome wie Wasseransammlungen im Gewebe (Ödeme) und Hautgeschwüre (Ulzerationen).	___%
I95	Hypotonie: Niedriger Blutdruck (Hypotonie) zeigt sich meist in Form von Schwindel, Müdigkeit oder Herzrasen.	___%
T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen, z. B. mechanische Komplikationen, Blutungen, Stenose, Fibrose, Thrombose, Embolie, Schmerzen oder Infektionen/entzündliche Reaktionen (exklusive Versagen oder Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben).	___%

73% sind geschafft.

- 7. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?**

ICD-Code	MUSKULOSKELETTAL	Einschätzung in %
M54	Rückenschmerzen: Reizung oder Schädigung der Nervenwurzeln im Rückenbereich und sonstige Rückenschmerzen.	___%

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

ICD-Code	MUSKULOSKELETTAL	Einschätzung in %
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert, z. B. nicht näher bezeichneter Rheumatismus, Schmerzattacken (Neuralgie), Muskelschmerz (Myalgie), sonstige Schmerzen in den Extremitäten.	___%
M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Osteoporose bedeutet zu geringe Knochendichte. Die pathologische Fraktur ist ein Knochenbruch, der spontan, also ohne adäquates Trauma auftritt. Hier tritt der Bruch durch den Zug der Muskulatur bei Alltagsbewegungen, als auch durch Bagateltraumen (denen ein gesunder Knochen ohne weiteres standgehalten hätte) aufgrund einer osteoporosebedingten Schwächung des Knochens auf.	___%
R26	Störungen des Ganges und der Mobilität: Gehbeschwerden, Immobilität, Bettlägerigkeit, taumelnder Gang, Standunsicherheit, etc.	___%
S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, z. B. Schürfwunden, Prellungen, Blasen, Insektenbiss/-stich (ungiftig), Splitter, blaue Flecken inkl. blaues Auge, etc.	___%
S01	Offene Wunde des Kopfes, z. B. an Nase, Auge, Ohr, Lippe, Mund, etc.	___%
S02	Fraktur (Knochenbruch) des Schädels und der Gesichtsschädelknochen: Brüche von Schädeldach, Schädelbasis, Jochbein, Ober- und Unterkiefer, Zähnen, etc.	___%
S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax, z. B. Schürfwunden, Prellungen, Insektenbiss/-stich (ungiftig), Splitter, blaue Flecken am Brustkorb.	___%
S22	Fraktur (Knochenbruch) der Rippe(n), des Sternums (Brustbein), der Brustwirbel oder Brustwirbelsäule.	___%
S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens, z. B. Schürfwunden, Prellungen, Insektenbiss/-stich (ungiftig), Splitter, blaue Flecken von Becken, Gesäß, äußerer Genitalorgane, Bauchdecke, Leiste, etc.	___%
S32	Fraktur (Knochenbruch) der Lendenwirbelsäule und des Beckens.	___%
S42	Fraktur (Knochenbruch) im Bereich der Schulter und des Oberarmes, inklusive Knochenbrüchen von Schlüsselbein und Schulterblatt.	___%
S52	Fraktur (Knochenbruch) des Unterarmes, inklusive Knochenbrüchen des Ellenbogen, der Speiche (Unterarm) oder sonstiger Teile des Unterarms.	___%
S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels, z. B. Schürfwunden, Prellungen, Insektenbiss/-stich (ungiftig), Splitter, blaue Flecken an Hüfte oder Oberschenkel.	___%
S72	Fraktur des Femurs (Oberschenkel(hals)bruch): Entsteht, wenn starke Kräfte auf den Knochen einwirken, etwa bei einem Unfall. Je nach Lokalisation des Bruchs werden verschiedene Femurfrakturen unterschieden. Typische Symptome sind in allen Fällen starke Schmerzen, Schwellungen sowie eine Fehlstellung des Beins, das nicht mehr belastet werden kann.	___%
S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels, z. B. Schürfwunden, Prellungen, Insektenbiss/-stich (ungiftig), Splitter, blaue Flecken am Unterschenkel.	___%

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

ICD-Code	MUSKULOSKELETTAL	Einschätzung in %
S82	Fraktur (Knochenbruch) des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes: Brüchen des Schienbeins, Wadenbein, der Knöchel und sonstiger Teile des Unterschenkels.	___%
T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate: Mechanische Komplikationen oder Infektionen/entzündliche Reaktionen (exklusive Versagen oder Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben).	___%

88% sind geschafft.

8. **Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?**

ICD-Code	IMMUNSYSTEM	Einschätzung in %
A40	Streptokokkensepsis: Blutvergiftung durch Streptokokkenbakterien, welche aufgrund mangelnder Immunabwehr im Verlauf mehrere Organe besiedeln, so dass es im ganzen Körper zu Entzündungsreaktionen kommt.	___%
A41	Sonstige Sepsis: Blutvergiftung durch Staphylokokken, E. coli oder sonstige, ggfs. nicht näher bestimmte Bakterien, welche aufgrund mangelnder Immunabwehr im Verlauf mehrere Organe besiedeln, so dass es im ganzen Körper zu Entzündungsreaktionen kommt.	___%
A49	Bakterielle Infektion, z. B. durch Staphylokokken, Streptokokken oder sonstige Bakterien an nicht näher bezeichneten Stellen.	___%
B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten.	___%
J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren: Influenza, oder auch Grippe, ist eine durch das Influenzavirus verursachte Erkrankung der Atemwege. Hierdurch wird die Schleimhaut (Mucosa) der Atemwege angegriffen und das Eindringen anderer krankmachende oder giftige Erreger erleichtert.	___%

91% sind geschafft.

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

9. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenseinweisungen durch eine **optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim** behandelt werden können?

ICD-Code	DERMATOLOGISCH, die Haut betreffend	Einschätzung in %
A46	Erysipel (Wundrose): Wundrose ist eine durch Bakterien (meist Streptokokken) ausgelöste Hautinfektion. Typisch sind flammenförmige, schmerzhafte Hautrötungen, die oft mit Schwellungen sowie Fieber mit Schüttelfrost einhergehen, vor allem bei Menschen mit Durchblutungsstörungen.	___%
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut (Basaliom oder auch Basalzellenkrebs, Spinaliom oder auch Stachelzellkrebs). Überwiegend an chronisch lichtexponierten Hautstellen auftretend.	___%
L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel: Eiteransammlung, Eiterbeule oder Entzündung des Haarbalgs auf der Haut an einer näher bezeichneten Körperstelle.	___%
L03	Phlegmone (Hautinfektionen vor allem der Hände und Füße): Eine bakterielle Entzündung des Bindegewebes. Sie betrifft besonders häufig Patienten mit einem geschwächten Abwehrsystem und tritt nach Verletzungen auf. Eine Phlegmone löst Schmerzen aus sowie eine Rötung und Schwellung.	___%
L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone: Ein Dekubitus ist eine lokale Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes aufgrund von längerer Druckbelastung, die die Durchblutung der Haut stört.	___%

95% ist geschafft.

10. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenseinweisungen durch eine **optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim** behandelt werden können?

ICD-Code	Organsystemübergreifende Diagnosen	Einschätzung in %
D50	Eisenmangelanämie: Die durch einen Mangel an Körpereisen ausgelöste Blutarmut. Sie ist mit 80 Prozent die häufigste Form der Blutarmut. 80% der Betroffenen sind weiblich. Anhaltender Blutverlust ist die häufigste Ursache (unbemerkt über den Magen-Darm-Trakt, bei häufige und/oder sehr starke Regelblutungen, nach zu häufigem Blutspenden, Operationen oder die regelmäßige Dialyse).	___%
D64	Sonstige Anämien, z. B. erbgut- oder krankheitsbedingte Blutarmut.	___%

Anlage 2. Vollständiger Fragebogen der ersten Befragungsrunde

ICD-Code	Organsystemübergreifende Diagnosen	Einschätzung in %
H25	Cataracta senilis (Augenlinsentrübung): Der Graue Star (Katarakt) ist eine Erkrankung der Augenlinse. Dabei trübt die ursprünglich klare Linse ein, wodurch sich das Sehvermögen verschlechtert. Die Häufigkeit des Grauen Stars steigt mit dem Alter an.	___%
T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert, z. B. Blutungen, Hämatome, Schock, Kollaps, Stich- und Risswunden, Infektionen, Fremdkörper, etc.	___%
T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate: Mechanische Funktionsstörungen oder Infektionen bzw. entzündliche Reaktionen (exklusive Versagen oder Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben).	___%
Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes: Der Code Z45 kann bei Patienten benutzt werden, die bereits wegen einer Krankheit oder Verletzung behandelt wurden, aber nachsorgende oder vorbeugende Betreuung, Betreuung während des Genesungsprozesses oder zur Stabilisierung des Behandlungsergebnisses, zur Behandlung von Restzuständen, zur Absicherung, dass kein Rezidiv (Rückfall, erneutes Auftreten der Erkrankung) aufgetreten ist oder zur Verhütung eines Rezidivs erhalten.	___%

Nun folgen noch einige allgemeine Fragen.

Bitte generieren Sie hier unten Ihren persönlichen Code.

- Zuerst den ersten und letzten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter (z. B. **T**in**A**),
- dann den ersten und letzten Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters (z. B. **M**arti**N**) und
- zum Schluss den Tag Ihres Geburtsdatums in der Form **TT** (z. B. **4**. Mai)
⇒ ergibt den Code: **TA MN 04**.

Bitte geben Sie nun Ihren persönlichen Code ein:

Ich bin männlich weiblich sonstiges

Mein Geburtsjahr ist:

Vielen Dank,

dass Sie sich die Zeit für die Bewertungen der ersten Runde genommen haben! Wir freuen uns, Sie in der zweiten Runde in etwa zwei Monaten erneut kontaktieren zu dürfen!

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

(Kommentar: Die hier dargestellte Papierversion des Fragebogens ist zum besseren Verständnis angepasst worden: Verlinkte Wörter auf zusätzlichen Erläuterungen in Online-Aufklapptexte sind hier versehen mit Hinweisen auf weiteren Anlagen oder Seiten im Fragebogen.)



Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleg*innen,

nachdem wir mit Ihrer Unterstützung die erste Online-Befragungsrunde zur Vermeidbarkeit von Krankenhauseinweisungen aus dem Pflegeheim abgeschlossen haben, melden wir uns heute mit dem Fragebogen für die zweite Runde.

Die Ergebnisse der **Einschätzung von 100 Expert*innen** finden Sie jetzt jeweils als Median (mit Streuung) dargestellt. Das Ausfüllen wird **ca. 30 Minuten** in Anspruch nehmen.

- Wenn Sie mit dem voreingestellten Median-Vermeidungspotenzial **einverstanden** sind, bestätigen Sie dies bitte durch Klick auf den Prozentwert.
- Wenn Sie damit **nicht einverstanden** sind, passen Sie bitte den Wert an, indem Sie den Regler zum gewünschten Prozentwert schieben.
- Auch die Werte 0% und 100% müssen aktiv eingestellt werden.
- Manchmal finden Sie zu einzelnen ICD-10-Codes den Hinweis auf zusätzliche Erläuterungen, die Ihnen die Einschätzung erleichtern könnten. Die Hinweise finden Sie dann auf der Rückseite derselben Seite.
- Wenn Sie das Vermeidungspotenzial nicht einschätzen können, oder ein Vermeidungspotenzial außerhalb der angegebenen Bandbreite der Antworten der ersten Runde angeben möchten, begründen Sie dies bitte im Kommentarfeld.

Wir haben Ihre Kommentare der ersten Runde ausgewertet und daraus allgemeine Empfehlungen für die Einschätzung der zweiten Runde abgeleitet, diese finden Sie hier. (beim Klick auf Hier erscheint AUFKLAFFTTEXT 1; der hier am Ende des Fragebogens angehängt ist (vgl. Anhang A).

Nachdem Sie den Fragebogen komplett beantwortet haben, **warten Sie bitte, bis sich die Seite öffnet, auf der Sie Ihre persönlichen Angaben machen können, auch dann**, wenn Sie Ihre E-Mailadresse im Falle einer Zwischenspeicherung bereits einmal angegeben haben. Dies ist notwendig, damit wir uns bei Ihnen für Ihre Beteiligung an beiden Befragungsrunden mit €100 bedanken können.

Bei Fragen zum Projekt, oder bei Problemen mit der Durchführung dieser Umfrage, wenden Sie sich bitte an:

(Platzhalter für den Namen der Projektleitung)

(Platzhalter für den Namen des/der Projektbearbeiters/in)

Telefon: (Platzhalter für die Durchwahlnummer)

E-Mail: (E-Mailadresse des/der Projektbearbeiters/in)

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

Mit der Bitte um anschließender Einverständniserklärung: (

Angaben zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Datenschutz und Dauer der Datenspeicherung: Die Beantwortung des Fragebogens erfolgt pseudonymisiert: Im Rahmen der Auszahlung des Dankeschöns von 100 EUR nach dem erfolgreichen Abschluss der zweiten Erhebungsrunde werden einige persönliche Angaben getrennt von Ihren Angaben zum Fragebogen gespeichert. Diese persönlichen Angaben werden ausschließlich für die Auszahlung unseres Dankeschöns im Anschluss an die zweite Befragungsrunde und nicht für weiteren Zwecke verwendet. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und gelöscht, sobald Sie zur Erreichung des Forschungszweckes nicht mehr erforderlich sind. Die Fragebogendaten selbst können nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht und zum Zweck späterer Analysen auch auf Dauer gespeichert werden. Zu der Auszahlung des „Dankeschöns“ gehörige Buchungsbelege in der Finanzbuchhaltung der UW/H werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches bzw. der Abgabenordnung für 6 bzw. 10 Jahre aufbewahrt. Das Spendenformular sowie der Buchungsbeleg sind losgelöst vom Fragebogen, sodass auch an dieser Stelle Ihre Anonymität gewährleistet ist.

Zweck der Datenverarbeitung: Wir verarbeiten Ihre Daten zum Zweck der wissenschaftlichen Forschung. Dazu gehört im Einzelnen die Verarbeitung zur Teilnehmerverwaltung (Kontaktaufnahme, Wiederholungsansprache, Abrechnung), zur Gruppeneinteilung (demographische Daten) und zur Ermittlung des Vermeidungspotentials bestimmter Krankenhausesentlassungsdiagnosen. Die Daten werden mithilfe von statistischen Verfahren ausgewertet. Ziel ist es, die Studienergebnisse in aggregierter Form (d. h. nicht auf einzelne Teilnehmer*innen beziehbar) in Fachpublikationen, auf Tagungen und mit der wissenschaftlichen sowie fachspezifischen Gemeinschaft zu teilen.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung: Wir verarbeiten Ihre Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO. Da wir einer Nachweispflicht unterliegen, werden wir Sie vor der ersten Datenerhebung bitten, uns Ihre freiwillige Teilnahme in Form einer nachfolgenden Einverständniserklärung zu bestätigen. Sollten Sie uns Ihre Einwilligung an dieser Stelle nicht erteilen, können Sie an der Studie leider nicht teilnehmen. Weitere Nachteile entstehen Ihnen dadurch aber nicht. Sie können eine einmal gegebene Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. In diesem Fall werden die Daten, die mit Ihrer Person in Beziehung gebracht werden können (d. h. Ihre persönlichen Angaben zum Zwecke der Auszahlung unseres Dankeschöns à EUR 100) ab dem Zeitpunkt Ihres Widerrufs von der weiteren Verarbeitung ausgenommen. Bitte richten Sie im Bedarfsfall Ihren Widerruf formlos an die unten genannte Adresse („Projektteam“).

Art der Datenverarbeitung: Die Verarbeitung der Daten erfolgt grundsätzlich auf eigenen technischen Systemen der Universität Witten/Herdecke. Diese Systeme stellen die Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit der Daten nach dem Stand der Technik sicher. Personenbezogene Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist und keine entgegenstehenden Interessen (z. B. von Ihrer Seite) existieren. Bis zur Anonymisierung werden die Daten, die einen Personenbezug ermöglichen, gesondert gespeichert. Sie werden nicht mit den anonym gespeicherten Angaben im eigentlichen Fragebogen zusammengeführt. Eine Hinzunahme von Personendaten aus anderen Quellen ist nicht vorgesehen.

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

Empfänger der Daten: Ihre personenbezogenen Daten verlassen die UW/H nicht. Sofern aus technischen oder buchhalterischen Gründen erforderlich, können berechtigte Personen aus unterstützenden Abteilungen (Informationstechnologie, Rechnungswesen etc.) neben den an der Forschung unmittelbar beteiligten Personen möglicherweise weitere UW/H-interne Empfänger sein.

Betroffenenrechte: Nach der Datenschutzgesetzgebung (siehe hierzu Art. 12 ff DSGVO) stehen Ihnen umfangreiche Rechte zu. Im Einzelnen ist dies das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung, auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Da die Angaben zum Fragebogen anonym gespeichert werden, sind diese Daten davon ausgenommen. Diese Rechte beziehen sich daher lediglich auf die pseudonymisierte Speicherung Ihrer persönlichen Angaben zum Zwecke der Auszahlung unseres Dankeschöns. Falls Sie diese Rechte geltend machen möchten, wenden Sie sich bitte an die unten genannte durchführende Person („Projektteam“). Sollte auf diesem Wege kein Einvernehmen zu erzielen sein, wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der UW/H (Platzhalter für E-Mailadresse des Datenschutzbeauftragten) oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde (z. B. <https://www.ldi.nrw.de/>). Wenn Sie weitere Einzelheiten zu den Betroffenenrechten erfahren möchten, finden Sie auf <https://www.uni-wh.de/datenschutz/> ergänzende Informationen. Wir möchten darauf hinweisen, dass für den Bereich der wissenschaftlichen Forschung diese Rechte in Anwendung von § 227 Abs. 2 BDSG oder anderer Gesetze möglicherweise auch beschränkt werden können (Forschungsprivileg).

Bei **Fragen** zum Datenschutz erreichen Sie den betrieblichen Datenschutzbeauftragten der UW/H unter der Adresse: Universität Witten/Herdecke gGmbH, Datenschutzbeauftragter, Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten; oder per E-Mail unter (Platzhalter für E-Mailadresse des Datenschutzbeauftragten).

Einverständniserklärung

Ich erkläre, dass ich die Informationen zum Datenschutz und zu meinen Rechten zur Kenntnis genommen habe und mit der pseudonymisierten Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Angaben zum Zwecke der Auszahlung des Dankeschöns à EUR 100 getrennt von der Speicherung der Angaben im Fragebogen einverstanden bin. Auch bin ich mit einer Veröffentlichung der Ergebnisse in zusammengefasster und nicht zu meiner Person zurückzuführender Form einverstanden. Da die Angaben zum Fragebogen losgelöst von der Speicherung der persönlichen Angaben zum Zwecke der Auszahlung des Dankeschöns und deswegen anonym gespeichert werden, ist ein nachträglicher Widerruf dieser Angaben nicht möglich.

Ja, ich bin einverstanden.

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

1. In welcher Funktion haben Sie *hauptsächlich* Ihre Expertise zu der Vermeidbarkeit von Krankenhausdiagnosen für Pflegeheimbewohnende sammeln können?



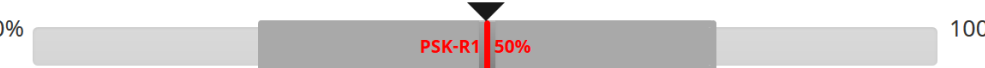
- als ambulante/r Vertragsarzt/-ärztin
- als Krankenhausarzt/-ärztin
- als Pflegekraft im Pflegeheim
- als Wissenschaftler/-in

Sonstige _____

2. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?

ICD-Code	RESPIRATORISCH, die Atmung betreffend
C34	<p>Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (Lungenkrebs, Bronchialkarzinom). Das Bronchialkarzinom betrifft Männer rund drei Mal häufiger. Das Risiko, ein Bronchialkarzinom zu bekommen, ist bei Rauchern signifikant erhöht.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/C34.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 25% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 7% und 53%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>I26</p>	<p>Lungenembolie (Lungenarterienembolie): Ein verstopftes Blutgefäß der Lunge, meistens durch ein Blutgerinnsel. Die Lunge wird dann weniger durchblutet. So gelangt nur unzureichend Sauerstoff ins Blut. Wichtige Anzeichen für eine Lungenembolie sind plötzliche Atemnot und Brustschmerzen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I26.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 0% und 20%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>J15</p>	<p>Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert: Lungenentzündung durch nicht klassifizierte, bakterielle Erreger.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/J15.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 25% und 75%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>J18</p>	<p>Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet: Lungenentzündung durch nicht klassifizierte Erreger.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/J18.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 25% und 75%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>J20</p>	<p>Akute Bronchitis: Eine Entzündung der Schleimhaut in den Bronchien. Sie wird meist durch Viren ausgelöst und heilt innerhalb weniger Tage von selbst aus. Symptome: Husten (anfangs trocken, später mit Auswurf), eventuell auch Fieber, Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen, Schnupfen, Heiserkeit.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/J20.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 70% und 95%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>J22</p>	<p>Akute entzündungsbedingte Erkrankung (Infektion) der unteren Atemwege ohne weitere Angaben.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/J22.html?sp=Sj22</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 90%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>J40</p>	<p>Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet: Entzündung der Schleimhaut in den Bronchien ohne Angabe von Art und Dauer.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/J40.html?sp=Sj40</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 70% und 95%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>J44</p>	<p>Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit: Eine obstruktive chronische Bronchitis kann sich weiterentwickeln zu einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Dann sind zusätzlich die Lungenbläschen überbläht (Lungenemphysem).</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/J44.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 47% und 90%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>J69</p>	<p>Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen: Lungenentzündung durch Nahrung, Erbrochenes, Öle, Blut oder sonstige Substanzen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/J69.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 10% und 65%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>J96</p>	<p>Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: bezeichnet eine Störung der mechanischen Atmung mit einer Minderbelüftung der Lungenbläschen (alveolaire Hypoventilation), eine Behinderung des Gasaustausches in den Lungenbläschen (pulmonale Diffusionsstörung), oder eine Minderbelüftung verschiedener Lungenabschnitte (pulmonale Verteilungsstörung). In allen Fällen kommt es zu einer verminderten, den Bedarf nicht mehr deckenden pulmonalen Sauerstoffaufnahme, zu einer Hypoxämie und dementsprechend veränderten Blutgaswerte.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/J96.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 10% und 70%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>R06</p>	<p>Störungen der Atmung, z. B. Dyspnoe inkl. Kurzatmigkeit, Atemgeräusche beim Ein-/ Ausatmen, ziehende Atmung, periodische Atmung inkl. Schluckauf, Hyperventilation, Mundatmung, Niesen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/R06.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 10% und 78%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>R07</p>	<p>Halsschmerzen und Brustschmerzen, z. B. schmerzhafte Atmung oder atmungsabhängige sonstige Brustschmerzen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/R07.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 25% und 85%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>T17</p>	<p>Fremdkörper in den Atemwegen, z. B. Nahrungsteile, Erbrochenes oder Schleim in Nase, Rachen, Kehlkopf oder Lunge.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/T17.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 0% und 43%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>


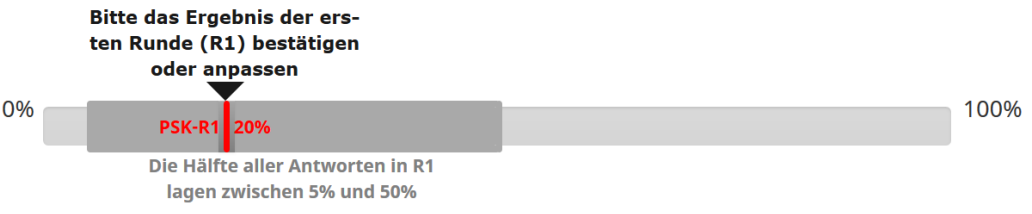

11% ist geschafft.

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

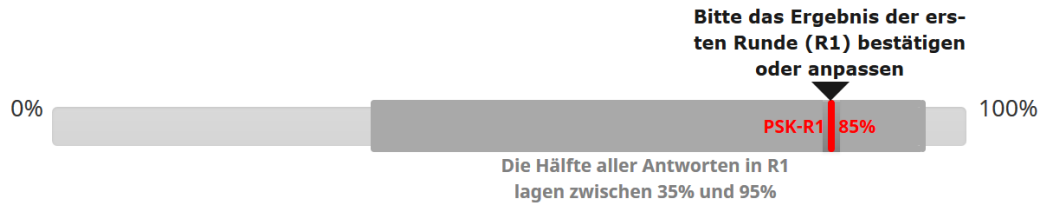


3. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?

ICD-Code	GASTROINTESTINAL, das Verdauungssystem und den Kauapparat betreffend
A04	<p>Sonstige bakterielle Darminfektionen, z. B. Lebensmittelvergiftung durch Bakterien wie Clostridium difficile oder Escherichia coli (E. coli) durch den Verzehr verunreinigter Lebensmittel, durch Berühren von Tieren oder durch Verschlucken von verunreinigtem Wasser. Darminfektionen können Durchfall, manchmal schwer und blutig, sowie Bauchschmerzen hervorrufen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/A04.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 70% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 35% und 85%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
A08	<p>Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen, z. B. Enteritis durch Rotaviren, Norovirus oder sonstige. Rotavirus (Kinder) und Norovirus (Erwachsene) sind die häufigste Ursache für (schwere) Durchfallerkrankungen. Ansteckung erfolgt zumeist über eine Schmierinfektion, das heißt, über Fäkalien oder verunreinigte Gegenstände sowie Lebensmittel oder Trinkwasser in den Mund.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/A08.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 80% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 90%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>A09</p>	<p>Entzündung der Schleimhautauskleidung von Magen, Dünn- und Dickdarm meist einhergehend mit Durchfall verursacht durch nicht näher bezeichnete Erreger. Übertragung durch Lebensmittel, Trinkwasser oder von Mensch zu Mensch.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/A09.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 80%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 52% und 88%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>C18</p>	<p>Bösartige Neubildung des Kolons (Dickdarmkrebs, oder auch Kolonkarzinom). Über 90% der kolorektalen Tumoren sind Adenokarzinome.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/C18.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 20%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 5% und 50%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>E11</p>	<p>Diabetes mellitus, Typ 2: Die häufigste Form von (Blut-)Zuckerkrankheit. Er entsteht durch eine Unempfindlichkeit der Körperzellen gegenüber Insulin, welches in der Speicheldrüse produziert wird. Dadurch verbleibt die aufgenommene Glukose im Blut, oder die körpereigene Glukose-Neubildung in der Leber verläuft ungebremst weiter und liefert beständig Glukose nach.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/E11.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 90%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 67% und 95%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

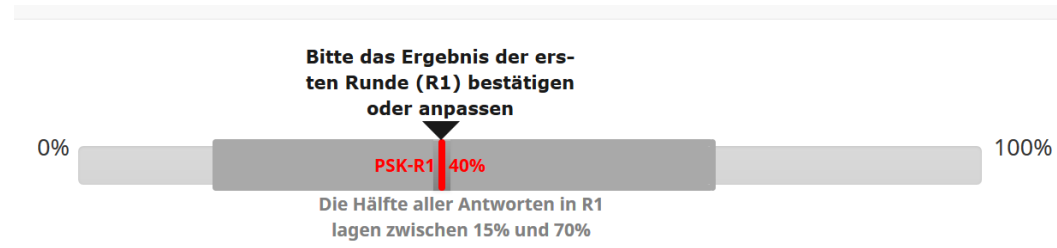
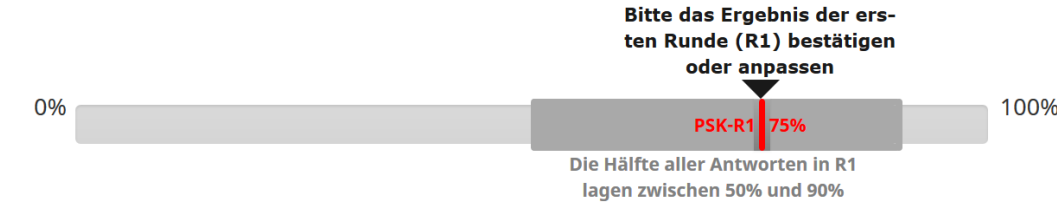
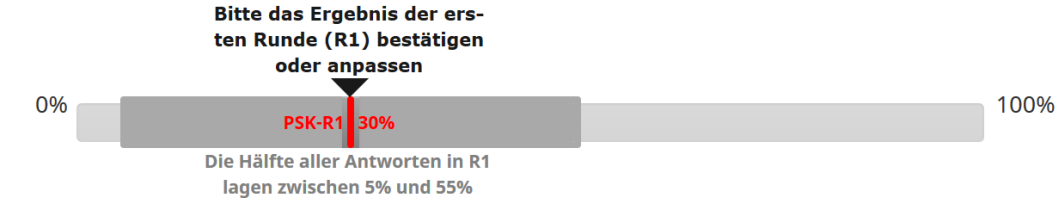
Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>K08</p>	<p>Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates, z. B. Zahnverlust durch Unfall oder systemische Ursachen und sonstige Zahnerkrankungen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K08.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 85%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 35% und 95%</p> <p>Zusätzliche Empfehlungen:</p> <p><i>Im optimalen Pflegeheim ist eine ambulante Behandlung mit einem Zahnarzt oder Kieferchirurg möglich.</i></p> <p><i>Ambulante Diagnostik oder (Erst)Versorgung gilt nicht als Krankenseinweisung.</i></p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>K21</p>	<p>Gastroösophageale Refluxkrankheit: Ein krankhaft gesteigerter Rückfluss des sauren Mageninhaltes in die Speiseröhre. Symptome: Sodbrennen und Schmerzen hinter dem Brustbein, die sich im Liegen oftmals verschlimmern. Meist sind die unteren Schließmuskeln, die eigentlich dafür sorgen, dass nach dem Schlucken des Nahrungsbreies die Speiseröhre wieder schließt, funktionsgestört.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K21.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 90%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 70% und 95%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>K22</p>	<p>Sonstige Krankheiten des Ösophagus (Speiseröhre) inkl. Verletzung, Blutung, Krampf, Divertikel (Ausstülpung) oder Verschluss der Speiseröhre.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K22.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 40%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 10% und 65%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>




Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>K25</p>	<p>Ulcus ventriculi (Magengeschwür): Eine tiefe Wunde in der Magenschleimhaut, meist durch ein Übermaß an Magensäure und oft durch das Bakterium <i>Helicobacter pylori</i> ausgelöst. Symptome: Schmerzen im Oberbauch.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K25.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 65% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 30% und 80%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>K26</p>	<p>Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür): Ein Geschwür (Ulcus) im Zwölffingerdarm (Duodenum) entstanden durch ein Missverhältnis von schleimhautschützenden Faktoren und aggressiven Faktoren wie z. B. Magensäure. Ausgelöst durch: chronische Infektion mit dem Bakterium <i>Helicobacter pylori</i>, zu niedriger pH-Wert, Durchblutungsstörungen der Darmwand, Dauereinnahme von Medikamenten wie z. B. Acetylsalicylsäure.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K26.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 65% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 32% und 80%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>K29</p>	<p>Gastritis und Duodenitis: Typisch für eine Magen- oder Zwölffingerdarmschleimhautentzündung (Gastritis bzw. Duodenitis) sind Bauchbeschwerden wie Völlegefühl oder Schmerzen im Oberbauch.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K29.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 80% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 95%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>




Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>K40</p>	<p>Hernia inguinalis (Leistenbruch): Entsteht, wenn Schichten der Bauchwand den Leistenkanal durchbrechen, meist nach heftiger Druckbelastung (Niesen, Husten, Pressen beim Stuhlgang, Heben schwerer Lasten usw.) und häufiger auftretend bei Gewebeschwäche und bestimmten Erkrankungen. Symptom: tastbare Schwellung/Beule, die sich oft nach innen wegdrücken lässt.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K40.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 40% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 15% und 70%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>K52</p>	<p>Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis: Entzündung der Schleimhautauskleidung von Magen, Dünn- und Dickdarm, oft mit Durchfall einhergehend, meistens durch eine Lebensmittel- oder sonstige Vergiftung oder Allergie ausgelöst.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K52.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 75% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 90%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>K55</p>	<p>Gefäßkrankheiten des Darmes, inkl. erweiterte, verschlungene Gefäße des Darms sowie akute und chronische Gefäßkrankheiten.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K55.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 30% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 5% und 55%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>


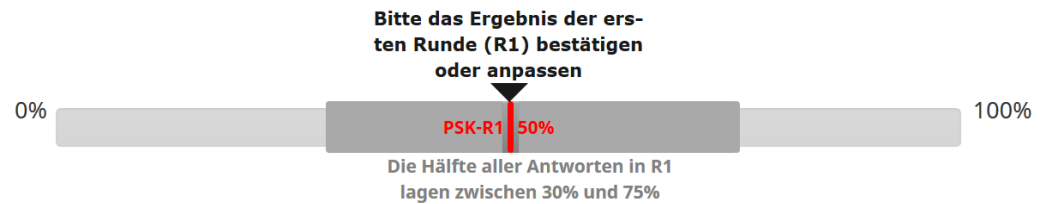

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>K56</p>	<p>Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie: Ein paralytischer Ileus ist ein Darmverschluss infolge einer Lähmung (Paralyse) der Darmmuskulatur. So kann der Darminhalt nicht weitertransportiert werden. Manchmal ist der Verschluss eines Darmgefäßes durch ein Blutgerinnsel, ein Reflex auf eine Operation oder eine schwere Baucherkrankung ursächlich.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K56.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 0% und 20%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>K57</p>	<p>Divertikulose des Darmes: Darmveränderung bei der sich Ausstülpungen in der Darmwand (Divertikel) bilden, die an sich weder schmerzhaft noch gefährlich sind, sich allerdings entzünden oder verletzt werden und bluten können.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K57.-.html</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 90%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>K59</p>	<p>Sonstige funktionelle Darmstörungen, z. B. Verstopfungen, Reizdarm oder Analspasmus.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K59.-.html</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 75% und 95%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>K62</p>	<p>Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums, z. B. Polypen, Heraustreten (Prolaps) des Darms, Geschwüre.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K62.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>0% PSK-R1 70% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 47% und 83%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>K80</p>	<p>Cholelithiasis: Gallensteine sind auskristallisierte Bestandteile der Gallenflüssigkeit. Sie können in der Gallenblase oder im Gallengang entstehen, begünstigt durch Faktoren wie Übergewicht, weibliches Geschlecht und familiäre Veranlagung. Meist verursachen Gallensteine keine Beschwerden. Je nach Lage und Größe können sie aber auch Schmerzen auslösen - von mäßigen Beschwerden im rechten Oberbauch bis zu heftigen Gallenkoliken.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K80.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>0% PSK-R1 50% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 15% und 78%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>K83</p>	<p>Sonstige Krankheiten der Gallenwege, z. B. Entzündung, Verschluss, Fistel (röhrenförmiges Geschwür), Zyste (mit Flüssigkeit gefüllter Hohlraum im Gewebe) oder Perforation (Durchbruch) des Gallenganges.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K83.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>0% PSK-R1 15% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 5% und 35%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>K92</p>	<p>Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems, z. B. eine akute oder chronische Blutung im Bereich des Magen-Darm-Trakts. Tritt in Erscheinung als Bluterbrechen oder Blut aus dem Rektum.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/K92.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 0% und 33%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>R10</p>	<p>Bauch- und Beckenschmerzen, z. B. Schmerzen im Becken, am Damm, im (Ober- oder Unter-) Bauch.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/R10.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 30% und 75%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>R11</p>	<p>Übelkeit und Erbrechen als Krankheitssymptom.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/R11.html?sp=Sr11</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 90%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

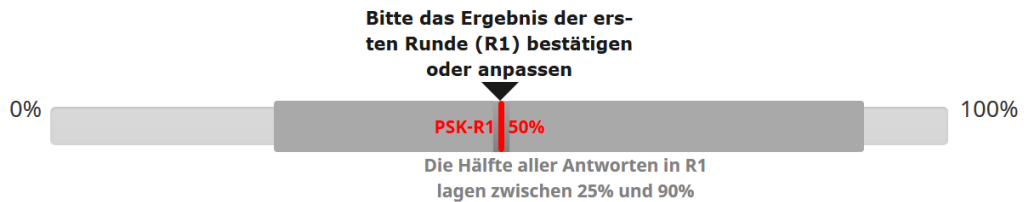

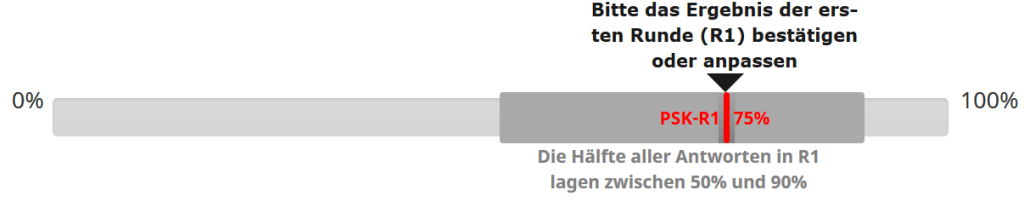
R13	<p>Dysphagie: Jegliche Art von Schluckstörung, mit oder ohne Schmerzen als Folge von z. B. Infekte, Fehlbildungen und chronische oder bösartige Erkrankungen, Schäden im Nervensystem.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/R13.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 60% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 30% und 90%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
-----	---

34% ist geschafft.

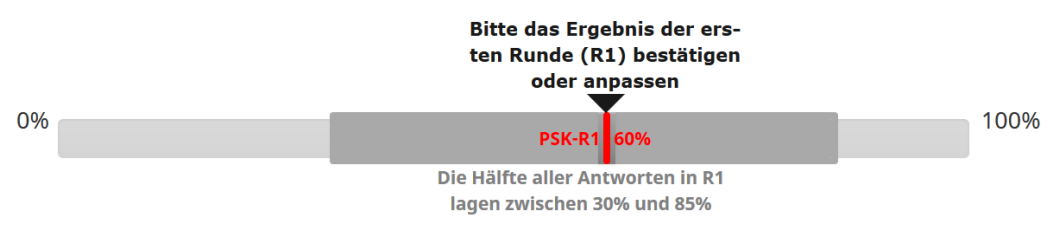
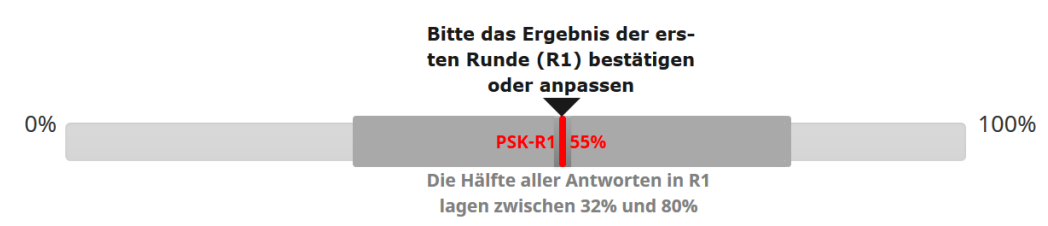
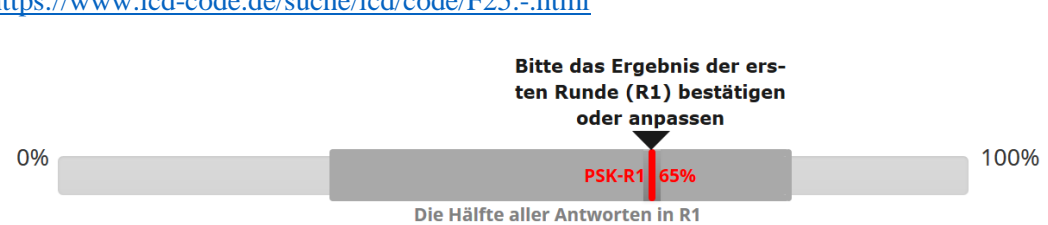
4. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?

ICD-Code	NEUROLOGISCH, das zentrale und periphere Nervensystem betreffend
F01	<p>Vaskuläre Demenz: Die vaskuläre Demenz entwickelt sich als Folge von Durchblutungsstörungen im Gehirn. Menschen mit vaskulärer Demenz fällt es schwer, zusammenhängend zu sprechen, aufmerksam zuzuhören und sich zu orientieren. Die klassische Form von vaskulärer Demenz ist die Multiinfarkt-Demenz: Sie entsteht, wenn mehrere gleichzeitig oder zeitlich versetzt auftretende Hirninfarkte (ischämische Schlaganfälle) eine kritische Masse an Nervengewebe absterben lassen. Die vaskuläre Demenz geht auch mit fokal-neurologischen Ausfällen (örtlich begrenzte Veränderung im Gehirn die zu einer ganz bestimmten Funktionsstörung an einer anderen Körperstelle führt) einher.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F01.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 90% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 70% und 98%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>F05</p>	<p>Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt. Mit dem Begriff Delirium oder Delir wird ein Zustand geistiger Verwirrung beschrieben, der sich vor allem durch Störungen des Bewusstseins und Denkvermögens auszeichnet und besonders oft bei älteren Patienten auftritt. Meist ist ein Delirium nur vorübergehender Natur.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F05.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 25% und 90%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>F06</p>	<p>Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit, z. B. organisch bedingte psychische Störungen wie etwa Halluzinationen bzw. wahnhaft oder affektive Störungen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F06.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 37% und 85%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>F07</p>	<p>Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns, z. B. organisch bedingte Persönlichkeitsstörungen beispielsweise nach Hirnhautentzündung oder Schädelhirntrauma.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F07.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 90%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>




Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>F10</p>	<p>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, z. B. akuter Alkoholrausch, Abhängigkeits- und Entzugserscheinungen, psychotisches Verhalten.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F10.-.html</p> <p style="text-align: center;">Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p style="text-align: center;">Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 30% und 85%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>F20</p>	<p>Schizophrenie: Die Schizophrenie gehört zu den Psychosen - also zu den psychischen Erkrankungen, bei denen die Betroffenen die Realität verändert wahrnehmen oder verarbeiten. Patienten leiden unter Verfolgungswahn, Halluzinationen und motorischen Störungen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F20.-.html</p> <p style="text-align: center;">Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p style="text-align: center;">Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 32% und 80%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>F25</p>	<p>Schizoaffektive Störungen: Psychische Störungen, die sowohl Symptome der Schizophrenie als auch der bipolaren affektiven Störung in sich vereinen. Zusätzlich zu den Stimmungsbeschwerden durch eine affektive Störung (wie Depression oder Manie) treten hier Symptome wie Wahn oder Halluzinationen aus dem schizophrenen Formenkreis auf.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F25.-.html</p> <p style="text-align: center;">Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p style="text-align: center;">Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 30% und 80%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>F32</p>	<p>Depressive Episode: Beschreibt einen Zeitraum, der von schlechter Stimmung oder gedrückten Gefühlen geprägt ist. Betroffene fühlen sich mindestens betrübt oder niedergeschlagen, ohne Energie oder Motivation.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F32.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 85% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 67% und 95%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>F33</p>	<p>Rezidivierende depressive Störung: Im Fall einer andauernden Depression bestehen die Beschwerden länger als zwei Jahre. Eine depressive Episode beschreibt einen Zeitraum, der von schlechter Stimmung oder gedrückten Gefühlen geprägt ist. Betroffene fühlen sich mindestens betrübt oder niedergeschlagen, ohne Energie oder Motivation.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F33.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 85% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 60% und 95%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>G20</p>	<p>Primäres Parkinson-Syndrom: Bei Morbus Parkinson sterben bestimmte Dopamin-produzierende Nervenzellen im Gehirn ab. Patienten können sich nur noch verlangsamt bewegen, die Muskeln werden steif. Arme und Beine beginnen in Ruhe zu zittern. Viele Patienten bekommen auch Probleme beim Denken und werden dement.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/G20.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 80% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 57% und 93%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>G30</p>	<p>Alzheimer-Krankheit: Alzheimer ist die häufigste Form von Demenz. Die langsam fortschreitende Hirnerkrankung führt zu Gedächtnisverlust, Verwirrtheit und Desorientierung. Alzheimer ist nicht heilbar, kann aber gelindert und gebremst werden.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/G30.-%2B.html?sp=Sg30</p>  <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>G35</p>	<p>Multiple Sklerose (MS, Encephalomyelitis disseminata): Eine chronische Entzündung des Nervensystems. Nervenstrukturen entzünden sich, was unterschiedliche Beschwerden auslöst wie z. B. Seh- und Gefühlsstörungen, Schmerzen oder Lähmungen. Die Erkrankung ist nicht heilbar, aber ihr Fortschreiten lässt sich mit Medikamenten mildern.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/G35.-.html</p>  <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>G40</p>	<p>Epilepsie oder auch "Fallsucht": Wird umgangssprachlich häufig als Krampfleiden bezeichnet. Die Epilepsie ist eine Fehlfunktion des Gehirns. Sie wird durch Nervenzellen ausgelöst, die plötzlich gleichzeitig Impulse abfeuern und sich elektrisch entladen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/G40.-.html</p>  <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

G41

Status epilepticus (in der Neurologie oft kurz Status genannt): Ein außergewöhnlich lang andauernder epileptischer Anfall (länger als fünf Minuten) oder eine Serie von Anfällen mit einem so kurzen Intervall zwischen den einzelnen Anfällen, dass der Ausgangszustand bei der Bewusstseinslage und anderen Körperfunktionen nicht mehr erreicht wird. Ein Status epilepticus kann neben dem Vorliegen einer Epilepsie auch durch andere Ursachen ausgelöst werden, beispielsweise durch Infekte, einen Entzug von Drogen oder Medikamenten bei entsprechender Abhängigkeit oder durch degenerative Veränderungen des Gehirns oder auf Grund von Reizüberflutungen wie z. B. durch schnelle Computerspiele, flackerndes Licht oder Schlafentzug.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/G41.-.html>

Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

G45

Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Als Transitorische ischämische Attacke (TIA) wird eine vorübergehende Durchblutungsstörung im Gehirn bezeichnet. Sie geht Schlaganfällen oft voraus und gilt deshalb als Frühwarnzeichen. Die TIA wird meist durch kleine Blutgerinnsel verursacht, die mit dem Blutstrom ins Gehirn geschwemmt werden, wo sie die Durchblutung behindern. Häufige Symptome sind Sehstörungen, Taubheitsgefühle oder Lähmungen.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/G45.-.html>



Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>I61</p>	<p>Intrazerebrale Blutung: Hirnblutung im Hirngewebe selbst. Intrazerebrale Blutungen treten meist plötzlich auf und machen etwa 15 % aller Schlaganfälle aus. Häufigste Ursache sind die als Folge des Bluthochdrucks auftretenden Veränderungen kleiner Blutgefäße (Arteriiosklerose).</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I61.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 0% und 23%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>I63</p>	<p>Hirnininfarkt: Der Schlaganfall (Apoplex, Hirnininfarkt) ist eine plötzliche Minderdurchblutung im Gehirn, meist durch ein Blutgerinnsel (ischämischer Schlaganfall). Wird diese nicht zeitnah ärztlich behandelt, sterben Gehirnzellen ab und bleibende Schäden bzw. der Tod können die Folge sein. Wichtige Symptome: akute Muskelschwäche, Lähmungs- und Taubheitsgefühle in einer Körperhälfte, plötzliche Seh- und Sprachstörungen, akute und sehr starke Kopfschmerzen, akuter Schwindel, Sprechstörungen etc.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I63.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 0% und 20%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

R40

Somnolenz, Sopor und Koma: Drei quantitative Bewusstseinsstörungen in zunehmender Gradierung. Somnolenz: Benommenheit, krankhafte Schläfrigkeit. Sopor, Präkoma: schlafähnliche Zustände, in denen nur durch starke Stimuli (z. B. Schmerzreize) Reaktionen ausgelöst werden können. Koma: völlige Bewusstlosigkeit.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/R40.-.html>

Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen



Zusätzliche Empfehlungen:

Sie gaben in Ihren Kommentaren oft an, dass Ihre Einschätzung vom Schweregrad, Allgemeinzustand, Begleiterkrankungen, Patienten-/Angehörigen-Wünsche u.dgl. abhängig ist.

Wenn Sie überwiegend schwere Fälle mit schlechtem Allgemeinzustand oder vielen Begleiterkrankungen haben, oder die Patienten sich in der Palliativphase befinden, schätzen Sie das Vermeidungspotenzial bitte anteilmäßig für diese Gruppe ein.

Ambulante Diagnostik und (Erst)Versorgung gilt nicht als Krankenhauseinweisung.

Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

R55

Synkope und Kollaps: Synkope ist eine plötzlich einsetzende, kurz andauernde Bewusstlosigkeit, die mit einem Verlust der Haltungskontrolle (Kollaps) einhergeht und ohne besondere Behandlung spontan wieder aufhört. Der allgemeine Kollaps wird nach ihrer Ursache in neural vermittelte, kreislaufbedingte (Kreislaufkollaps), vom Herzen ausgehende, oder durch Hirndurchblutungsstörungen bedingte Synkopen eingeteilt.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/R55.html?sp=55>

Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

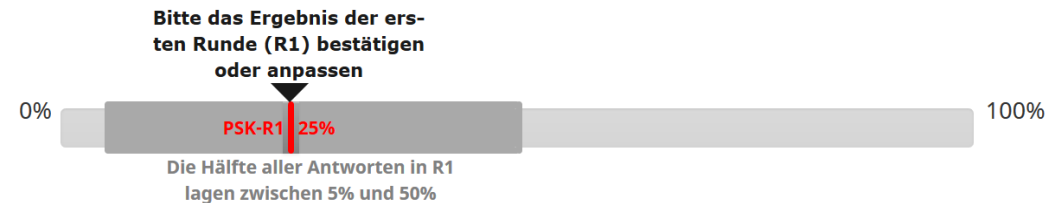

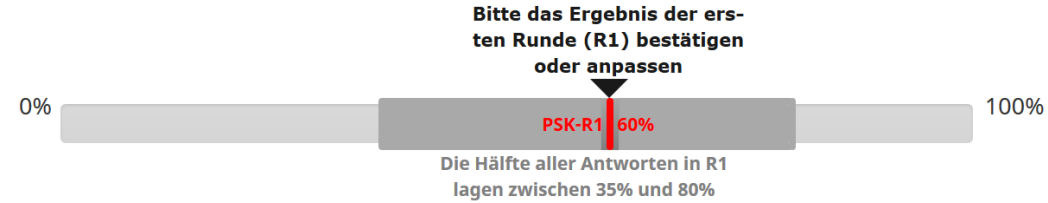
S06	<p>Intrakranielle Verletzung: Beinhaltet Gehirnerschütterungen, Schädel-Hirn-Trauma und weitere Hirnverletzungen aufgrund einer äußeren Ursache (Sturz, Krafteinwirkung).</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S06.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
-----	--

50 % sind geschafft.

5. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?

ICD-Code	<p>UROGENITAL,</p> <p>den Harn, die Harnwege und Geschlechtsorgane betreffend</p>
C50	<p>Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma): Das Mammakarzinom, oder auch Brustkrebs, ist die bösartige (maligne) Entartung der Brustdrüse. Es ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/C50.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>C67</p>	<p>Bösartige Neubildung der Harnblase (Harnblasenkarzinom/-krebs, Blasenkrebs). Das mit Abstand häufigste Blasenkarzinom ist das Urothelkarzinom.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/C67.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 25% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 5% und 50%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>E86</p>	<p>Volumenmangel (Hypovolämie): Die Verminderung der im Kreislauf zirkulierenden Blutmenge. Ursachen können z. B. innere und äußere Blutungen, Flüssigkeitsverlust oder Sepsis sein. Dies bedarf eines Ausgleichs des Flüssigkeitsdefizits. Dies erfolgt durch eine für die jeweilige Ursache geeignete Volumensubstitution.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/E86.html?sp=Se86</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 70% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 90%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>E87</p>	<p>Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts, z. B. Natrium- und Kaliumüberschuss oder -mangel, Übersäuerung (pH-Wert < 7,35), Säuredefizit (pH-Wert > 7,45).</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/E87.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 60% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 35% und 80%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>


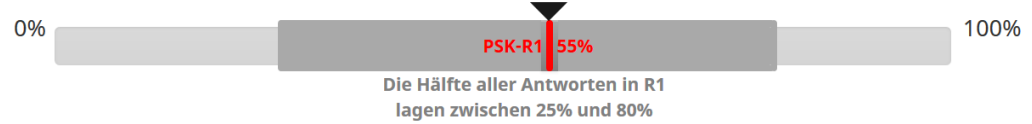

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>N13</p>	<p>Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie: Die obstruktive Uropathie ist eine Behinderung des normalen Harnflusses, welches zu Harnstauung führt. Die Ursache kann anatomisch-organisch sein (z. B. durch Prostatavergrößerung) oder funktionell (z. B. durch Nieren- oder Harnwegssteine). Durch die dadurch verursachte Druckerhöhung im Harnfluss kann das Nierengewebe geschädigt werden, welches zu Nierenversagen führen kann. Die Refluxuropathie ist die Schädigung des Nierengewebes durch den durch Obstruktion verursachten Rückfluss des Harns in Nierenrichtung.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/N13.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 30% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 7% und 58%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>N17</p>	<p>Akutes Nierenversagen: Ein plötzlicher Abfall der Nierenfunktion. Substanzen, die eigentlich mit dem Urin ausgeschieden werden sollten, sammeln sich dadurch im Blut an, was zu Vergiftungserscheinungen führt. Akutes Nierenversagen ist oft die Folge von Operationen oder Unfällen. Wird es nicht schnell behandelt, besteht Lebensgefahr.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/N17.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 5% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 0% und 30%</p> </div> <p>Zusätzliche Empfehlungen:</p> <p><i>Sie gaben in Ihren Kommentaren oft an, dass Ihre Einschätzung vom Schweregrad, Allgemeinzustand, Begleiterkrankungen, Patienten-/Angehörigen-Wünsche u.d. abhängig ist.</i></p> <p><i>Wenn Sie überwiegend schwere Fälle mit schlechtem Allgemeinzustand oder vielen Begleiterkrankungen haben, oder die Patienten sich in der Palliativphase befinden, schätzen Sie das Vermeidungspotenzial bitte anteilmäßig für diese Gruppe ein.</i></p> <p><i>Ambulante Diagnostik und (Erst)Versorgung sowie Patienten-/und Angehörigenwünsche sollten Sie im Rahmen dieser Befragung nicht berücksichtigen, auch wenn diese in der Praxis noch so relevant sind.</i></p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>N18</p>	<p>Chronische Nierenkrankheit: Gesunde Nieren weisen eine glomeruläre Filtrationsrate (GFR) über 95 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche auf. Als chronische Niereninsuffizienz bzw. -krankheit wird das Nachlassen der Nierenfunktion bezeichnet, das über Monate oder Jahre langsam fortschreitet. Spätestens dann, wenn die GFR unter 60 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche liegt, kommt es zu Beschwerden. Die häufigsten Gründe für eine chronische Niereninsuffizienz sind die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und Bluthochdruck. Liegt eine chronische Niereninsuffizienz vor, kann der Körper giftige Stoffwechselprodukte nicht mehr ausscheiden – sie sammeln sich im Blut und verursachen eine Harnvergiftung (Urämie). Zudem kommt es zu Wassereinlagerungen im Gewebe (Ödeme).</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/N18.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 70% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 85%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>N20</p>	<p>Nieren- und Ureterstein: Nierensteine sind auskristallisierte Bestandteile des Urins, die sich in den Nieren, im Nierenbecken (Nierenstein) und in den ableitenden Harnwegen (Ureterstein) bilden können. Erst wenn sie in den Harnleiter wandern, verursachen Nierensteine Schmerzen – starke Krämpfe an den Flanken, begleitet von Übelkeit und Erbrechen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/N20.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 25% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 7% und 50%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>N30</p>	<p>Zystitis: Typische Symptome der häufig harmlosen Blasenentzündung (Zystitis) sind Brennen beim Wasserlassen und häufiger Harndrang.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/N30.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 90% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 72% und 100%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>N39</p>	<p>Sonstige Krankheiten des Harnsystems: Dazu zählen neben Harnwegsinfektionen verschiedene Formen der Harninkontinenz wie z. B. Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz), Dranginkontinenz, Reflexinkontinenz, etc. Die Harninkontinenz beruht meist auf einer Störung im fein abgestimmten System aus Blasenmuskulatur, Schließmuskeln und Beckenbodenmuskulatur.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/N39.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 60% und 95%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>R31</p>	<p>Nicht näher bezeichnete Hämaturie: Ausscheidung nicht zerfallener roter Blutkörperchen mit dem Urin; Harnblutung.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/R31.html?sp=Sr31</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 25% und 80%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>R33</p>	<p>Harnverhaltung: Zu einer Harnverhaltung kommt es, wenn die gefüllte Harnblase nicht spontan entleert werden kann. Mechanische Ursachen sind z. B. eingeklemmte Steine oder Fremdkörper in der Harnröhre, Prostatavergrößerungen, Verletzungen oder Tumore des Blasenhalses.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/R33.html?sp=Sr33</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 22% und 80%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

T83

Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt:

Mechanische Komplikationen oder Infektionen/entzündliche Reaktionen (exklusive Versagen oder Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben) aller Organe, die den Genitalapparat bilden oder an der Harnbereitung und Harnableitung beteiligt sind, d. h. Nieren, Harnleiter, Blase und Harnröhre.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/T83.-.html>

Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen



Zusätzliche Empfehlungen:

Unten finden Sie eine Spezifizierung auf vierstelliger ICD-10-Code-Ebene. Welche dieser Komplikationen könnte man ambulant behandeln? Schätzen Sie dann bitte anteilmäßig das Vermeidungspotenzial ein.

Fällt Ihnen das zu schwer, können Sie das Vermeidungspotenzial auch auf Viererebene im Kommentarfeld eingeben.

Folgende Spezifizierung gibt es für diese Diagnose:

T83.0, T83.1, T83.2, T83.3, T83.4, T83.5, T83.6: Mechanische Komplikationen durch einen Harnwegskatheter, durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt, durch ein Harnorgantransplantat, durch ein Intrauterinpeessar, durch sonstige Prothesen, Implantate oder Transplantate im Genitaltrakt.

T83.5, T83.6: Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Harn-, bzw. Genitaltrakt

T83.8, T83.9: Sonstige oder nicht näher bezeichnete Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt

Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

Z49

Dialysebehandlung: Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Blutreinigung. Eingesetzt wird die Dialyse vor allem bei einer akuten oder chronischen Störung der Nierenfunktion.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/Z49.-.html>

Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:


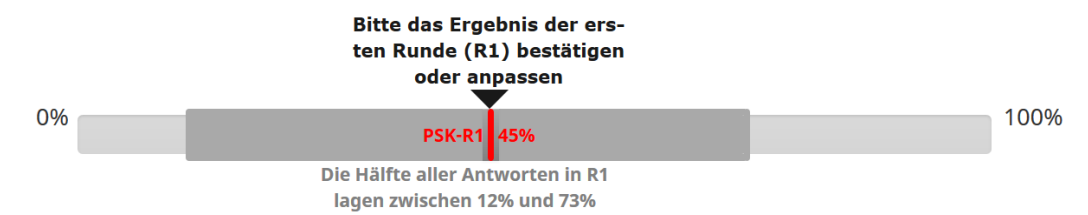
Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

62 % sind geschafft.

6. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?

ICD-Code	KARDIOVASKULÄR, Herz und Kreislauf betreffend
I10	<p>Essentielle (primäre) Hypertonie: Auf Dauer schädigt Bluthochdruck (Hypertonie) die Gefäße und trägt so zur Entstehung von Folgeerkrankungen wie Nierenschädigung, Herzinfarkt und Schlaganfall bei. Häufige Symptome: Kopfschmerzen (besonders morgens), Schwindel, leichte Ermüdbarkeit, gerötetes Gesicht etc. Evtl. auch Symptome von Folgeerkrankungen wie Brustenge (Angina pectoris), Wassereinlagerungen im Gewebe oder Sehstörungen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I10.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 75% und 95%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
I20	<p>Angina pectoris (Brustenge, mediz. Stenokardie): Sie äußert sich in einem plötzlich auftretenden Schmerz in der Herzgegend sowie einem Druckgefühl in der Brust. Ausgelöst wird die Angina pectoris durch einen Sauerstoffmangel des Herzens (meist aufgrund einer Verengung eines oder mehrere Herzgefäße).</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I20.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 10% und 63%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

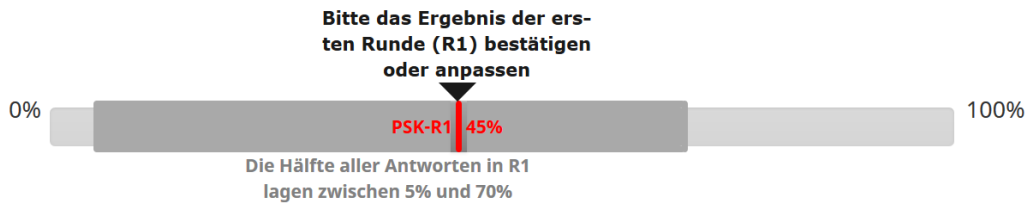
<p>I21</p>	<p>Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt): Entsteht, wenn sich ein Blutgefäß des Herzens verschließt (meist durch ein Blutgerinnsel). Der Herzmuskel kann seine Arbeit dann nicht mehr verrichten, was lebensbedrohliche Folgen haben kann. Typische Symptome: starke Schmerzen im linken Brustbereich/hinter dem Brustbein, im linken Arm, Atemnot, Beklemmungs-/Angstgefühl.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I21.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>I35</p>	<p>Nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten, z. B. Aortenklappenstenose, Aortenklappeninsuffizienz, die dazu führen, dass sauerstoffreiches Blut nicht mehr ausreichend in den großen Kreislauf gepumpt werden kann. Bei einer Aortenklappenstenose ist die größte Körperschlagader (Aorta) durch eine erworbene Verkalkung verengt. Bei einer Aortenklappeninsuffizienz schließt die Aortenklappe des Herzens nur mangelhaft, wodurch Blut aus der Aorta zurück in die linke Herzkammer fließen kann. Symptome bei ausgeprägten Formen: Minderversorgung des Gehirns, Schwindel und geringere Belastbarkeit mit Atemnot.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I35.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

I44

Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock: Beide sind Herzrhythmusstörungen bei der die elektrischen Signale verlangsamt oder gar nicht mehr weitergeleitet werden. Beim Atrioventrikulären (AV-) Block ist die elektrische Signalweiterleitung vom Herzvorhof zur Herzkammer und beim Linksschenkelblock in der Wand der linken Herzkammer gestört. Symptome: evtl. gesunkene Herzfrequenz, Schwindel oder Bewusstlosigkeit.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I44.-.html>



Zusätzliche Empfehlungen:

Ambulante Diagnostik oder (Erst)Versorgung gilt nicht als Krankenseinweisung.

Sollten Sie das Vermeidungspotenzial für I44 insgesamt nun einschätzen können, betätigen Sie bitte den Schieberegler.

Ansonsten können Sie Ihre Einschätzung des Vermeidungspotenzials auch auf der Viererebene des ICD-10-Codes im Kommentarfeld abgeben. Fragen Sie sich bitte, ob diese Spezifizierung im Pflegeheim vor der Krankenseinweisung gemacht werden kann. Wenn nicht, ist die Einschätzung je vierstelligen ICD-10-Code nicht sinnvoll.

Folgende Spezifizierung gibt es für diese Diagnose:

I44.0 Atrioventrikulärer Block 1. Grades

I44.1 Atrioventrikulärer Block 2. Grades

I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades

I44.3 Sonstiger und nicht näher bezeichneter atrioventrikulärer Block

I44.4 Linksanteriorer Faszikelblock

I44.5 Linksposteriorer Faszikelblock

I44.6 Sonstiger und nicht näher bezeichneter Faszikelblock

I44.7 Linksschenkelblock, nicht näher bezeichnet

Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

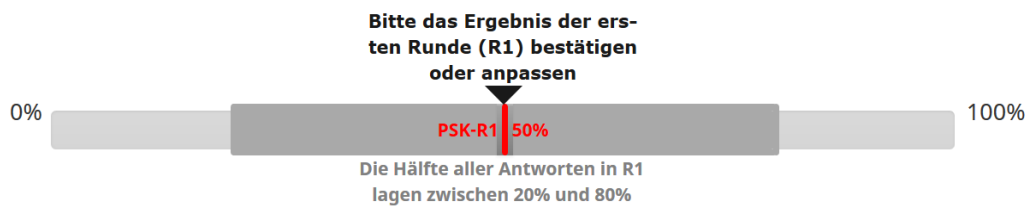
Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

I48

Vorhofflimmern und Vorhofflattern: Vorhofflimmern ist die häufigste Form einer Herzrhythmusstörung und entsteht durch viele kreisende elektrische Erregungen in den Herzvorhöfen, die teilweise auch über das Leitungssystem zu den Herzkammern geleitet werden, mit einem unregelmäßigen Herzschlag zur Folge. Zehn Prozent der über 70-Jährigen leiden an Vorhofflimmern. Die Beschwerden sind bei Vorhofflimmern von der Schnelligkeit des Herzschlages abhängig und manchmal spüren die Betroffenen nichts. Möglicherweise kann der Organismus sich an die Rhythmusstörung gewöhnen.

Vorhofflattern ist eine Herzrhythmusstörung, die meistens bei Herzerkrankungen oder unter medikamentöser Therapie auftritt.-Der Puls ist dabei schnell (über 150 Mal/Minute) und regelmäßig. Betroffenen leiden unter Herzrasen, Atemnot und Schwindel.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I48.-.html>



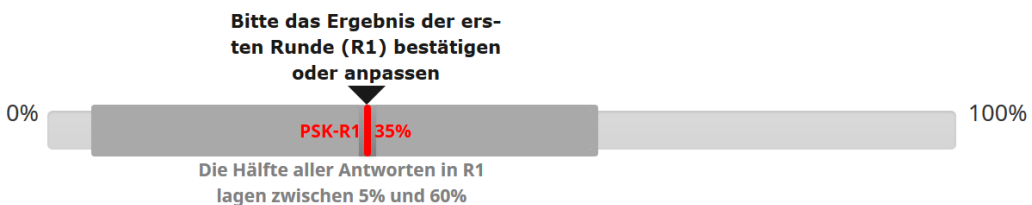
Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

I49

Sonstige kardiale Arrhythmien: Herzrhythmusstörungen, z. B. Kammerflimmern, Extrasystolen (zusätzliche Herzschläge), Sick-Sinus-Syndrom (phasenweise zu langsamer oder zu schneller Herzschlag).

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I49.-.html>



Zusätzliche Empfehlungen:

Sie gaben in Ihren Kommentaren oft an, dass es nicht sinnvoll ist, Extrasystolen mit Kammerflimmern in einer Rubrik zusammenzufassen. In dem Fall ist Ihnen die anteilmäßige Einschätzung vielleicht möglich: Wenn Sie überwiegend Fälle mit Extrasystolen haben, schätzen Sie es für diese Personen ein, ansonsten für die Gruppe mit Kammerflimmern, sollte diese Zahl der Fälle überwiegen.

Ambulante Diagnostik oder (Erst)Versorgung gilt nicht als Krankenhauseinweisung.

Sie können Ihre Einschätzung auch auf der Viererebene des ICD-10-Codes im Kommentarfeld abgeben. Fragen Sie sich bitte, ob diese Spezifizierung im Pflegeheim vor der Krankenhauseinweisung gemacht werden kann. Wenn nicht, ist die Einschätzung je vorstelligen ICD-10-Code nicht sinnvoll.

Folgende Spezifizierung gibt es für diese Diagnose:




I49.0 Kammerflattern und Kammerflimmern

I49.1, I49.2, I49.3, I49.4: Extrasystolen (zusätzliche Herzschläge):

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

	<p>I49.1 (Vorhofextrasystolie); I49.2 (AV-junktionale Extrasystolie); I49.3 (Ventrikuläre Extrasystole), I49.4 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie) I49.5 Sick-Sinus-Syndrom: phasenweise zu langsamer oder zu schneller Herzschlag I49.8 Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien, z.B. Brugada-Syndrom, Ektopischer Rhythmus, Knotenrhythmus, Koronarsinusrhythmus, Long-QT-Syndrom. I49.9 Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>I50</p>	<p>Herzinsuffizienz: Herzmuskelschwäche (auch Herzschwäche, Myokardinsuffizienz), wobei das Herz nicht mehr in der Lage ist den Körper ausreichend mit Blut und Sauerstoff zu versorgen als Folge von verschiedenen Herzerkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen, Leberzirrhose, Medikamenten-Nebenwirkungen. Symptome: je nach Stadium Atemnot (Dyspnoe) bei Belastung oder in Ruhe, Blass- oder Blauverfärbung der Lippen und Nagelbetten, Ödem v.a. an Knöcheln und Unterschenkeln, schnelle Gewichtszunahme, nächtlicher Harndrang, Herzrasen, Herzrhythmusstörungen, niedriger Blutdruck.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I50.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 60% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 40% und 80%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>I70</p>	<p>Atherosklerose: Krankhafte Einlagerung von Cholesterinester und anderen Fetten (ugs. Verkalkung) in die innere Wandschicht arterieller Blutgefäße. Die Atherosklerose tritt bevorzugt an den Herzkranzgefäßen, der Aufzweigung der Halsschlagader und den großen Beinarterien auf. Kommt es zu hochgradigen Einengungen der Gefäße oder zu Verschlüssen, dann resultiert meist eine Funktionseinschränkung oder ein Infarkt (Durchblutungsstopp).</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I70.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 80% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 40% und 90%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>I74</p>	<p>Arterielle Embolie und Thrombose: Alle Unterkategorien dieses ICD-10-Codes beinhalten eine Embolie, die Thrombose kommt hier nicht alleine vor! Unter einer Embolie versteht man den teilweisen oder vollständigen Verschluss eines Gefäßes durch eingeschwemmtes Material (Embolus). Bei einer arteriellen Embolie entsteht der Embolus in der linken Herzhälfte (kardioembolisch) oder in den großen Arterien (arterioembolisch). Er gelangt dann meist in die Hirnarterien und verursacht einen Schlaganfall. Außerdem können Gefäßverschlüsse der Extremitätenarterien entstehen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I74.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>0% PSK-R1 10% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 0% und 33%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>I80</p>	<p>Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis: Eine Thrombose (von „Thrombus“ bzw. thrombosis abgeleitet) ist eine Gefäßerkrankung oder Störung des Kreislaufsystems, bei der sich (intravital) ein Blutgerinnsel (Thrombus, Blutpfropf) in einem Blutgefäß bildet. Thrombosen können in allen Gefäßen auftreten. Eine Phlebitis ist eine Entzündung der oberflächlichen Vene (Ader), die als schmerzhafte, hochrote und erwärmte Stränge sicht- und fühlbar sind, oft mit Schwellung. Komplikationen: Thrombose und venöses Ulcus cruris (ugs. "offenes Bein"). Thrombophlebitis ist die akute Thrombose mit Venenentzündung.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I80.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>0% PSK-R1 55% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 30% und 80%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>I95</p>	<p>Hypotonie: Niedriger Blutdruck (Hypotonie) zeigt sich meist in Form von Schwindel, Müdigkeit oder Herzrasen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/I95.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>0% PSK-R1 85% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 52% und 95%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

T82

Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen, z. B. mechanische Komplikationen, Blutungen, Stenose, Fibrose, Thrombose, Embolie, Schmerzen oder Infektionen/entzündliche Reaktionen (exklusive Versagen oder Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben).

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/T82.-.html>

Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen



Zusätzliche Empfehlungen:

Unten finden Sie eine Spezifizierung auf vierstelliger ICD-10-Code-Ebene. Welche dieser Komplikationen könnte man ambulant behandeln? Schätzen Sie dann bitte anteilmäßig das Vermeidungspotenzial ein.

Fällt Ihnen das zu schwer, können Sie das Vermeidungspotenzial auch auf Viererebene im Kommentarfeld eingeben.

Folgende Spezifizierung gibt es für diese Diagnose:

T82.0, T82.1, T82.2, T82.3, T82.4, T82.5: Mechanische Komplikationen durch eine Herzklappenprothese, durch ein kardiales elektronisches Gerät, durch Koronararterien-Bypass und Klappentransplantate, durch sonstige Gefäßtransplantate, durch Gefäßkatheter bei Dialyse, durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen.

T82.6, T82.7: Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese, durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen.

T82.8, T82.9: Sonstige oder nicht näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen.

Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:



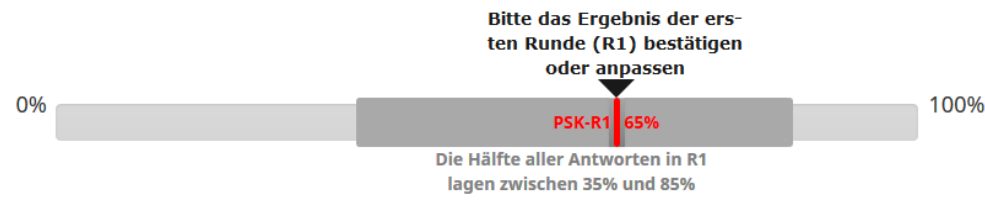
73% sind geschafft.

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde



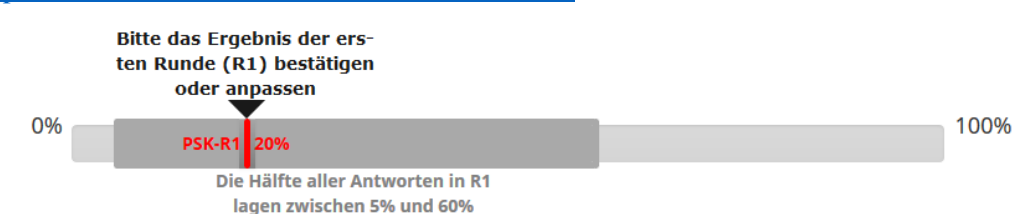
7. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?

ICD-Code	MUSKULOSKELETTAL
M54	<p>Rückenschmerzen: Reizung oder Schädigung der Nervenwurzeln im Rückenbereich und sonstige Rückenschmerzen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/M54.-.html</p> <div data-bbox="341 734 1302 927" style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 75% und 95%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
M80	<p>Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Osteoporose bedeutet zu geringe Knochendichte. Die pathologische Fraktur ist ein Knochenbruch, der spontan, also ohne adäquates Trauma auftritt. Hier tritt der Bruch durch den Zug der Muskulatur bei Alltagsbewegungen, als auch durch Bagateltraumen (denen ein gesunder Knochen ohne weiteres standgehalten hätte) aufgrund einer osteoporosebedingten Schwächung des Knochens auf.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/M80.-.html</p> <div data-bbox="341 1456 1302 1648" style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 10% und 80%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>R26</p>	<p>Störungen des Ganges und der Mobilität: Gehbeschwerden, Immobilität, Bettlägerigkeit, taumelnder Gang, Standunsicherheit, etc.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/R26.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 85%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 65% und 95%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>S00</p>	<p>Oberflächliche Verletzung des Kopfes, z. B. Schürfwunden, Prellungen, Blasen, Insektenbiss/-stich (ungiftig), Splitter, blaue Flecken inkl. blaues Auge, etc.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S00.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 90%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 70% und 95%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>S01</p>	<p>Offene Wunde des Kopfes, z. B. an Nase, Auge, Ohr, Lippe, Mund, etc.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S01.-.html</p>  <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 65%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 35% und 85%</p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>S02</p>	<p>Fraktur (Knochenbruch) des Schädels und der Gesichtsschädelknochen: Brüche von Schädeldach, Schädelbasis, Jochbein, Ober- und Unterkiefer, Zähnen, etc.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S02.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Zusätzliche Empfehlungen: <i>Ambulante Diagnostik und (Erst)Versorgung gilt nicht als Krankenseinweisung.</i></p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>S20</p>	<p>Oberflächliche Verletzung des Thorax, z. B. Schürfwunden, Prellungen, Insektenbiss/-stich (ungiftig), Splitter, blaue Flecken am Brustkorb.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S20.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>S22</p>	<p>Fraktur (Knochenbruch) der Rippe(n), des Sternums (Brustbein), der Brustwirbel oder Brustwirbelsäule.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S22.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

S30

Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens, z. B. Schürfwunden, Prellungen, Insektenbiss/-stich (ungiftig), Splitter, blaue Flecken von Becken, Gesäß, äußerer Genitalorgane, Bauchdecke, Leiste, etc.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S30.-.html>



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

S32

Fraktur (Knochenbruch) der Lendenwirbelsäule und des Beckens.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S32.-.html>



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

S42

Fraktur (Knochenbruch) im Bereich der Schulter und des Oberarmes, inklusive Knochenbrüchen von Schlüsselbein und Schulterblatt.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S42.-.html>



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

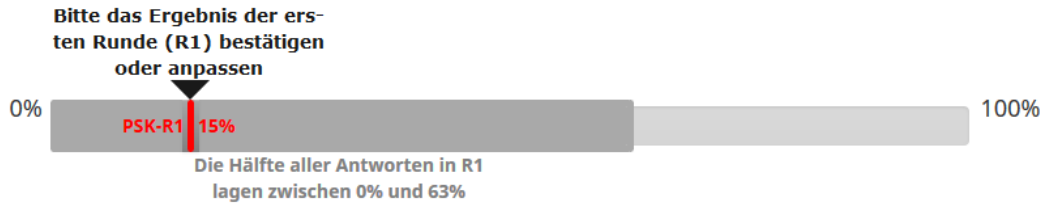
Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

S52

Fraktur (Knochenbruch) des Unterarmes, inklusive Knochenbrüchen des Ellenbogen, der Speiche (Unterarm) oder sonstiger Teile des Unterarms.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S52.-.html>



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

S70

Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels, z. B. Schürfwunden, Prellungen, Insektenbiss/-stich (ungiftig), Splitter, blaue Flecken an Hüfte oder Oberschenkel.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S70.-.html>



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

S72

Fraktur des Femurs (Oberschenkel(hals)bruch): Entsteht, wenn starke Kräfte auf den Knochen einwirken, etwa bei einem Unfall. Je nach Lokalisation des Bruchs werden verschiedene Femurfrakturen unterschieden. Typische Symptome sind in allen Fällen starke Schmerzen, Schwellungen sowie eine Fehlstellung des Beins, das nicht mehr belastet werden kann.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S72.-.html>



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

S80

Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels, z. B. Schürfwunden, Prellungen, Insektenbiss/-stich (ungiftig), Splitter, blaue Flecken am Unterschenkel.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S80.-.html>



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

S82

Fraktur (Knochenbruch) des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes: Brüchen des Schienbeins, Wadenbein, der Knöchel und sonstiger Teile des Unterschenkels.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/S82.-.html>



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

T84

Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate:

Mechanische Komplikationen oder Infektionen/entzündliche Reaktionen (exklusive Versagen oder Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben).

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/T84.-.html>

Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen



Zusätzliche Empfehlungen:

Unten finden Sie eine Spezifizierung auf vierstelliger ICD-10-Code-Ebene. Welche dieser Komplikationen könnte man ambulant behandeln? Schätzen Sie dann bitte anteilmäßig das Vermeidungspotenzial ein.

Fällt Ihnen das zu schwer, können Sie das Vermeidungspotenzial auch auf Viererebene im Kommentarfeld eingeben.

Folgende Spezifizierung gibt es für diese Diagnose:

T84.0, T84.1, T84.2, T84.3, T84.4: Mechanische Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate

T84.5, T84.6, T84.7: Infektion und entzündliche Reaktion durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate

T84.8, T84.9: Sonstige oder nicht näher bezeichnete Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate



Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

88% sind geschafft.

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

8. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?

ICD-Code	IMMUNSYSTEM
A40	<p>Streptokokkensepsis: Blutvergiftung durch Streptokokkenbakterien, welche aufgrund mangelnder Immunabwehr im Verlauf mehrere Organe besiedeln, so dass es im ganzen Körper zu Entzündungsreaktionen kommt.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/A40.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
A41	<p>Sonstige Sepsis: Blutvergiftung durch Staphylokokken, E. coli oder sonstige, ggfs. nicht näher bestimmte Bakterien, welche aufgrund mangelnder Immunabwehr im Verlauf mehrere Organe besiedeln, so dass es im ganzen Körper zu Entzündungsreaktionen kommt.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/A41.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>A49</p>	<p>Bakterielle Infektion, z. B. durch Staphylokokken, Streptokokken oder sonstige Bakterien an nicht näher bezeichneten Stellen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/A49.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 27% und 80%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>B99</p>	<p>Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/B99.html?sp=Sb99</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 32% und 80%</p> </div> <p>Zusätzliche Empfehlungen:</p> <p><i>Weitere Spezifizierungen gibt es für diesen ICD-10-Code nicht.</i></p> <p><i>Im optimalen Pflegeheim ist eine Absprache mit einem Allgemeinmediziner oder Facharzt, IV-Antibiotikagabe sowie ein Antibiogramm möglich.</i></p> <p><i>Ambulante Diagnostik oder (Erst)Versorgung gilt nicht als Krankenseinweisung.</i></p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>J10</p>	<p>Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren: Influenza, oder auch Grippe, ist eine durch das Influenzavirus verursachte Erkrankung der Atemwege. Hierdurch wird die Schleimhaut (Mucosa) der Atemwege angegriffen und das Eindringen anderer krankmachende oder giftige Erreger erleichtert.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/J10.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 35% und 80%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____ %</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

91% sind geschafft.

9. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?

ICD-Code	DERMATOLOGISCH, die Haut betreffend
A46	<p>Erysipel (Wundrose): Wundrose ist eine durch Bakterien (meist Streptokokken) ausgelöste Hautinfektion. Typisch sind flammenförmige, schmerzhafte Hautrötungen, die oft mit Schwellungen sowie Fieber mit Schüttelfrost einhergehen, vor allem bei Menschen mit Durchblutungsstörungen.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/A46.html?sp=Sa46</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 80% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 90%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
C44	<p>Sonstige bösartige Neubildungen der Haut (Basaliom oder auch Basalzellenkrebs, Spinaliom oder auch Stachelzellkrebs). Überwiegend an chronisch lichtexponierten Hautstellen auftretend.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/C44.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>0% PSK-R1 60% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 30% und 80%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

<p>L02</p>	<p>Hautabszess, Furunkel und Karbunkel: Eiteransammlung, Eiterbeule oder Entzündung des Haarbalgs auf der Haut an einer näher bezeichneten Körperstelle.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/L02.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 70%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 90%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>L03</p>	<p>Phlegmone (Hautinfektionen vor allem der Hände und Füße): Eine bakterielle Entzündung des Bindegewebes. Sie betrifft besonders häufig Patienten mit einem geschwächten Abwehrsystem und tritt nach Verletzungen auf. Eine Phlegmone löst Schmerzen aus sowie eine Rötung und Schwellung.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/L03.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 60%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 30% und 80%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
<p>L89</p>	<p>Dekubitalgeschwür und Druckzone: Ein Dekubitus ist eine lokale Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes aufgrund von längerer Druckbelastung, die die Durchblutung der Haut stört.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/L89.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>PSK-R1 85%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 62% und 95%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>


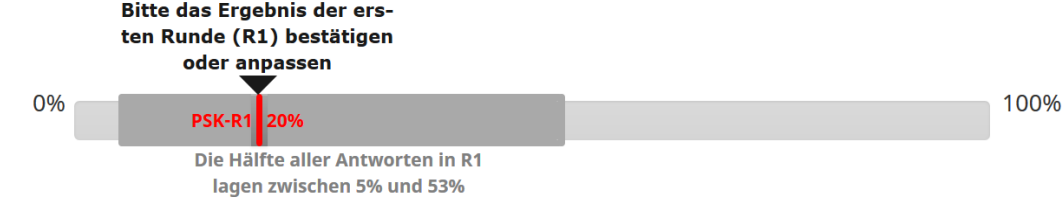
95% ist geschafft.

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde


10. Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der Krankenhauseinweisungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten Ihrer Erfahrung nach im Pflegeheim behandelt werden können?

ICD-Code	Organsystemübergreifende Diagnosen
D50	<p>Eisenmangelanämie: Die durch einen Mangel an Körpereisen ausgelöste Blutarmut. Sie ist mit 80 Prozent die häufigste Form der Blutarmut. 80% der Betroffenen sind weiblich. Anhaltender Blutverlust ist die häufigste Ursache (unbemerkt über den Magen-Darm-Trakt, bei häufige und/oder sehr starke Regelblutungen, nach zu häufigem Blutspenden, Operationen oder die regelmäßige Dialyse).</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/D50.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 60% und 95%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
D64	<p>Sonstige Anämien, z. B. erbgut- oder krankheitsbedingte Blutarmut.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/D64.-.html</p> <div style="text-align: center;"> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 50% und 90%</p> </div> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

H25	<p>Cataracta senilis (Augenlinsentrübung): Der Graue Star (Katarakt) ist eine Erkrankung der Augenlinse. Dabei trübt die ursprünglich klare Linse ein, wodurch sich das Sehvermögen verschlechtert. Die Häufigkeit des Grauen Stars steigt mit dem Alter an.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/H25.-.html</p>  <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
T81	<p>Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert, z. B. Blutungen, Hämatome, Schock, Kollaps, Stich- und Risswunden, Infektionen, Fremdkörper, etc.</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/T81.-.html</p>  <p>Zusätzliche Empfehlungen:</p> <p><i>Unten finden Sie eine Spezifizierung auf vierstelliger ICD-10-Code-Ebene. Welche dieser Komplikationen könnte man ambulant behandeln? Schätzen Sie dann bitte anteilmäßig das Vermeidungspotenzial ein.</i></p> <p><i>Fällt Ihnen das zu schwer, können Sie das Vermeidungspotenzial auch auf Viererebene im Kommentarfeld eingeben.</i></p> <p><i>Folgende Spezifizierung gibt es für diese Diagnose:</i></p> <p><i>T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert</i></p> <p><i>T81.1 Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert</i></p> <p><i>T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert</i></p> <p><i>T81.3 Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert</i></p> <p><i>T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</i></p> <p><i>T81.5 Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist</i></p> <p><i>T81.6 Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene</i></p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

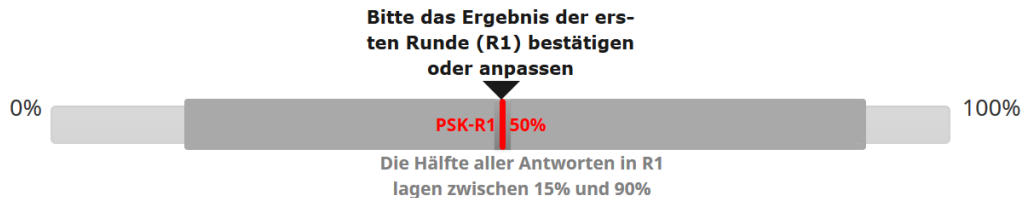
	<p><i>Fremdschubstanz</i></p> <p><i>T81.7 Gefäßkomplika­tionen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</i></p> <p><i>T81.8, T81.9 Sonstige oder nicht näher bezeichnete Komplika­tionen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert</i></p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>
T85	<p>Komplika­tionen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate: Mechanische Funktionsstörungen oder Infektionen bzw. entzündliche Reaktionen (exklusive Versagen oder Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben).</p> <p>https://www.icd-code.de/suche/icd/code/T85.-.html</p> <p>Bitte das Ergebnis der ersten Runde (R1) bestätigen oder anpassen</p>  <p>0% PSK-R1 10% 100%</p> <p>Die Hälfte aller Antworten in R1 lagen zwischen 0% und 40%</p> <p>Zusätzliche Empfehlungen:</p> <p><i>Unten finden Sie eine Spezifizierung auf vierstelliger ICD-10-Code-Ebene. Welche dieser Komplika­tionen könnte man ambulant behandeln? Schätzen Sie dann bitte anteilmäßig das Vermeidungspotenzial ein.</i></p> <p><i>Fällt Ihnen das zu schwer, können Sie das Vermeidungspotenzial auch auf Viererebene im Kommentarfeld eingeben.</i></p> <p><i>Folgende Spezifizierung gibt es für diese Diagnose:</i></p> <p><i>T85.0, T85.1, T85.2, T85.3, T85.4, T85.5, T85.6: Mechanische Komplika­tionen durch ventrikulären, intrakraniellen Shunt; durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems; durch eine intraokuläre Linse, durch sonstige Augenprothesen, -implantate, transplantate; durch Mammaprothese oder -implantat; durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate; durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate.</i></p> <p><i>T85.7: Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate</i></p> <p><i>T85.8, T85.9: Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplika­tionen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate</i></p> <p>Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%</p> <p>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl außerhalb des dunkelgrauen Bereichs angegeben haben oder keine Angabe machen möchten:</p>

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

Z45

Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes: wie z.B. eines kardialen (elektronischen) Gerätes, einer Infusionspumpe, eines vaskulären Zugangs, eines implantierten Hörgerätes, und sonstige, oder nicht näher bezeichneten implantierten medizinischen Geräten.

<https://www.icd-code.de/suche/icd/code/Z45.-.html>



Zusätzliche Empfehlungen:

Unten finden Sie eine Spezifizierung auf vierstelliger ICD-10-Code-Ebene. Welche dieser Komplikationen könnte man ambulant behandeln? Schätzen Sie dann bitte anteilmäßig das Vermeidungspotenzial ein.

Fällt Ihnen das zu schwer, können Sie das Vermeidungspotenzial auch auf Viererebene im Kommentarfeld eingeben.

Folgende Spezifizierung gibt es für diese Diagnose:

Z45.0 Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts

Z45.1 Anpassung und Handhabung einer Infusionspumpe

Z45.2 Anpassung und Handhabung eines vaskulären Zugangs

Z45.3 Anpassung und Handhabung eines implantierten Hörgerätes

Z45.8, Z45.9: Anpassung und Handhabung von sonstigen und nicht näher bezeichneten implantierten medizinischen Geräten

Vermeidungspotenzial in Prozentzahl: _____%

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen. Bitte ausfüllen, wenn Sie eine Prozentzahl **außerhalb des dunkelgrauen Bereichs** angegeben haben oder **keine Angabe** machen möchten:

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

Nun folgen noch einige allgemeine Fragen.

Ich bin männlich weiblich sonstiges ich möchte keine Angaben machen

Mein Geburtsjahr ist:

Bitte generieren Sie hier unten Ihren persönlichen Code.

- Zuerst den ersten und letzten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter (z. B. **T**in**A**),
- dann den ersten und letzten Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters (z. B. **M**arti**N**) und
- zum Schluss den Tag Ihres Geburtsdatums in der Form **TT** (z. B. **4.** Mai)
⇒ ergibt den Code: **TA MN 04**.

Bitte geben Sie nun Ihren persönlichen Code ein:

Vielen Dank,

dass Sie sich die Zeit für die Bewertungen der zweiten Runde genommen haben!

Bitte machen Sie auf dem von diesem Fragebogen getrennten Formular Ihre Angaben, damit wir Ihnen unser Dankeschön à EUR 100 überweisen können.

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

ANHANG A

Weitere Ergebnisse der ersten Runde können Sie direkt neben der jeweiligen Diagnose abrufen. ⇒

Wenn mehr als fünf von den 100 Teilnehmenden bei einer Diagnose das Vermeidungspotenzial nicht einschätzen konnten, wurden aus den angegebenen Begründungen, Hinweise für die zweite Runde abgeleitet. Falls sinnvoll, finden Sie Erläuterungen auch zu einzelnen ICD-10-Codes.

Allgemeine Empfehlungen für häufig wiederkehrende Probleme bei der Einschätzung des Vermeidungspotenzials ⇒

Wenn Ihre Einschätzung abhängig ist von bestimmten Merkmalen:

- das Ausmaß der Symptome,
- das Vorhandensein von weiteren Erkrankungen,
- die Schwere der Erkrankung,
- die Notwendigkeit einer OP,
- die palliative Versorgung des Pflegeheimbewohnenden.

Unsere Empfehlung

Fragen Sie sich, welche Fälle Sie überwiegend versorgen und wie viele davon im Pflegeheim behandelt werden können. Schätzen Sie das Vermeidungspotenzial dann bitte anteilmäßig ein. Diesen Endwert geben Sie dann bitte an.

Ambulante Diagnostik und Erst-/Akutversorgung sowie Bewohner-/Angehörigenwünsche dabei bitte NICHT mit einbeziehen (siehe auch die nachfolgenden beiden Empfehlungen).

Wenn Ihre Einschätzung abhängig ist von der Dauer der Erkrankung, ob die Erkrankung akut aufgetreten ist, oder erst jetzt symptomatisch wird.

Unsere Empfehlung

Im Falle von Erst- oder Folgediagnostik bzw. Akutversorgung oder therapeutischer Einstellung ist die Krankenhausbehandlung oft ambulant möglich. Ambulante Diagnostik und Behandlungen zählen nicht als Krankenhauseinweisung. Schätzen Sie das Vermeidungspotenzial bitte nur für die stationäre Behandlung ein und gehen Sie von optimalen Bedingungen im Pflegeheim aus, die weiter unten ausführlich beschrieben werden.

Wenn Ihre Einschätzung abhängig ist von den Wünschen der Pflegeheimbewohnenden und/oder ihren Angehörigen.

Beziehen Sie diese bitte nicht in Ihre Einschätzung mit ein: Wir möchten für diese Befragung lediglich wissen, was medizinisch unter optimalen Bedingungen möglich ist.

Anlage 3. Vollständiger Fragebogen der zweiten Befragungsrunde

Optimale Bedingungen im Pflegeheim ⇒

Auch wenn Ihnen folgende Bedingungen u.U. utopisch erscheinen sollten: Unser Projekt wird im Anschluss an diese Bewertungsrunde Maßnahmen entwickeln, um genau solche Bedingungen im Pflegeheim zu erreichen. Deswegen schätzen Sie das Vermeidungspotenzial bitte so ein, als ob diese Bedingungen bereits vorliegen. Das optimale Pflegeheim verfügt über:

- gut geschultes Pflegepersonal. Das heißt, das Personal...
 - kann Infusionen anlegen,
 - kann Katheter wechseln,
 - verfügt über grundlegende Kenntnisse der Diagnosestellung bzgl. der Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung
 - kann den Fall mit einem Arzt zielgerichtet besprechen.
- die Möglichkeit bzw. die Ausstattung für:
 - eine vorläufige Untersuchung,
 - die Überwachung einer möglichen Krise im Zustand des Pflegeheimbewohnenden und
 - die Einleitung von Behandlungsmaßnahmen, wie
 - die Verwendung von hochwertigem Verbandsmaterial,
 - das Anlegen von Infusionen und
 - das Wechseln von Kathetern.
- gute Kooperation und Rücksprachemöglichkeiten mit der ambulanten ärztlichen Versorgung:
 - einem Arzt/Ärztin der Allgemein-/ Familienmedizin,
 - einem/r Facharzt/-ärztin, z. B. der Neurologie, Geriatrie, Orthopädie, Kardiologie.

Anlage 4. E-Mailanschreiben: PSK-Expert*innenworkshop am 30.9.20; Vorbereitende Info für die Teilnehmenden

Liebe Teilnehmer*innen an unserem Expert*innenworkshop für das PSK-Projekt!

im Anhang finden Sie einige wichtige Informationen zum PSK-Projekt, zur Vorbereitung des Expert*innenworkshops (EWS) und zum Ablauf. Den Zeitplan des Workshops finden Sie am Ende dieser E-Mail.

Am kommenden Montag den 28.9.2020 um 17:30 Uhr machen wir einen kurzen Probelauf, damit Sie Ihr Equipment und die Handhabung vor dem Mittwoch prüfen können um am Mittwoch 30.9.20 gewappnet zu sein und effektiv arbeiten zu können.

Auch möchte ich Sie bitten sich am **Mittwoch den 30.9.20 ab etwa 12:45 Uhr einzuwählen** damit, bevor wir inhaltlich arbeiten, die technischen Schwierigkeiten gelöst sind.

Die Links für beide Sitzungen mit ZOOM und eine kurze Anleitung mit der Arbeit zu ZOOM schicke ich Ihnen in einer extra E-Mail rechtzeitig zu.

Mittels des Expert*innenworkshops wollen wir die Vermeidungspotenziale einzelner Krankenhausfälle bei Pflegeheimbewohnenden konsentieren (erster Teil des Workshops, vor der Pause). Zusammen mit den Kommentaren zu den Einzeldiagnosen, bilden sie die Grundlage für die Entwicklung von Interventionen, damit die Pflegeheimbewohnenden zukünftig tatsächlich häufiger unter optimalen Bedingungen im Pflegeheim behandelt werden können (zweiter Teil des Workshops, nach der Pause).

Wir werden Ihnen zu Beginn des Meetings die Ergebnisse der vorangegangenen Befragungsrunden vorstellen. Daraus hat sich ergeben, dass bei einer Gruppe von ICDs die 100 Expert*innen das Vermeidungspotenzial als hoch (75% oder höher) eingeschätzt haben. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, würden wir diese Diagnosen im Workshop nicht mehr einzeln besprechen, da den Einschätzungen die sich aus den Befragungsrunden ergeben haben, schwer etwas hinzuzufügen ist.

Konzentrieren möchten wir uns mit Ihnen auf die ICDs, wo die Expert*innen ein relevantes Vermeidungspotenzial sahen, diese Einschätzung aber eine recht hohe Variabilität aufwies. Zu diesen ICDs möchten wir mit Ihnen einen Konsens erarbeiten. Gemeinsam mit den von den Expert*innen bewerteten Diagnosen mit hohem Vermeidungspotenzial bilden sie dann die konsensvalidierte Liste der Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle (PSK), die im Pflegeheim größtenteils gut zu behandeln wären, wenn die Voraussetzungen gegeben wären.

Eine weitere Bitte zur Vorbereitung des Workshops ist, sich zu den in der Tabelle im Anhang benannten Diagnosen (ICD-10-Codes) Maßnahmen, Interventionen und weitere Ideen, die zu einer Vermeidung einer Hospitalisierung für diese Diagnosen führen können, zu überlegen. Machen Sie sich dazu gerne stichwortartige Notizen, damit Sie diese während des Workshops einbringen können.

Mit herzlichen Grüßen und bis in etwa einer Woche,

Ihr/e Maria Valk-Draad Timo Schulte Dr. Oliver Gröne Univ.-Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko

Ablauf und Zeitplan des Workshops:

Zeit	TOPICS
13:00-13:10	Begrüßung
13:10-13:20	Darstellung der Methode und Ergebnisse der 1. und 2. Delphi-Runde.
13:20-14:20	<ul style="list-style-type: none">• Besprechung einzelner Vermeidungspotenziale in drei Arbeitsgruppen• Darstellung der Arbeitsgruppenergebnisse im Plenum
14:20 14:30	Pause
14:30-16:00	Interventionen zur PSK-Reduktion (Plenum): <ul style="list-style-type: none">• Randbedingungen• Voraussetzungen• Zeithorizont• Umsetzungshürden• Adressaten
16:00-16:15	Abschluss

Vorbereitende Informationen

für den Expert*innen-Workshop des PSK-Projektes

„Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnenden durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle“

Das Projekt hat mit einer Analyse von Sekundärdaten gestartet, in der die häufigsten Krankenhausentlassungsdiagnosen unter Pflegeheimbewohnenden ermittelt wurden. 117 Krankenhausentlassungsdiagnosen kamen mit einer Häufigkeit über einem zuvor festgelegten Grenzwert oft genug vor, um in den Fragebogen zur Einschätzung der Vermeidungspotenziale bzw. ob ein Verbleib zur Behandlung im Pflegeheim grundsätzlich denkbar ist, aufgenommen zu werden.

Zu diesen Entlassungsdiagnosen haben 100 Expert*innen aus vier Fachbereichen in einer ersten Runde Ihre Einschätzungen abgegeben. Dabei wurde ein Prozentsatz ermittelt, zu welchem Anteil die entsprechenden Entlassungsdiagnosen unter *optimalen Bedingungen* auch im Pflegeheim hätten behandelt werden können. Die Teilnehmer konnten ihre Einschätzung des Vermeidungspotenzials auf einer Skala von 0%-100% mit jeweils 5 prozentigen Zwischenschritten angeben. *Optimale Bedingungen* (auch wenn manchmal noch utopisch) wurden den Teilnehmenden geschildert als:

- gut geschultes Pflegepersonal. Das heißt, das Personal...
 - kann Infusionen anlegen,
 - kann Katheter wechseln,
 - verfügt über grundlegende Kenntnisse der Diagnosestellung bzgl. der Notwendigkeit einer Krankenseinweisung
 - kann den Fall mit einem Arzt zielgerichtet besprechen.
- die Möglichkeit bzw. die Ausstattung für:
 - eine vorläufige Untersuchung,
 - die Überwachung einer möglichen Krise im Zustand des Pflegeheimbewohnenden und
 - die Einleitung von Behandlungsmaßnahmen, wie
 - die Verwendung von hochwertigem Verbandsmaterial,
 - das Anlegen von Infusionen und
 - das Wechseln von Kathetern.
- gute Kooperation und Rücksprachemöglichkeiten mit der ambulanten ärztlichen Versorgung:
 - einem Arzt/Ärztin der Allgemein-/ Familienmedizin,
 - einem/r Facharzt/-ärztin, z. B. der Neurologie, Geriatrie, Orthopädie, Kardiologie.

In einer zweiten Befragungsrunde haben dieselben Expert*innen dieselben Diagnosen ein weiteres Mal auf ihr Vermeidungspotenzial eingeschätzt, nun aber mit zusätzlichen Erklärungen zu den Diagnosen, die in der ersten Runde uneinheitlich eingeschätzt wurden, sowie mit der Rückspiegelung der Einschätzung aller Expert*innen der ersten Runde: mit Angaben zum Durchschnittswert (sog. Median) und der Streuung um diesen Durchschnittswert.

Mittels des Expert*innenworkshops wollen wir nun die Vermeidungspotenziale konsentieren (erster Teil des Workshops, vor der Pause). Zusammen mit den Kommentaren zu den Einzeldiagnosen bilden sie die Grundlage für die Entwicklung von Interventionen, damit die Pflegeheimbewohnenden zukünftig tatsächlich häufiger unter optimalen Bedingungen im Pflegeheim behandelt werden können (zweiter Teil des Workshops, nach der Pause).

Bei 45 Krankenhausentlassungsdiagnosen (dargestellt mittels ICD-10-GM-Dreisteller Codes) ist das Vermeidungspotenzial hoch und eindeutig: Das Vermeidungspotenzial liegt über 70% (bei 12 von den 45 ICDs sogar über 90%) und die Grenzwerte der Streuung um den Median ist gering (unter 20 Prozentpunkte). Anders formuliert: Von den 100 Teilnehmenden haben also mindestens 75 Personen das Vermeidungspotenzial auf den Median oder die unmittelbaren angrenzenden Prozentbereiche eingeschätzt, wobei das Vermeidungspotenzial im Durchschnitt wenigstens 70% betrug.

Unten finden Sie eine Tabelle in der diese Angaben noch mal zusammengefasst sind. Die ICD-10-Codes sind da nach Erkrankungskategorie sortiert.

Anlage 5. Anhang zur E-Mail: Vorbereitende Info für die Teilnehmenden

Unsere Bitte zur Vorbereitung an Sie:

Wenn möglich überlegen Sie sich bereits jetzt zu diesen 45 ICD-10-Codes Maßnahmen, Interventionen und weitere Ideen, die zur Vermeidung einer Hospitalisierung für diese Diagnosen führen könnten. Berücksichtigen Sie unbedingt auch Randbedingungen, Voraussetzungen, Umsetzungshürden, Zeithorizont, und die Adressaten dieser Interventionen. Machen Sie sich dazu stichwortartige Notizen, damit Sie diese während des Workshops einbringen können. So bleiben Sie im Idealfall unbeeinflusst von den Vorschlägen der anderen Teilnehmer und während den Diskussionen im Workshop gehen keine Ideen unter.

Vielen Dank und bis bald!

Ihr/e Maria Valk-Draad Timo Schulte Dr. Oliver Gröne Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko

Tabelle 1. ICDs mit hohem Vermeidungspotenzial, sortiert nach Erkrankungskategorie

Pflegeheimsensitive Krankenhausfälle (PSK)	ICD-10-Codes mit Vermeidungspotenzial \geq 70%
Diabetes Mellitus, Typ2	E11
Volumenmangel und sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	E86
Magen-/Darmgeschwüre und Entzündungen, ösophageale Refluxerkrankung, funktionelle Darmstörungen, Schluckstörung	K08, K21, K29, K52, K57, K59, K62
Darminfektionen	A04, A08, A09, R11
Chronische Nierenkrankheit, Zystitis, sonstige Krankheiten des Harnsystems	N18, N30, N39
Demenz (vaskulär bedingt oder Alzheimer, Primäres Parkinson-Syndrom)	F01, G20, G30
Psychische Störungen, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen, Depressivität, schizoaffektive Störungen und Schizophrenie, Delir	F06, F07, F32, F33
Sonstige Krankheiten des Nervensystems (MS, Epilepsie)	G35, G40
Cataracta Senilis	H25
Anämien verschiedener Herkunft	D50, D64
Hyper-, Hypotonie, Atherosklerose, Herzinsuffizienz, Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	I10, I70, I95
Sonstige akute/chronische Infektionen der unteren Atemwege und Grippe, Hals- und Brustschmerzen	J20, J22, J40, J44
Hautinfektionen, Dekubitalgeschwür und Druckzone, Hautkrebs exkl. Melanom	A46, L02, L89
Rückenschmerzen, Störungen des Ganges und der Mobilität	M54, R26
Oberflächliche Verletzungen verschiedener Körperteile	S00, S20, S30, S70, S80

Anlage 6. Whiteboard-Dokumentation des Brainstormings im Expert*innenworkshop zu Interventionen und Strategien zur Reduktion der PSK

Impulsvorträge

Sammlung Interventionen



Rahmenbedingungen / Voraussetzungen

Zeithorizont

Leistungsgerechte Vergütung	Medizinische Voraussetzungen	Fehlende Infrastruktur - kein WLAN in Heimen
Kompetenzstrukturen ausbauen	Personalzuschüsse	Fachkräfte nicht verfügbar
Kulturelle Hintergründe - Situationen vor Ort	Ambulantisierte Vergütungsformen möglich machen	Erfahrung der Pflegekräfte
	APN in Zusammenarbeit mit den ambulanten Ärzten	Digitale Rahmenbedingungen - nach wie vor Kommunikation via Fax
		Sektorenübergreifende Finanzierung und Vergütungsstrukturen
Multimorbidität	Organisationsverschulden	Politik - Gesundheitsministerium
Arzt <-> PK-Ängste, Vertrauensverhältnis	teils wird sich auf Wissen von Expert*innen verlassen	Rechtliche Vertreter der Patienten
Überforderung der Pflegekräfte, Zeitmangel,	Kultureinflüsse sowie technische Voraussetzungen	Mittleres Management
	Hausärzte verschreiben keine Rezepte für Logopäden	
	Rechtliche Fragen, Paternalistische Situationen und Grundrechte, Patientenverfügung	Hausärzte
	Personalmangel, zeitliche Intensität der Behandlung	Therapeuten (Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten)
		Pflegekräfte

Adressaten

Umsetzungshürden

Anlage 7. Ergebnisse des Brainstormings zu den Maßnahmen und Interventionen zur Reduzierung der PSK im Expert*innenworkshop

Dokumentation der PSK-Workshop-Plenumsitzung zur Interventions- (IV-)Entwicklung zwecks Reduktion Pflegeheim-Sensitiver Krankenhausfälle (PSK)
Intervention (IV) inkl. Voraussetzungen/Rahmenbedingungen, Umsetzungshürden, Adressaten, Zeithorizont

Inhalt

IV 1: Stärkung der ambulanten Versorgung in den Pflegeheimen vor Ort, z. B. mittels Kooperation mit Kooperationspartner für Pflegeheime; Bedarf an Versorgungsstrukturen

Spezifischere Interventionen (IV) der IV1-Gruppe:

- a) Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Fachärzten
 - verbindliche Kooperationsverträge
 - Schulung von Pflegefachkräften
 - Schulung von Hausärzt*innen:
 - Versorgungsstruktur:
 - Konstante Bezugspersonen in der Pflege der Patient*innen
 - Gründung von Pflorgeteams
 - Fallkonferenzen
- b) Bewohnerdokumentation:
 - Gesundheitskarte
 - Gemeinsam geführte Patienten- und Bewohnerakte
 - Zusammenführung aller relevanten versorgungswichtigen Daten:
- c) Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention verbessern und ausbauen:
 - Standardisiertes, evidenzbasiertes Aufnahmeverfahren
 - Primärprävention
 - Sekundärprävention
 - Tertiäre Prävention
- d) Qualitätsmanagement:
 - Überarbeitung der Leitlinien
 - Regionale Versorgungsnetzwerke
 - Kooperation mit politischen Akteure

Rahmenbedingungen zu IV 1:

- Unterbringung
- Interorganisationaler/ interprofessioneller Austausch und Kommunikation
- Personelle Ausstattung
- Strukturelle Änderungen
- Medizinische Voraussetzungen

Umsetzungshürde/n zu IV 1

Adressaten zu IV 1

IV 2: Spezielle Diagnostik/ Therapien/ Laboruntersuchungen/ Verfügbarkeit mobiler Geräte

Rahmenbedingung / Voraussetzung zu IV 2

Umsetzungshürde/n zu IV 2

Adressaten zu IV 2

IV 3: Vergütungssysteme anpassen und leistungsgerechter gestalten

IV 4: Rechtlichen Rahmenbedingungen und Haftungsrisiken:

Allgemeine Rahmenbedingungen

Allgemeine Umsetzungshürde/n:

Allgemeine Adressaten:

IV 1: Stärkung der ambulanten Versorgung in den Pflegeheimen vor Ort, z. B. mittels Kooperation mit Kooperationspartner für Pflegeheime; Bedarf an Versorgungsstrukturen

Anlage 7. Ergebnisse des Brainstormings zu den Maßnahmen und Interventionen zur Reduzierung der PSK im Expert*innenworkshop

Schlüssel für eine Optimierung der ärztlich-pflegerischen Versorgung von Heimbewohnern und damit die Vermeidung unnötiger Einweisungen ist (aus einer dem Workshop nachgehängten E-Mail einer Expert*in).:

- eine stets lokal individuelle, gewachsene Kultur in der Arzt-/Heim-Kommunikation (spezifisch für ein spezielles Heim und eine Praxis). Dieses erfordert eine äußerste Disziplin beider Beteiligten einschließlich attraktiver transparenter Vergütungsstrukturen für alle Beteiligte.
- eine flächendeckende Harmonisierung struktureller Gegebenheiten in der pflegerischen Versorgung. Dies erfordert eine Erarbeitung von Qualitätsstandards mit Ergebniskontrollen derer.

Es braucht die Ausgestaltung eines größeren „Korridors“ mittels Organisation der hausärztlichen weitergehenden Diagnostik und v.a. der fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, im Grunde genommen nicht nur für die Bewohner in Pflegeheimen, sondern auch für alte oder behinderte Menschen, die Zuhause gepflegt werden. In Deutschland ist es seit 100 Jahren Praxis, dass die Patienten in die Praxen kommen. Es existiert keine organisierte aufsuchende Versorgungsform. Telemedizinische unterstützende Möglichkeiten zusammen mit einer neuen Rechtsform könnten einen Riesenfortschritt für die Versorgung bedeuten (aus einer dem Workshop nachgehängten weiteren E-Mail einer Expert*in).

Unten benannten Maßnahmen werden zu einer Erhöhung der Versorgungsqualität führen. Da die Pflegekräfte aktiv und verantwortungsvoll im Prozess eingebunden werden, auf Augenhöhe über die Hinter- und Beweggründe der Therapien und Vorgehensweisen informiert werden und diese so besser nachvollziehen können, sind sie auch besser imstande auf bestimmte Änderungen beim Pflegeheimbewohnenden zu achten zugunsten der Prävention. Auch steigt die Arbeitszufriedenheit unter allen Beteiligten enorm, die Krankmeldungsrate der Angestellten sinkt. Dies sind Erfahrungswerte des Agaplesion Bethanien Sophienhaus in Berlin, die viele (wenn nicht alle) dieser Maßnahmen bereits umgesetzt hat. Bezahlbar wird dies zum Teil, da die höhere Versorgungsqualität sich herumspricht, und Privatpatienten anzieht, die dieses Versorgungskonzept finanziell mittragen (Mischkalkulation). Die Mehrarbeit wegen der Zunahme von präventiven Maßnahmen, wiegt auf gegen die Mehrarbeit durch aus dem Krankenhaus zurückkehrenden Patienten, die meist im schlechteren Zustand zurückkehren. Prozessstrukturen sind klarer, Pflegekräfte verlieren keine Zeit mehr, da sie einen festen ärztlichen Ansprechpartner haben. Durch diese Entlassung ist es möglich mehr schwere Fälle mit einem höheren Vergütungsschlüssel zu versorgen (Mischkalkulation).

Spezifischere Interventionen (IV) der IV1-Gruppe:

- a) Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Fachärzten: Die Zusammenarbeit/ Erweiterung der (evtl. auch digitalen) Kooperation wird die Versorgung dieser Patientenklientel verbessern. Dies erfordert:
- verbindliche Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und Fachärzt*innen, auch die der Zahnmedizin, Neurologie, Psychiatrie, Dermatologie
 - Regelmäßig stattfindende Rücksprache/ Telemedizinische Visite mit Hausärzten mit evtl. Einbindung von Fachärzten; sogenannte BITS-Visite;
 - Da die Pflegeheimbewohnenden den eigenen Arzt behalten dürfen (Recht auf freie Arztwahl) und jeder Arzt seine eigenen Präferenzen hat zu wie und wann er zu erreichen ist, bedeutet dies eine Überforderung der Pflegekräfte die bei

Anlage 7. Ergebnisse des Brainstormings zu den Maßnahmen und Interventionen zur Reduzierung der PSK im Expert*innenworkshop

Bedarf an Rücksprache erst mal raussuchen müssen, welcher Arzt zuständig ist, wie er zu erreichen ist und welche Präferenzen er dazu angegeben hat. Besser wäre ein Team von 2 festen ärztlichen Ansprechpartnern, die erfahren oder ausgebildet für die gerontologische/geriatrische Versorgung sowie der Zusammenarbeit mit andern Akteuren in diesem Versorgungssektor sind. Minimal zwei, damit die Übergabe am Kollegen gegeben ist und die Kontinuität der Patientenversorgung im Krankheits-/ Urlaubsfall gewährleistet ist (sonst wird der Patient allzu oft wegen Unbekanntheit mit dem Fall ins KH eingewiesen).

- Schulung von Pflegefachkräften (→ APN)/ / weiterer (evtl. neuer) Berufsgruppen, neue Weiterbildungsformen
 - Qualifikation für Pflegenden/teilweise für alle Beteiligten hinsichtlich:
 - Präventives Arbeiten lernen
 - Intersektorales Zusammenarbeiten lernen
 - (gerontologischer/ geriatrischer) Expertise: was sind Symptome, Frühstadien erkennen: wie fangen Symptome an, wie dokumentiere ich sie, wie gebe ich die Beobachtungen und Einschätzungen zu möglichen Ursachen an Ärzte weiter
 - Biographiearbeit
 - Beziehungsmanagement
 - Diagnosekriterien
 - Arzneimittelnebenwirkungen; diesbezüglich auch
 - Nutzung der FORTA-Score zur Identifizierung möglicher Nebenwirkungen, Über-/ Unter-/ Fehlmedikation
 - “neue” Berufsgruppe auf M.Sc.-Level wie z.B. Advanced Practice Nurse (APN)
 - zu Demenz auch Informed Consent/ Informed Practice Levels
- Schulung von Hausärzt*innen:
 - Gerontologische/ geriatrische/ palliativmedizinische Expertise
 - Zusammenarbeit mit Pflege: respektvolles Anleiten wann Pflege anrufen und informieren soll, auch per telemedizinischer Apparatur
- Versorgungsstruktur: profitiert sehr von multiprofessioneller Zusammenarbeit; teilweise individualisierte, bedarfsgerecht adäquate Versorgung:
 - Beispiel Dysphagie: Hausärzte verschreiben für Dysphagie z. B. keine Logopädische Therapie, Bedarf besteht an Dysphagie-adäquate Mahlzeiten
 - Beispiel Demenz/ Demenzen: Einzelgespräche mit Patient*innen zwecks Abklärung der Eigenverantwortlichkeit
 - Beispiel Neubildung der Haut: OP auch im PH möglich, wenn die begleitende Versorgungsstruktur für die Durchführung derartiger Eingriffe vorhanden ist.
- Konstante Bezugspersonen in der Pflege der Patient*innen, keine ständigen Wechsel mit inhärenter fehlender Wahrnehmung von Änderungen im Zustand des Pflegeheimbewohnenden bzw. Behandlungsfehler(n)
- Gründung von Pflgeteams:

Anlage 7. Ergebnisse des Brainstormings zu den Maßnahmen und Interventionen zur Reduzierung der PSK im Expert*innenworkshop

- Zusammengestellt aus Ärzt*innen und spezielle Pflegekräfte, Pflegewissenschaftler, Psychiatric Nurse, Diabetic Nurse, APN, Therapeuten (Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten) u.Ä. und auch Angehörige; evtl. auch Sozialarbeiter.
- Sitzungen und Schulung für diese Teams, auch hinsichtlich Besonderheiten wie z. B. bei Demenz
- Therapieziele:
 - Nebst therapeutischen Bewertungen auch Einbindung der rechtlichen Vertreter
 - Betreuer/ Vertreter können ihre Aufgaben nicht immer wahrnehmen, insbesondere wenn es gesetzlich bestellte Vertreter betrifft (120 Bewohner können nicht versorgt werden)
- Fallkonferenzen (auch mit Fachärzt*innen), z. B. für psychisch schlechter werdende Patient*innen; Ausbau Sozialbetreuung und verhaltenstherapeutischer Maßnahmen.

b) Bewohnerdokumentation:

- Gesundheitskarte
- Gemeinsam geführte Patienten- und Bewohnerakte (so datenschutzrechtlich möglich) für alle mitbehandelnden Therapeut*innen, Pflegekräfte und Ärzt*innen
 - Für alle besser zugänglich, wenn digital geführt.
- Zusammenführung aller relevanten versorgungswichtigen Daten:
 - Diagnosen/ (Ko)Morbidity u.d.
 - Zusammenführung der Medikamente, inkl. Allergien, Unverträglichkeiten, bekannte Nebenwirkungen
 - Impfungen
 - Kommunikationsprozess zwi. Ärzt*innen/ Ther./ Pflege: Pflege trägt Beobachtungen ein damit auch nach Schichtwechsel der Nacht-/ Tagschicht der Arzt die Originaleinschätzungen der behandelnden Pflegekräfte vorfindet.
 - Patientenverfügung (digital als PDF im Anhang, oder wenn dies zu viel Speicherplatz erfordert, als Hinweis),
 - Nach dem Vier-Augen-Prinzip: präventiv wirksam sein, gerade bei Medikamenten aber auch bei Beobachtungen, im Sinne „was du nicht siehst, sehe ich“.

c) Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention verbessern und ausbauen:

- Standardisiertes, evidenzbasiertes Aufnahmeverfahren im Pflegeheim, multiprofessionell und einrichtungsübergreifend, auch zu folgenden Aspekten. Leitlinien erarbeiten zur Identifizierung von:
 - Auffälligkeiten
 - Risiken die vor der Einweisung/ Rückkehr ins Pflegeheim bestanden: Pflegeheime sind wie kleine Krankenhäuser mit multimorbiden Patient*innen. Für einzelne Patient*innen sollen Risikofaktoren benannt werden, z. B. zu Diabetes, Hypertonie, Rauchen, Ernährung, Vorerkrankungen
 - Aufenthalte im Krankenhaus
 - Patientenpräferenzen, und evtl. Patientenverfügung

Anlage 7. Ergebnisse des Brainstormings zu den Maßnahmen und Interventionen zur Reduzierung der PSK im Expert*innenworkshop

- Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) Informed Consent bei Demenz
- Primärprävention: z.B. hinsichtlich Sturzprophylaxe
- Sekundärprävention:
 - Einhalten der bereits geltenden Minimalstandards (Beispiel Kontrolle Dekubitalgeschwür), und des Disease Management-Programms (DMP)
 - Screening im Pflegeheim valide durchführen:
 - Einführung von Frühwarnsystemen in Pflegeheimen, unter Verantwortung der Pflegedienstleitungen; Screening Methoden, Monitoring, Überwachung: Überwachung des Zustands des Pflegeheimbewohnenden, z. B. Identifizierung von Risikopatienten: Sensibilisierung für Alltagssachen, auf „kleine Zeichen“ achten:
 - Symptome des Wasser- und Elektrolytmangels kennen und einschätzen lernen in Verbindung mit:
 - jahreszeitabhängige Änderungen (Hitze/ Kälte; trotz Covid viel Exsikkose)
 - Dosisreduktion von Diuretika
 - Trinkunterstützung
 - Infusion mit NaCl
 - Hautinspektion, auch wenn dies Zeitintensiv ist (wie z.B. die Gelegenheit beim Strümpfe der Bewohner*innen ausziehen, gleichzeitig auf die Haut zu achten)
 - Inkompletter Lippenschluss
 - Körperhaltung
 - Prüfung der Vitalparameter
 - Erkennung deliranter Zustände
 - Regelmäßig stattfindende Überprüfung der Medikation (medikamentöses Review)
 - (Tele)Kommunikation bei Veränderung: evtl. mittels Unterstützung digitaler Methoden wie Handyfoto zur Bewertung ob Krankenseinweisung erforderlich ist
 - Führung von Protokollen: z.B. Medikamentenprotokolle, Schmerzprotokolle, Trinkprotokolle zur Begleitung von z.B. Absetzen von Medikamenten; Festhalten der Reaktionen des Pflegeheimbewohnenden auf diese Maßnahmen. Dabei jede Änderung erklären: Sobald Pflegekräfte verstehen was mit Änderungen der Medikamente bezweckt wird, wissen sie besser worauf sie achten sollten.
- Tertiäre Prävention: Standby zur Krisenüberwindung: nicht nur Ärzte, aber auch weitere Berufsgruppen im Standby, z. B. alle unter Pflorgeteams genannten Akteure
- Auch hier Fallkonferenzen in multiprofessioneller Zusammenarbeit: Strategien der Pflegekräfte zur Prävention erfragen

Anlage 7. Ergebnisse des Brainstormings zu den Maßnahmen und Interventionen zur Reduzierung der PSK im Expert*innenworkshop

- Mittels diesen Maßnahmen lassen sich Erkrankungen wie Delir, Exsikkose, Sepsis, *adverse drug effects* so gut wie vollständig vorbeugen.

d) Qualitätsmanagement:

- Überarbeitung der Leitlinien der AWMF z. B. für Pneumonien
- Regionale Versorgungsnetzwerke: Versorgung aus einer Hand →
 - Multiperspektivische Betrachtung des Pflegeheimbewohnenden
 - Integrierte Versorgung
 - Interdisziplinärer/ transdisziplinäre Versorgung, inkl. Nutzung digitaler Möglichkeiten

Bedingung → Kultur des Vertrauens in regionaler Zusammenarbeit

- Kooperation mit politischen Akteure: Die Politik braucht Berater aus der Szene, die erfahrungsbasierte und mit den Strukturen vertraute Empfehlungen aussprechen können.

Rahmenbedingungen zu IV 1:

Es bedarf einen Standard für die Pflegeheimversorgung in der alle benannten Interventionen adressiert werden.

- Unterbringung: Bauliche Maßnahmen, Anpassung der Einrichtung, Unterbringungskonzepte, neue Wohnformen Integration bestimmter Patienten, keine Ballung bestimmter PHB
- Interorganisationaler/ interprofessioneller Austausch und Kommunikation:
 - Stärkerer interprofessioneller Austausch,
 - Rücksprachemöglichkeiten mit Ärzten
 - Austausch zu wie die Beobachtung durch Pflegekräfte und Meldeverfahren an die Primarversorgung (Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte) bzw. Klinik verläuft/ verlaufen sollte:
 - Interprofessionelle Zusammenarbeit
 - Kommunikation zwischen Pflege und Hausärzten verbessern, in Richtung einer eher symmetrischen Kommunikation
 - Ängste abbauen, Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen und Pflegekräfte aufbauen
 - Souveräne Fachlichkeit der Pflegenden: Vertrauen in eigenen Kompetenzen ausbauen anstatt nur auf das Wissen von Expert*innen zu vertrauen
 - MFA als Bottle Neck: schirmen ihre (Haus)Ärzt*innen ab, damit sie nicht ständig gestört werden.
 - APN in Zusammenarbeit mit den ambulanten Ärzt*innen
- Personelle Ausstattung:
 - Hinsichtlich Pflegekräfte:
 - Schulungen des Pflegepersonals

Anlage 7. Ergebnisse des Brainstormings zu den Maßnahmen und Interventionen zur Reduzierung der PSK im Expert*innenworkshop

- In der Praxis gibt es häufig noch die 50%-Fachkraftquote anstatt der empfohlenen 80%-Fachschaftsquote
- Besetzung Nachtdienst (1:50 oder 1:80): Ausreichende Flüssigkeitsgabe nicht machbar
- Hinsichtlich Ärzte:
 - Ausreichende Verfügbarkeit von Fachärzten
 - Kooperationsverträge zwischen Pflegeheim und Ärzt*innen.
- Hinsichtlich anderer Berufsgruppen z. B: Therapeuten:
 - Grundkompetenzen dieser Fachgruppe in der geriatrischen Versorgung ausbauen
- Kompetenzstrukturen ausbauen:
 - geschultes/ erfahrenes Pflegepersonal: muss Erkrankungen vor Ort erkennen, dazu brauchen Sie Kenntnisse der Diagnosekriterien für Erkrankungen
 - Kompetenzen zu neuartigen Kommunikationsmedien ausbauen, z. B. hinsichtlich eines Chatrooms mit Hervorhebung des dringenden Bedarfs an Visiten
 - Bedarfsgerechte Versorgung
- Strukturelle Änderungen:
 - Neue/ feste Strukturen erarbeiten
 - Heilkundeübertragung auf Pflegekräfte
 - Mittleres Management in die Verantwortung ziehen
 - Klare Handhabung von Kommunikationskanälen
- Gute technischen/ digitalen Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen: z. B. hinsichtlich Infrastruktur
 - Telemedizin ist hierbei entscheidend, vor allem die der digitalen Kommunikation z.B. Start Ups benutzen wie z.B. eine App für die Übermittlung von Fotos, den Zugang zu Beobachtungen und Akteneintragungen der Pflegekräfte aus erster Hand, damit auf Daten institutionenübergreifend und zeitgerecht zugegriffen werden kann, Reaktionen/ Diagnosen/ Anweisungen zur Umstellung von Therapien von Angehörigen/ Therapeuten/ Ärzten. Möglichkeiten der vorhandenen Tools explorieren, auch hinsichtlich digitalen Tools / Telemedizin, z.B. Delegation von Anamnese über Telemedizin
- Medizinische Voraussetzungen
 - Datengrundlage zur Kalkulation des FORTA-Scores
 - Aufklärungskarten, Screeningbögen, Trainingskarten
 - Zur Überarbeitung von Leitlinien (am Beispiel der Pneumonien): Offene Haltung, stärkerer Praxisbezug

Umsetzungshürde/n zu IV 1

- Datenschutz in Bezug auf gemeinsam geführte Patienten-/Bewohnerakte

Anlage 7. Ergebnisse des Brainstormings zu den Maßnahmen und Interventionen zur Reduzierung der PSK im Expert*innenworkshop

- Momentan ist die Digitale Infrastruktur in Pflegeheimen teils veraltet, z. B. nach wie vor Kommunikation über Fax und fehlendes WLAN in Pflegeheimen
- Hausärzte verschreiben selten logopädische Therapie
- Logopäden müssen entsprechend mit dementen Pat umgehen können
- Schulungen für Personal sind zeitaufwendig und teuer
- Individualisierte Versorgung aufwendiger, höhere Kostenstruktur
- Finanzierung (es mangelt an Geld, dies alles umsetzen zu können)
- Personalmangel im Allgemeinen und an Fachkräfte im Besonderen
- Score für stationäre Behandlungen ist vorhanden, jedoch sind diese Kriterien für eine stationäre Einweisung schnell erreicht /1-2 Punkte; ab 3-4 Punkte → Intensivtherapie)

Adressaten zu IV 1

- Pflegende,
- Ärzt*innen,
- Therapeut*innen
- Andere Berufsgruppen im Standby für den Notfalleinsatz: z. B. APN, Physician Assistant (MFA)
- Pflegeheimleitung
- Catering
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) <https://www.awmf.org/die-awmf/aufgaben-und-ziele.html>

IV 2: Spezielle Diagnostik/ Therapien/ Laboruntersuchungen/ Verfügbarkeit mobiler Geräte

- IV -Gabe, Antibiose
- hinsichtlich Laborwerte: Controlling durch Ärzte auch im Heim möglich
 - Mikrobiologische Stuhluntersuchungen können hausärztlich veranlasst, und auch vor Ort umgesetzt werden
 - Blutuntersuchungen, -werte
 - Verfügbarkeit Mobiler Geräte erhöhen zur Durchführung von Untersuchungen: diese fehlen bisher meistens, z. B. Sonografie (mittels Doppler=Ultraschall), EKG, mobiles Röntgen

Rahmenbedingung / Voraussetzung zu IV 2

- Gute technische Voraussetzungen:
- Engmaschiges Monitoring -> Personalschlüssel verändern (andere Berufsgruppen im Stand-by?)
- Fallkonferenz der Pflegenden
- Interdisziplinäres Arbeiten, interprofessioneller Austausch
- Rücksprachemöglichkeiten mit Ärzten

Anlage 7. Ergebnisse des Brainstormings zu den Maßnahmen und Interventionen zur Reduzierung der PSK im Expert*innenworkshop

- ACP muss vorab geklärt sein. Advance Care Planning (ACP) ist ein andauernder „Kommunikationsprozess zwischen Individuen, ihren gesetzlichen Vertretern und ihren Behandelnden und Betreuenden. Es verfolgt das Ziel, mögliche künftige Behandlungsentscheidungen für den Fall, dass die Betroffenen selbst nicht entscheiden können, zu verstehen, zu überdenken, zu erörtern und vorauszuplanen“ (ACPEL-Society 2016; In der Schmitt & Marckmann 2015a: 84)

Umsetzungshürde/n zu IV 2

- Abrechenbare, leistungsbezogene Leistung (SGB 5)
- Vergütungsansatz ist per SGB11 nicht gegeben (Weg über SGB5)
- Pflegeheim-Personal für Apparative Medizin nicht geschult -> EKG, Sono etc
- Invasive Behandlung schwierig umsetzbar -> z. B. Antibiose intravenös
- Momentan ist die Digitale Infrastruktur in Pflegeheimen teils veraltet, z. B. nach wie vor Kommunikation über Fax und fehlendes WLAN in Pflegeheimen

Adressaten zu IV 2

- Pflegeheimen
 - Judikative -> bzw. Politik, Hausärzte

IV 3: Vergütungssysteme anpassen und leistungsgerechter gestalten

- Ambulantisierte Vergütungsformen möglich machen:
 - Leistungen die im Krankenhaus erbracht werden, werden bei Heimversorgung nicht vergütet
 - Vergütung der (zusätzlichen) hausärztlichen Leistungen
- Anreize für ärztliche Behandlungen im Pflegeheim erhöhen
- Behandlungspflege im Heim ist nicht ausfinanziert (SGB V → Vergütung)
- Personalzuschüsse
- Es braucht sektorenübergreifende Finanzierungs- und Vergütungsmodelle:
 - Auch Kassen sind sektoral/ regional aufgestellt. Dies erschwert innovative Finanzierungsmodelle

IV 4: Rechtlichen Rahmenbedingungen und Haftungsrisiken:

- Hohe Unklarheit und dadurch entstehende Unsicherheiten

Allgemeine Rahmenbedingungen

- Intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit
- Äußerste Disziplin im Falle einer stets lokal individuellen, gewachsenen Kultur in der Arzt/Heim-Kommunikation (spezifisch für ein spezielles Heim und eine Praxis) einschließlich attraktiver transparenter Vergütungsstrukturen für alle Beteiligte.

Anlage 7. Ergebnisse des Brainstormings zu den Maßnahmen und Interventionen zur Reduzierung der PSK im Expert*innenworkshop

- Erarbeitung von Qualitätsstandards mit Ergebniskontrollen im Falle einer flächendeckenden Harmonisierung struktureller Gegebenheiten in der pflegerischen Versorgung.

Allgemeine Umsetzungshürde/n:

- Kulturelle Hintergründe
- Situation vor Ort
- Organisationsverschulden
- Teils sehr unterschiedliche Verfahrensweisen bzw. inhomogene Leistungsstrukturen in einzelnen Pflegeheimen. Die Range reicht von sehr kompetenter, fachlich hervorragender pflegerischer Versorgung bis hin zu völlig überforderten Hilfskräften in instabilen Personalstrukturen mit defizitärer Versorgung.
- Mangelnde technischen Voraussetzungen
- Mangelnde Vergütungsstrukturen
- Medizinische Grenzen: Multimorbidität
- Was dürfen (Haus)Ärzt*innen den Pflegeheimbewohnenden verschreiben/ abrechnen (am Beispiel der nicht-verschreibbaren aber wünschenswerte Logopädische Therapie für Dysphagiepatient*innen)
- Mangelnde medizinische Versorgung aufgrund von z. B. (intermediäre) Faktoren
- Überforderung der Pflegekräfte
- zeitliche Intensität der Behandlung
- Zeitmangel
- Personalmangel im Pflegeheim
- Ressourcenmangel
- Mangel an Verfügbarkeit Haus-/ Fachärzt*innen im ambulanten Bereich
- Rechtsfragen
- Paternalistische Situationen
- Grundrechte
- Patientenverfügung und Rechtsfragen

Allgemeine Adressaten:

- Politik/ Gesundheitsministerium
- Rechtliche Vertreter der Patienten/ Pflegeheimbewohnenden
- Mittleres Management der Pflegeheime
- Oberes Management der Pflegeheime
- (Haus)Ärzt*innen
- Pflegepersonal
- Therapeuten (Physhio., Logo-, Ergo-)
- Pflegeheime

Anlage 8. E-Mailanschriften an die Gutachter für die Konzeptentwicklungsphase

Liebe Frau ...,

Lieber Herr ...,

wie angekündigt möchten wir Sie **bis zum 31. Januar 2021** nun für die Konzeptentwicklungsphase des PSK-Projektes um ein wissenschaftliches **Gutachten** im Bereich der **Pflegewissenschaft** bitten.

Es wäre großartig, wenn Sie im Gutachten auch folgende Punkte mit berücksichtigen würden:

- Bitte bewerten Sie in Ihrem Gutachten die Ergebnisse des Expert*innenkonsens im Spiegel Ihres professionellen Hintergrunds. Die mitgelieferten Ergebnisse zu diesem Expert*innenkonsensverfahren (zwei Onlinebefragungsrunden sowie Expert*innenworkshop) finden Sie weiter unten.
- Zeigen Sie bitte dabei Potenziale und Hürden der Vermeidung von Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle (PSK) auf.
- Geben Sie bitte Hinweise auf die praktische Verwertbarkeit. Dabei sollen ausdrücklich nicht nur Maßnahmen und Konzepte angeführt werden, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden würden und im Hinblick auf vorhandenen Ressourcen nicht oder nur unter besonderen Bedingungen realisierbar sind, sondern explizit auch sektorenübergreifende und systemverändernde Konzepte einbezogen werden.
- Empfehlung für den Umfang Ihres Gutachtens: 3000-5000 Wörtern (das sind etwa 10-15 Seiten Text).

Zu Ihrer Information finden Sie die Ergebnisse des Expert*innenkonsensverfahren anbei:

- In der PDF „PSK-Liste_umfassend_3“ finden Sie die quantitativen Ergebnisse der beiden Online-Befragungen sowie des Konsensverfahrens im ersten Teil des Expert*innenworkshops mit den 58 Krankenhausentlassungsdiagnosen (ICD-10-Code-GM). Je ICD ist das finale Vermeidungspotenzial angegeben (finale Median, Median aus Runde 2, Range von 75% sowie 50% aller Einschätzungen, durchschnittlicher Prozentanteil aller Krankenhausentlassungsdiagnosen pro Jahr unter Pflegeheimbewohnenden, durchschnittliche Kosten je Fall je ICD, mögliches Einsparpotenzial für Deutschland, jeweilige Kommentare zu den ICD und ihre Vermeidungspotenziale aus den beiden Runden und falls vorhanden auch aus dem Expert*innenworkshop, und der Vergleich zur ASK-Liste). Diese Datei ist unter höchster Vertraulichkeit zu behandeln, da sie die Quintessenz der Studienergebnisse enthält, die a) noch nicht publiziert sind und b) ohne Disclaimer durchaus falsch verstanden werden. Die genannten Vermeidungspotenziale sind nämlich momentan nicht praxistauglich/praxistauglich, da die Voraussetzungen, wie z. B. optimale Versorgungsbedingungen im Pflegeheim, optimale Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, (noch) nicht (überall) erfüllt sind.
- In der PDF „PSK-Liste_knapp“ sind die 58 ICD einzelne Erkrankungskategorien zugeordnet. Auch diese Datei bitte äußerst vertraulich behandeln.
- In der PDF „Interventionen_WS-Protokoll_final“ finden Sie eine Zusammenfassung der möglichen Interventionen (inkl. Ihren Rahmenbedingungen, Umsetzungshürden und Adressaten, jedoch exkl. Zeithorizont). Es betrifft:
 - die Ergebnisse, die in der Plenumsitzung des zweiten Teils des Expert*innenworkshops erarbeitet wurden,
 - Ideen dazu aus den drei Arbeitsgruppen zur Konsentierung der Vermeidungspotenziale im ersten Teil des Workshops,
 - weitere Ideen zu Interventionen, die uns nach dem Workshop in E-Mails der Expert*innen erreichten,
 - Nota bene: Ideen dazu aus den Kommentaren der Onlinebefragungen der Runde 1 und 2 lieferten keine zusätzlichen Erkenntnisse außer den bereits im Protokoll benannten.

Viel Erfolg! Melden Sie sich gerne, wenn Sie Fragen haben, oder weitere Informationen benötigen.

Mit freundlichen Grüßen,

Projektleitung und Mitarbeiter:in
(Signatur)



pflegeheim-sensitive
krankenhausfälle



/ Geriatrie/
Allgemein- und Familienmedizin/
Rechtswissenschaft/ Gesundheitssystemforschung/
Pharmakologie

Exposé

[Fesseln Sie Ihre Leser mit einem ansprechenden Exposé. Normalerweise ist dies eine kurze Zusammenfassung des Dokuments.

Wenn Sie Ihre Inhalte hinzufügen möchten, einfach hier klicken und mit der Eingabe beginnen.]

Vor- und Nachname

[E-Mail-Adresse]

Anlage 9. Die Vorlage für das Gutachten

1

Bitte löschen Sie auf dem Deckblatt die Angaben, die Sie nicht betreffen bzw. ergänzen Sie bitte die fehlenden Angaben.

Die Erstellung eines Exposés auf dem Deckblatt ist freiwillig.

Bitte beachten Sie für die Erstellung Ihres Gutachtens für das PSK-Projekt Folgendes: *(in rot die Ergänzungen im Vergleich zur ersten E-Mail)*

- Bitte bewerten Sie in Ihrem Gutachten die Ergebnisse des Expert*innenkonsens im Spiegel Ihres professionellen Hintergrunds. Die mitgelieferten Ergebnisse zu diesem Expert*innenkonsensverfahren (zwei Onlinebefragungsrunden sowie Expert*innenworkshop) finden Sie in der diesbezüglichen ersten E-Mail vom 9.11.2020 um 11:22h.
- Zeigen Sie bitte dabei Potenziale und Hürden der Vermeidung von Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfälle (PSK) auf *(inkl. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen, Umsetzungshürden, Adressaten, Zeithorizont)*
- Geben Sie bitte Hinweise auf die praktische Verwertbarkeit. Dabei sollen ausdrücklich nicht nur Maßnahmen und Konzepte angeführt werden, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden würden und im Hinblick auf vorhandenen Ressourcen nicht oder nur unter besonderen Bedingungen realisierbar sind, sondern explizit auch sektorenübergreifende und systemverändernde Konzepte einbezogen werden.
- **Empfehlung für den Umfang Ihres Gutachtens: 3000-5000 Wörtern (das sind etwa 10-15 Seiten Text).**

Anlage 9. Die Vorlage für das Gutachten

2

Inhalt

1.	Thematischer Hintergrund.....	3
1.1.	Fachbereich.....	3
1.2.	Bisheriger Stand und Schwierigkeiten.....	3
2.	Potenziale der Vermeidung von Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfälle (PSK).....	3
2.1.	Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden.....	3
2.1.1.	Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen.....	3
2.1.2.	Umsetzungshürden.....	3
2.1.3.	Adressaten.....	3
2.1.4.	Zeithorizont.....	3
2.2.	Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte.....	3
2.2.1.	Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen.....	3
2.2.2.	Umsetzungshürden.....	3
2.2.3.	Adressaten.....	3
2.2.4.	Zeithorizont.....	3
3.	Diskussion, Limitationen.....	3
4.	Schlussfolgerungen, Ausblick.....	3
5.	Literaturreferenzen.....	3

Anlage 9. Die Vorlage für das Gutachten

2

1. Thematischer Hintergrund

1.1 Fachbereich

(Evtl. Spezifizierung der Haupt-Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfälle, PSK.)

1.2 Bisheriger Stand und Schwierigkeiten

2 Potenziale der Vermeidung von Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfälle (PSK)

2.1 Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden

(Welche Maßnahmen sind gerade, gerade nicht, oder nur unter besonderen Bedingungen realisierbar?)

2.1.1 Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen

2.1.2 Umsetzungshürden

2.1.3 Adressaten

2.1.4 Zeithorizont

2.2 Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte

(Vorhandene Strukturen die beizubehalten sind bzw. zu überarbeiten sind.)

2.2.1 Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen

2.2.2 Umsetzungshürden

2.2.3 Adressaten

2.2.4 Zeithorizont

3 Diskussion, Limitationen

4 Schlussfolgerungen, Ausblick

5 Literaturreferenzen

(Für den Abschlussbericht arbeiten wir mit Endnote. Deswegen wäre unsere Bitte die Referenzen gerne, wenn möglich, per Endnote einzufügen.)



1



GUTACHTEN FÜR DAS PROJEKT „BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG VON PFLEGEHEIMBEWOHNERN DURCH REDUKTION PFLEGEHEIMSENSITIVER KRANKENHAUSFÄLLE (PSK)

Themenbereich Pflegewissenschaft

Exposé

Die Reduktion von Krankenhauseinweisungen akut erkrankter Altenheimbewohner*innen ist für die Betroffenen von hoher Bedeutung. Eine Verlegung in ein Krankenhaus ist mit Aufregung, Verlust der vertrauten Umgebung und bestehender Beziehungen verbunden. Dieses trifft besonders auf Menschen mit dementiellen Veränderungen zu, die sich oftmals nicht adäquat über ihre gesundheitlichen Beschwerden mitteilen können. Erste Studien belegen, dass eine angemessene und sichere Versorgung auch bei akuten Erkrankungen in Alteneinrichtungen sichergestellt werden kann. Hierzu bedarf es qualifizierter und ausreichendem Pflegefachpersonal, guter Vernetzungsstrukturen und eine den Erfordernissen Rechnung tragenden Ausstattung.

Die Studie geht der Fragestellung nach, welche akuten Erkrankungen von Bewohner*innen in einem Pflegeheim bedarfsgerecht versorgt werden können und welche Bedingungen dazu vorhanden sein müssen.

Prof. Christel Bienstein

[E-Mail-Adresse]bienstein@dbfk.de

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Dieses Projekt wird mit Mitteln des
Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss
unter dem Förderkennzeichen 01VSF18026 gefördert.

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

Inhalt

1.1. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten	3
2. Potenziale der Vermeidung von Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfälle (PSK).....	4
2.1. Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden	4
2.1.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen	9
2.1.2. Umsetzungshürden.....	10
2.1.3. Adressaten.....	11
2.1.4. Zeithorizont.....	12
2.2. Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte	13
2.2.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen und Umsetzungshürden	13
2.2.2. Adressaten.....	14
2.2.3. Zeithorizont.....	15
3. Diskussion, Limitationen	15
4. Schlussfolgerungen, Ausblick.....	16
5. Literaturreferenzen.....	16

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

Die Pflegewissenschaft in Deutschland ist im Vergleich mit anderen Staaten (Beginn: USA 1907, GB 1950) immer noch eine sehr junge Disziplin. Der erste Studiengang mit einer pflegewissenschaftlich qualifizierten Professorin startete 1990 an FH in Osnabrück. Der Pflegewissenschaft war, im Gegensatz zu vielen anderen Wissenschaftsdisziplinen, seit langem klar, mit welchen Fragestellungen sich die Pflegewissenschaft im Vergleich zur Medizin beschäftigen würde.

Während sich die Medizin primär mit der Diagnostik und Therapie von Krankheiten beschäftigt, gilt das Augenmerk der Pflege der Bewältigung der Lebenssituation unter gesundheitlicher oder drohender Beeinträchtigung.

1995 wurde erstmals ein Institut für Pflegewissenschaft an einer bundesdeutschen Universität eingerichtet (Universität Witten/Herdecke). Auch hier wandte man sich gezielt der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit der Menschen zu. Internationale Kontakte wurden aufgebaut, um endlich das brachliegende Handlungswissen der Pflege evidenzbasiert zu unterstützen. Anhand verschiedener Studien konnte belegt werden,² dass Pflegenden einen überaus wichtigen Beitrag zur Gesundheit der Menschen leisten, die von gesundheitlichen oder bestehenden Beeinträchtigungen betroffen sind.

Die Pflegewissenschaft ist sehr divers und breit aufgestellt. Sie beschäftigt sich mit Fragen der intensivpflegerischen Versorgung von Frühgeborenen bis hin zur Sterbebegleitung Menschen allen Alters.

Pflege ist eine hochkomplexe Aufgabe, die ihr eigenes Handlungsfeld zur Qualitätssicherung der pflegebedürftigen Menschen weiterentwickeln musste. Dazu war und ist es erforderlich, dieses auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen zu gewährleisten.

Diese Anforderung ist besonders in der pflegerischen Versorgung von Altenheimbewohner*innen erforderlich. Menschen, die in Deutschland in stationären Einrichtungen leben leiden zumeist an mehreren Krankheiten und Behinderungen. Oftmals können sie sich nicht mehr adäquat mitteilen. Pflegefachpersonen arbeiten, nicht wie im Krankenhaus, mit einer gleichzeitigen Unterstützung durch Ärzt*innen. Ein frühzeitiges Erkennen gesundheitlicher Risiken/ Veränderungen und eine passgenaue Versorgung sind daher von hoher Bedeutung.

Während in europäischen Nachbarländern sowie in den USA, Kanada, Australien die Ausbildung von Pflegefachpersonen ausschließlich an den Hochschulen erfolgt, steht Deutschland noch ganz am Anfang dieser Entwicklung. Der Wissenschaftsrat forderte 2012³, dass zwischen 10 – 20% der Pflegefachpersonen akademisch qualifiziert werden müssten. Der jetzige Stand weist allerdings aus, dass nur ca. 0,7 % der in der direkten Pflege tätigen Pflegenden eine wissenschaftliche Ausbildung absolviert haben⁴. Nach den jetzt bestehenden Angeboten an deutschen Hochschulen werden ca. 35 Jahre benötigt um eine 10% Quote zu erreichen.

Besonders bewährt haben sich im Ausland Pflegefachpersonen mit erweitertem Pflegewissen (Advanced-Practice-Nurse mit Masterqualifikationen)⁵ in Alteinrichtungen. Sie verfügen über vertiefte Kenntnisse, bezogen auf die ihnen anvertraute Gruppe pflegebedürftiger Menschen. Dies wird umso wichtiger, da immer mehr ungelernete Personen die Pflege in den stationären Einrichtungen übernehmen sollen⁶.

2019 lebten 783.000 Menschen in den 11.712 Altenheimen, wovon 9.045 nur Personen zur Dauerpflege und 917 auch Personen zur Dauer- und Kurzzeitpflege aufnahmen.

Das Projekt der Pflegeheim-Sensitiven Krankenhaufälle gewinnt unter der jetzigen Pandemie eine besonders wichtige Bedeutung. Pflegeheimbewohnerinnen und- bewohner sind von dem Covid 19-Virus besonders betroffen.

² Aiken (2014)

³ Wissenschaftsrat (2012)

⁴ Ausbildungsoffensive (2019)

⁵ [Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf \(dbfk.de\)](#)

⁶ Rothgang Gutachten (2020)

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

Allein im Januar 2021 gab es nach Angaben des RKI 900⁷ Corona-Ausbrüche in Pflegeheimen. Am 26.01.2021 waren 82 Prozent der Pflegeheimbewohner geimpft⁸.

Zwei Drittel aller an oder mit Corona Verstorbenen waren Bewohner*innen eines Pflegeheims.

1.1. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten

Viele Altenheimbewohnerinnen und -bewohner sind multimorbid und ihr Gesundheitszustand ist oftmals instabil: Akute und chronische Krankheitsphasen treten im Wechsel in kaum vorhersehbaren Zeitintervallen auf. Weiterhin nimmt die Anzahl von Bewohner*innen, die an einer Demenz leiden kontinuierlich zu (ca. 500.000 Altenheimbewohner*innen von 783.000)⁹. Es zeigt sich, dass Krankheitsschübe oder Stürze auch in Zeiten auftreten, in denen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht oder nur schwer erreichbar sind (Ramroth et al., 2005, 2006). Eine nicht geplante Krankenhauseinweisung bei Eintritt einer akuten Erkrankung (z.B. nach einem Sturz, plötzlichen Schmerzzacken, Medikamentennebenwirkungen) erfolgt häufig aus Gründen der Absicherung vor Haftungsansprüchen oder weil die Versorgungsbedingungen in dem Altenheim nicht ausreichend sichergestellt werden können.

Altenheimbewohner*innen, die ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen, erleiden Stress und Angst. Sie müssen von ihrer gewohnten, in eine für sie völlig neue Umgebung für unbestimmte Zeit wechseln. Dieser Stress erhöht sich besonders bei Menschen mit Demenz (Bridges, 2010). Erschwerend zeigt sich, dass Menschen mit Demenz häufiger versterben, wenn sie im Krankenhaus behandelt werden, als wenn sie in ihrer Alteneinrichtung verbleiben und dort versorgt werden. Dieses trifft aktuell nicht auf Verstorbene mit oder an Corona (Januar 2021 nicht zu), da 2/3 der im Altenheim Verstorbenen im Altenheim verstorben sind. Deutsche Krankenhäuser sind bis heute nicht ausreichend auf die Versorgung von Menschen mit dementiellen Prozessen vorbereitet. Bedürfnisse werden zu spät erkannt oder führen oft zu zusätzlichen Risiken, da die Betroffenen die an ihnen vollzogenen Maßnahmen nicht verstehen und sich aus diesem Grund unangepasst verhalten. Hieraus ergeben sich dann oftmals freiheitsentziehende Maßnahmen (Krüger, 2010) die wiederum zu weiteren Gefährdungen führen können. Weiterhin gehen durch den Ortswechsel in die Klinik die vertrauten Bezugspersonen verloren (Pfleger*innen), die die Besonderheiten und Gewohnheiten der Betroffenen kennen.

Problematisch stellen sich auch immer wieder Informationsverluste dar. Unzureichende schriftliche Dokumentationen können weitere Probleme verursachen (z.B. Informationen über Medikamentenunverträglichkeiten, Atmungsproblematiken, etc.). Dies wird besonders dann prekär, wenn ein Mensch mit Demenz diese Informationen selbst nicht mehr geben kann.

Besonders problematisch stellt sich die Versorgungssituation in deutschen Krankenhäusern dar. Pro Tagesschicht muss eine Pflegefachperson bis zu 13 schwersterkrankte Menschen versorgen und in der Nacht im Durchschnitt 28 Personen.¹⁰

Auch die personellen Engpässe in den Pflegeeinrichtungen führen immer wieder zu einer Unterversorgung schwer erkrankter Altenheimbewohner*innen. Im Durchschnitt versorgen zwei Pflegefachpersonen 28 Bewohner*innen über den Tag, in der Nacht müssen von einer Pflegefachperson im Durchschnitt 52 Bewohner*innen versorgt werden.¹¹

Aiken¹² weist in ihren Studien darauf hin, dass die Rationierung des Pflegepersonals zu schweren gesundheitlichen Risiken für die Patienten führen können.

⁷ RKI (2021)

⁸ [Gesundheit: Fast zwei Drittel der Corona-Toten sterben im Pflegeheim | ZEIT ONLINE](#)

⁹ Alzheimer Gesellschaft (2020)

¹⁰ Bienstein Mayer (2014)

¹¹ Bienstein große Schlarman (2015)

¹² Aiken (2014)

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

Trotz allem können diese Risiken minimiert werden, wenn eine Versorgung, gerade bei akuten Erkrankungen, in der Alteneinrichtung erfolge kann.¹³ Da die Versorgungssituation in den Kliniken keine bessere Option für die Altenheimbewohner*innen bietet.

Darüber hinaus belegen Studien, dass erhebliche Kosten durch einen Krankenhausaufenthalt verursacht werden können, die bei einer angemessenen Versorgung im Altenheim nicht in der gleichen Höhe ausfallen würden.¹⁴

In einem geförderten Projekt des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MEGEPA) und des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (Ziel 2 Programm) zum Thema: „Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim“ von 2013 – 2015 wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Kann eine Krankenseinweisung akut erkrankter Altenheimbewohner*innen vermieden werden?
- Welche Bedingungen müssen getroffen werden, um Einweisungen in Krankenhäuser zu reduzieren?

Die Ergebnisse der Studie ließen die Schlussfolgerung zu, dass auch bei einer deutlichen Reduktion von Einweisung akut erkrankter Altenheimbewohner*innen in ein Krankenhaus die medizinisch-pflegerische Versorgung sichergestellt und negative Auswirkungen durch die Verlegung vermieden werden konnten.

2. Potenziale der Vermeidung von Pflegeheim-Sensitiven Krankheitsfälle (PSK)

Bevor Maßnahmen oder Konzepte greifen können ist es erforderlich, dass die Haltung der Pflegefachpersonen (Heimleitung, Pflegedienstleitung, Pflegefachpersonen, Pflegeassistent*innen, Mitarbeiter in der Hauswirtschaft- und technik, Ärzte und Therapeuten, etc.) über eine partizipatorische Haltung verfügen, bei der die Grundlagen der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen gelebt werden.¹⁵ Das bedeutet, dass allen Beteiligten bewusst ist, dass Menschen in Pflegeeinrichtungen soweit wie möglich autonom ihre Entscheidungen treffen und teilhabeorientiert versorgt werden.

Hierzu bedarf es einer grundlegenden Einstellung und Haltung, die besonders vom Management gefördert werden muss.

2.1. Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden

Auf der Grundlage der oben beschriebenen Haltung können/wurden folgende Konzepte und Maßnahmen eingeführt:

1. **Umfängliche Anamnese vor Umzug in eine Pflegeeinrichtung**

Es ist entscheidend welche Informationen vor einem Umzug (spätestens mit Beginn des Einzugs) von und mit einer Person in eine Pflegeeinrichtung erhoben werden. Neben den allgemeinen Daten müssen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, der Umgang damit, Krankenhauserfahrungen, Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht, etc. exakt erfasst werden. Auch muss geklärt werden, ob der Hausarzt zu einer regelmäßigen Visite in der Einrichtung bereit ist. Versorgungswünsche und Vermeidungsbitten müssen ebenfalls vor dem Umzug bekannt sein. Auf der Grundlage dieser Informationen kann im Pflegeteam die Entscheidung getroffen werden, wer sich primär (Bezugspflegerperson) um die neu einziehende Person kümmern wird.

¹³ Specht-Leible (2003)

¹⁴ Bienstein, C., Bohnet-Joschko, S. (2015)

¹⁵ [PFLEGE-CHARTA: Wege zur Pflege \(wege-zur-pflege.de\) \(2019\)](http://www.wegen-zur-pflege.de)

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

Eine umfängliche gesundheitliche Anamnese muss erfolgen, um auch Risikopatient*innen frühzeitig zu erkennen. Wichtig ist eine hohe kommunikative Kompetenz, die Fähigkeit evtl. weitere Personen hinzuzuziehen, um ausreichende Einstiegskenntnisse zu erhalten.

2. Bezugspersonenpflege

Kidwood¹⁶, sowie Ergebnisse weiterer Studien fordern eine „Personenzentrierte Pflege“. Das bedeutet, dass umfängliches Wissen über die zu pflegende Person vorhanden ist und aktiv genutzt wird. Biografische Verläufe zeigen auf, dass sehr unterschiedliche Verhaltensweisen bzgl. gesundheitlicher Beeinträchtigungen existieren (z.B. bzgl. Umgang mit Schmerzen, Unwohlsein und Bewegungseinschränkungen). Eine primär verantwortliche Pflegenden für einen wohnende Person in der Einrichtung kann hierbei wesentlich zu einer Vermeidung einer Krankenhauseinweisung beitragen. Ihr ist der Wunsch der Pflegebedürftigen bzgl. des Umgangs mit auftretenden Krankheiten bekannt. Allein dies kann zu einer deutlichen Reduktion von Krankenhauseinweisungen führen.

3. Biografiearbeit

Bewohner*innen einer stationären Einrichtung haben alle eine eigene Lebensgeschichte. Kindheit, Familie, Gesundheit und Beruf haben vielfältige Eindrücke hinterlassen. An diese Erfahrungen anzuknüpfen ist für alle an der Versorgung beteiligten Personen eine wichtige Grundlage, um ein für Bewohner*innen für sie bedeutsames Gespräch aufnehmen zu können. Mitgeteilte Erfahrungen mit Krankheit, Krankenhausaufenthalt und Ärzten stellen für die Reduktion von Krankenhausaufenthalt ein zentrales Wissen dar. Besonders bei Menschen mit dementiellen Veränderungen ist es erforderlich über diese Kenntnisse zu verfügen, um ihnen evtl. erlebte unguete oder traumatische Erfahrungen zu ersparen. Hierbei helfen u.a. Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten, die regelmäßig auf ihren aktuellen Stand überprüft werden müssen. Ein Hinweis z.B. über die ausgeübte berufliche Tätigkeit vor dem jeweiligen Bewohner*innenzimmer kann alle Personen in die Lage versetzen mit ihnen ins Gespräch zu kommen.

4. Pflegefachliche Kompetenz

Die gesundheitliche Versorgung von Bewohner*innen erfordert eine umfängliche fachliche Kompetenz. Hierzu gehören z.B. :

- Erkennen von Frühwarnzeichen, wie mangelnder Lippenschluss, Sprach- und Bewegungsänderungen, Veränderung der Vitalparameter
- Erfassen von Medikamentenebenenwirkungen
- Wahrnehmen von nicht verbal geäußerten Schmerzzuständen
- Entwicklung von Ödemen
- Auftreten von deliranten Zuständen oder Halluzinationen
- Erkennen von Mangelernährung und Dysphagien
- Wahrnehmen von mundgesundheitlichen Problemen

Risikopatient*innen müssen bekannt sein, z.B. Diabetiker*innen, Menschen, die zu Hautproblematiken oder Krampfanfällen neigen, ebenso wie sturzgefährdete Personen.

Auf all diese Warnhinweise müssen Pflegefachpersonen präventiv vorbereitet sein, um bei Eintritt situationsgerecht reagieren zu können. Dieses gelingt besonders, wenn feste Zuordnungen von Pflegefachpersonen zu einzelnen Bewohner*innen erfolgen.

¹⁶ Kidwood (2008)

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

5. Advanced Practice Nursing (APN) Konzepte

Konzepte der APN haben sich international bewährt, um Krankenhauseinweisungen von Bewohner*innen zu reduzieren. Eine APN verfügt über vertiefte Kenntnisse der Prävention, Erkennung und Behandlung von akuten Erkrankungen. Sie ist in der Lage nationale wissenschaftliche Versorgungsstandards in eine Einrichtung zu implementieren (Nationale Qualitätsstandards für die Pflege, z.B. des DNQP)¹⁷. Interdisziplinäre Zusammenarbeit, z.B. mit weiteren Gesundheitsberufen sind ihr vertraut, so auch die Einbeziehung von palliativen Diensten, Angebote der Wundversorgung, etc. Sie führt diagnostische Maßnahmen durch und kann medizinische Aufgaben sicher übernehmen. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, Pflegende der Einrichtung zu beraten und schulen und damit für eine Verbesserung der Qualität Sorge zu tragen.

6. Frühwarnsystem / Morgentliche Blitzkonferenz

Morgentliche Blitzkonferenzen aller Bewohnerbereichsleitungen und Leitungen des Pflegedienstes können jeweils dazu beitragen sich darüber auszutauschen, ob Besonderheiten (hier gesundheitliche Veränderungen) bei den Bewohner*innen aufgetreten sind, die es notwendig machen Maßnahmen einzuleiten, wie z.B. Hausärzte zu kontaktieren oder andere externe Expert*innen einzubeziehen. Hierbei sollten besonders die Bewohner*innen die über gesundheitliche Risiken verfügen beachtet werden. Für den Kontakt zu den Hausärzten sollte immer eine feste Uhrzeit, möglichst vor Öffnung der Hausarztpraxen ausgemacht werden. Hausärzte könnten gebeten werden gleich zu Beginn der Praxisöffnung einen kurzen Zeitraum für evtl. anfallende Anrufe aus dem Altenheim frei zu halten. Damit können Anrufe, die ansonsten über den Tag verteilt auftreten, zumeist verhindert und rechtzeitig Interventionen eingeleitet werden.

7. Fallbesprechungen- konferenzen

Regelmäßige Fallbesprechungen bzgl. einzelner Bewohner*innen sind ein weiteres Instrument, um ungeplante Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. Dabei muss unterschieden werden zwischen Fallkonferenzen:

- im pflegerischen Team
- im Pflgeteam unter Beteiligung von Bewohner*innen, deren Angehörigen oder Betreuer*innen
- mit Therapeuten, Ärzten, Sozialarbeiter*innen und Pflgeteam
- mit externen Expert*innen (Palliativpflegende, Wund- und Schmerzmanager*innen, etc. und Pflgeteam
- ethische Fallbesprechungen mit Ärzten, Pflgeteam und evtl. weiteren eingebundenen Personen, z.B. Rechtsanwälten

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, dass pro Woche eine Fallkonferenz in unterschiedlicher Besetzung stattfinden sollte (je nach Fragestellung), dieses möglichst pro Bewohnerwohnbereich. Dabei müssen die Regeln der Durchführung einer Fallbesprechung eingehalten werden, um zu einem gezielten Ergebnis zu gelangen (Vorstellen des Falls von einer mit dem Fall vertrauten Person, Problem exakt beschreiben, Ideen einholen, Entscheidungen treffen, Evaluationstermin der durchgeführten Maßnahmen festlegen).

Bewährt haben sich monatliche etische Fallkonferenzen. Die hierfür notwendigen individuell zu beteiligenden Personen sollten daran teilnehmen.

¹⁷ DNQP Nationale Expertenstandards (2020)

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

Fallbesprechungen- und konferenzen schulen die genauere Beobachtung der beteiligten Personen und führen zu präziseren Lösungen.

8. Fachspezifische Weiterbildungen und Schulungen

Unablässig besteht die Notwendigkeit regelmäßige fachliche Vertiefungsangebote für alle an der Versorgung der Bewohner*innen Beteiligten anzubieten. Auch hier muss zwischen verschiedenen Zielgruppen unterschieden werden. Medizinisch – pflegerische Angebote richten sich an die Pflegenden, Therapeuten und Ärzte.

Bevor die Entscheidungen für bestimmte Themen getroffen werden, muss eine Analyse erfolgen, welche Fragestellungen /Defizite besonders beantwortet werden sollten. Hierzu kann eine SWOT-Analyse dienen oder eine Auswertung, der in den letzten Monaten besonderen problematischen gesundheitlichen Herausforderungen.

In vielen Einrichtungen reichen regelmäßige Schulungsmaßnahmen nicht aus, sondern es müssen darüber hinaus Spezialkompetenzen einzelner Pflegefachpersonen entwickelt werden. Hierzu bedarf es gezielter Weiterbildungsangebote. Besonders bei Einrichtungen, in denen mehr als 50 Bewohner*innen leben müssen mehrere Personen über eine gleiche Weiterbildung verfügen, damit bei Krankheit, Urlaub, Freizeit immer Personen vorhanden sind, die die anderen an der Versorgung beteiligten Personen supervidieren, beraten oder schulen können. Bei der Auswahl der Personen, die an einer Fachweiterbildung teilnehmen sollen muss darauf geachtet werden, dass diese bereit sind ihr Wissen an andere weiterzugeben und dass diese auch von den zu begleitenden Personen akzeptiert werden.

Zu den **Weiterbildungen** gehören u.a. Entwicklung vertiefter Kenntnisse im Bereich:

- Schmerzmanagement
- Palliativmanagement
- Kinästhetik
- Basler Stimulation
- Validation
- Bobath und Feldenkrais
- Etc.

Es muss im Vorfeld geregelt werden, wie und wann diese Expert*innen ihr Wissen einsetzen und vermitteln sollen. Dabei ist von besonderer Bedeutung Mediationskonzepte zum Einsatz zu bringen, d.h. andere zu befähigen die richtige Vorgehensweise zum Einsatz zu bringen. Damit wird nach und nach das Wissen aller Beteiligten vermehrt.

Im Vergleich zu Weiterbildungen, die viele Wochen umfassen bieten Schulungen, die zumeist zwischen einigen Stunden und wenigen Tagen dauern, die Möglichkeit das allgemeine Wissen und Können zu einem Thema zu aktualisieren.

So können hierzu **Schulungen** dienen, z.B. im Bereich

- Erste Hilfe Maßnahmen und Reanimation
- Schmerzmanagement
- Palliativer Begleitung
- Wundversorgung (Dekubitus, Ulcus cruris, etc.)
- Diagnostische Maßnahmen (z.B. Assessmentinstrumente, Wahrnehmungsschulung physischer und psychischer Auffälligkeiten, Bedienung von medizinischen Geräten)
- Erkennung z.B. von Schlaganfällen, Herzinfarkt, Darmverschlüssen, Thrombosen, Pneumonien, Mangelernährung

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

- Begleitung von Menschen mit Demenz, psychischen Auffälligkeiten
- Präventionskonzepte wie: Sturz, Ernährung, Thromboseprophylaxe, Mundgesundheit, Pneumonie, Dysphagien, Infektionsvermeidung, Arzneimittelnebenwirkungen
- Kommunikation und Krisengespräche
- Biographiearbeit
- Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Erkennung von Gewalt und Durchführung von Deeskalation
- Vermittlung neuer Expertenstandards, Leit- und richtlinien

Bei allen Schulungsmaßnahmen muss exakt geprüft werden, wer daran teilnehmen sollte. Weiterhin muss im Vorfeld festgelegt werden, wie das neue Wissen in den Versorgungsprozess integriert werden kann und wer dafür die Verantwortung übernimmt.

Im Gegensatz zu spezifischen medizinisch-pflegerischen Weiterbildungen oder Schulungen richten sich allgemeine Schulungen an Personen in der Hauswirtschaft, der Haustechnik, Administration, etc.

Allgemeine Schulungen, hierzu gehören, z.B.:

- Verhalten im Notfall
- Bedeutung eines Aufenthaltes in einer Einrichtung für die Bewohner*innen
- Umgang mit Menschen mit dementiellen Prozessen
- Kommunikation mit Bewohner*innen und Besucher*innen
- Informationsweitergabe - und wege
- Hinweis auf Gefahrensituationen
- Verschwiegenheit der Weitergabe von Kenntnissen von Bewohner*innen an nicht berechnigte Personen

9. Implementierungsstrategien

Ziel muss es für alle Einrichtungen sein die Teilhabe, Autonomie und gesundheitliche Unversehrtheit der Bewohner*innen sicher zu stellen.

Hierzu dient das regelmäßige Erfassen von problematischen Situationen, wie Stürze, Entwicklung von Dekubitus, Schmerzeskapaden, Ernährungsdefizite, Krankenhauseinweisungen, Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten, passgenaue und informative Dokumentation und Kommunikation, etc.

Um neue Erkenntnisse in einer Einrichtung zu implementieren bedarf es gezielter Strategien. Verantwortlich hierfür ist das Einrichtungsmanagement. Es muss geregelt werden was, warum, wie, mit wem, mit welchen Rechten/Mitteln ausgestattet bis wann, wer verantwortlich übernehmen muss. Mit einer ausführlichen Bedarfsanalyse müssen die wichtigsten Themen identifiziert werden. Eine Priorisierung muss erfolgen, um zu viele Themen parallel für die Mitarbeiter*innen zu vermeiden. Grundlage sollte immer die Philosophie der Einrichtung sein. Das bedeutet, es muss übergreifend geklärt sein, welche Ziele die Einrichtung für ihre Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen verfolgt. Hierbei sind die Bewohner*innen, deren Angehörige sowie die Mitarbeiter*innen partizipativ zu beteiligen. Die Charta für Hilfe- und pflegebedürftige Menschen¹⁸ sowie die Behindertenrechte Charta der UN¹⁹ kann dafür eine Grundlage bieten, auf der individuelle Versorgungsmöglichkeiten der jeweiligen Einrichtung vertieft werden können.

¹⁸ [Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen \(bmfsfj.de\) \(2019\)](https://www.bmfsfj.de/SharedDocs/DE/Presse/Mitteilungen/2019/01/190101_charta_der_rechte_hilfe_und_pflegerbeduerftiger_menschen.pdf?__blob=publicationFile)

¹⁹ [UN-BRK d \(behindertenbeauftragte.de\) \(2017\)](https://www.un.de/SharedDocs/DE/Presse/Mitteilungen/2017/07/170707_un-brk_d_behindertenbeauftragte.pdf?__blob=publicationFile)

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

2.1.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen

Um die oben genannten Konzepte und Maßnahmen umsetzen zu können bedarf es:

1. qualifiziertes und ausreichendes Pflegefachpersonal. Das bedeutet, dass entsprechend der Anzahl und des Pflegebedarfs der Bewohner*innen genügend Pflegefachpersonen zur Verfügung stehen, dieses sowohl am Tag wie in der Nacht. Neben einer ausgeprägten Beobachtungsfähigkeit müssen diese z.B. befähigt sein, Infusionen anzulegen, Bedarfsmedikation zu verabreichen, Katheter zu legen, Antibiosen zu verabreichen, ein EKG durchzuführen und Schmerzmedikationen korrekt einzusetzen zu können. Hierzu bedarf es medizinisch- pflegerischer Poolkompetenzen (verantwortliche Übertragung heilkundlicher Aufgaben). Ihnen müssen die Möglichkeiten angeboten werden sich fort- und weiterzubilden.
2. Leitungen müssen über ein hohes Interesse und über geeignete Maßnahmen verfügen um ihre Mitarbeiter*innen in der gesundheitlichen Versorgung ihrer Bewohner*innen zu unterstützen. Das bedeutet u.a. die Sicherstellung einer Leitungsperson, die auch in der Nacht einen Bereitschaftsdienst übernimmt, um die Mitarbeiter*innen in einem Notfall rasch unterstützen zu können.
3. eines Einrichtungskonzeptes, welches die gesundheitlichen Belange der Bewohner*innen und ihrer Wünsche bzgl. der Versorgung umfasst. Hierbei kann eine klare und rasch einsichtbare Dokumentation, z.B. über Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünsche der Bewohner*innen eine geeignete Unterstützung sein.
4. eines aktiven und verlässlichen Ärzte-, Apotheken und Therapeutennetzwerk. Hierzu gehört es, dass regelmäßige Visiten möglich sind, Telekommunikation- und medizin sichergestellt wird. Rezepte müssen per e- Rezept rasch und zu jeder Tages- und Nachtzeit einlösbar sein. Besonders die Sicherstellung von Fachärzten muss geregelt sein, hierzu gehören neben den Disziplinen der Neurologie, Zahnmedizin, Ophthalmologie und Psychiatrie auch Ärzte der Gynäkologie und Diabetologie. Besonders hilfreich sind interdisziplinäre (hierzu zählen auch Seelsorger, Optiker und Hörakustiker, Podologen) und interprofessionelle Netzwerke (z.B. zur SAPV- Versorgung, Wundmanagement).
5. Innerhalb der Einrichtung bedarf es eines medizinischen Raumes, der mit den wichtigsten Diagnosegeräten ausgestattet ist, z.B. EKG, Ultraschall/Sonografie, Stethoskop, sowie medizinischer Hilfsmittel, wie z.B. Katheter, Spritzen, Kanülen, Wundverbandsmaterial und ausreichender Medikamente für den Bedarfsfall.
6. Geeignete IT- Ausstattung, die einen sofortigen Zugriff auf die Dokumentation eines jeden Bewohners ermöglicht und eine Vernetzung mit den Ärzten und Therapeuten sicherstellt (z.B. Telemedizin). Ausreichende Möglichkeiten hochaufgelöste Fotos zu erstellen (z.B. Wunddokumentation, Hautveränderungen)
7. Vorhandensein von sofortigem Zugriff auf Fachjournale, Datenbanken, Büchern und IT-gestützten medizinisch- pflegerischen Wissenszugängen, z.B. Leitlinien und Expertenstandards
8. Schulungen aller Mitarbeiter*innen in der Institution (Reinigungspersonal, Hauswirtschaft- und technik, Administration)

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

9. Einhaltung der Datenschutzregelungen

2.1.2. Umsetzungshürden

Pflegefachpersonalmangel/ Bezugspersonensystem

Die größten Umsetzungshürden bestehen zurzeit im extremen Pflegefachpersonalmangel. Teilweise verfügen die Einrichtungen nicht mehr über die vorgeschriebene 50% Quote zwischen Pflegefachpersonen und Pflegehilfs- oder Betreuungspersonal. Dabei ist der Schlüssel zwischen Bewohner*innen und Pflegefachpersonen oftmals nicht angemessen. Eine Pflegefachperson versorgt pro Tagesschicht ca. 12 – 16 Bewohner*innen, in der Nacht im Durchschnitt 52 Bewohner*innen. Dieses ist besonders bedenklich, da sich die gesundheitliche Situation von Altenheimbewohner*innen in den letzten Jahren deutlich verschlechtert hat. Viele sind multimorbid erkrankt und bedürfen einer umfangreichen gesundheitlichen Wahrnehmung und Unterstützung. Häufig sehen sich die Pflegenden daher nicht in der Lage ein Bezugspersonensystem kontinuierlich aufzubauen.

Ausbildungsstände/ Heilkundliche Tätigkeiten

Altenpflegefachpersonal ist aufgrund der bis 2019 geltenden Ausbildungscurricula nicht ausreichend mit medizinischem Fachwissen ausgebildet worden, Schwerpunkt bildeten die psychosozialen Themen. Die Biografiearbeit wurden gelehrt, die meisten Themen waren jedoch primär auf psychosoziale Themen ausgerichtet.

Ergebnis ist, dass bestimmte medizinisch-pflegerische Maßnahmen von ihnen nicht durchgeführt werden dürfen, hierzu gehören z.B. das Anlegen von Infusionen, die Überwachung venöser Antibiose, das Legen von Kathetern, venösen Injektionen und Blutabnahmen. Der Umgang mit Assessmentinstrumenten und medizinisch-pflegerischer Diagnostik ist den meisten nur eingeschränkt bekannt.

Fort- und Weiterbildung/ Wissenszugänge

Angebote der Fort- oder Weiterbildungen wurden in den letzten Jahren, aufgrund der personellen Engpässe, ständig heruntergefahren. Zugänge zu Datenbanken, Leitlinien oder Expertenstandards sind häufig nicht vorhanden oder den Pflegenden nicht ausreichend vertraut.

Bis heute verfügen stationäre Einrichtungen nur vereinzelt über akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, wenn dann eher in den Leitungspositionen als in der direkten Pflege. Das Konzept der APN's trifft man nicht an.

Gehälter/ sprachliche und kulturelle Hürden

Weiterhin stellen die Gehälter der Pflegefachpersonen in den stationären Einrichtungen keinen Anreiz dar, in dieses Arbeitsfeld zu gehen oder dort dauerhaft zu verbleiben. Hier bewegt sich nur langsam etwas in Annäherung an tariflich abgesicherte und angegliche Vergütungen der in anderen Arbeitsbereichen bezahlten Gehälter. Die Teilzeitquote in der Altenpflege beträgt 50%. Besonders belastet die Pflegefachpersonen die verantwortliche Aufgabe, ungelernte Mitarbeiter*innen oder Pflegeassistent*innen auch anleiten und überwachen zu müssen. Dieses trotz der personellen Engpässe beim Pflegefachpersonal. Auch sprachliche und kulturelle Voraussetzungen der verschiedenen Mitarbeiter bilden immer wieder eine hohe Hürde, die es zu überwinden gilt.

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

Fallbesprechungen

Jegliche Art von Fallbesprechungen finden nicht regelmäßig und ausreichend statt. Nicht jede Einrichtung führt morgendliche Blitzgespräche durch. Auch dieses ist häufig dem personellen Engpass geschuldet.

Einbindung von Haus- und Fachärzten

Weiterhin stellt die mangelnde feste Einbindung von Haus- und Fachärzten eine große Hürde dar. Besonders fest eingebundene Fachärzte zu finden ist eine Herausforderung, die nicht vielen Einrichtungen gelungen ist zu überwinden. Diese Problematik spitzt sich zu. Integrierte Versorgungskonzepte sind aufgrund mangelnder finanzieller Anreize nicht durchgängig vorhanden.²⁰ Weiterhin können Hausärzte ihre Praxis während ihrer regulären Öffnungszeiten nicht spontan verlassen, sondern hierzu bedarf es vereinbarter Zeiten, die sich nicht immer mit dem Bedarf decken. Besonders die zeitliche Bindung hindert viele Ärzte feste Vereinbarungen mit stationären Einrichtungen zu treffen. Auch hier ist der finanzielle Anreiz nur unzureichend gegeben.

Ausstattung der Einrichtungen

In den meisten Einrichtungen sind weder EKG noch andere diagnostische Geräte vorhanden. Katheter müssen individuell ebenso verschrieben werden, wie Wundverbandsmaterial, etc. Das führt oftmals dazu, dass ein Katheterwechsel nicht in der Einrichtung erfolgt, sondern in einer urologischen Praxis oder im Krankenhaus. Dies trifft auch auf Infusionen, z.B. bei Flüssigkeitsmangel oder antibiotischer Therapie zu.

Dieses wird dadurch ausgelöst, da SGB V Leistungen den Einrichtungen nicht separat vergütet werden. Das führt auch dazu, dass in der Wundbehandlung, im Bereich SAPV, etc. auf externe Leistungen zurückgegriffen wird, da diese Leistungen durch eigene interne Pflegefachpersonen nicht von den Krankenkassen vergütet werden.

Auch lässt die IT- Ausstattung der Einrichtungen noch zu wünschen übrig. Rasche Internetzugänge, besonders auf dem Land, sind häufig noch nicht vorhanden. Die Dokumentation ist oftmals noch nicht so aufgestellt, dass diese für den Haus- bzw. die Fachärzte zugänglich wäre. Hier muss investiert werden. Die für den Ausbau zugesagten Zuschüsse²¹ sind nicht ausreichend, um auch kleine Altenheimträger zu befähigen die IT- Infrastruktur zu verbessern.

2.1.3. Adressaten

Politik und Krankenkassen

Bezüglich der Besserausstattung mit Pflegefachpersonal müssen die Politik und Kostenträger angemessene Personalbemessungsverfahren auf den Weg bringen. Das jetzt vorliegende Rothgang Gutachten²² trägt zur mehr Ausstattung von Hilfspersonal, jedoch nicht zu einer besseren Ausstattung mit Pflegefachpersonal bei.

Weiterhin bedarf es einer Abrechnung der SGB V Leistungen der stationären Einrichtungen, die aufgrund der Zunahme multimorbider Bewohner*innen immer mehr Leistungen erbringen müssen, die dem SGB V Bereich zugeordnet sind.

Auch müssen Flächentarifverträge vereinbart werden, die sich an den anderen Arbeitsfeldern (Krankenhäusern) orientieren.

²⁰ Gesundes Kinzigtal (2021)

²¹ KAP (2019)

²² Rothgang- Gutachten (2020)

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

Der Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnisse muss durch Förderprogramme der Akademisierung Rechnung getragen werden.

Die Vergütung für die gesundheitliche Betreuung von Altenheimbewohner*innen für die Haus- und fachärzte müssen attraktiver gestaltet werden.

Politik/Pflegekammern

Es muss eine Fort- und Weiterbildungsverpflichtung für Pflegefachpersonen vorgeschrieben werden.

Arbeitgeber/Träger von Einrichtungen

Ihnen obliegt die Pflicht Arbeitsbedingungen förderlich auszurichten. Für einen geeigneten Personalmix Sorge zu tragen und Auszubildende ihrem Ausbildungsstand entsprechend einzusetzen und zu fördern.

APN's müssen eingestellt und Pflegefachpersonen zur Fort- und Weiterbildung freigestellt werden.

Hochschulen

Die Hochschulen müssen ausreichende Studienangebote für die Grund- und Weiterqualifikation von Pflegefachpersonen anbieten. Hier sind besonders APN Studiengänge gefragt, die sich mit gesundheitlicher Versorgung von alten Menschen befassen (z.B. gerontologische, palliative und chronische Erkrankungen).

2.1.4. Zeithorizont

Es muss von einem Zeithorizont von ca. 10 – 15 Jahren ausgegangen werden, um die o.g. Bedingungen für alle Einrichtungen verlässlich implementieren zu können. Mittelfristig (5 Jahre) könnte durch Förderprogramme der Anteil von APN's in den stationären Einrichtungen erhöht werden.

Um Netzwerke gezielt aus- und umzugestalten bedarf es ebenfalls eines Zeitstrahls von 5 – 10 Jahren. Hierzu zählt auch die IT- gestützte Dokumentation und deren Austausch von Daten.

Um den Pflegefachpersonalmangel zu beheben muss mit einem Zeithorizont von bis 15 Jahren ausgegangen werden. Da ca. 1/3 der Pflegefachpersonen in den kommenden Jahren in Rente gehen, müssen die Ausbildungsangebote an Attraktivität gewinnen, um diesen Verlust ausgleichen zu können. Dabei wird es jedoch nicht reichen den jetzt absehbaren Verlust auszugleichen, es wird in den nächsten Jahren mit einem deutlichen Mehrbedarf der Versorgung von alten Menschen zu rechnen sein, die ebenfalls umfänglicher Unterstützung bedürfen.

2.2. Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte

2.2.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen und Umsetzungshürden

Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten

Die defizitäre Zusammenarbeit mit Hausärzten ergibt sich durch eine Begrenzung der Hausärzte, die sich um die Bewohner*innen einer Pflegeeinrichtung kümmern. Jeder Person ist es möglich einen eigenen Hausarzt zu wählen, das könnte bei 100 Bewohner*innen eine ebenso große Anzahl von Hausärzten sein, mit denen die Einrichtung Kontakt halten und über individuelle Visitenzeiten Absprachen treffen müsste. Das überfordert die Arbeitskapazität jeder Einrichtung.

Sinnvoll ist eine rasche Abklärung bei Neueinzug einer Person, ob der Hausarzt die Betreuung weiter übernehmen kann und zu regelmäßigen Visiten in der Lage ist.

Einige Bewohner*innen klären so im Vorfeld ihre hausärztliche Versorgung.

Fachärzte zur regelmäßigen gesundheitlichen Betreuung der Bewohner*innen zu bekommen gestalten sich als äußerst schwierig. Neben einer geringen Möglichkeit Fachärzte einzubinden (auf Grund ihrer nicht dichten Versorgungsstrukturen) ist eine verbindliche Einbindung nur durch umfängliche Zusammenarbeit möglich. Altenheimbewohner*innen sind auf eine zugehende Betreuung angewiesen. Die wenigsten von ihnen können Fachärzte selbständig aufsuchen. Besonders Diabetolog*innen und Fachärzt*innen für Neurologie, Urologie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenkunde und Orthopädie sind nicht umfänglich vorhanden und teilen oftmals mit, dass ihnen eine regelmäßige Einbindung in die Versorgung von Bewohner*innen nicht möglich ist.

Eine Ausnahme stellen Palliativnetzwerke dar, die zumeist auch mit pflegerischen Palliativpflegediensten verbunden sind und sich mittels der SAPV auch in der Lage sehen Altenheimbewohner*innen zu begleiten.

Netzwerke der „Integrativen Versorgung“ müssen ausgebaut und besser finanziert werden.²³

Eine Lösung könnte das „Berliner Modell“ sein, welches gute Erfahrung mit festgestellten Heimärzten gemacht hat.²⁴

Auch die Einbindung von APN's zeigt im Ausland große Wirkung. Weiterhin hat es sich bewährt Physio- und Ergotherapeut*innen durch eine Festanstellung in die Versorgung der Bewohner*innen zu integrieren.

Zusammenarbeit mit Krankenhäusern

Altenheimbewohner*innen kommen zumeist aus verschiedenen Regionen. Sie haben in ihrem Leben unterschiedliche Krankenhäuser aufgesucht. Ein Altenheim hält zumeist zu mehreren Krankenhäusern Kontakt, die in ihrer Reichweite liegen. Das bedeutet, dass ihre Dokumentationen in den verschiedenen Krankenhäusern vorliegen und von einem anderen Krankenhaus angefordert werden müssen. Patient*innen mit geplanten Eingriffen (z.B. Dialysepflicht) suchen allerdings immer das gleiche Krankenhaus auf.

Krankenhäuser versorgen Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen inzwischen umfänglich, einschließlich der Versorgung auf Intensivstationen. Allerdings sind die deutschen Krankenhäuser nur in einem überschaubaren Maß auf die Versorgung von Altenheimbewohner*innen mit dementiellen Veränderungen eingestellt.²⁵ Besonders die Versorgung von Menschen mit dementiellen

²³ [Facharztbesuche im Altenheim sind Mangelware \(caritas.de\)](https://www.caritas.de)

²⁴ [330 0029 218708 Aerzte Zeitung 5 \(aok-gesundheitspartner.de\)](https://www.aok-gesundheitspartner.de)

²⁵ [Liste demenzsensibler Krankenhaeuser.pages \(denken.de\)](https://www.denken.de)

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

Veränderungen führt häufig zu einer verlängerten Aufenthaltszeit (Sekundäre Verweildauer). Welche durch die DRG Pauschale nicht abgedeckt ist. Die Prüfungen des MKD kommen daher im Zuge der Qualitätsprüfung zu dem Ergebnis, dass die Aufenthaltsdauer besonders durch alte Menschen überschritten wird. Für die Krankenkassen hat dieses keine Folgen, jedoch für die Krankenhäuser, da sie die zusätzlich benötigten Tage selber finanzieren müssen.

Viele Alteneinrichtungen führen regelmäßige Treffen mit den umliegenden Krankenhäusern durch oder nehmen an den Sitzungen der Gesundheitskonferenzen der Region teil. Hier wurden verschiedene Strategien entwickelt, die zu einer besseren Versorgung von Altenheimbewohner*innen führen sollen. So wurde in einem Altenheim eine Verlegungsmappe entwickelt (Farbe Rot), die den Bewohner*innen bei Einweisung in ein Krankenhaus mit auf den Weg geben wird und alle gesundheitlichen Daten in übersichtlicher Form enthält. Hiermit soll sichergestellt werden, dass auf die Besonderheiten der Bewohner*innen eingegangen werden kann, die sich selber nicht zu ihrer Situation äußern können.

Weiterhin ergeben sich aus datenschutzrechtlichen Vorgaben Probleme Informationen eines Altenheimes über den gesundheitlichen Zustand ihre Bewohner*innen in Krankenhäusern zu erfahren. Da es sich bei den sich informierenden Personen aus Alteneinrichtungen nicht um Angehörige handelt, werden Auskünfte nicht gegeben. Einige Alteneinrichtungen haben darauf reagiert und sich von den Bewohner*innen als auskunftsberechtigt ernennen zu lassen.

Beklagt wird eine nicht mit der Alteneinrichtung abgesprochene Entlassung. Immer wieder wird berichtet, dass Bewohner*innen ohne Ankündigung in das Altenheim entlassen werden. Dieses führt zu einer nicht angemessenen Versorgungssituation der Betroffenen (sowohl der alten Menschen, wie der der Pflegenden).

Unzureichende Dokumentation, Medikamentenpläne, die zu einem Versorgungsengpass, gerade am Wochenende führen, werden vielfach beklagt.

Insgesamt ist die Zusammenarbeit zwischen Alteneinrichtungen und Krankenhäusern noch sehr verbesserungsbedürftig.

Einrichtung von Krankenhausbetten im Altenheim

Um die gewohnte Betreuung und Umgebung nicht zu verlieren könnten Kooperationsverträge mit Krankenhäusern ausgehandelt werden. Diese müssten auf der Basis der ermittelten Krankenhaussfälle eines Altenheimes Klinikbetten in das Altenheim überführen. Dieses bietet sich besonders bei einer gleichen Trägerschaft an und bei räumlicher Nähe, die häufig gegeben ist (z.B. Caritaskrankenhaus und Caritasaltenheim auf dem gleichen Areal). Es wäre möglich, dass die Bewohner*innen nach einer diagnostischen Abklärung sofort wieder in ihre Einrichtung zurückkehren könnten, aber in die sogenannten „Krankenhausbetten“. Diese würden über die DRG's abgerechnet und alle Ärzte des Krankenhauses könnten bei Bedarf die Bewohner*innen, die sich darin befinden, versorgen.

Hierzu existiert leider noch kein Modell, es sollte jedoch unbedingt wissenschaftlich in Auftrag gegeben werden, um den Nutzen und die Kosten gezielt zu ermitteln.

2.2.2. Adressaten

Adressanten für Veränderungsprozesse sind **Krankenkassen und Pflegekassen**, die sich auf einen Nenner verständigen müssten, wie die Finanzierung geregelt werden könnte (Verteilung der DRG Pauschale zwischen Alteneinrichtung und Krankenhaus aufgrund des Mehrbedarfs an Pflegenden in Alteneinrichtungen, Reduktion des Bedarfs in Krankenhäusern).

Der **Gesetzgeber** müsste ein Modellversuch in Auftrag geben: „Versorgung von Krankenhauspatient*innen im Altenheim“.

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

Altenheime müssten mit Krankenhäusern Kooperationen abschließen und sich umfänglich auf dieses Projekt einlassen.

2.2.3. Zeithorizont

Für die zeitliche Achse muss ein Zeitraum von fünf Jahren anberaumt werden. Dieses betrifft besonders die Herstellung von Versorgungsnetzen und Kooperationen mit Krankenhäusern.

3. Diskussion, Limitationen

Als primäres Problem stellt sich die pflegefachliche Versorgung der Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen dar. Neben der zu geringen personellen Ausstattung mit Pflegefachpersonen, mangelt es an Pflegefachpersonen mit medizinisch- pflegerischer Vertiefung, die präventiv und intervenierend tätig werden könnten, um eine Überweisung in ein Krankenhaus zu vermeiden, weil eine Versorgung in der Alteneinrichtung qualifiziert erfolgen kann.

Pflegefachpersonen mit der Qualifikation APN könnten hier eine deutliche Unterstützung leisten. Diese sind auch mit 13.000 Stellen in dem Abschlussbericht der Konzentrierten Aktion Pflege²⁶ vorgesehen.

Weiterhin stellt die minimale Übertragung heilkundlicher Aufgaben eine deutliche Limitation der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Bewohner*innen dar. Infusionen, venöse Zugänge, Urethral Katheter, etc. sind den Pflegenden in Alteneinrichtungen nicht erlaubt. Die Folge ist eine Überweisung in ein Krankenhaus oder eine urologische Praxis.

Weiterhin verfügen Alteneinrichtungen nicht über spezifische Wundmaterialien, Absauggeräte, Beatmungs- und Sauerstoffgeräte, Ultraschallgeräte oder ein EKG, etc. Bedarfsmedikation ist nur in einem geringen Umfang vorhanden.

Hier bedarf es einer deutlichen Überarbeitung der Richtlinien, die sich noch auf einem Niveau der 1970ziger Jahre befinden, wo medizinisch-pflegerische Versorgungsprozesse von Altenheimbewohner*innen nur wenig genutzt werden mussten. Inzwischen hat sich die Klientel der Bewohner*innen in den Einrichtungen dramatisch verändert²⁷. Viele Pflegeeinrichtungen können nur noch Bewohner*innen ab einem Pflegegrad 3 aufnehmen. Die Bewohner*innen sind multimorbid, und bis zu 70 % leiden an dementiellen Veränderungen. Auf diese veränderte Situation wurde bisher nur unzureichend reagiert. Hier bedarf es einer umfassenden Neustrukturierung. Diese muss sowohl beinhalten, dass die Kosten der medizinischen Versorgung nach SGB V ebenso übernommen werden, wie die der pflegerischen nach SGB XI.

Die pflegefachliche Kompetenz (Übertragung heilkundlicher Aufgaben) in den Pflegeeinrichtungen muss ausgebaut und die Vernetzung von verlässlichen Kooperationen mit Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern gesetzlich und finanziell unterstützt werden.

Weiterhin müssen Strukturen in den Einrichtungen geschaffen werden, die sofortige diagnostische Maßnahmen ermöglichen.

Hierzu bedarf es einer qualifizierter Leitungskompetenz, die diese Prozesse umfänglich begleiten und fördern kann.

Limitation

Die Limitation des Forschungsprojektes besteht darin, dass

- Einweisungsdaten und Entlassdaten nicht miteinander in Verbindung gesetzt werden konnten. Das bedeutet, dass keine Auskunft darüber möglich ist, ob die Einweisungsdiagnose mit der Behandlungs- und Entlassdiagnose übereinstimmt,

²⁶ [Ausbildungsoffensive Pflege \(2019–2023\) \(bundesgesundheitsministerium.de\)](https://www.bundesgesundheitsministerium.de)

²⁷ [4,1 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2019 - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](https://www.destatis.de)

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

- bisher keine umfangreichen Nachweise der vorgeschlagenen Veränderungsprozesse existieren. Diese muss unbedingt angegangen werden.

4. Schlussfolgerungen, Ausblick

Das Projekt hat dazu beigetragen, die Krankenhausaufenthalte von Bewohner*innen von Alteneinrichtungen mit akuten gesundheitlichen Beschwerden zu analysieren. Damit wurde eine Transparenz des Entlassungsgeschehens deutlich, die es ermöglichte Krankheitsdiagnosen danach zu beurteilen, ob eine Krankenseinweisung als dringend erforderlich gegeben ist.

In einem weiteren Schritt muss nun ein Projekt aufgelegt werden, welches die Ergebnisse auf ihre Nützlichkeit hin überprüft.

5. Literaturreferenzen

1. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W; RN4CAST Consortium.(2012). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* 50 (2): 143-53.
2. Wissenschaftsrat. (2012) Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12 Berlin 13 07 2012
3. Konzertierte Aktion Pflege (KAP) 2019. Ausbildungsoffensive. [Ausbildungsoffensive Pflege \(2019–2023\) \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#)¹
4. [Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf \(dbfk.de\)](#)
5. SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw) Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) (2020) Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM) [PeBeM \(gs-qa-pflege.de\)](#)
6. [Coronavirus-Krise – RKI-Chef: "Völlig offen, wie sich Epidemie entwickelt" \(t-online.de\)](#)
7. Gesundheit: Fast zwei Drittel der Corona-Toten sterben im Pflegeheim/ ZEIT ONLINE
8. [Aktuelles zur Corona-Krise . DAIZG \(deutsche-alzheimer.de\)](#)
9. Bienstein,C., Mayer, H., (2014) Nachts im Krankenhaus. *Die Schwester/Der Pfleger*, 53(5), 428-433.
10. Bienstein,C., große Schlarmann,J. (2015) Die Nacht in deutschen Pflegeheimen. Abschlussbericht. Universität Witten/Herdecke.
11. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

consortium. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 383 (9931): 1824-30.

12. Specht-Leible M, Bender M, Oster P (2003). Die Ursachen der stationären Aufnahme von Alten- und Pflegeheimbewohnern in einer geriatrischen Klinik. Z Gerontol Geriatr. 36: 274-279. Specht-Leible M (2010). Geriatrisches Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Altenheim GeNiAl. Zugriff unter: http://www.bethanienheidelberg.de/fileadmin/bkhheidelberg/PDF/AGAPLESION_BETHANIE_N_KH_Heidelberg_GeNiAl_Jahresbericht_2010.pdf. Letzter Zugriff: 23.07.2015
13. Bienstein, C., Bohnet-Joschko, S. (2015) Abschlussbericht: innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim. Förderkennzeichen beim Projektträger Forschungszentrum Jülich (ETN): 005-GW03-138Z (12.02.2020)
14. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. [PFLEGE-CHARTA: Wege zur Pflege \(wege-zur-pflege.de\)](#)
15. Kitwood T (2008) Demenz. Der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5. Auflage, Huber Bern.
16. Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege. [Übersicht Expertenstandards \(dnqp.de\)](#)
17. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. [PFLEGE-CHARTA: Wege zur Pflege \(wege-zur-pflege.de\)](#)
18. UN-Behindertenkonvention (2017). [UN-BRK d \(behindertenbeauftragte.de\)](#)
19. Gesundes Kinzigtal. [Gesundes Kinzigtal - Gemeinsam aktiv fuer Ihre Gesundheit \(gesundeskinzigtal.de\)](#)
20. Konzertierte Aktion Pflege (KAP) 2019. Ausbildungsoffensive. [Ausbildungsoffensive Pflege \(2019–2023\) \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#)
21. SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw) Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) (2020) Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM) [PeBeM \(gs-qa-pflege.de\)](#)
22. [Facharztbesuche im Altenheim sind Mangelware \(caritas.de\)](#)
23. [330 0029 218708 Aerzte Zeitung 5 \(aok-gesundheitspartner.de\)](#)
24. [Liste demenzsensibler Krankenhaeuser.pages \(denken.de\)](#)

Anlage 10. Gutachten aus dem Bereich der Pflegewissenschaft

25. [Ausbildungsoffensive Pflege \(2019–2023\) \(bundesgesundheitsministerium.de\)](https://www.bundesgesundheitsministerium.de)
26. [4,1 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2019 - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](https://www.destatis.de)

Weiterführende Literatur:

Ramroth H, Specht-Leible N, Brenner H (2005). Hospitalisations before and after nursing home admission: a retrospective cohort study from Germany. *Age Ageing*, 34 (3): 291-294.

Ramroth H, Specht-Leible N, König HH, Mohrmann M, Brenner H (2006) Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch Pflegeheimbewohner. *Dt Ärztebl.* 103 (41): A2710-2713.

Krüger C, Meyer G, Hamers J (2010). Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus. *Z Gerontol Geriatr.* 43 (5): 291-296.

Bridges J, Flatley M, Meyer JE. (2010). Older people's and relatives' experience in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *Int J Nurs Stud.* 47 (1): 89-107.



**GUTACHTEN FÜR DAS PROJEKT
„BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG VON
PFLEGEHEIMBEWOHNERN DURCH
REDUKTION PFLEGEHEIMSENSITIVER
KRANKENHAUSFÄLLE (PSK)**

**Themenbereich Pflegewissenschaften/ Geriatrie/
Allgemein- und Familienmedizin/
Rechtswissenschaften/
Gesundheitssystemforschung/ Pharmakologie**

Exposé

Krankenhausaufnahmen aus Pflegeheimen sind häufig unnötig und vermeidbar. Sie verbrauchen Ressourcen und können den Patient*innen schaden. Hausarzt*innen spielen eine wichtige Rolle bei der Vermeidung dieser pflegeheimsensitiven Krankenhaufälle. Sie sollten der erste Ansprechpartner der Pflegekräfte bei gesundheitlichen Problemen der Bewohner*innen sein. Ihre Arbeit wird durch speziell ausgebildetes Fachpersonal flankiert. Der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen, Medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften kommt daher eine Schlüsselfunktion zu. Eine von allen Beteiligten gemeinsam geführte, einheitliche elektronische Gesundenakte mit aktuellem Medikationsplan sowie telemedizinische Konzepte zum Case-Management können helfen, die Versorgung zu optimieren und die Entstehung von Situationen, die eine stationäre Aufnahme erforderlich machen, zu vermeiden.

Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen
Andreas.soennichsen@meduniwien.ac.at

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Dieses Projekt wird mit Mitteln des
Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss
unter dem Förderkennzeichen 01VSF18026 gefördert.

Anlage 11. Gutachten aus dem Bereich der Allgemeinmedizin

Inhalt

1. Thematischer Hintergrund	2
1.1. Fachbereich Allgemeinmedizin	2
1.2. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten	2
2. Potenziale der Vermeidung von pflegeheimsensitiven Krankenhausfällen (PSK)	3
2.1. Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden	3
2.1.1. Internationale Modellprojekte mit Vorbildcharakter	4
2.1.2. Umsetzungshürden	4
2.1.3. Adressaten	5
2.1.4. Zeithorizont	5
2.2. Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte mit Schwerpunkt auf der hausärztlichen Versorgung	5
2.2.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen	6
2.2.2. Umsetzungshürden	6
2.2.3. Konkrete Verbesserungsvorschläge und Adressaten	7
2.2.4. Zeithorizont	8
3. Diskussion, Limitationen	8
4. Schlussfolgerungen, Ausblick	9
5. Literaturreferenzen	9

Anlage 11. Gutachten aus dem Bereich der Allgemeinmedizin

1. Thematischer Hintergrund

1.1. Fachbereich Allgemeinmedizin

Die Primärversorgung von Pflegeheimbewohner*innen gehört zu den wichtigen Aufgaben der Allgemeinmedizin. Unter Allgemeinmedizin wird im Folgenden die hausärztliche Versorgung durch Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen für Innere Medizin mit hausärztlicher Ausrichtung verstanden.

In Deutschland wurden Ende 2019 beziehungsweise im ersten Halbjahr 2020 zwischen 730.000 [1] und 820.000 [2] Menschen in 15.380 vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Dies entspricht etwa einem Fünftel aller Pflegebedürftigen (insgesamt in Deutschland ca. 4,1 Mio) [2]. Bei 55.062 hausärztlich tätigen Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin, Fachärzt*innen für Innere Medizin und praktischen Ärzt*innen mit Kassenzulassung [3] entfallen auf eine Hausärzt*in im Durchschnitt 15 Pflegeheimbewohner*innen und 75 pflegebedürftige Patient*innen insgesamt.

Pflegeheimbewohner*innen können in der Regel nicht in die Praxis kommen und müssen mittels Hausbesuch im Pflegeheim versorgt werden. Durch zusätzliche Wegezeiten, Multimorbidität und Fallkomplexität bedeuten pflegebedürftige Patient*innen und vor allem Pflegeheimbewohner*innen für Hausärzt*innen einen erheblich erhöhten Zeitaufwand [4]. Zudem bestehen häufig Kommunikationsdefizite zwischen Hausärzt*innen und Pflegepersonal [5]. Die Folge ist, dass Pflegeheimbewohner*innen häufig ins Krankenhaus gebracht werden, entweder weil eine hausärztliche Betreuung nicht verfügbar ist, oder weil Hausärzt*innen aus zeitlichen und anderen Gründen nicht in der Lage sind, die ärztliche Betreuung im Pflegeheim zu übernehmen.

1.2. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten

Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2018 zeigte, dass Pflegeheimbewohner*innen zwischen 0,6 und 1,5 mal pro Jahr in eine klinische Notaufnahme gebracht werden. In 36% bis 50% der Fälle führt dies zur stationären Aufnahme [6]. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Für Deutschland werden in jüngeren Studien etwas höhere Zahlen berichtet. Eine retrospektive Analyse von Versicherungsdaten aus Bremen berichtet über 0,5 Behandlungen in Krankenhausnotaufnahmen pro Pflegeheimbewohner*in und Jahr ohne nachfolgende stationäre Aufnahme und zusätzlich 1,2 stationäre Aufnahmen pro Jahr. Auch in dieser Studie waren Männer (0,6 bzw. 1,3/Jahr) etwas häufiger betroffen als Frauen (0,5 bzw. 1,1/Jahr) [7]. In einer von der gleichen Autorengruppe in 14 Pflegeeinrichtungen durchgeführten prospektiven Kohortenstudie fand sich ein niedrigerer Wert: Im Durchschnitt wurden Pflegeheimbewohner*innen 0,67 mal pro Jahr ins Krankenhaus gebracht. In 63,1% der Fälle erfolgte eine stationäre Aufnahme, in 36,9% eine ambulante Versorgung in der Notaufnahme [8]. Nur in 46,2% der Fälle waren in den Tagen vor der stationären Aufnahme Hausärzt*innen in die Behandlung involviert, und sogar nur in 34,8% der Fälle waren diese an der Entscheidung zur stationären Einweisung beteiligt. Auch Angehörige oder gesetzliche Betreuer wurden nur in 21,8% bzw. 15,1% der Fälle involviert, obwohl bei 51,3 der stationär eingewiesenen eine Demenz vorlag und die gesetzliche Betreuer*in hätte involviert werden müssen [9]. Als wichtigste Gründe für die Notwendigkeit der Krankenhauseinweisung werden vorangegangene Erfahrungen mit ähnlichen Situationen (48,1%), rechtliche Absicherung (34,1%) und unzureichende ärztliche Versorgung außerhalb der ärztlichen Sprechzeiten (28,1%) angegeben. Je etwa 17% gaben unzureichende hausärztliche oder fachärztliche Versorgung und Arbeitsüberlastung des Pflegepersonals als Gründe an. Nur etwa 10% der Fälle wurden vom Pflegepersonal als vermeidbar eingestuft [8]. Zu einem deutlich anderen Ergebnis kommt eine ältere Studie aus den USA, in der 67% von 200 untersuchten stationären Einweisungen aus Pflegeheimen für vermeidbar gehalten wurden [10]. Die Bewertung erfolgte jedoch durch erfahrene Kliniker und nicht wie in der deutschen Studie durch das Pflegepersonal.

Die wichtigsten Gründe für die Einstufung einer Krankenhausaufnahme als vermeidbar waren:

- Die gleiche Versorgung hätte auch im Pflegeheim durchgeführt werden können.

Anlage 11. Gutachten aus dem Bereich der Allgemeinmedizin

- Ein ärztlicher Hausbesuch im Pflegeheim hätte die stationäre Aufnahme vermeiden können.
- Durch vorausschauende Pflege- und Behandlungsplanung wäre die Einweisung vermieden worden.

In Deutschland kommt hinzu, dass das Pflegepersonal vielerorts außerhalb der hausärztlichen Sprechstunde noch eigenständig entscheiden muss, ob der ärztliche Bereitschaftsdienst der kassenärztlichen Vereinigungen oder der Rettungsdienst verständigt wird. Eine flächendeckende Zusammenlegung der Dienste in gemeinsamen Notfallleitstellen ist geplant [11]. Wenn der ärztliche Bereitschaftsdienst angefordert wird, kommt in der Regel eine Ärzt*in ins Pflegeheim, die die Patient*in nicht kennt. Da die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten beim Hausbesuch begrenzt sind, besteht ein hohes Risiko, dass unklare Fälle stationär eingewiesen werden, auch aus Gründen der rechtlichen Absicherung. Wird hingegen der Rettungsdienst gerufen, erfolgt fast zwangsläufig ein Transfer in eine Krankenhaus-Notaufnahme, da Leerfahrten des Rettungsdienstes nicht vergütet werden. Auch hier besteht wiederum ein hohes Risiko, dass es zu einer stationären Aufnahme kommt.

2. Potenziale der Vermeidung von pflegeheimsensitiven Krankenhausfällen (PSK)

2.1. Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden

Bevor man über die Vermeidung von Krankenhaus- und Notaufnahmeeinweisungen aus Pflegeheimen nachdenken kann, gilt es, die konkreten Anlässe solcher Einweisungen zu identifizieren. In einer systematischen Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2019 wurden 77 Arbeiten zu diesem Thema identifiziert, in denen 4% bis 55% aller Einweisungen von Pflegeheimbewohner*innen in eine Krankenhaus-Notaufnahme als vermeidbar eingestuft wurden [12]. Als häufigste Anlässe wurden Stürze/Verletzungen, mental-psychische Zustände und akute Infektionskrankheiten genannt. Aufbauend auf vorangegangenen Arbeiten [13] und Daten von Medicare/Medicaid-Versicherten in den USA entwickelte ein Medicare/Medicaid-Expertenteam einen Algorithmus für vermeidbare Krankenhausbehandlung, der aus 16 Diagnosen, Zuständen oder Ereignissen bestand (siehe Tabelle 1) [14]. Die Einweisungsursachen lassen sich grob in zwei Gruppen einteilen: Erkrankungen, die nicht vermeidbar sind, aber meist im Pflegeheim behandelt werden können, und Erkrankungen oder Ereignisse, die in vielen Fällen von vornherein vermeidbar sind.

Tabelle 1: Diagnosen, Zustände und Ereignisse, die mit vermeidbaren Krankenhauseinweisungen in Verbindung gebracht werden

Erkrankungen, die meist im Pflegeheim behandelt werden können	Erkrankungen/Ereignisse, die durch Pflege und ärztliche Behandlung vermeidbar sind
COPD, Asthma (akute Exazerbation, Anfall)	Obstipation
Herzinsuffizienz (Dekompensation)	Dehydrierung, Exsikkose
Hypertensive und hypotensive Krise	Blutzuckerentgleisung
Epilepsie	Gewichtsabnahme
Harnwegsinfektion	Anämie
Delir, akute Verwirrtheit	Stürze und Verletzungen
Durchfall, Gastroenteritis	Hautulzera, Dekubitus, Erysipel, Phlegmone
Pneumonie, akute Bronchitis	
Akute Psychose, Agitiertheit, organisches Psychosyndrom	

Eine deutsche Arbeitsgruppe erarbeitete 2015 mittels Delphi-Verfahren eine wesentlich umfangreichere Liste von 40 Diagnosen für ambulant-sensitive Hospitalisierungen, die allerdings

Anlage 11. Gutachten aus dem Bereich der Allgemeinmedizin

nicht auf Pflegeheime fokussiert war [15]. Für die Entwicklung einer Diagnoseliste zur Vermeidung pflegeheimsensitiver Hospitalisierungen erscheint diese Arbeit daher eher weniger geeignet. Im vorliegenden PSK-Projekt wurden nun eine andere Herangehensweise gewählt. Mittels Delphi-Verfahren wurde ermittelt, bei welchen Diagnosen stationäre Einweisungen von Pflegeheimbewohnern in einem hohen Prozentsatz ($\geq 70\%$ der Fälle) vermieden werden kann. Die Zusammenfassung der Diagnosen ergab eine Liste von 15 Diagnosegruppen, die sich in hohem Maße mit den von Segal et al. [14] ermittelten pflegeheimsensitiven Hospitalisierungsdiagnosen deckte. Zusätzlich zu diesen wurden im PSK-Projekt funktionelle Magen-Darmstörungen, Refluxösophagitis, chronische Niereninsuffizienz, Demenz, Cataract, Thrombose, Thrombophlebitis, Rückenschmerzen sowie Störungen des Gangs und der Mobilität als wichtige Ursachen für pflegeheimsensitive Krankenhausfälle genannt.

2.1.1. Internationale Modellprojekte mit Vorbildcharakter

Basierend auf den oben dargestellten Vorarbeiten von Walsh, Ouslander, Segal u.a. wurden diverse Modellprojekte initiiert, um pflegeheimsensitive vermeidbare Hospitalisierungen zu reduzieren. Insgesamt waren die Erfolge dieser Projekte bescheiden. Im neuseeländischen Residential Aged Care Integration Program (RACIP) kam es trotz Einführung von „Geriatric Nurse Specialists“ (GNS) zu einer Zunahme von Hospitalisierungen im Beobachtungszeitraum, wenn dieser auch geringer ausfiel als in der Kontrollgruppe ohne GNS [16]. Auch die komplexe Intervention aus GNS, spezifisch geriatrischer Fortbildung des Pflegepersonals, Benchmarking zwischen den Pflegeheimen und interdisziplinären Fallbesprechungen zeigte in der Aged Residential Care Healthcare Utilization Studie (ARCHUS) keine positiven Effekte [17]. Im sehr aufwendigen Care Home Innovation Programme (CHIP) im UK konnte durch Einstellung spezialisierter Oberpfleger*innen, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Primary Care Netzwerken, Implementierung eines 24-Std. Televideo-Systems und vierteljährliches gemeinsames Personal-Training die Hospitalisierungsrate um 19% gesenkt werden [18]. Auch durch die US-amerikanische Medicare/Medicaid „Initiative to Reduce Avoidable Hospitalizations among Nursing Facility Residents“ konnte die Hospitalisierungsrate insgesamt um 8,4%, und die als vermeidbar eingestuft Hospitalisierungen um 16,5% gesenkt werden [19]. Auch hier wurden komplexe Interventionen implementiert, die aus Fortbildung, Pflege- und Behandlungsplanung am Lebensende, Medikationsmanagement und anderen Komponenten bestanden. Unter anderem wurde auch auf finanzielle Anreize gesetzt.

Als weiteres Beispiel kann die Missouri Quality Initiative angeführt werden, ebenfalls eine komplexe Intervention, in deren Mittelpunkt eine für jede Einrichtung eigens eingestellte „advanced practice registered nurse (APRN) stand. Hier kam es im Vorher-Nachher-Vergleich zu einer Reduktion der Gesamthospitalisierungsrate um etwa 30%, wobei erstaunlicherweise der Anteil der als vermeidbar eingestuft Hospitalisierungen zunahm [20]. Die Autoren erklären dies durch eine mögliche Änderung der Einstufung als „vermeidbar“ infolge der wachsenden Erfahrung des Personals. Insgesamt ist die Evidenz für die Effektivität von Interventionen in Pflegeheimen zur Reduktion von Hospitalisierung noch bescheiden, und es lässt sich kaum ableiten, welche Komponenten der teilweise sehr komplexen Interventionen den entscheidenden Einfluss haben. Hier ist dringend weitere Forschung erforderlich.

2.1.2. Umsetzungshürden

Abgesehen von der noch unbefriedigenden Evidenzlage stehen zumindest in Deutschland erhebliche Hürden im Weg, was die Implementierung von effektiven Interventionen zur Vermeidung pflegeheimsensitiver Hospitalisierung anbetrifft. Im Vordergrund stehen hier sicherlich der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal und fehlende finanzielle Ressourcen, aber auch Defizite in der

Anlage 11. Gutachten aus dem Bereich der Allgemeinmedizin

Ausbildung der Pflegekräfte und Schnittstellenprobleme zwischen ambulant und stationär sowie zwischen Ärzt*innen und Pflegekräften dürften eine wichtige Rolle spielen.

2.1.3. Adressaten

Seitens der Kostenträger sollte größtes Interesse an einer Vermeidung unnötiger Hospitalisierungen bestehen. Dieses Interesse schwindet allerdings, wenn Einsparungen für das System als Ganzes sich nicht als Einsparung der einzelnen Kostenträger niederschlagen. Krankenhäuser werden in Deutschland durch Belegungszahlen und Diagnosen finanziert. Es besteht daher seitens der Kliniken möglicherweise wenig Interesse, stationäre Aufnahmen aus Pflegeheimen zu vermeiden und dadurch Patient*innen zu verlieren. Gleichmaßen besteht auch auf Seite der Pflegeeinrichtungen wahrscheinlich wenig Interesse, Hospitalisierungen zu vermeiden, wenn dafür zusätzliches Personal erforderlich ist und damit erst einmal Mehrkosten anfallen. Die Adressaten, von denen Impulse für Veränderungen ausgehen müssen, sind also übergeordnete Strukturen wie Kranken- und Pflegeversicherungen oder der Staat, die hier steuernd eingreifen könnten, indem sie über ein finanzielles Belohnungssystem die Vermeidung unnötiger Krankenhausbehandlungen honorieren.

2.1.4. Zeithorizont

Der Innovationsfonds bietet in Deutschland exzellente Möglichkeiten, Modellprojekte zu initiieren, die dann in die Regelversorgung übernommen werden können. Der Kostendruck im Gesundheitssystem und insbesondere in der Pflege, die absehbaren demographischen Veränderungen mit einer Zunahme an Alten und Pflegebedürftigen und die immense Zunahme an Hospitalisierungen von Pflegeheimbewohner*innen in Krisenzeiten wie der COVID-19-Pandemie machen deutlich, dass eine zeitnahe Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Hospitalisierung dringend geboten ist.

2.2. Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte mit Schwerpunkt auf der hausärztlichen Versorgung

Wie bereits einleitend dargestellt, gehört die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen und insbesondere Pflegeheimbewohner*innen zu den genuinen Aufgaben der hausärztlichen Versorgung. Die hausärztlichen Aufgaben in der Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) machen dies deutlich, wenn auch Pflegeheimbewohner*innen nicht explizit genannt werden:

- „Die primärärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten
- Die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch)
- Die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation, sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld“ [21].

Dies bedeutet, dass die Hausärzt*in für das Pflegepersonal erster Ansprechpartner sein sollte, wenn es um die medizinisch-ärztliche Behandlung von Pflegeheimbewohner*innen geht. Wie bereits einleitend dargestellt, sind Hausärzt*innen jedoch in die Entscheidung zum Transfer von Pflegeheimbewohner*innen ins Krankenhaus nur etwa in einem Drittel der Fälle überhaupt involviert

Anlage 11. Gutachten aus dem Bereich der Allgemeinmedizin

[9], und das, obwohl so gut wie jede Pflegeheimbewohner*in mindestens einmal im Quartal Kontakt zu einer bzw. ihrer Hausärzt*in hat [22]. Es stellt sich daher die Frage, wie die hausärztliche Versorgung und vor allem die Kommunikation zwischen Hausärzt*innen und Pflegekräften verbessert werden kann.

2.2.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen

Die Rahmenbedingungen, die sich auf den unnötigen Transfer von Pflegeheimbewohner*innen ins Krankenhaus auswirken, sind durch die derzeitige eingeschränkte hausärztliche Versorgung und Kommunikationsdefizite zwischen Hausärzt*in und Pflegepersonal gekennzeichnet. Diese Rahmenbedingungen müssen sich zwingend ändern, um eine Verbesserung hinsichtlich pflegeheimsensitiver Krankenseinweisungen zu erzielen. Im Vordergrund steht hier die Notwendigkeit einer funktionierenden und allzeit verfügbaren hausärztlichen Versorgung und einer engen interdisziplinären Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Hausärzt*innen. Hier müssen zukünftige Konzepte angreifen und Verbesserungen bewirken. Die Liste von Diagnosen/Zuständen/Ereignissen, die im Rahmen des PSK-Projekts erarbeitet wurde, kann hier nur einen ersten Schritt darstellen, um die Anstrengungen auf bestimmte medizinische Kernthemen zu fokussieren, die ein hohes Potenzial für die Vermeidung von pflegeheimsensitiven Krankheitsfällen bergen. Die in der Literatur vorhandenen Listen wie diejenige aus dem Medicare/Medicaid-Projekt [14] können gemeinsam mit der im PSK-Projekt erstellten Delphi-Liste zur Fokussierung beitragen.

2.2.2. Umsetzungshürden

Die Umsetzung von Interventionen zur Reduzierung pflegeheimsensitiver Krankheitsfälle steht in engem Zusammenhang mit der Gesamtorganisation der hausärztlichen Versorgung im Gesundheitssystem. Möglicherweise könnte die geplante und teilweise bereits umgesetzte Zusammenlegung von kassenärztlichem Notdienst und Rettungsdienst einer Verbesserung der hausärztlichen Versorgung im Pflegeheim eher negativ entgegenwirken, da die Triagierung hinsichtlich einer direkter Krankenseinweisung (über den Rettungsdienst) oder eines kassenärztlichen (hausärztlichen) Hausbesuchs im Pflegeheim an eine zentrale Leitstelle delegiert wird und dann von einer Person getroffen wird, die weder die Patient*in noch die Gesamtumstände kennt. Möglicherweise könnte es für die Pflegekräfte sogar attraktiver sein, im Falle von gesundheitlichen Problemen einer Bewohner*in diese einheitliche zentrale Notrufnummer zu wählen als zu versuchen, die Hausärzt*in zu erreichen.

Für Hausärzte besteht das Problem der limitierten zeitlichen Ressourcen, um Pflegeheime umfassend betreuen zu können. Die Anzahl der Pflegebedürftigen hat analog zur demographischen Entwicklung in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, von etwa 2 Mio 1999 auf über 4 Mio im Jahr 2019 [2]. Gleichzeitig ist die Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen von 573.000 (1999) auf 818.000 (2019) angestiegen. Im gleichen Zeitraum kam es jedoch nicht zu einer entsprechenden Zunahme der praktizierenden Hausärzt*innen mit Kassenvertrag. Die Belastung der Hausärztinnen durch pflegebedürftige Patient*innen hat also deutlich zugenommen. Ob durch die Einführung der Delegation von ärztlichen Leistungen an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal, z.B. eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VerAH) oder andere Formen von Delegation (AGNES, EVA etc.) eine Entlastung hinsichtlich der Betreuung von Pflegeheimen zu erzielen ist, bleibt abzuwarten [23]. Erste ermutigende Evaluationsergebnisse liegen beispielsweise für den Einsatz von VerAHs in der hausarztzentrierten Versorgung Baden-Württemberg vor, wobei allerdings keine Hausbesuche in Pflegeheimen evaluiert wurden [24].

Anlage 11. Gutachten aus dem Bereich der Allgemeinmedizin

2.2.3. Konkrete Verbesserungsvorschläge und Adressaten

An konkreten Maßnahmen zur Optimierung der hausärztlichen Versorgung in Pflegeheimen und in Folge zur Vermeidung pflegeheimsensitiver Krankenhausfälle sind zu nennen:

- Nicht nur wegen der Zunahme an Pflegebedürftigen, sondern auch aufgrund der wachsenden Anzahl älterer Menschen, chronisch Kranker und Multimorbider im Rahmen des demographischen Wandels sollte die Anzahl der kassenärztlich tätigen Hausarzt*innen angepasst werden. In Anbetracht des derzeit sich abzeichnenden Hausarztmangels sind gezielte Maßnahmen zu setzen, um den Hausarztberuf attraktiver zu machen und zukünftig nicht nur die Versorgung der Bevölkerung sondern insbesondere auch die hausärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen und Pflegeheimbewohner*innen sicherzustellen.
- Zur Vermeidung pflegeheimsensitiver Krankenhausfälle müssen Ärzt*innen und Pflegepersonal speziell ausgebildet werden. In entsprechenden Fortbildungsmodulen soll zum einen der Blick für die im PSK-Projekt erarbeiteten Diagnosen, Behandlungsanlässe und Einweisungsursachen geschärft und zum anderen die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Pflegekräften thematisiert werden.
- Es müssen Honorierungsvereinbarungen zwischen kassenärztlicher Vereinigung, Kranken- und Pflegeversicherungen und Ärzt*innen sowie Pflegeeinrichtungen getroffen werden, welche Expertise und Aufwand für die Vermeidung pflegeheimsensitiver Krankenhausfälle adäquat vergüten.
- Im Rahmen der Delegation ärztlicher Aufgaben an qualifiziertes Fachpersonal sollte für dieses eine explizite Ausbildung für das Case-Management von Pflegeheimbewohner*innen erfolgen. Dieser Bereich wird in den derzeitigen Ausbildungskonzepten für VerAH, AGNES, EVA etc. nicht ausreichend berücksichtigt.
- Das erforderliche Case-Management von Pflegeheimbewohner*innen kann durch telemedizinische Betreuung ergänzt werden, wie dies z.B. für das Management der Herzinsuffizienz bereits außerhalb von Pflegeheimen etabliert ist [25,26], um sich abzeichnende Verschlechterungen frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu intervenieren, bevor eine stationäre Aufnahme erforderlich wird.
- Ein elektronisches Data-Sharing zwischen Hausarzt*innen und Pflegeheimen ermöglicht eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Pflegekräften. Hierzu gehört eine sowohl vom Pflegepersonal als auch vom betreuenden Hausarzt einsehbare Gesundheitsakte, die zumindest die wichtigsten Diagnosen, Befunde und einen vollständigen Medikationsplan enthalten muss.
- Regelmäßige Medication Reviews sollten durchgeführt werden, um Arzneimittel-bedingte Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Bei den über 75jährigen sind bis zu 10% der ungeplanten stationären internistischen Aufnahmen auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen und –interaktionen zurückzuführen [27].
- Pflegeheimbewohner*innen sollten in Absprache mit der betreuende Hausarzt*in und Angehörigen eine Patientenverfügung erstellen, die sowohl im Pflegeheim als auch in der Arztpraxis und bei den Angehörigen hinterlegt wird. In dieser Patientenverfügung sollte explizit der Transfer ins Krankenhaus thematisiert werden, bzw. festgelegt werden, wann dieser nicht oder nicht mehr erfolgen soll.
- Über die Zusammenarbeit mehrerer Hausarzt*innen sollte eine 24-Std-7-Tage Verfügbarkeit hausärztlicher Expertise für die Pflegeheime sichergestellt werden. Bei sich abzeichnenden Gesundheitsproblemen sollte immer erst der behandelnde Hausarzt oder sein Vertreter, z.B. in einem Ärztenetzwerk, verständigt werden. Das Alarmieren des Rettungsdienstes sollte die Ausnahme sein und sich rasch entwickelnden Akutsituationen vorbehalten bleiben.
- Eine Ausstattung der Pflegeheime, die es ermöglicht, ärztliche Behandlungen wie Flüssigkeitssubstitution bei Exsikkose, i.v. Antibiose oder ähnliche medizinische Maßnahmen im Pflegeheim durchzuführen, sollte angestrebt werden.

Anlage 11. Gutachten aus dem Bereich der Allgemeinmedizin

Wichtige Adressaten für die vorgeschlagenen Maßnahmen sind in erster Linie die Kassenärztliche Vereinigung und die Kranken- und Pflegeversicherungen. Die hausärztliche Betreuung von Pflegeheimbewohner*innen erfordert eine adäquate Vergütung. Auch der Einsatz von qualifiziertem Fachpersonal muss kostendeckend honoriert werden. Gleiches gilt natürlich auch für die Implementierung von IT-Infrastruktur für Telemedizin und Datenaustausch. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, können die Hausärzt*innen und Pflegeheime direkt adressiert werden, um entsprechende Modellprojekte auf den Weg zu bringen. Besonders Ärztenetze bieten sich hier an, die einen internen Dienstplan erstellen können, um eine 24-Std.-7-Tage-Ansprechbarkeit einer Hausärzt*in für die beteiligten Pflegeheime zu gewährleisten.

2.2.4. Zeithorizont

Wir bereits oben erwähnt, bietet der Innovationsfonds die Gelegenheit, entsprechende Modell-Projekte zeitnah auf den Weg zu bringen.

3. Diskussion, Limitationen

Die (haus)ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen ist in Deutschland unbefriedigend. Dies führt zu einer hohen Anzahl vermeidbarer Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohner*innen, wodurch nicht nur Kosten entstehen, sondern sich auch negative Auswirkungen auf Gesundheitszustand und Outcome der betroffenen Patient*innen ergeben [28,29]. Ein Review zeigte sogar eine erhöhte Mortalität für wegen Pneumonie hospitalisierte Bewohner gegenüber einer Behandlung im Pflegeheim [30].

Allerdings ist die Studien- und Evidenzlage zu Interventionen mit dem Ziel einer Reduzierung der Hospitalisierungsrate derzeit noch insgesamt schwach. Die publizierten Modellprojekte stellen in der Regel komplexe Interventionen dar, die häufig nur im Vorher-Nachher-Vergleich evaluiert werden. Aus den Studien lassen sich kaum Rückschlüsse auf die Effektivität einzelner Komponenten der komplexen Interventionen ziehen. Die Gesamteffekte sind bisher eher gering. Ob Verbesserungen der hausärztlichen Versorgung und der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Hausärzt*innen und Pflegepersonal wie oben vorgeschlagen daher tatsächlich zu einer Reduktion unnötiger Hospitalisierungen führen, ist derzeit nicht bekannt und sollte durch entsprechende Studien untersucht werden. Hierbei erscheint es vorteilhaft, konkrete Schritte zur Optimierung festzulegen und die Implementierung dieser Schritte durch entsprechende Begleitforschung zu evaluieren, bevorzugt in einem (cluster-)randomisiert kontrollierten Studiendesign oder zumindest als Stepped Wedge Untersuchung.

Im PSK-Projekt wurde durch die Beteiligung unterschiedlicher Experten eine Vielzahl möglicher Interventionen vorgeschlagen, deren Effektivität aus wissenschaftlicher Sicht unklar ist. Es erscheint sinnvoll, von allzu komplexen Interventionen Abstand zu nehmen, da diese erstens die Umsetzung erschweren und zweitens konkrete Aussagen hinsichtlich der Effektivität einzelner Komponenten unmöglich machen. Bei allen Modellprojekten sollte darauf geachtet werden, ob eine praktische Umsetzung in der Regelversorgung realisierbar ist. Zu empfehlen wäre die Fokussierung auf mehrere Kerndiagnosen mit hohem Potenzial für die Vermeidung pflegeheimsensitiver Krankenhauseinweisungen, wie z.B. infektiöse Darmkrankheiten, Diabetes mellitus Typ 2, Volumenmangel, Demenz, Herzinsuffizienz, COPD und Infektionen der Atemwege, da diese laut PSK-Liste mit einem hohen Einsparpotenzial einhergehen.

4. Schlussfolgerungen, Ausblick

Das Problem unnötiger Krankenhauseinweisungen aus Pflegeheimen ist seit langem bekannt, aber es wurden bisher kaum gut evaluierte Anstrengungen unternommen, an dieser Situation etwas zu ändern. Entsprechende Konzepte liegen vor und wurden im PSK-Projekt um weitere Vorschläge und eine unter Experten konsentiertere Diagnosenliste ergänzt. Es sollten nun konkrete Interventionen entworfen und umgesetzt werden. Eine wissenschaftlich solide und hochwertige Begleitevaluation sollte erfolgen, um die derzeit mangelhafte Evidenzlage zu verbessern und anschließend als effektiv evaluierte Konzepte flächendeckend umzusetzen.

5. Literatur

1. Ärzteblatt. Mehr als 730.000 Menschen leben in Deutschland in Pflegeeinrichtungen [Internet]. 2020 [zitiert 2021 Jan 18]; Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117722>
2. Statista. Anzahl der zu Hause sowie in Heimen versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2019 [Internet]. 2020 [zitiert 2021 Jan 18]; Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36438/umfrage/anzahl-der-zu-hause-sowie-in-heimen-versorgten-pflegebeduerftigen-seit-1999/>
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Tabellenband: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung [Internet]. 2020 [zitiert 2021 Jan 10]; Available from: https://www.kbv.de/media/sp/Archiv_Excel-Tabellen_Statistische_Informationen_Bundesarztregister.zip
4. van den Busche H, Weyerer S, Schäufele M, Lübke N, Schröfel S, Dietsche S. Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. *Z. Für Allg.* 2009;85:40–6.
5. Grundke S, Klement A. Hausarzt im Pflegeheim - so ziehen Sie an einem Strang [Internet]. 2021 [zitiert 2021 Jan 30]; Available from: <https://www.doctors.today/1588246/a/so-ziehen-sie-an-einem-strang-1790298>
6. Brucksch A, Hoffmann F, Allers K. Age and sex differences in emergency department visits of nursing home residents: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2018;18:151.
7. Fassmer AM, Hoffmann F. Acute health care services use among nursing home residents in Germany: a comparative analysis of out-of-hours medical care, emergency department visits and acute hospital admissions. *Aging Clin. Exp. Res.* 2020;32:1359–68.
8. Fassmer AM, Pulst A, Schmiemann G, Hoffmann F. Sex-Specific Differences in Hospital Transfers of Nursing Home Residents: Results from the HOspitalizations and eMERgency Department Visits of Nursing Home Residents (HOMERN) Project. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* 2020;17:3915.
9. Pulst A, Fassmer AM, Schmiemann G. Unplanned hospital transfers from nursing homes: who is involved in the transfer decision? Results from the HOMERN study. *Aging Clin. Exp. Res.* [Internet] 2020 [zitiert 2021 Jan 30]; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40520-020-01751-5>
10. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, u. a. Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, Causes, and Costs: [See editorial

Anlage 11. Gutachten aus dem Bereich der Allgemeinmedizin

comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazzard, pp 760-761]. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2010;58:627–35.

11. Osterloh F. Notfallversorgung - Wege zu mehr Patientensteuerung. *Dtsch. Ärztebl.* 2019;116:A61–3.
12. Lemoyne SE, Herbots HH, De Blick D, Remmen R, Monsieurs KG, Van Bogaert P. Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2019;19:17.
13. Walsh EG, Wiener JM, Haber S, Bragg A, Freiman M, Ouslander JG. Potentially Avoidable Hospitalizations of Dually Eligible Medicare and Medicaid Beneficiaries from Nursing Facility and Home- and Community-Based Services Waiver Programs. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2012;60:821–9.
14. Segal M, Rollins E, Hodges K, Roozeboom M. Medicare-Medicaid eligible beneficiaries and potentially avoidable hospitalizations. *Medicare Medicaid Res. Rev.* 2014;4.
15. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 2015;119:1415–23.
16. Boyd M, Armstrong D, Parker J, Pilcher C, Zhou L, McKenzie-Green B, u. a. Do Gerontology Nurse Specialists Make a Difference in Hospitalization of Long-Term Care Residents? Results of a Randomized Comparison Trial. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2014;62:1962–7.
17. Connolly MJ, Boyd M, Broad JB, Kerse N, Lumley T, Whitehead N, u. a. The Aged Residential Care Healthcare Utilization Study (ARCHUS): A Multidisciplinary, Cluster Randomized Controlled Trial Designed to Reduce Acute Avoidable Hospitalizations From Long-Term Care Facilities. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2015;16:49–55.
18. Giebel C, Harvey D, Akpan A, Chamberlain P. Reducing hospital admissions in older care home residents: a 4-year evaluation of the care home innovation Programme (CHIP). *BMC Health Serv. Res.* 2020;20:94.
19. Vadnais AJ, Vreeland E, Coomer NM, Feng Z, Ingber MJ. Reducing Transfers among Long-Stay Nursing Facility Residents to Acute Care Settings: Effect of the 2013–2016 Centers for Medicare and Medicaid Services Initiative. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2020;21:1341–5.
20. Rantz MJ, Popejoy L, Vogelsmeier A, Galambos C, Alexander G, Flesner M, u. a. Successfully Reducing Hospitalizations of Nursing Home Residents: Results of the Missouri Quality Initiative. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2017;18:960–6.
21. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Fachdefinition Allgemeinmedizin [Internet]. 2002 [zitiert 2021 Jan 10]; Available from: <https://www.degam.de/fachdefinition.html>
22. Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boukhemair D, Lühmann D. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland [Internet]. DIMDI; 2013 [zitiert 2021 Jan 31]. Available from: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta298_bericht_de.pdf
23. Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach F, Güthlin C. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. *Gesundheitswesen* 2015;78:e62–8.

Anlage 11. Gutachten aus dem Bereich der Allgemeinmedizin

24. Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z. Für Evidenz Fortbild. Qual. Im Gesundheitswesen* 2013;107:386–93.
25. Schmidt S, Schuchert A, Krieg T, Oeff M. Home Telemonitoring in Patients With Chronic Heart Failure. *Dtsch. Aerzteblatt Online [Internet]* 2010 [zitiert 2021 Jan 31]; Available from: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2010.0131>
26. Burdese E, Testa M, Raucci P, Ferreri C, Giovannini G, Lombardo E, u. a. Usefulness of a Telemedicine Program in Refractory Older Congestive Heart Failure Patients. *Diseases* 2018;6:10.
27. Schuler J, Dückelmann C, Beindl W, Prinz E, Michalski T, Pichler M. Polypharmacy and inappropriate prescribing in elderly internal-medicine patients in Austria. *Wien. Klin. Wochenschr.* 2008;120:733–41.
28. Kada O, Brunner E, Likar R, Pinter G, Leutgeb I, Francisci N, u. a. Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück... Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen. *Z. Für Evidenz Fortbild. Qual. Im Gesundheitswesen* 2011;105:714–22.
29. Bridges J, Flatley M, Meyer J. Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *Int. J. Nurs. Stud.* 2010;47:89–107.
30. Dosa D. Should I Hospitalize My Resident With Nursing Home–Acquired Pneumonia? *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2005;6:327–33.



GUTACHTEN FÜR DAS PROJEKT
„BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG VON
PFLEGEHEIMBEWOHNERN DURCH
REDUKTION PFLEGEHEIMSENSITIVER
KRANKENHAUSFÄLLE (PSK)“

Themenbereich Pflegewissenschaften/ Geriatrie/
Allgemein- und Familienmedizin/
Rechtswissenschaften/
Gesundheitssystemforschung/ Pharmakologie

Exposé

Krankenhauseinweisungen vermeiden, qualitativ hochwertige Versorgung vor Ort im Senioren- und Pflegeheim. Es wäre wünschenswert, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner bei medizinisch vertretbaren Erkrankungen vor Ort in ihrer gewohnten Umgebung behandelt werden könnten. Leider lassen die Strukturen dies augenblicklich noch nicht in dem Umfang zu wie es wünschenswert wäre. Das Projekt „Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion pflegeheimsensitiver Krankenhausfälle“ leistet einen äußerst wichtigen Beitrag zur Identifizierung von Krankheitsfällen, die durch den innovativen Ansatz der Therapieintervention vor Ort behandelt werden könnten. Neben den Möglichkeiten zur medizinischen Versorgung in den Senioren- und Pflegeheim werden auch die Schwierigkeiten, Forderungen und die Adressaten, die eine solche Veränderung mit sich bringt, diskutiert.

Univ. Prof. Dr. med. Hans Jürgen Heppner
Hans.heppner@uni-wh.de

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Dieses Projekt wird mit Mitteln des
Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss
unter dem Förderkennzeichen O1VSF18026 gefördert.

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

Inhalt

1. Thematischer Hintergrund	2
1.1. Fachbereich	2
1.2. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten	3
2. Potenziale der Vermeidung von Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfälle (PSK).....	5
2.1. Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden	5
2.1.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen	6
2.1.2. Umsetzungshürden.....	6
2.1.3. Adressaten	8
2.1.4. Zeithorizont	8
2.2. Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte	8
2.2.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen	9
2.2.2. Umsetzungshürden.....	10
2.2.3. Adressaten	10
2.2.4. Zeithorizont	10
3. Diskussion, Limitationen	10
4. Schlussfolgerungen, Ausblick.....	11
5. Literaturreferenzen.....	11

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

1. Thematischer Hintergrund

1.1. Fachbereich

Um alle Details des Gutachtens über das Projekt „Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheimsensitiver Krankenhausfälle (PSK)“ verstehen zu können, werden im Folgenden zunächst der Fachbereich Geriatrie, der aktuelle Stand und die Schwierigkeiten zu dem Projektthema in Bezug gesetzt.

Der zugrunde liegende Fachbereich – die Geriatrie – hat eine sehr hohe medizinische Bedeutung, besonders für die Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen. So zeigt beispielsweise die prognostizierte Entwicklung der Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern im Fachbereich der Geriatrie, dass diese im Zeitraum von 2017 bis 2030 um bis zu 24% ansteigen können. Damit würde der Fachbereich Geriatrie zum Spitzenreiter sämtlicher Fachrichtungen bei der Betrachtung der Fallzahlen zählen. Zum Vergleich: Der Fachbereich Innere Medizin belegt mit einer Steigerung von 10,9% den zweiten Platz. (1). Bei der Betrachtung der Veränderung der Zahl der Krankenhausbetten in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2017 wird dieser Trend bisher bestätigt. In der Geriatrie stieg die Anzahl der verfügbaren Krankenhausbetten deutschlandweit um 99,5%, die Geriatrie hat sich damit verdoppelt und ist auch hier der Spitzenreiter. Den zweiten Platz belegt hier die Neurologie mit einem Anstieg von 37,2%. (2). Die Bedeutung des Fachbereichs Geriatrie ist gerade für Pflegeheimbewohner und Pflegeheimbewohnerinnen sehr hoch, da diese oft multimorbid und in einem instabilen Gesundheitszustand sind. Die Zeitintervalle zwischen akuten und chronischen Krankheitsphasen sind meist nicht vorhersehbar. (3)

Die demographische Entwicklung führt dazu, dass der Anteil älterer und hochbetagter Patienten in den Pflegeheimen und Krankenhäusern zunimmt. Dies bedeutet, dass in Zukunft noch deutlich mehr Patienten aus diesen Altersgruppen für eine medizinische Behandlung zu erwarten sind. Diese Entwicklungen stellen neue Herausforderungen sowohl an die medizinische Versorgung als auch das Management von Pflegeheimpatienten unter Berücksichtigung ihrer Multimorbidität und Funktionseinschränkung durch eine mögliche akute Erkrankung.

Zwar ist bei der Multimorbidität und der damit verbundenen Morbidität und Mortalität eine augenscheinliche Assoziation mit dem Alter nicht zu übersehen, aber das chronologische Alter allein ist nicht entscheidend. Derzeit lebt in Europa der größte Anteil der älteren Bevölkerung. Aktuell sind ca. 25% der Bevölkerung älter als 60 Jahre. Dieser Anteil wird 2050 voraussichtlich 35% erreichen. Im Vergleich zu 2017 wird sich die Zahl der Menschen ≥ 60 Jahre bis 2050 voraussichtlich mehr als verdoppeln und bis zum Jahr 2100 mehr als verdreifachen.

Nach der gemeinsamen europäischen Definition von Malta ist der geriatrische Patient definiert durch eine geriatritypische Multimorbidität und das höhere Lebensalter (70 Jahre oder älter). Diese auch mit „70+“ bezeichnet Patientengruppe ist aufgrund der Neigung zu vital bedrohlichen Komplikationen und schwerwiegenden Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung der Selbsthilfefähigkeit besonders gefährdet. Diese spezifische Multimorbidität führt beispielsweise zwangsläufig zu einer Multimedikation.

Diese Multimedikation ist ein typisches Problem geriatrischer Patienten. Weitere Faktoren, die mit der Multimedikation einhergehen, sind u. a. weibliches Geschlecht, Demenz als führende Komorbidität und die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung (4). Medikationsassoziierte Probleme sind so häufig, dass diese Problematik sogar als neues geriatrisches Syndrom diskutiert wird (5).

Multimedikation ist für geriatrische Patienten mit unterschiedlichen negativen Gesundheitsfolgen assoziiert. So werden u. a. eine erhöhte Rate unerwünschter Arzneimittelwirkungen, oft im Zusammenhang mit Arzneimittelinteraktionen (6), vermehrte Krankenhausaufenthalte und eine Erhöhung der Mortalität diskutiert (7).

Schon seit langem ist bekannt, dass psychotrope Medikation sehr häufig bei in Pflegeeinrichtungen versorgten Senioren verordnet wird (6). Dabei besteht ein Zusammenhang zu kognitiven

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

Einschränkungen und Demenzen, die ein häufiger Grund für die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung sind und die unerwünschten Nebenwirkungen führen immer wieder zu ungeplanten Krankenhauseinweisungen. Es finden sich auch reduzierte Alltagsaktivitäten, eine Einschränkung der Mobilität sowie eine erhöhte Sturzgefahr. Allerdings kann eine nicht indiziert Krankenhauseinweisung bei dieser Patientengruppe wieder genau dazu führen, dass aufgrund auftretender Erregungszustände die mühsam ausgeschlichene Medikation wieder angesetzt wird und somit der Schaden höher ist als der Nutzen (8).

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Gruppe der Senioren- und Pflegeheimbewohner ist die Frailty in dieser Hochrisikogruppe. Dies lässt sich im zeitlichen Verlauf so darstellen, dass in der Regel zuerst die Multimorbidität einsetzt, es dann zur Abnahme der Gehgeschwindigkeit kommt und im weiteren Verlauf die kognitiven Fähigkeiten und die Alltagsfähigkeiten abnehmen (9). Diese Einschränkungen beeinflussen das Überleben der geriatrischen Patienten negativ, da die Autonomie zunehmend verloren geht und die Patienten empfindlicher gegenüber Stressoren und Akutereignissen werden (10).

Frailty als eigenständiges geriatrisches Syndrom lässt den betagten Patienten und den alte(rnde)n Organismus empfindlicher auf äußere Einflüsse und akute Erkrankungen reagieren und dies kann den Verlust von Funktionalität zur Folge haben. Im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung geriatrischer Patienten ist Frailty mit einem komplikativen Verlauf, einer erschwerten Rekonvaleszenz und nicht zuletzt mit einer höheren Mortalität assoziiert.

Frailty bezeichnet also primär eine erhöhte Suszeptibilität gegenüber Stressoren (z.B. neue Medikation, Krankenhauseinweisung), d.h. eine verzögerte Rückkehr zur physiologischen Homöostase. Sie beruht auf altersbedingten verminderten Reserven multipler physiologischer Systeme (Gehirn, Herz, Lunge, Nieren, Skelettmuskel, Immunsystem, Endokriniem). Aus Frailty resultiert klinisch ein erhöhtes Gesundheitsrisiko für unerwünschte Ereignisse wie Delir, Sturz, schwankender Funktionsstatus und zunehmende Unterstützungs-Abhängigkeit (11). Im Rahmen des Frailty-Syndroms bestehen kontinuierlich inflammatorische Prozesse von niedriger Intensität (12). Es finden sich unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung Veränderungen in der Blutgerinnungsaktivität (13) und häufig eine das Frailty-Syndrom begleitende Anämie (14, 15). Dieses Syndrom begünstigt ebenfalls eine Krankenhauseinweisung bei einer akuten Gesundheitsveränderung und birgt gleichzeitig das Risiko einer Verschlechterung der Gesamtsituation durch diese Maßnahme.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Fachbereich Geriatrie ein stark wachsender Teil der Medizin ist und Projekte wie „Die bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheimsensitiver Krankenhaufälle (PSK)“ damit an hoher Bedeutung gewinnen. Und auch, da aufgrund der stark steigenden Zahl der Patienten und Patientinnen die Kapazitäten in den Kliniken gegebenenfalls nicht ausreichen können bzw. die Behandlung des Einzelnen darunter leidet.

1.2. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten

Der aktuelle Stand bei der Betrachtung der bedarfsgerechten Versorgung von Pflegeheimbewohnern und Pflegeheimbewohnerinnen birgt einige Schwierigkeiten in sich. Daraus wird deutlich, warum die bedarfsgerechte Versorgung im Einzelfall manchmal zum Problem wird. Akutereignisse treten in Senioren und Pflegeheimen regelhaft auf und sind meist die akute Exazerbation einer schon länger bestehenden chronischen Grundkrankheit. Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen werden immer wieder ins Krankenhaus eingewiesen, auch wenn sie oft von einer Behandlung vor Ort deutlich mehr profitieren würden. Diese Krankenhaustransporte stellen für ältere Menschen oftmals eine große Belastung und das Risiko nachhaltiger gesundheitlicher Beeinträchtigungen dar und sollten daher, wann immer möglich, vermieden werden. Neben der nicht zu unterschätzenden psychischen Belastung drohen vor allem nosokomiale Infektionen, ein Delir durch die akute Erkrankung zusammen

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

mit der Milieuveränderung und Komplikationen durch eine verminderte körperliche Aktivität oder gar eine Immobilisation (16). Pflegeheimbewohner sind im Vergleich zu betagten Menschen die in ihren eigenen Wohnungen leben, überdurchschnittlich chronisch krank und häufiger kognitiv und funktionell eingeschränkt. Pflegeheimbewohner werden deutlich häufiger in ein Krankenhaus eingewiesen als betagte Menschen, die nicht im Pflegeheim wohnen. Zudem sterben alte und pflegebedürftige Menschen aus Pflegeheimen häufiger im Rahmen einer Hospitalisation oder in den Wochen nach der Entlassung. Dieses fraile, vulnerable Kollektiv ist daher einem hohen Risiko ausgesetzt, während eines Klinikaufenthalts eine Verschlechterung der kognitiven und funktionellen Leistungen zu erleiden. Eine weitere Einschränkung der Selbstständigkeit und Selbsthilfefähigkeit.

Die Versorgung der Bewohner*innen von Seniorenheimen ist durch Haus- und Fachärzte im ambulanten Bereich in der Regel sichergestellt. In Studien wurden auch unzureichende Versorgungssituationen ermittelt, welche dann zu gegebenenfalls nicht indizierten Krankenhauseinweisungen führten.

Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet oftmals auch negative Aspekte und Risiken. Nicht nur, dass die Bewohner gewohntes zu Hause verlassen müssen, meist bedeutet dieser Milieuwechsel auch einen enormen Stress für die Betroffenen. Dies liegt auch daran, dass neben der akuten Erkrankung im Krankenhaus die personelle und strukturelle Organisation und die personelle Ressource, nicht den Gegebenheiten im Pflegeheim entsprechen.

Eine Einweisung ins Krankenhaus könnte in verschiedenen Fällen verhindert werden, wenn die Pflegeheimbewohner und Pflegeheimbewohnerinnen vor der Ankunft im Krankenhaus Kontakt zu ihrem Hausarzt gehabt hätten. Der Kontakt zum Hausarzt besteht vorher nur in 35% der Fälle. (17). Leider sind die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen nicht immer erreichbar. Treten nachts akute Krankheitsbilder oder beispielsweise Stürze auf, gestaltet sich das Kontaktieren des Hausarztes schwierig. (3). Außerdem werden die Pfleger und Pflegerinnen durch die Angst vor rechtlichen Konsequenzen bei einer falschen Entscheidung beeinflusst. Dies hat die Universität Oldenburg mit der Untersuchung „Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern“ belegt. Durch die Unsicherheit und die Entscheidung ohne, dass ein Arzt einbezogen wird, ergibt sich ein Automatismus, welcher zu vielen Einlieferungen in Krankenhäusern führt. (18)

Aufgrund der Problematik, dass oftmals kein Arzt befragt werden kann, gibt es von den Vorgesetzten der Pflegekräfte in vielen Fällen die Anordnung, dass stets ein Rettungswagen zu rufen ist, sobald ein Patient oder eine Patientin den Normalzustand verlässt. Das Pflegepersonal soll also nicht mehr selbst entscheiden, ob es ein kritischer Fall ist oder nicht. Das richtige Handeln in einem unkritischen Fall wäre für alle Beteiligten einfacher und angenehmer, da der Transport ins Krankenhaus ausbliebe. (19).

Eine weitere Schwierigkeit, die hinzukommt, ist, dass die Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Demenz steigt. Derzeit sind etwa 12% der über 60-Jährigen in Krankenhäusern demenz. Diese reagieren durch den Ortswechsel oft mit Angst oder Unruhe und wollen schnell zurück in ihr gewohntes Umfeld. Auch ist es für sie schwierig, Beschwerden oder Schmerzen zu äußern und die Einsicht, dass eine Krankheit besteht, fehlt oftmals. Die Nahrungsaufnahme wird im Krankenhaus ebenfalls zum Problem. Hier sind die Pfleger und Pflegerinnen im Pflegeheim oftmals besser aufgestellt als die oft wechselnden Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in Kliniken. (20).

Im ersten Jahr nach dem Einzug ins Heim verbrachten die Teilnehmer 4,4% ihrer Zeit im Krankenhaus. Der Anteil der im Krankenhaus verbrachten Zeit verringert sich im Durchschnitt von 6% im ersten Monat nach Aufnahme auf ca. 3,9 % in den zwölf darauffolgenden Monaten. Untersuchungen zeigen, dass die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern bei hoher Hospitalisation Quote sowohl leistungs- als auch kostenintensiv ist (3). Orientierend an einer Studie zur Inanspruchnahme stationärer Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner zeigte sich, dass die Bewohner durchschnittlich 4% ihrer Zeit im Krankenhaus, mit einem starken Anstieg zum Lebensende hin verbrachten. 30 % der Verstorbenen verbrachten ihre letzten Lebenstage im Krankenhaus. Auch wenn die Hauptursachen für diese Anweisungen Stürze oder Frakturen sowie kardiovaskuläre Erkrankungen und Infektionen waren, bleibt denn noch zu untersuchen inwiefern die Ursachen hätten vermieden werden können bzw. die Krankenhausweisung selbst nicht hätte stattfinden müssen. Dies erfordert

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

natürlich strukturelle wie auch qualitative Verbesserungen in den einzelnen Sektoren. Es ist auch naheliegend, dass seine übergreifende Kooperation zwischen den Sektoren, also Pflegeheim, Hausarzt er, Krankenhaus Notaufnahme und vor allem auch der Geriatrie, als Spezialisten in, der Behandlung alter Menschen ausgebaut werden muss.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aufgrund des demographischen Wandels die Versorgung von Patienten und Patientinnen im Pflegeheim eine Herausforderung in den nächsten Jahren darstellt. Dabei werden insbesondere für die dringenden Hausbesuche zunehmend ärztliche Ressourcen mit einer hohen Verfügbarkeit benötigt (21).

2. Potenziale der Vermeidung von Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfälle (PSK)

2.1. Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden

Um nicht indizierte Krankenhausfälle/-einweisungen zu vermeiden müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein. Ein möglicherweise gefährlicher, aber abwendbarere Verlauf muss vom (Fach)Pflegepersonal bereits frühzeitig erkannt werden. Zusätzlich müssen strukturelle Prozesse angepasst und zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten in den Pflegeheimen geschaffen werden. Die Verfügbarkeit von Laborwerten innerhalb weniger Stunden muss gewährleistet sein, die Möglichkeit zur Durchführung von Infusionen muss gewährleistet werden und ein adäquates Management muss sichergestellt sein. Das Ziel ist es inadäquate Klinikeinweisungen zu vermeiden, aber notwendige Krankenhausversorgungen unverzüglich in die Wege zu leiten.

Das immer wieder eingeführte Beispiel ist der nicht fördernde oder dislozierte Blasendauerkatheter, für den der Bewohnern mittels eines Krankentransportwagens in ein Krankenhaus verbracht werden muss und dort den Blasenkateterwechsel zu vollziehen. Dies ist ein enormer zeitlicher, wirtschaftlicher und personeller Aufwand, der sich in jedem Falle abfangen ließe, wenn Vorortstrukturen geschaffen werden könnten, die eine rasche Diagnosestellung und dann die Maßnahmendurchführung sicherstellen könnten. Die mit zunehmenden Alter häufig auftretenden Beschwerden bei Diabetes mellitus, Exsikkose, Demenz und Blutdruckschwankungen konnten ebenfalls als pflegeheimsensitive Diagnosen identifiziert werden. Dann könnten, wenn für diese Krankheitsbilder entsprechende Behandlungsvoraussetzungen im Pflegeheim geschaffen werden, unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Hierbei ist zu beachten, dass natürlich immer eine medizinische Einschätzung durchgeführt werden muss. Es muss sichergestellt sein, dass ernsthafte Exazerbationen einer raschen stationären Versorgung zugeführt werden. Wie bereits dargestellt führt die Pneumonie (Lungenentzündung) häufig zur Krankenhauseinweisung. Auffälliger Weise ist der häufigste Grund, der zu einer Einweisung führt eine erhöhte Atemfrequenz bei den erkrankten Bewohnern (mehr als 25 Atemzüge/Minute). Dieser durchaus eindrückliche Befund löste beim Pflegepersonal Unsicherheit aus und weitere Maßnahmen oder Handlungsanweisungen waren nicht hinterlegt. Nach Einführung eines standardisierten Protokolls zum Vorgehen (SOP: standard operation procedure) zeigte sich nach Anwendung, dass ein vergleichbares Outcome bei weniger Krankenhauseinweisungen erreicht werden konnte (22, 23).

Das Projekt PSK wurde mit dem Ziel verfolgt, bestimmte Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen zu identifizieren, die einen Verbleib in der bisherigen Wohnung, Pflegeheim oder Altenheim ermöglichen und somit die Lebensgewohnheiten der Bewohner nicht unnötig verändert werden müssen. Selbstverständlich ist eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sowie eine hochwertige fachliche Betreuung immer der eigentliche Fokus.

Hierbei wird hinterfragt, welche Einweisungsgründe als sensitive Diagnosen ermittelt werden können um als Krankenhauseinweisung vermieden zu werden, gleichzeitig muss diskutiert werden, welche

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

Unterstützungsmodelle den Wohnheimen angeboten werden können und welche Hinderungsgründe zur Umsetzung dieser Ideen vorliegen könnten. Selbstverständlich darf eine sich möglicherweise verändernde Kostensituation und Erlössituation bei der Anwendung neuer Konzepte nicht außer Acht gelassen werden.

2.1.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen

Pflegeheime und Krankenhäuser sind in ihrer Struktur und in ihren Aufgabenbereichen streng sektoral getrennt. Während Senioren- und Pflegeheime als eigene Wohn- und Lebensbereiche gelten, also eine weiterhin freie Wahl der Unterkunft, des Hausarztes und der umfänglichen Versorgung vorliegt, ist das Krankenhaus eine in sich geschlossene Einheit, in der der Patient nahezu keine Wahlmöglichkeiten hat. Zudem ist das Krankenhaus ausschließlich eine passagere Versorgungseinheit, in der sich der Patient nicht richtig eingewöhnen kann. Das stellt die Versorgungssysteme vor Herausforderungen, die unter den gegebenen Umständen kaum zu lösen sind. Nicht jede gesundheitliche Störung bei den Bewohnern bedarf einer Einweisung ins Krankenhaus und oftmals wäre es besser, die Diagnostik und Therapie möglichst in der vertrauten Umgebung der Betroffenen durchzuführen. Infekte (Pneumonie), Stürze und Frakturen (hüftnahe Frakturen) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigsten Gründe für eine Einweisung von Pflegeheimbewohnern in das Krankenhaus. Bei Menschen, die zu Hause wohnen, sind hingegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen führend. Um Krankenhauseinweisungen reduzieren zu können, bedarf es Interventionen, wie Schulungen des Pflegepersonals zur Verbesserung der Versorgung und der medizinischen Qualität, sowohl fachspezifische Fortbildungen zu bestimmten Erkrankungen, als auch ein Training im Umgang mit anderen Professionen in Notfallsituationen und die Darlegung und Erstellung von standardisierten Vorgehensweisen im Rahmen von Protokollen sind notwendig. Auch die grundlegende Ausbildung in der Palliativmedizin darf nicht fehlen. Zusammen mit den betreuenden Hausärzten muss eine Untersuchung und Therapiemöglichkeit klar geregelt sein und ausgestattet sein. Eine sinnvolle Umsetzung kann aber nur erreicht werden, wenn folgende Aufgaben gelöst sind: Die Schnittstellen der einzelnen Sektoren müssen optimiert werden, die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Pflegeheimen und zuständigen Krankenhäusern gilt es ebenfalls zu optimieren, Aufnahme- und Entlassmanagement müssen standardisiert werden und eine Überleitungsbegleitung muss etabliert werden. Die Präventionsmöglichkeiten in den Wohnheimen hinsichtlich Sturzprophylaxe, Ernährungsmanagement, Medikationsanalyse, Infektionsprophylaxe, Vorsorgeplanung und ethischer Entscheidungsfindungen nach den Wünschen des Bewohners müssen ausgebaut werden, so lässt sich die Zahl der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen verringern. Nur so kann erreicht werden, dass auch im Pflege- und Seniorenwohnheim eine gute Versorgung gewährleistet ist. Mehrere Projekte im benachbarten Ausland haben dies bereits belegt. Eine vermehrte Präsenz der Hausärzte in den Pflegeheimen reduziert die Zahl der Krankenhauseinweisungen der Bewohner. Nachweisen konnten dies Ärztenetze wie beispielsweise das Netz „Elan“ (24). Hier konnte mit einem vertraglich gebundenen Pflegeheim die Einweisungshäufigkeit um rund die Hälfte reduziert werden. Entgegen der Erwartung sahen allerdings die Pflegekräfte nur 4% der Einweisungen als vermeidbar an. Es ist zu vermuten, dass die Vermeidbarkeit in den jeweiligen Professionen unterschiedlich definiert wird.

2.1.2. Umsetzungshürden

Umsetzungshürden treten bei jeder Art von Veränderung auf. Hierzu zählen, das Fehlen von Transparenz, Fokussierung, Zeit, Einfachheit und Klarheit, Transformationsmanagement und genauer Beschreibung. Aber auch der Widerstand gegen Veränderungen der Arbeitnehmer und die finanziellen Zielsetzungen spielen eine wichtige Rolle. (25). Neben den allgemeinen Umsetzungshürden bei der Implementierung von neuen Konzepten in ein bestehendes System kommen in der Pflege noch spezifische Umsetzungshürden hinzu. Unter anderem herrschen im Bereich der stationären Pflege

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

Budgetknappheit, geringe zeitliche Kapazitäten und mangelnde Akzeptanz gegenüber Neuerungen. Die Integration neuer Prozesse in bestehende Arbeitsabläufe, die Umstellung der Gewohnheiten und Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen und die Gefahr einer eingeschränkten Motivation der Mitarbeiter sind ebenfalls typische Hürden bei der Umsetzung von Neuerungen. (26). Hinzu kommt, dass die Pflegekräfte in Deutschland bereits ein hohes Alter erreicht haben. Die größte Gruppe der Pflegekräfte ist in einem Alter zwischen 60 und 69 Jahren, die zweitgrößte Gruppe der Pflegekräfte ist zwischen 50 und 59 Jahren. Viele dieser Pflegekräfte sind bereits in Rente oder stehen kurz davor. Dementsprechend sind Veränderungen und Neuerungen für die einzelne Pflegekraft nicht mehr relevant. Auch aus dem Grund, da sie ihrer Arbeit oftmals nur noch aus finanziellen Gründen nachkommen. Zu beachten ist, dass genau diese Pflegekräfte aktuell durch die Coronakrise besonders gefährdet sind und demnach gegebenenfalls auch versuchen sich zurückzuziehen, was den Pflegekräftemangel noch verstärkt. Die Zeit sich in Neuerungen einzuarbeiten wird demnach immer knapper. Außerdem besteht oftmals eine Sprachbarriere bei Pflegekräften aus Osteuropa, dies verlangsamt Veränderungsvorgänge ebenfalls.

Umsetzungshindernisse lassen sich vereinfacht in drei Kategorien aufteilen, welche sich aber alle untereinander bedingen und sogar verstärken können. Die erste Kategorie ist das „Wissen“. Fehlende Aufmerksamkeit und fehlendes Wissen stellen hier die Hürde dar. Sowohl die fehlende Aufmerksamkeit als auch das fehlende Wissen setzen sich aus den Punkten „keine Zeit“, „kein Interesse“ und „fehlender Verfügbarkeit“ zusammen. Dies bedeutet im Wesentlichen, dass die Umsetzung in erster Linie an den zuständigen Mitarbeitern scheitert, da diesen entweder die Zeit oder das Interesse fehlt. Die zweite Kategorie ist die „Einstellung“. Die Hürde „Einstellung“ wird durch fünf wesentliche Punkte geprägt. Grundsätzlich stellt eine fehlende Motivation eine Umsetzungshürde dar, ist keine Motivation für eine Umsetzung vorhanden, lässt sich diese sehr schwer umsetzen. Motivierend wäre ein klarer Hinweis auf eine Outcome-Verbesserung, ist diese nicht ersichtlich, ist der Sinn der Veränderung nur schwer nachzuvollziehen. Hinzu kommt natürlich immer, dass manche Umsetzungen für den Einzelnen aus persönlichen Gründen nicht möglich sind. Werden die SOPs (Standard Operating Procedures) - also die Standardvorgehensweisen - generell abgelehnt, sind gerade Veränderungen in diesem Bereich sehr schwierig umsetzbar. Beispiele hierfür wären die Zubereitung von Mahlzeiten nach speziellen Kochbüchern und die Therapiefreiheit der Bewohner und Bewohnerinnen. SOPs können aber nicht nur abgelehnt werden, sondern es ist ebenfalls möglich, dass geplante Veränderungen nicht mit den speziellen SOPs übereinstimmen. Beispiele hierfür sind, dass fehlende Vertrauen gegenüber dem Entwickler, der fragliche Kosteneffekt, fehlende Evidenz oder auch, dass die geplante Veränderung einfach nicht anwendbar ist. Die dritte Kategorie ist das „Verhalten“. Hier spielen beispielsweise externe Faktoren wie die Patienten selbst oder der Empfehlungsgrad eine Rolle. Aber auch wieder die SOPs, hierbei besonders bezogen auf deren Charakteristika sowie deren Präsenz. Also welche standardisierten Verfahren es gibt und wie deren Umsetzung im Einzelnen abläuft. Zuletzt spielen weitere Faktoren wie Zeitmangel, fehlende Organisationsstruktur oder fehlgeplante SOP eine Rolle. (27). Oftmals beeinflussen auch Ängste vor rechtlichen Konsequenzen die Entscheidung der Pflegekräfte. Leider bleibt die Einbeziehung von Ärzten in die Entscheidung häufig aus. Und auch weitere Handelnde, die den Notruf entgegennehmen, entscheiden sich im Zweifel für die Alarmierung des Rettungswagens. Bemerkenswert ist auch, dass nur ca. 35 % aller Pflegeheimbewohner, die über eine Notaufnahme ins Krankenhaus eingewiesen wurden, vorher Kontakt mit Ihrem Hausarzt hatten (28). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass über zwei Drittel ohne hausärztlichen Kontakt einer Krankenhauseinweisung zugeführt worden sind. Und somit ist die herzliche Expertise und Perspektive fast regelhaft umgangen worden.

Hier gilt es aber zu bedenken, dass z.B. der Disponent einer Rettungsleitstelle ab der Übernahme des Notrufs persönlich für alle weiteren Entscheidungen haftet. Daher ist die Wahrscheinlichkeit ein Rettungsmittel zu entsenden sehr groß und damit auch der Weg gebahnt für eine Krankenhaus Einweisung. Sogenannte „Leerfahrten“, also ein nicht durchgeführter Patiententransport, wird derzeit nicht finanziert.

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

2.1.3. Adressaten

In erster Linie sind hier die Pflegenden und die Träger der Senioren- und Pflegeheime angesprochen und gefordert. Selbstverständlich müssen die betreuenden Hausärzte mit in das Projekt eingebunden werden, um überhaupt eine Veränderung herbeizuführen. Selbstverständlich müssen die im Senioren- und Pflegeheim beschäftigten Therapeuten und andere beteiligte Berufsgruppen hinsichtlich der Beurteilung von Krankheitsbildern oder Akutzuständen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern geschult werden. Letztendlich dürfen aber die Berufsgruppen nicht vergessen werden, die im Weiteren an einer Akutversorgung und Krankenhauseinweisung beteiligt sind. Dies schließt eine besondere Schulung der Mitarbeiter der Rettungsdienste mit ein. Ein derzeit im Umlauf befindlicher Gesetzesentwurf zielt auf die Einführung eines Early Warning Scores ab, der es einem Rettungsteam vor Ort erlauben soll, nach Erhebung der Vitalparameter (z.B. Blutdruck, Puls, Sauerstoffgehalt im Blut, Fieber, Blutzucker etc.), rechtssicher einen Patienten oder eine Patientin im Einzelfall nicht in ein Krankenhaus transportieren zu müssen, sondern ihn an den ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich zu verweisen. Dies muss im Vorfeld geklärt und mit klaren Handlungsanweisungen hinterlegt sein. Auch ist es sehr wichtig, die Krankenhausstrukturen im Umfeld der Senioren- und Pflegeheime zu kennen, um konkret auf die einzelnen Verantwortlichen zuzugehen. Eine enge Kooperation zwischen Krankenhaus und Senioren-/Pflegeheim ist für eine langzeitliche, qualitativ hochwertige Betreuung von entscheidender Bedeutung. Hier bedarf es für alle Beteiligten strukturiert angelegte Fort- und Weiterbildungskonzepte, sowie einer stetigen Kommunikation, um eine Verbesserung herbeizuführen.

2.1.4. Zeithorizont

Ein sinnvoller Zeithorizont für ein derartig umfangreiches Projekt ist augenblicklich schwer abzuschätzen. Da aber viele der Strukturen bereits existieren und lediglich eine Absprache und ein Abgleich zwischen den einzelnen Institutionen stattfinden muss, ist es durchaus realistisch in relativ kurzer Zeit, erste Ansätze und Pilotprojekte hinsichtlich führender Diagnosen aufzuarbeiten, zu implementieren und umzusetzen. Hierbei sollte erst mit der häufigsten Diagnose begonnen werden und, wenn hierfür eine Matrix entstanden ist, kann diese sicherlich auf andere pflegesensitive Diagnosen übertragen werden. Da sowohl inhaltliche wie auch personelle, wie auch finanzielle Ressourcen geschaffen werden müssen, ist eine Implementierung in einem Zeitraum von unter 12 Monaten bei einem Projektstart nicht realistisch. Dies sollte jedoch keinesfalls abschrecken um dieses sinnvolle Projekt zu starten.

2.2. Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte

Es wurden einige verschiedene sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte in den unterschiedlichsten Bereichen der Medizin entwickelt. Beispielsweise in der Gastroenterologie, der Dermatologie oder der Neurologie. Bestimmte Therapien, wie die i.v.-Gabe von Medikamenten, insbesondere der Antibiotikatherapie, oder die Durchführung von mobilen Röntgen oder EKG, sollten im Pflegeheim möglich sein. Im Folgenden wird der Schwerpunkt auf die chronische Nierenerkrankung, die Herzinsuffizienz und die bakteriellen Darminfektionen, welche drei unterschiedliche, für Pflegeheime aber sehr relevante, Behandlungen darstellen, gelegt.

Die Überwachung von Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen wäre mit der Erhöhung der Verfügbarkeit von mobilen Geräten zur Untersuchung direkt im Pflegeheim möglich. Hierzu zählen unter anderem Untersuchungen vor Ort wie Nierenultraschall. Zudem muss eine kontinuierliche Ein- und Ausfuhrkontrolle gewährleistet sein. Notwendig ist hierbei auch die Möglichkeit einer regelmäßigen und bei Bedarf akuten Blutabnahme mit Laborkontrolle. Beispielsweise wäre hierfür die Anschaffung eines Blutgasmessgerätes (BGA-Gerätes) zu nennen. Als dauerhafte Therapie vor Ort wäre die Bauchfelldialyse (Peritonealdialyse) eine Möglichkeit. Bei vorhandener Expertise und

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

entsprechenden Schulungen reichen die Möglichkeiten bis hin zur Hämodialyse im Pflegeheim. Wobei diese schon sehr spezielle Kenntnisse voraussetzt. Bei der Herzinsuffizienz ist grundsätzlich zwischen einem akuten und einem sich abzeichnenden schleichenden Zustand zu unterscheiden, letzteres führt überwiegend im Verlauf zu einer Dekompensation. Um eine Dekompensation in der Pflegeeinrichtung vermeiden zu können, sind die regelhafte Kontrolle und präventive Maßnahmen unabdingbar. Denkbar wäre hierbei neben kontinuierlichen Vitalzeichenkontrollen der Einsatz von EKG-Geräten in den Pflegeeinrichtungen.

Zu einer ebenfalls häufigen Erkrankung im Pflegeheim zählt die bakterielle Darminfektion. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass mikrobiologische Stuhluntersuchungen hausärztlich veranlasst werden können und dass diese dann auch vor Ort umgesetzt werden können. Zudem wäre bei der Durchführung einer adäquaten Infusionstherapie vor Ort unter Absprache mit einem Facharzt und dem Gastroenterologen eine Einweisung ins Krankenhaus bei ca. 80% der Fälle vermeidbar. Hierbei muss sichergestellt sein, dass im Falle einer vitalen Bedrohung eine Einweisung ins Krankenhaus gewährleistet ist.

Eine mögliche Alternative wäre ein weiterer Ausbau der Telemedizin. Einzelne Projekte zielen ja bereits jetzt schon auf Telekonsultationen zwischen ärztlichem Dienst und Pflegeheimbewohnern ab, um eine rasche Diagnosestellung zu erreichen oder auch eine mögliche Einweisung ins Krankenhaus zu verhindern. Diese Technikplanung beansprucht aber sehr viele Ressourcen, die zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht verfügbar sind. Auch ist es ein großes Problem, da nicht überall ein Anschluss ans Datennetz gegeben ist der auch belastbar genug ist um rasch viele Informationen austauschen zu können. Zusätzlich stellt sich die Frage, ob dies an einer zentralen Stelle dann umgesetzt werden kann, oder ob die versorgenden Hausärzte diese Aufgabe übernehmen können. Es scheint sicherlich nicht sinnvoll, dass ein Telekonsultationsdienst zur Abklärung einer eventuell notwendigen Krankenhauseinweisung zentral über den Notruf der kassenärztlichen Vereinigung gesteuert wird.

Eine Möglichkeit wäre es auch, die örtlichen Strukturen der Notfallaufnahmen der Krankenhäuser, in die die Bewohner eingewiesen werden würden, mit in die Entscheidungsfindung einzubinden. Die Problematik stellt sicher immer dann, wenn der Hausarzt eine kurzfristige Versorgung nicht zusichern kann oder das medizinische Problem vor Ort so erscheint, als dass es nicht ambulant gelöst werden könne. Hier bedarf es sicherlich einer entscheidungsfähigen Instanz.

Mögliche Kooperationen in der Versorgung, sektorenübergreifend in Kooperation der Pflegeheime, mit der Beiteiligung der Hausärzte, der Kliniken und der Geriatrien, sind in jedem Fall erstrebenswert. Diese wären neben einer intensivierten ärztlichen Präsenz, gegebenenfalls durch bestimmte organisierte Rufbereitschaften und Beteiligungen der Fachdisziplin Geriatrie, eine deutliche Qualitätsverbesserung in der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner. Dies würden auch die Qualifizierungsmaßnahmen für das Pflegepersonal zur Gesundheitsvorsorge in den Heimen ausbauen um Krankheiten, die akut auftreten könnten, zu vermeiden oder zumindest rechtzeitig zu erkennen und nach entsprechenden, gemeinsam ausgearbeiteten, Handlungsanweisungen vorzugehen. Damit wäre es auch möglich, den Sinn für Risikokonstellationen zu schärfen, aber auch über beispielsweise ein regelmäßig durchgeführtes geriatrisches Assessment diese Risikokonstellationen aufzuzeigen und zu erkennen. So können sicher Senkungen in den Krankenhauseinweisungs-Quoten erreicht werden (29).

2.2.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen

Die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Umsetzung der adäquaten Behandlung direkt im Pflegeheim sind unter anderem an folgende Aspekte geknüpft. Es muss für die Pflegekräfte jederzeit die Möglichkeit bestehen, dass Rücksprache mit einem zuständigen Arzt gehalten werden kann. Zusätzlich sollte grundsätzlich die Möglichkeit bestehen, dass interdisziplinär mit einem interprofessionellen Austausch gearbeitet wird und dass stets Fallkonferenzen der Pflegenden abgehalten werden um anfallende Fragen aufzuarbeiten (16). Aber auch gute technische Voraussetzungen (EKG, Sonographie) und engmaschiges Monitoring spielen eine wichtige Rolle. Eine

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

Kernvoraussetzung ist die Schulung und Weiterbildung der Pflegekräfte und ein angemessener oder bedarfsgerechter Personalschlüssel. Zusätzlich ist das Advanced Care Planing (ACP) ein wichtiger Bestandteil guter Versorgung. Hier findet ein Kommunikationsprozess zwischen Individuen, ihren gesetzlichen Vertretern und ihren Behandelnden und Betreuenden statt. Es verfolgt das Ziel, mögliche künftige Behandlungsentscheidungen für den Fall, dass die Betroffenen selbst nicht entscheiden können, zu verstehen, zu überdenken, zu erörtern und vor auszuplanen“ (30). Hierfür sind aktuell noch nicht überall die nötigen Rahmenbedingungen geschaffen.

2.2.2. Umsetzungshürden

Neben den Umsetzungshürden, welche in Kapitel 2.1.2. bereits aufgezeigt wurden, kommen speziell hier in diesen Fällen noch die Folgenden dazu. Die erste Hürde stellt sich in der Abrechnung der Leistungen. Gesetzlich ist dies für die neuen Maßnahmen nicht klar geregelt. Außerdem ist das Personal des Pflegeheims meist nicht auf apparative Medizin geschult, die Erstellung von EKG oder Sonographie ist damit nicht abschließend zulässig. In diesem Zusammenhang ist eine zeitnahe Interpretation der genannten Diagnostik meist nicht gewährleistet. Und auch die invasive Behandlung ist im Pflegeheim schwerer umsetzbar als im Krankenhaus. Hinzu kommt, dass die digitale Infrastruktur in Pflegeheimen teils veraltet ist, beispielsweise gibt es nicht überall WLAN, was die Kommunikation stark einschränkt und umständlich macht. Da der Kreis der Betroffenen und Verantwortlichen bei der sektorenübergreifenden Konzeption noch größer ist und die Einzelinteressen noch deutlich unterschiedlicher sind, gestalten sich neben der Implementation schon bereits die Maßnahmenfindung und die Planung schwierig.

2.2.3. Adressaten

Um eine Umsetzung oder zumindest ein Umdenken zu erreichen, müssen die Interventionsmodelle sowohl durch die Leistungserbringer als auch von den Kostenträgern angenommen und umgesetzt werden. In erster Linie aber müssten sich die Pflegeheime verändern – sowohl die personelle Ausbildung als auch die technische Aufrüstung wären hier verpflichtend. In einem zweiten, aber parallelen Schritt, müsste die Politik die Rechtsgrundlage insoweit anpassen, dass bestimmte Behandlungen der Bewohner und Bewohnerinnen der Pflegeheime problemlos direkt im Pflegeheim durchgeführt werden können und dürfen. Hierzu zählen eine gesicherte Refinanzierung und eine Rechtssicherung für die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen. Daher sind bei dem sektorenübergreifenden Ansatz auch die Politik und die Landesvertretungen gefragt. In diesem Zusammenhang müssen nicht nur die Fragen der Ressourcen und des Managements geklärt werden, auch Rechtsfragen und Finanzierbarkeit sind hier zu diskutieren.

2.2.4. Zeithorizont

Da in diesen Entscheidungsprozess noch mehr Verantwortliche, Entscheider wie Bedenkenträger, involviert sind, ist eine realistische Abschätzung des Zeitansatzes nicht wirklich möglich. Hier bedarf es eines strukturierten und detaillierten Projektmanagements, um mit den verschiedenen Vertretern einen erfüllbaren Zeitplan gemeinsam zu erarbeiten. Die Ideen müssen erst überzeugend vorgetragen werden, damit dann die Gremien in Gesundheitspolitik, Recht, Heimleitung und Kostenträger eine adäquate Entscheidung treffen können. Erst dann kann der Planungs- und Implementierungsvorgang starten.

3. Diskussion, Limitationen

Die Vorstellung, nicht indizierte Krankenhauseinweisungen von Bewohnerinnen und Bewohnern aus Pflege- und Seniorenheim nachhaltig zu vermeiden und eine Versorgungsmöglichkeit vor Ort zu

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

schaffen, ist sehr wünschenswert. Allerdings kommt diese Möglichkeit in den derzeitigen Systemen rasch an ihre Grenzen. Die aufgeführten sektoralen Zuständigkeiten und streng getrennten Finanzierungswege machen die Implikation von Innovationen schwierig. In der vorliegenden Analyse konnten pflegeheimsensitive Diagnosen, die derzeit regelhaft zu einer Krankenhauseinweisung führen, zukünftig aber vor Ort versorgt werden könnten, identifiziert werden. Daran muss entscheidend gearbeitet werden, um Versorgungsstrukturen in den Senioren- und Pflegeheimen für diese Erkrankungen zu schaffen. Zusätzlich bleibt zu überlegen, wie Personalressourcen geschaffen werden können, sollten Finanzierungsmöglichkeiten existieren. Die gewonnenen Personalressourcen müssen dann aber auch entsprechend aus-, fort- und weitergebildet werden, um einen qualitativ hochwertigen Versorgungsstand aufrecht zu erhalten. Eine flächendeckende Harmonisierung der strukturellen Gegebenheiten in der Versorgung wird sicherlich sehr schwierig zu erreichen sein. Dennoch müssen Qualitätsstandards mit entsprechenden Evaluationskonzepten und Ergebniskontrollen erarbeitet werden. Schwierig ist in diesem Zusammenhang auch die Bewertung, dass bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern die medizinischen Strukturen zum Patienten kommen, ist es doch gleich wohl in allen anderen Versorgungssystemen so, dass der Patient zur medizinischen Einrichtung kommt. Diese Besonderheit ist bei der Erarbeitung möglicher Interventionen zu beachten. Neben der Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten, sowie der Bildung von Pflegeteams sind Fallkonferenzen eine sehr hilfreiche Methode um Risikokonstellationen zu erkennen und Verbesserungspotenziale zu erarbeiten. Es gilt in jedem Fall, bereits vorhandene Kompetenzstrukturen auszubauen und zu festigen und die angestrebten Neuerungen auf eine breite Basis zu stellen. Die erhobenen Daten und Lösungsansätze können lediglich einen Eindruck von den bisherigen Unwägbarkeiten und möglichen Lösungsansätzen aufzeigen, die ideale Matrix ist noch nicht erstellt. Auch wenn die Datenerhebung auf mögliche Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten, ohne Interaktion zum jetzigen Zeitpunkt mit den Betroffenen der einzelnen Sektoren, abzielt, sind es wichtige Grundlagen um ein sinnvolles neues Konzept zu erarbeiten.

4. Schlussfolgerungen, Ausblick

Neben der Vermittlung und stetiger Auffrischung von Wissen, ist der führende Schlüssel zum Erfolg die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Mangelnde Erreichbarkeit der Hausärzte und kaum begleitende Visiten durch die Pflege haben noch viel Potential zur Verbesserung. Das Entwicklungsziel ist der Dialog der Berufsgruppen. In diesem Zusammenhang sind auch die Krankenhäuser mit einem strukturierten und verlässlichen Entlassmanagement gefordert.

Hierzu leistet das Projekt „BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG VON PFLEGEHEIMBEWOHNERN DURCH REDUKTION PFLEGEHEIMSENSITIVER KRANKENHAUSFÄLLE (PSK)“ äußerst wertvolle Arbeit um Erkenntnisse zum Verbesserungspotential zu erkennen und praxisrelevante wie auch umsetzbare Maßnahmen zu beschreiben. Im Rahmen des Projektes wurden einige pflegesensitive Krankenhausfälle identifiziert, die zukünftig das Potential haben eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden. Ein wichtiger Ansatz für die Zukunft ist es, in der Folge die implementierten Maßnahmen zu evaluieren. Nur so kann ein möglicher Erfolg erfasst werden und die Vorgehensweise, wenn nötig, angepasst werden.

5. Literaturreferenzen

1. Augurzky, B., Krolop, S., Mensen, A., Pilny, A., Schmidt, C., Wuckel, C. (2019): Krankenhaus Rating Report 2019:88 medhochzwei
2. Augurzky, B., Krolop, S., Mensen, A., Pilny, A., Schmidt, C., Wuckel, C. (2019): Krankenhaus Rating Report 2019:60. Medhochzwei

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

3. Ramroth, H.; Specht-Leible, N.; König, H. H.; Mohrmann, M.; Brenner, H. (2005): Inanspruchnahme stationärer Krankenhausleistung durch Pflegeheimbewohner. In: Deutsches Ärzteblatt. 103(41): 1356-2358
4. Mielke N, Huscher D, Douros A et al. (2020) Self-reported medication in community-dwelling older adults in Germany: results from the Berlin Initiative Study. BMC Geriatr 20:22
5. Stevenson JM, Davies JG, Martin FC (2019) Medication-related harm: a geriatric syndrome. Age Ageing 49:7-11
6. Kratz T, Diefenbacher A (2019) Psychopharmacological Treatment in Older People: Avoiding Drug Interactions and Polypharmacy. Dtsch Arztebl Int 116:508-518
7. Davies LE, Spiers G, Kingston A et al. (2020) Adverse Outcomes of Polypharmacy in Older People: Systematic Review of Reviews. J Am Med Dir Assoc 21:181-187
8. Thiem U, Heppner HJ, Sieber C. Less can be more-Examples on medication in older and geriatric patients from current studies. Internist (Berl). 2021 Apr;62(4):363-372
9. Santoni G, Angleman S, Welmer AK et al. Age-related variation in health status after age 60. PLoS One. 2015 Mar 3;10(3):e0120077. doi: 10.1371/journal.pone.0120077
10. Landi F, Liperoti R, Russo A et al. Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. J Clin Epidemiol 2010;63:752-759
11. Clegg A Young J, Iliffe S et al Frailty in elderly people. Lancet, 2013; 381:752
12. Barbieri M et al. Chronic inflammation and the effect of IGF-1 on muscle strength and power in older persons. Am J Physiol Endocrinol Metab 2003; 284: E 481-7
13. Walston J et al. Frailty and Activation of the Inflammation and Coagulation Systems With and Without Clinical Comorbidities. Arch Intern Med 2002; 162: 2333-41
14. Leng S, Chaves P, Koenig K, Walston J. Serum Interleukin-6 and Haemoglobin as Physiological Correlates in the Geriatric Syndrom of Frailty: A Pilot Study. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 1268-71
15. Heppner HJ, Bauer JM, Sieber CC et al. Laboratory aspects relating to the detection and prevention of frailty. Int J Prev Med 2010;1(3):149-57
16. Kada O, Janig H, Likar R et al. Reducing Avoidable Hospital Transfers From Nursing Homes in Austria: Project Outline and Baseline Results. Gerontol Geriatr Med. 2017;3:1-9
17. Beneker, C. (2019): Studie deckt auf: Viele Pflegeheim-Bewohner landen ohne vorherigen Kontakt zum Arzt (wahrscheinlich unnötig) im Krankenhaus. In: Medscape Nachrichten. 22. Oktober 2019
18. Deutsche Ärzteblatt (2019): Automatismus sorgt für Einlieferung vieler Pflegeheimbewohner inNotaufnahmen.In:aerzteblatt.de:https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106597/Automatismus-sorgt-fuer-Einlieferung-vieler-Pflegeheimbewohner-in-Notaufnahmen (zuletzt aufgerufen am 28.03.2021
19. Borngräber, K. (2018): Notfälle im Pflegeheim: Standards retten Leben. In: Pflegekammer interaktiv: https://www.pflegemagazin-rlp.de/notfaelle-im-pflegeheim-standards-retten-leben (zuletzt aufgerufen am 28.03.2021
20. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2021): Mit Demenz im Krankenhaus: https://www.deutsche-alzheimer.de/angehoerige/mit-demenz-im-krankenhaus.html#:~:text=Demenzkranke%20reagieren%20im%20Krankenhaus%20oft,Probleme%20beim%20Essen%20und%20Trinken (zuletzt aufgerufen am 28.03.2021
21. Ahrens, S. (2019): Dringlichkeitseinschätzung von hausärztlichen Notfallbesuchen in Altenheimen. Bad Honnef.)
22. Tandan M, Zimmerman S, Sloane et al. Which Nursing Home Residents With Pneumonia Are Managed On-Site and Which Are Hospitalized? Results from 2 Years' Surveillance in 14 US Homes. J Am Med Dir Assoc. 2020 Dec;21(12):1862-1868
23. Loeb M, Carusone SC, Goeree R et al. Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial. JAMA 2006;295:2503-2510

Anlage 12. Gutachten aus dem Bereich der Geriatrie

24. Ärztenetz „Elan“ Winsen <https://www.aerztenetz-elan.de/start/> (letzter Zugriff 25 .03 2021)
25. The Black Elephant (2021): 13 Gründe, wieso Strategieumsetzungen scheitern. Der 10. wird am häufigsten als Ausrede verwendet: <https://theblackelephant.ch/coaching-und-consulting/13-gruende-warum-strategieumsetzungen-scheitern/> (zuletzt aufgerufen am 28.03.2021)
26. Kiesswetter, E., Burger, C., Volkert, D. (2016): Evaluation des „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“. In: Ernährungs-Umschau international | 12/2016 S. 246-254. Erlangen-Nürnberg.
27. Cabanna MD et al. Why don't physicians follow Clinical Practice Guidelines. JAMA 1999; 282: 1458-65
28. Götz, K. (2019): Mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus: Keiner wollte Verantwortung übernehmen. In: <https://idw-online.de/de/news725002> (zuletzt aufgerufen am 28.03.2021)
29. Flacker JM, Kiely DK Moortality-related factors and 1-year survival in nursinghome residents. J Am Geriatr 2003;51:213-221
30. ACPEL-Society 2016; In der Schmittgen & Marckmann 2015a: 84



**GUTACHTEN FÜR DAS PROJEKT
„BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG VON
PFLEGEHEIMBEWOHNERN DURCH
REDUKTION PFLEGEHEIMSENSITIVER
KRANKENHAUSFÄLLE (PSK)“
Pharmakologie**

Exposé

[Fesseln Sie Ihre Leser mit einem ansprechenden Exposé. Normalerweise ist dies eine kurze Zusammenfassung des Dokuments.
Wenn Sie Ihre Inhalte hinzufügen möchten, einfach hier klicken und mit der Eingabe beginnen.]

Prof. Dr. med. Hagen S. Bachmann
hagen.bachmann@uni-wh.de

Gefördert durch:



Dieses Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF18026 gefördert.

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

Inhaltsverzeichnis

1. Thematischer Hintergrund	2
1.1. Fachbereich	2
1.2. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten	3
2. Potenziale der Vermeidung von Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfälle (PSK).....	7
2.1. Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden	7
2.2. Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte	7
3. Diskussion, Limitationen	12
4. Schlussfolgerungen, Ausblick.....	13
5. Literaturreferenzen.....	14

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

In diesem Gutachten wird das generische Maskulinum „der“ in der Einzahl und das generische Femininum „die“ in der Mehrzahl immer umfassend im Sinne von „der Mensch“ und „die Menschen“ genutzt.

1. Thematischer Hintergrund

1.1. Fachbereich

In diesem Gutachten werden die Ergebnisse der zwei PSK-Online-Befragungen und des PSK-Workshops aus dem Blickwinkel der Pharmakologie betrachtet. Die Ergebnisse standen für das Gutachten in Form zweier Tabellen und eines stichpunktartigen Textdokuments zur Verfügung. Eine der Tabellen zeigte nach 15 Obergruppen geordnet eine Übersicht mit 58 ICD-Codes. Die zweite Tabelle schlüsselte diese explizit auf und zeigte zusätzliche Anmerkungen aus den beiden Onlinebefragungen und dem Workshop zu den einzelnen ICD 10 Codes. Das Textdokument zur Dokumentation der PSK-Workshop-Sitzung enthielt vier Interventionen als Oberpunkte, wobei insbesondere Intervention 1 eine große Fülle an Unterpunkten enthielt. Auf eine genauere Darstellung der Inhalte der Dokumente wird hier verzichtet, da es sich nicht um ein Einzelgutachten handelt und ich davon ausgehe, dass dies an anderer Stelle nachvollzogen werden kann.

Fachärzte für Pharmakologie sind typischerweise nicht an der Versorgung von Patienten in Pflegeheimen beteiligt. Es werden daher insbesondere solche Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfälle (PSK) und Interventionen näher betrachtet, die mit Arzneimittelverordnung, -Versorgung, -Verabreichung und/oder Arzneimittelsicherheit, bzw. Arzneimitteltherapiesicherheit zu tun haben.

Um meine Anmerkungen und Einschätzung nachvollziehen zu können, sind genauere Ausführungen zu vier Unterpunkten im Kapitel 1.2 „Bisheriger Stand und Schwierigkeit“ notwendig:

1.1.1. Arzneimittel im Pflegeheim

Es werden durch die Experten verschiedene Interventionen vorgeschlagen, die explizit die Gabe von Medikamenten vorsehen, wie zum Beispiel die Verabreichung einer intravenösen Antibiotikatherapie oder die implizit die Gabe von Medikamenten notwendig machen, wie Koloskopien oder ambulante Operationen. Um hier die Hürden aufzeigen zu können, wird initial die Ist-Situation der Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen dargestellt.

1.1.2. Personelle Situation und Ausbildungsstand des Personals bzgl. Arzneimitteln

An verschiedenen Stellen der Dokumente werden zum Beispiel Schulungen zu Arzneimitteln, zur Erkennung von Nebenwirkungen oder zu speziellen Listen, wie der FORTA-Liste vorgeschlagen. Es

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

gibt einige Vordaten aus Studien zur aktuellen personellen Situation in Pflegeheimen, zu Problemen bei der Arzneimitteltherapie, sowie einige bereits erfolgte Interventionsversuche. Diese werden dargestellt. Daneben werden neue Berufe oder Höherqualifikationen oder heilkundliche Rechte, z.B. zur Therapieumstellung oder der Versorgung mit einem peripher-venösen Zugang bei den Interventionen angeführt, deren Einschätzung nur mit Kenntnis des Ist-Zustands möglich ist.

1.1.3. Compliance und Adhärenz der Bewohner an die medikamentöse Therapie

Einer der Hauptansatzpunkte für eine Intervention ist gemäß Dokumentation die feste vertragliche Bindung von Hausärzten und Fachärzten an einzelne Pflegeheime unter möglicherweise expliziter Aufgabe der freien Arztwahl. Hier möchte ich als Gutachter, wie auch gewünscht, eigene Ansätze einbringen, da zumindest in den Dokumenten, die mir vorlagen die Hauptbegründung für die Aufgabe/Aussetzung der freien Arztwahl „nur“ eine Vereinfachung für das Pflegepersonal in der Zusammenarbeit mit den Ärzten war. Die vertrauensvolle und typischerweise langjährige Zusammenarbeit zwischen einem Arzt der eigenen Wahl und dem jeweiligen Bewohner hat aber bekanntermaßen sehr große eigene Effekte zum Beispiel auf die Compliance und Adhärenz der Bewohner an die medikamentöse Therapie, die mit großer Sicherheit bereits im Ist-Zustand zur Verhinderung von PSK-Fällen beitragen. Diese werden dargestellt.

1.1.4. Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen als eigenständige Ursache für PSK-Fälle

Durch den methodischen Ansatz der Nutzung von Krankenhaus-Entlass-ICD 10 Codes, kommt ein Feld in dem bereits intensiv geforscht wird nicht explizit vor. Ein relevanter Anteil der Krankenhausaufnahmen insgesamt und damit auch der Aufnahmen aus Pflegeheimen geht auf Arzneimittelneben- und -Wechselwirkungen zurück. Da Maßnahmen in diesem Bereich und neue Ansätze aus diesem Projekt sich möglichst nicht gegenseitig konterkarieren sollten, werden diese mitdiskutiert.

1.2. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten

1.2.1. Arzneimittel im Pflegeheim

In Krankenhäusern werden Arzneimittel allgemein und ohne Patientenbezug bestellt und aufbewahrt. Dies geschieht zum einen zentral in Krankenhausapotheken und zum anderen typischerweise auch in kleinerem Umfang stationsweise. Diese Möglichkeit besteht für Pflegeheime grundsätzlich nicht. Die Ärzte verordnen hier Arzneimittel individuell für jeden Bewohner. Übernimmt eine Einrichtung die Aufbewahrung, das Richten und die Ausgabe der Arzneimittel für einen Bewohner, so sind die Arzneimittel trotzdem getrennt aufzubewahren. Getrennt heißt in diesem Fall bewohnerbezogen, also mit namentlicher Kennzeichnung in getrennten Aufbewahrungen wie Fächern oder Kästen. Die

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

teilweise aus Unwissenheit und teilweise aus Not geborene Praxis Medikamente von Bewohnern zusammen aufzubewahren oder sogar mehrere Bewohner mit Medikamenten aus derselben Packung zu versorgen, ist in Pflegeheimen (abweichend zu Krankenhäusern) nicht zulässig. Daneben ist es explizit auch möglich, dass zur Aufrechterhaltung einer möglichst großen Autonomie der Bewohner, diese auch eigenverantwortlich ihre Arzneimittelversorgung regeln. Auch wenn Pflegeheime Versorgungsverträge mit einer Apotheke haben, um die Arzneimittelversorgung zu sichern, hat jeder Bewohner das Recht der freien Apothekenwahl nach § 12a Abs. 1 Punkt 4 Apothekengesetz [1].

Ohne auf die genauen juristischen Regelungen eingehen zu können oder zu wollen, sei hier zusätzlich darauf verwiesen, dass dieser § 12a dem Vertragsapotheker eines Pflegeheims einige Aufgaben auferlegt, die explizite Maßnahmen der Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung sind. Diese sind mit großer Wahrscheinlichkeit ein wichtiger Faktor der Sicherheit von Arzneimittelversorgung und Arzneimitteltherapie im Ist-Zustand und damit mittelbar ein bereits installierter Faktor zur Reduktion von PSK, ohne den vermutlich aktuell deutlich mehr Einweisungen erfolgen würden. Zu den Aufgaben gehören zum Beispiel: Pflicht zur Überprüfung und Dokumentation der ordnungsgemäßen und bewohnerbezogenen Lagerung, sowie Information und Beratung von Heimbewohnern, Verantwortlichen und Beschäftigten des Heims. Leider sieht das Gesetz die Überprüfung und Beratung bisher nur für die vom Apotheker selbst gelieferten Produkte vor. Allerdings haben Pflegeheime bereits jetzt die Möglichkeit sowohl den Überprüfungs- als auch den Beratungsauftrag in den individuellen Verträgen weiter zu fassen, um eine noch bessere und sicherere Versorgung zu gewährleisten [2].

Im Spiegel der vorgeschlagenen und nachher zu diskutierenden Interventionen, sei darauf hingewiesen, dass bisher nicht vorgesehen ist, dass Pflegeheime neben den bewohnerbezogenen Arzneimittelvorräten auch eigene Arzneimittelvorräte anlegen. Ohne dies genau juristisch ausführen oder prüfen zu können, ist nach meiner Kenntnis die Anlage solcher Vorräte nach dem Arzneimittelgesetz sogar explizit nicht erlaubt [3]. Dies betrifft auch Arzneimittel für eine Akuttherapie, zur Ersten Hilfe oder Notfall-Therapien, die wenn überhaupt ebenfalls bewohnerbezogen als Bedarfsmedikation durch den Arzt zu verordnen sind.

1.2.2. Personelle Situation und Ausbildungsstand des Personals bzgl. Arzneimitteln

In Pflegeheimen ist die grundlegende Versorgung mit Medikamenten, insbesondere für die Therapie von chronischen Krankheiten grundsätzlich gegeben. Allerdings beschränkt sich die Expertise typischerweise auf die korrekte Bereitstellung und/oder Verabreichung der Medikamente. Nur examinierte Pflegekräfte dürfen das Stellen der Medikation übernehmen. Typischerweise kommen als Applikationsformen lokale, orale oder höchstens subkutaner Applikation in Frage. Eigenständige

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

Gaben von Arzneimitteln über andere parenterale Wege, wie zum Beispiel intramuskulär oder intravenös oder über ein Portsystem sind dagegen nicht üblich.

Da nur examinierte Pflegekräfte überhaupt relevant an der Arzneimittelversorgung mitwirken können, ist es von besonderer Bedeutung, dass in vielen Pflegeheimen insgesamt Personalmangel bei den Pflegekräften herrscht und diese aktuell teilweise nicht vollumfänglich ihre originären pflegerischen Aufgaben erfüllen können [4]. Der Anteil der examinierten Kräfte liegt oft nicht bei den angestrebten Anteilen, sondern teilweise deutlich darunter und insbesondere nachts und am Wochenende sind sehr große Patientenzahlen durch einzelne Kräfte zu versorgen. Selbst wenn ein Pflegeheimbetreiber dies ändern möchte, sorgt der zunehmende Fachkräftemangel im Moment eher für eine Verstärkung der Probleme [5].

Altenpflegehelfer: Selbst wenn ausreichend Personal verfügbar wäre, ermöglicht die aktuelle Ausbildung von Altenpflegehelfern oder examinierten Altenpflegern keine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten. Altenpflegehelfer erhalten im Rahmen ihrer Ausbildung keinen umfänglich relevanten Unterricht zur Bereitstellung von Arzneimitteln und deren Applikation und damit auch nicht bezüglich ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen. Beispielhaft sei hier auf die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Altenpflegehelferausbildung des Landes NRW verwiesen [6]. Sie dürfen daher auch aktuell keine Funktionen, wie das Stellen der Arzneimittel übernehmen.

Altenpfleger: Im Juni 2017 wurde das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe beschlossen. Das daraus hervorgehende Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz) führt die Pflegeausbildungen zu einer generalistischen Ausbildung zusammen, die vorher getrennt in Altenpflegegesetz und Krankenpflegegesetz geregelt waren. Die zugehörige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe, nach der seit dem 1. Januar 2020 gearbeitet wird, enthält keine Hinweise, dass der Gesetzgeber bisher die Absicht hat Pflegeberufe in Bezug auf die Arzneimittel-Versorgung und -Therapie mit eigenen, nicht delegierten Aufgaben zu betrauen [7]. Im Gegenteil wird in Bezug auf die angestrebte Professionalisierung gerade die Eigenständigkeit betont, und dass Pflege kein ärztlicher Assistenzberuf ist. Spezifische Kenntnisse zu Arzneimittelgruppen, ihrer Pharmakokinetik oder -dynamik, Indikationen, Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Arzneistoffen, Kosmetika, Nahrungsergänzungsmitteln oder Nahrungsmitteln werden nur am Rande adressiert und dürften daher auch nur in geringem Umfang vorhanden sein.

1.2.3. Compliance und Adhärenz der Bewohner an die medikamentöse Therapie

Ohne hier in Details einzutreten bedeutet gute Compliance das konsequente Befolgen von ärztlichen Ratschlägen, also die sogenannte Therapietreue. Im Durchschnitt zeigt nur etwas mehr als die Hälfte der Patienten eine gute Compliance [8]. Dabei ist die Compliance gerade in Bezug auf chronische Krankheiten bei der Einnahme von Medikamenten besonders wichtig und hat Auswirkungen auf die

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

Mortalität [9]. Als wesentlicher Faktor für unzureichende Therapietreue gilt eine mangelhafte Arzt-Patienten-Beziehung bzw. eine nicht patientengerechte Medizinersprache, die zu geringer Überzeugungskraft führt [10]. Daraus hat sich, neben der Begriffsänderung zur Adhärenz, die anstatt für Gehorsam für eine mündige Einwilligung und Einsicht in die Therapienotwendigkeit steht, insgesamt ein viel stärkeres Bewusstsein für die vertrauensvolle dialogische Kommunikation zwischen Arzt und Patient entwickelt [11]. Unzweifelhaft ist in diesem Zusammenhang die Bedeutung der freien Arztwahl, wie sie in Deutschland möglich ist [12]. Ein mündiger Patient, der mit seinem Haus-, Fach- oder Zahnarzt unzufrieden ist, will nicht zum unmündigen und unzufriedenen Patienten werden und entscheidet sich dann typischerweise zum Wechsel des Arztes [13]. Ohne Wechsel könnte dies direkte negative Folgen für die Compliance und Adhärenz, aber auch für weitere Faktoren der Arzneimittelwirkung, wie die unspezifischen therapeutischen Effekte (Placeboeffekte) haben [14, 15]. Gerade weil es sich hier nicht wie in einem Krankenhaus um einen Aufenthalt von wenigen Tagen oder Wochen handelt, sondern um Bewohner, die sich dann im Zweifel jahrelang von Ärzten behandeln lassen müssten, die sie im schlimmsten Fall eigentlich ablehnen, sollte dies vor möglichen Interventionen geprüft werden. Mir sind bisher keine Arbeiten bekannt, die die langfristige/dauerhafte Behandlung ohne freie Arztwahl (wie sie möglicherweise in anderen Gesundheitssystemen vorkommt) strukturiert mit der freien Arztwahl in Deutschland verglichen hätten.

1.2.4. Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen als eigenständige Ursache für PSK-Fälle

Es ist bekannt, dass ca. 10 % aller Krankenhauseinweisungen medikamenten-assoziiert sind. Da in Pflegeheimen typischerweise ältere und damit oft multimorbide Bewohner anzutreffen sind, ist bei der Mehrzahl mit der Anwendung von fünf und mehr Arzneimittel zu rechnen, also der sogenannten Polypharmazie. Hier soll darauf hingewiesen werden, dass die Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit in diesem Zusammenhang schon seit langem im Fokus steht und auch durch Forschungsprojekte adressiert wird. Da im PSK-Projekt mit Entlassdiagnosen gearbeitet wurde, sind die medikamenten-assoziierten Einweisungen zumindest teilweise dahinter verborgen. Trotzdem wurden durch den Workshop z.B. Medikamentenreviews explizit in den Interventionen erwähnt. Mögliche Interventionen sollten daher immer auch in Bezug auf die Arzneimitteltherapiesicherheit in Pflegeheimen beurteilt werden. Hierzu gibt es schon seit den 2000er Jahren Beispiele für Projekte, die sich ausführlich mit Möglichkeiten der Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Pflegeheimen beschäftigt haben [16].

2. Potenziale der Vermeidung von Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfälle (PSK)

2.1. Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden

(Welche Maßnahmen sind gerade, gerade nicht, oder nur unter besonderen Bedingungen realisierbar?)

Die Punkte zu denen ich Stellung nehme, sind alle mit Medikamenten und der Arzneimitteltherapie verknüpft. Wie unter 1.2 ausführlich dargestellt, müsste für praktisch alle der vorgeschlagenen Interventionen, die etwas mit Medikamenten zu tun haben, die aktuelle Versorgungsstruktur verändert werden. Bei den von mir zu bewertenden Interventionen ist daher keine, die ich für durchführbar halte ohne relevante Änderungen am System, z.B. bei den Vertragsapothekern und damit auch dem Arzneimittelgesetz oder dem Apothekengesetz. Es erfolgen daher unter 2.1 keine Einträge.

2.2. Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte

(Vorhandene Strukturen die beizubehalten sind bzw. zu überarbeiten sind.)

Stellungnahme zu ausgewählten Interventionen aus der Dokumentation des PSK-Workshops:

A) IV1a erster Unterpunkt - Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Fachärzten Unterpunkt verbindliche Kooperationsverträge

a. Rahmenbedingungen/Voraussetzungen

- Für den telemedizinischen Ansatz bräuchte es einen systematischen Aufbau entsprechender Softwaresysteme, die ausreichend sicher und gleichzeitig zuverlässig und gut bedienbar sind. Meine Expertise liegt nicht in diesem Bereich, aber solche Systeme müssten dann transparent die komplette Medikation von Patienten darstellen können. Insbesondere ist daran zu denken, dass auch freiverkäufliche Arzneimittel, apothekenpflichtige Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel eingepflegt werden müssten, um z.B. sinnvolle Medikamenten-Reviews zu ermöglichen.

- Für den Ansatz die freie Arztwahl zu verbieten und mit einer Gruppe von zwei oder mehr gerontologisch/geriatriisch geschulten Hausärzten einen Kooperationsvertrag abzuschließen, müsste es möglich sein zwei Hausärzte zu finden (für jedes Pflegeheim!), die mit allen Patienten ein adäquates, die Therapie unterstützendes Arzt-Patienten-Verhältnis aufbauen können. Gleiches würde für Fachärzte gelten, für die ebenfalls entsprechende Verträge mit dem Pflegeheim angedacht sind, egal ob Zahnarzt, Neurologe oder Psychiater.

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

b. Umsetzungshürden

Der Vorschlag scheint ausschließlich darauf ausgerichtet zu sein die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und den Ärzten von Seiten des Pflegepersonals zu erleichtern. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist aber, wie unter 1.2 dargestellt eine wichtige Quelle für Compliance und Adhärenz an die medikamentöse, aber auch sonstige Therapien und trägt selbst einen relevanten Anteil (unspezifische therapeutische Effekte = Placeboeffekte) zur Therapie bei. Bei medikamentösen Therapien gehen wir heute von, je nach Erkrankung, 20-60 % Placeboeffekt-Anteil an der Verumwirkung aus. Daher ist es für eine adäquate und funktionierende medikamentöse Therapie unerlässlich, dass alle Patienten eines Pflegeheims die Möglichkeit haben den Arzt (sowohl auf der Hausarzt-, als auch auf der Facharztebene) bei dem sie sich wohlfühlen auszuwählen. Eine Bevormundung der Patienten mit der Notwendigkeit, wenn man in ein Pflegeheim umzieht, seinen langjährigen Hausarzt auf jeden Fall aufzugeben, selbst wenn der bereit wäre die Versorgung im Pflegeheim weiterzuführen, halte ich daher für inadäquat. Stattdessen vorstellbar ist aber auf jeden Fall eine strukturiertere Anbindung der Hausärzte über telemedizinische Tools an die komplette Akte der Bewohner. Um zu Randzeiten ebenfalls eine adäquate Versorgung sicherzustellen, sollte überlegt werden, ob in Anlehnung an den allgemeinen ärztlichen Notdienst und die daneben in vielen Städten existierenden zahnärztlichen Notdienste und kinderärztlichen Notdienste, ein geriatrischer Notdienst sinnvoll sein könnte, um unnötige Krankenhauseinweisungen in diesen Randzeiten zu minimieren.

c. Adressaten

Die genauen Adressaten für die telemedizinischen Ansätze kann ich nicht benennen. Für den geriatrischen Notdienst, wie ich ihn hier als Alternative zur Einschränkung der freien Arztwahl vorschlage, wäre der Adressat die kassenärztliche Vereinigung.

d. Zeithorizont

Nachdem die telemedizinischen Voraussetzungen gegeben sind, könnte eine Umsetzung sofort erfolgen.

B) IV1a zweiter Unterpunkt - Schulung von Pflegepersonal (nur zu den letzten beiden Bullet Points „Arzneimittel-Nebenwirkungen“ und „Nutzung des FORTA-Scores“)

a. Rahmenbedingungen/Voraussetzungen

Um hier ein Kenntnislevel bei der Pflege zu erreichen, das über das alleinige Verstehen der eingeleiteten medikamentösen Maßnahmen hinausgeht, muss mit einer Vollzeitausbildung von mindestens zwei Jahren gerechnet werden, wenn man das mit Berufsgruppen, die diese Fähigkeiten haben (Ärzte/Pharmazeuten) vergleicht. Die Teilnehmer müssten hierfür in ausreichend großer Zahl und mit ausreichend großer

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

Motivation vorhanden sein und dürften nicht ihre eigentliche pflegerische Tätigkeit vernachlässigen.

b. Umsetzungshürden

Personal, das auf dem Gebiet Arzneimitteltherapie nur über rudimentäre Kenntnisse verfügt, da es als Hauptaufgabe die Pflege, eine komplett andere Profession, hat, müsste umfassend von den Grundlagen über die Systematik der Arzneimittel bis hin zur klinischen Pharmakologie ausgebildet werden, um das zu leisten was im Workshopdokument antizipiert wird. Wie unter 1.2 dargestellt, ist diese Personalgruppe aber genau durch die größten Nachwuchssorgen geplagt. Nach einer so umfassenden Fortbildung würde vermutlich auch eine deutliche Gehaltssteigerung erwartet werden. Möglicherweise würde, so wie im Dokument angedacht, auch eine komplett neue Profession entstehen. Dieses halte ich für unnötig. Es gibt bereits zwei Professionen, die an der Versorgung der Patienten beteiligt sind und über die nötigen Kenntnisse verfügen: die Ärzte und die Pharmazeuten. Insbesondere die Pharmazeuten bieten sich hier ganz offensichtlich an. Über den § 12a des Apothekengesetzes haben diese bereits einige Aufgaben bezüglich der Überwachung, Dokumentation, Beratung und Schulung von anderem Personal im Pflegeheim. Es erscheint mir hier am einfachsten unter Setzung finanzieller Anreize dafür zu sorgen, dass diese Aufgaben intensiviert werden und standardmäßig auch auf andere Medikamente, die nicht durch den Apotheker selber ausgegeben wurden, ausgeweitet werden. Daneben gibt es einige gute bereits publizierte Ansätze aus Deutschland mit entsprechend fortgebildeten Apothekern Medikamentenreviews in Altenheimen durchzuführen, um Fehl- und Doppelverordnungen zu reduzieren. Dieses könnte dann mit einer interdisziplinären Visite verbunden werden. Wobei denkbar ist, dass über Software und telemedizinische Lösungen dafür gesorgt wird, dass auch ohne gemeinsames aufsuchen des Pflegeheims adäquate Rücksprachen zwischen Ärzten und Pharmazeuten möglich würden. Ein entsprechendes aktuelles Studienbeispiel ist hier zitiert [17].

c. Adressaten

Für die Umsetzung der Schulungsidee bezüglich Arzneimittelkompetenz bei den Pflegekräften, wie es im Workshop-Papier dargestellt ist, würde es vermutlich der Gründung eines neuen Berufes, des „geriatrischen Arzneimittelreviewers“ bedürfen. Dies wäre vermutlich eine Weiterbildung oder ein Studiengang mit mindestens vier Semestern, der zum Qualitätserhalt im Vergleich zu Ärzten und Pharmazeuten mit einem Staatsexamen abschließen würde.

Für meinen alternativen Vorschlag des Ausbaus der Aufgaben des Pharmazeuten, der bereits Verträge mit dem Pflegeheim hat, müsste die Politik nur den entsprechenden

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

Paragrafen im Apothekengesetz ändern. Daneben müsste an entsprechender Stelle dafür gesorgt sein, dass eine adäquate Vergütung der neuen/ausgeweiteten Tätigkeit erfolgt.

d. Zeithorizont

Für die ursprüngliche Idee die Pflegekräfte oder einen Teil der Pflegekräfte handlungsfähig in Bezug auf die Medikation zu machen, wären mehrere Jahre Vorbereitung nötig.

Für meinen alternativen Vorschlag nehme ich an, dass die nötigen Änderungen im Gesetz in einigen Monaten möglich wären. Mit entsprechenden Übergangsregelungen könnten die Apotheker dann sofort starten und im laufenden Betrieb weitere Fortbildung zu Medikamenten-Review erhalten, um sich auf geriatrische Patienten zu spezialisieren, falls dies nicht bereits erfolgt ist.

C) IV1a vierter Unterpunkt - Versorgungsstruktur (nur zum Bullet Point Ambulante OP)

a. Rahmenbedingungen/Voraussetzungen

Für ambulante Operationen gilt bezüglich der Versorgung mit Arzneimitteln ähnliches wie bei der Versorgung mit Antibiotika (siehe Punkt F). Selbst wenn Lokalanästhetika und Schmerzmittel mitgeführt werden, ist es als unrealistisch anzusehen, dass auch ein komplettes Set an Notfallmedikamenten mitgeführt wird. Hier wäre also ebenfalls, wie unter Punkt F ausführlicher dargestellt, dafür zu sorgen, dass Medikamente bewohnerunabhängig vorgehalten werden.

b. Umsetzungshürden

Wie unter 1.2 ausgeführt, ist die bewohnerunabhängige Lagerung von Arzneimitteln im Pflegeheim zurzeit nicht erlaubt. Es wäre nötig das Arzneimittelgesetz und das Apothekengesetzes entsprechend zu ändern.

c. Adressaten

Die Politik müsste die entsprechenden Gesetzesänderung durchführen und behandelnde Ärzte und der/die Vertragsapotheker müssten sich abstimmen, welche Medikamente in eine Pflegeheim-Notapotheke gehören. Fraglich wäre in diesem Zusammenhang, ob hier eine deutschlandweite Konsensusliste oder eine Liste individuell pro Pflegeheim etabliert würde (vielleicht ergänzt durch eine deutschlandweite Empfehlung).

d. Zeithorizont

Da bereits jetzt Arzneimittel in Pflegeheimen adäquat zu lagern sind, sollte es nach einer Gesetzesänderung sofort möglich sein einen patientenunabhängigen Arzneimittelvorrat aufzubauen.

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

D) IV1b Unterpunkt drei - Bewohnerdokumentation Unterpunkt Zusammenführung aller relevanten versorgungswichtigen Daten

a. Rahmenbedingungen/Voraussetzungen

Die einzige Bedingung, die ich sehe, ist eine adäquate IT-Lösung für dieses Problem. Hier habe ich keine Expertise, möchte aber noch mal hervorheben wie wichtig dieser Vorschlag der Experten für die adäquate Versorgung der Pflegeheimbewohner ist. Nach transparenter Zusammenführung gerade der im Unterpunkt zwei aufgeführten Medikamente (inklusive Allergien, Unverträglichkeiten und bereits einmal aufgetretene Nebenwirkung), sollten diese in vollem Umfang allen verschiedenen Berufsgruppen zugänglich sein.

b. Umsetzungshürden

Die IT-Umsetzungshürden kann ich nicht benennen.

c. Adressaten

Ob es besser ist hier je Pflegeheim eine eigene Lösung zu finden, im Rahmen des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs verschiedene Softwarelösungen erarbeiten zu lassen oder zentral gesteuert eine IT-Lösung zu erarbeiten, kann ich nicht bewerten. Intuitiv würde ich aber sagen, dass eine zentrale Lösung den großen Vorteil hätte, dass Apotheker und Ärzte, die verschiedene Patienten in verschiedenen Heimen versorgen, nicht mehrere Softwaresysteme installieren müssten und damit auch bedienen müssten. Auf der anderen Seite verlaufen andere IT-Projekte, wie die elektronische Gesundheitsakte nach meiner Außenwahrnehmung nicht in einer Weise, dass man hier mit schnellen Umsetzung rechnen könnte.

d. Zeithorizont

Ich bin nicht in der Lage diesen einzuschätzen.

E) IV1c dritter Unterpunkt - Prävention, Unterpunkt Sekundärprävention Medikamentenreview

a. Rahmenbedingungen und Voraussetzungen

Die Rahmenbedingungen entsprechen den Bedingungen, die ich formuliert habe zum Unterpunkt B, wo ich als Alternative zur Schulung von Pflegekräften mit dem Ziel eigene Arzneimittelkompetenz zu erlangen, den Medikamentenreview durch den Vertragsapotheker vorgeschlagen habe. Damit können möglicherweise zwei verschiedene Interventionsziele mit dieser einen, möglicherweise relativ einfach zu realisierenden Maßnahme, durch eine Gesetzesänderung erreicht werden. Ich verweise für die Unterpunkte b-d auf diesen Abschnitt B, um diesen hier nicht zu wiederholen.

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

F) IV2 - Spezielle Diagnostik/Therapien Unterpunkt IV-Gabe von Antibiotika

a. Rahmenbedingungen/Voraussetzungen

Zur sinnvollen Durchführung dieser Maßnahme müssen zum einen Medikamente verfügbar sein, zum anderen jemand anwesend sein, der die Gabe der Medikamente, insbesondere der Antibiotika adäquat überwacht.

b. Umsetzungshürden

Zurzeit müssen Medikamente patientenbezogen in der Apotheke geordert werden. Der nötige Zeitraum, um dies zu tun steht in klarem Konflikt mit der ärztlicherseits zur Verfügung stehenden Zeit. Es wird nicht möglich sein, dass die Ärzte die notwendigen Antibiotika dauerhaft selber mitführen oder auf die Lieferung eines Antibiotikums warten, um dieses dann intravenös zu verabreichen. Es ist alternativ aber auch nicht möglich, dass ärztlicherseits ein Zugang gelegt wird, um dann das Antibiotikum nach Lieferung von Seiten der Pflege i.v. anzuschließen. Antibiotikagaben sind teilweise mit schwersten Nebenwirkungen assoziiert. Zu Beginn der Gabe muss auf jeden Fall ein Arzt anwesend sein und eigentlich sollte dieser auch während der typischerweise erfolgenden Kurzzeitinfusionen mit Antibiotika dauerhaft greifbar sein. Also in kürzester Zeit wieder vor Ort. Da die meisten Antibiotika nicht in der sogenannten Single Shot-Technik gegeben werden können, sondern über mehrere Tage, teilweise mehrfach am Tag appliziert werden müssen, müsste möglicherweise regelhaft ärztliches Personal anwesend/verfügbar sein.

c. Adressaten

Um mit Medikamenten ungeplant versorgen zu können, müssten das Arzneimittelrecht und das Apothekenrecht geändert werden. Sodass eine nicht-bewohnergebundene Auswahl an Arzneimitteln sofort zur Verfügung steht. Der Änderungsbedarf richtet sich daher zuerst an die Politik, gefolgt von Apothekern und Ärzten.

d. Zeithorizont

Auch wenn ich mir die Gabe von Arzneimitteln aus einer wie unter c. dargestellten Notapotheke für andere Wirkstoffe vorstellen könnte, kann ich mir insbesondere für intravenös verabreichte Antibiotika aufgrund der oben dargestellten notwendigen repetitiven Gabe und der in meinen Augen unumgänglichen Anwesenheit eines Arztes (mindestens im Haus) keine Umsetzung vorstellen.

3. Diskussion, Limitationen

Insgesamt haben die Onlinebefragungen und der Workshop eine Fülle von interessanten Ansätzen zur Reduktion der PSK-Fälle aus Sicht der Pharmakologie geliefert. Viele der Ansätze wurden mit Interventionen verbunden, die zur fundamentalen Veränderung des Berufsbilds von Pflegekräften

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

führen würden oder komplett neue Berufsgruppen begründen würden. Zumindest bei den hier aus pharmakologischer Sicht beleuchteten Intervention ist festzuhalten, dass das Potenzial der identifizierten Problemstellen definitiv vorhanden ist, dass möglicherweise aber der Interventionsansatz noch besser gewählt werden kann, um mit möglichst wenig Aufwand in möglichst kurzer Zeit möglichst große Effekte und damit auch mögliche PSK-Fallreduktion zu erreichen (zum Beispiel stärkere Einbindung der Apotheker). Dies würde auch verhindern, dass das bei einigen Interventionsideen, zumindest gemäß der schriftlichen Dokumente entstandene Bild, der etwas einseitigen Betrachtung insbesondere aus der Blickrichtung der Pflege, aufgehoben werden könnte. Ausgerechnet bei der Versorger-Gruppe der Pflegeheimbewohner, die zahlenmäßig am größten ist, die die relevantesten Nachwuchssorgen hat, bei der zu viele Hilfskräfte eingesetzt werden und eine große Gefahr besteht, sogar die aktuelle originäre Aufgabe, die Pflege, nicht voll und adäquat erfüllen zu können, die meisten Interventionen anzusetzen, erscheint mir als größte Limitation der Konsensusergebnisse. Alternativen, die dasselbe Wirkziel haben, aber andere Wege nutzen würden, habe ich aufgezeigt.

4. Schlussfolgerungen, Ausblick

Aus pharmakologischer Sicht stellt die Kombination von einigen wenigen PSK-Interventionen einen gangbaren, finanzierbaren, in realistischer Zeit umsetzbaren und erfolgversprechenden Ansatz zur Reduktion der PSK dar. Diese sind:

1. Die deutliche Erhöhung der (Online)-Präsenz von Hausärzten und Fachärzten zur engeren und häufigeren Abstimmung der medikamentösen Therapien und ihrer Nebenwirkung durch bessere Vergütung und alternative Kontaktwege, wie die Telemedizin. Dabei expliziter Erhalt der freien Arztwahl mit klarer Absage an eine Zwangsversorgung durch bestimmte Haus- oder Fachärzte, um die in der medikamentösen Therapie und in vielen anderen Bereichen bedeutsame langjährige und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung zu erhalten.
2. Der Ausbau der Beratungs- und Medikations-Review-Aufgaben, der im §12a des Apothekengesetzes bereits beschriebenen Obliegenheiten der Apotheker in Pflegeheimen durch Änderung des Gesetzestextes. In Verbindung mit einer adäquaten oder sogar lukrativen Vergütung und möglicherweise in Kombination mit strukturierten curricularen Fortbildungen zur klinischen Pharmazie bei Pflegeheimbewohnern für Apotheker, die diese Aufgabe wahrnehmen.
3. Die Ansätze 1 und 2 können genutzt werden, um auch gemeinsame Medikamenten-Reviews der Apotheker und Mediziner zu initiieren. Neben dem Idealzustand der gemeinsamen Durchsicht und kollegialen Besprechung vor Ort, sind durch entsprechende EDV-Lösungen auch Online-Ansätze denkbar, die gemeinsam stattfinden oder durch Zugriff auf dieselben Dokumente und der Möglichkeit der Kommentierung sogar zeitversetzt erfolgen könnten.

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

4. Beibehaltung der bewohnerbezogenen Vorhaltung von Medikamenten, um Bewohnern, die dies können ihre diesbezügliche Autonomie und ihr Recht auf freie Wahl der Apotheke zu erhalten. Daneben aber eine Änderung des Arzneimittelgesetzes und des Apothekengesetzes, um den parallelen Aufbau einer kleinen Akut- und Notfall-Medikamentenvorhaltung zu ermöglichen. Diese wäre nicht personenbezogen, durch den Vertragsapotheker unter Mitarbeit der Pflegeheimmitarbeiter organisiert und beaufsichtigt und in Abstimmung mit den Hausärzten (oder auch mit den Hausärzten und Fachärzten) mit nötigsten Arzneimitteln bestückt, die dann in entsprechenden Situationen den Ärzten zur Verfügung stehen, um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.

Im Ausblick würden diese Ansätze mit Bezug zur Pharmakologie die Chance bieten PSK-Fälle zu reduzieren. Die Größe des Effektes ist jedoch schwer abschätzbar, da die Punkte insbesondere supportiven Charakter haben. So hängt zum Beispiel der tatsächliche Effekt einer neuen patientenunabhängigen Medikamentenvorhaltung von der Zahl und Art der Medikamente ab und auch der Zahl und Art der akuten Erkrankungen, die damit abgedeckt werden können; bzw. der Zahl und Art der Eingriffe (zum Beispiel Koloskopien oder Hautoperationen), die dann neu vor Ort stattfinden könnten.

5. Literaturreferenzen

(Für den Abschlussbericht arbeiten wir mit Endnote. Deswegen wäre unsere Bitte die Referenzen gerne, wenn möglich, per Endnote einzufügen.)

1. Bundesrepublik Deutschland, *Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG)*. <https://www.gesetze-im-internet.de/apog/index.html>, 2020.
2. Landesamt für Soziales, J.u.V., „*Arzneimittel in Wohn- und Pflegeeinrichtungen - Merkblatt des landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung*“. Land Rheinland Pfalz, 2015.
3. Bundesrepublik Deutschland, *Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG)*. https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/index.html, 2020.
4. Rothgang, H., *Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)*. SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Zweiter Zwischenbericht – Finale Version zur Abnahme durch den Auftraggeber –, 2020.
5. Institut der Deutschen Wirtschaft, *Altenpflegepersonal Neue Personalbemessung, und nun?* IW-Kurzbericht Nr.16 25.02.2020, 2020.
6. Land NRW, *Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Altenpflegehilfeausbildung (APRO-APH)*. https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=1000000000000000468, 2006.
7. Bundesrepublik Deutschland, *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung - PflAPrV)*. <http://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/index.html>, 2017.
8. WHO, *ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: EVIDENCE FOR ACTION*. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/, 2003.

Anlage 13. Gutachten aus dem Bereich der Pharmakologie

9. Rasmussen, J.N., A. Chong, and D.A. Alter, *Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction*. JAMA, 2007. **297**(2): p. 177-86.
10. M. Härter, A.L., C. Spies, *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2005.
11. Seehausen, M. and P. Hänel, *Arzt-Patienten-Kommunikation: Adhärenz im Praxisalltag effektiv fördern*. Dtsch Arztebl International, 2011. **108**(43): p. 2276-80.
12. Hillienhof, A., *Brüssel: KBV-Chef betont Bedeutung der freien Arztwahl*. Dtsch Arztebl International, 2016. **113**(44): p. 1956.
13. Safran, D.G., et al., *Switching doctors: predictors of voluntary disenrollment from a primary physician's practice*. J Fam Pract, 2001. **50**(2): p. 130-6.
14. Stewart, M., et al., *Evidence on patient-doctor communication*. Cancer Prev Control, 1999. **3**(1): p. 25-30.
15. Safran, D.G., et al., *Linking primary care performance to outcomes of care*. J Fam Pract, 1998. **47**(3): p. 213-20.
16. Thürmann, P., *Abschlussbericht "AMTS in Alten- und Pflegeheimen"*. Bundesgesundheitsministerium, 2010.
17. Schleef, T.J.-W., U; Krause, O, *Sicheres Medikamentenmanagement im Pflegeheim*. Z Allg Med, 2019. **95**(2): p. 59-65.



**GUTACHTEN FÜR DAS PROJEKT
„BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG VON
PFLEGEHEIMBEWOHNERN DURCH
REDUKTION PFLEGEHEIMSENSITIVER
KRANKENHAUSFÄLLE (PSK)
Themenbereich Gesundheitssystemforschung**

Exposé

„Lange genug hat jeder für sich im Kleinen versucht, inkrementelle Verbesserungen herbeizuführen und ist immer wieder daran gescheitert, jetzt ist die Zeit gekommen für den größeren Wurf. Heraus aus der Arztzentriertheit des Gesundheitswesens, hin zu einer berufsgruppenübergreifenden Optimierung einer patientenzentrierten Versorgung. Das heißt aber auch eine Neujustierung der Anreiz- und Vergütungslogiken hin zu einer Vergütung, die an den erzielten Patientennutzen gebunden wird“

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
h.hildebrandt@optimedis.de

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Dieses Projekt wird mit Mitteln des
Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss
unter dem Förderkennzeichen 01VSF18026 gefördert.

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

Inhalt

1. Thematischer Hintergrund.....	2
1.1. Fachbereich.....	2
1.2. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten	2
2. Potenziale der Vermeidung von Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfälle (PSK).....	4
2.1. Bewertung von IV 1: Stärkung der ambulanten bzw. vernetzten Versorgung in den Pflegeheimen vor Ort unter Einsatz von digitalen Lösungen	5
2.1.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen.....	6
2.1.2. Umsetzungshürden	7
2.1.3. Adressaten	8
2.2. Bewertung von IV 2: Spezielle PSK-Bewohnerpfade.....	8
2.2.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen.....	9
2.2.2. Umsetzungshürden	10
2.2.3. Adressaten	10
2.3. Bewertung von IV 3: Vergütungssystem anpassen und leistungsgerechter gestalten.....	10
2.3.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen.....	11
2.3.2. Umsetzungshürden	11
2.3.3. Adressaten	12
2.4. Bewertung von IV 4: Gründung neuer Institutionen der medizinisch-pflegerischen Prävention und Versorgung	12
2.4.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen.....	13
2.4.2. Umsetzungshürden	13
2.4.3. Adressaten	13
3. Diskussion, Limitationen	13
4. Schlussfolgerungen, Ausblick.....	14
5. Literaturreferenzen.....	16

1. Thematischer Hintergrund

1.1. Fachbereich

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen stellt in den meisten entwickelten Ländern eine Herausforderung dar, deren Dynamik angesichts der erwarteten Alterung der Gesellschaft zukünftig weiter zunehmen wird. Unter den pflegebedürftigen Patienten weisen die Pflegeheimbewohner häufig einen komplexeren Betreuungs- und Versorgungsbedarf auf als diejenigen Pflegebedürftigen, die (noch) in ihrem Wohnumfeld verbleiben können. Durch die gesamtgesellschaftliche Zunahme der Pflegebedürftigen und der damit einhergehenden Zunahme an stationär gepflegten Personen wird mittelbar auch die finanzielle Belastung der Sozialversicherungssysteme ansteigen, u.a. durch in diesem Kontext überdurchschnittlich häufig entstehende Hospitalisierungen (1). Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive ist eine Alternativbehandlung, wenn möglich, in den meisten Fällen deutlich kostengünstiger als eine Krankenhausbehandlung (2). Neben der finanziellen Perspektive ist eine Vermeidung eines Krankenhausaufenthalts, so diese Vermeidung der Versorgungssituation angemessen ist, auch aus Patientenperspektive wünschenswert, da Pflegeheimbewohnern so „Transferstress“ und ein zusätzliches Risiko für Infektionen im Krankenhaus erspart bleiben (3).

Potenziell vermeidbare Krankenhausbehandlungen von Pflegeheimpatienten lassen sich auf ein breites Spektrum an möglichen Ursachen zurückführen. Dies sind zum Beispiel Komplikationen bei chronischen Erkrankungen, Übertragungen von Infektionen, mangelnde Unterstützung bei täglichen Aufgaben, inadäquate Wohn- und/oder Lebensumstände, mangelnde oder zu späte fach- und sektorenübergreifende Kommunikation oder grundsätzliche Fehlentscheidungen bzgl. des Behandlungssettings (ambulant versus stationär), z.T. hervorgerufen durch fehlerhafte (System-) Anreize für Patienten und Leistungserbringer.

Während sich einige der Interventionsansätze aus dem PSK-Projekt auf Hospitalisierungen im Zusammenhang mit den ursächlichen Erkrankungen konzentrieren (z.B. Vermeidung von Infektionen, verbessertes Monitoring von Patienten mit Herzerkrankungen), sind wesentliche Bestandteile, wie etwa eine Optimierung der ärztlich-pflegerischen Versorgungskapazität oder grundsätzlich der interdisziplinären Zusammenarbeit, häufig erkrankungs- und sektoren-übergreifend anwendbar und somit eher auf der Systemperspektive angesiedelt. In diesem Beitrag diskutiert bzw. ergänzt werden Ansätze einer stärker vernetzten und digital unterstützten Versorgung (IV 1), die Entwicklung interprofessioneller Bewohnerpfade (IV 2), eine eher qualitäts- anstelle einer mengenorientierten Vergütung (IV 3) sowie die Gründung neuer Institutionen der medizinisch-pflegerischen Prävention und Versorgung (IV 4) als Ansatz zur multiprofessionellen Vermeidung von PSK.

1.2. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten

Wesentliches Strukturmerkmal des deutschen Gesundheitswesens ist die Trennung in verschiedene Sektoren, im Bereich der Leistungserbringung und in Bezug auf die Vergütung. Bereits die Aufnahme in ein Pflegeheim kann als Folge von Problemen der Sektorenabgrenzung erfolgen. So sind die größten Prädiktoren der Aufnahme in ein Pflegeheim Erkrankungen und Situationen, die durchaus in Teilen vermeidbar sind. Eine aktuelle Studie kommt etwa zu dem Schluss: „Demenz, Krebserkrankungen des

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

Gehirns, kognitive Einschränkungen, die Verschreibung von Antipsychotika, Frakturen mit Krankenhausaufenthalten, Krankenhausaufenthalte über zehn Tage Länge und höheres Alter wiesen die höchsten Effektstärken unter den Prädiktoren auf“ (4). Ein Anreizproblem im Kontext der Versorgung von Pflegeheimbewohnern bzw. Pflegebedürftigen generell stellt etwa die Trennung von SGB XI (Pflegeversicherung) und SGB V (Krankenversicherung) bei gleichzeitiger Unterstellung der Pflegekassen unter die Regie der Krankenkassen dar. Die Prävention oder Verlangsamung des Voranschreitens von Erkrankungen im Pflegeheim, wie z.B. Demenz, Diabetes, Rheuma, Multiple Sklerose oder die möglichst umfangreiche Eigenständigkeit bei Behinderungen finden bei Krankenkassen oft wenig Aufmerksamkeit, da mit der Heimunterbringung die pflegerischen Leistungen nicht mehr von den Krankenkassen, sondern von den Pflegekassen bezahlt werden, bis in der Krankheitsprogression dann z.B. vermeidbare Krankheitsfälle wiederum das GKV-System belasten. Insofern sind u.a. systemseitige Anpassungen der Anreizstrukturen notwendig, um angemessen auf die anstehenden Herausforderungen reagieren zu können.

Weitere Risikofaktoren für vermeidbare Krankenhausbehandlungen im Kontext von Pflegeheimen sind etwa:

- Mangelhafte Abstimmung zwischen der stationären Pflege, Angehörigen und unterstützendem Umfeld sowie der ärztlichen/fachärztlichen Versorgung
- Fehler in der Medikation z.B. in Form unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) oder einer Über-/Unter-/Fehlversorgung.
- mangelhafte haus- und fachärztliche Versorgung im Pflegeheim
- mangelhafte Ausstattung des Pflegeheims mit unterstützenden Hilfsmitteln
- mangelhafte Abstimmung und mangelnde Kontinuität (Ausfälle, Fluktuation) der Schichten im stationären Pflegedienst
- mangelhafte Vergütung der Pflegekräfte und (noch) unzureichende Voraussetzungen zur Verantwortungsübernahme in Bezug auf Behandlungsentscheidungen
- „defensive Pflege“, womit eine Pflege gemeint ist, die aus Sorge vor evtl. juristischen Problemen lieber Patienten mit dem Notarzt in das Krankenhaus sendet, eine Begriffsschöpfung des Autors in Analogie zu dem Begriff der „defensiven Medizin“ (5)
- mangelhafte Arbeitsbedingungen bzw. hohe Arbeitsbelastung in Pflegeheimen
- schleppende Umsetzung digitaler (Unterstützungs-)Lösungen in Pflegeheimen und zwischen den Sektoren

In Bezug auf den methodischen Aspekt wäre zu prüfen, inwiefern sich die identifizierten PSK-Diagnosen von anderen international entwickelten Modellen zur Vermeidung von Krankheitsfällen unterscheiden bzw. wie sich die Unterschiede begründen lassen (6).

2. Potenziale der Vermeidung von Pflegeheim-Sensitiven Krankenhausfällen (PSK)

Eine Reduktion von pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen muss sich an der Verbesserung des Quadruple Aim messen lassen, bestehend aus medizinischen und wirtschaftlichen Outcomes (Value) sowie der Verbesserung der Zufriedenheit und Erfahrung von Patienten einerseits und im System beschäftigten Leistungserbringern/Akteuren andererseits (7).

Medizinische Outcomes:

Eine Verbesserung medizinischer Outcomes ist durch die Vermeidung von PSK dann gegeben, wenn z.B. psychosomatischer „Transferstress“, nosokomiale Infektionen oder wiederholte Krankheitsepisoden (Drehtüreffekt) vermieden werden oder wenn schlicht verbesserte Prävention bzw. ein verbesserte Krankheitsmanagement den eigentlich ursächlichen Faktor der Krankenhausbehandlung verzögert/ausschaltet.

Wirtschaftliche Outcomes:

Eine Verbesserung wirtschaftlicher Outcomes ist durch die Vermeidung von PSK dann gegeben, wenn z.B. das Kostenwachstum im stationären Sektor gedämpft und verfügbare Ressourcen versorgungsgerechter verteilt werden können, letzteres z.B. im Sinne einer Umverteilung von „Behandlungsbudgets“ hin zu „Vermeidungsbudgets“.

Patientenzufriedenheit:

Eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit ist durch die Vermeidung von PSK dann gegeben, wenn z.B. Patienten länger oder dauerhaft in der gewohnten Umgebung des Pflegeheims unter Aufsicht bzw. im Kontakt mit bekannten Bezugs- und Betreuungspersonen bleiben und ihren Beitrag zur eigenen Gesunderhaltung leisten können, dafür wertgeschätzt werden sowie sie ein gesteigertes Erleben der Erfolge der eigenen Gesunderhaltung erleben.

Mitarbeiterzufriedenheit der Akteure:

Eine Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit ist durch die Vermeidung von PSK dann gegeben, wenn z.B. die Berufsgruppen in ihren Tätigkeiten und Kompetenzen in der eigenen und/oder der äußeren Wahrnehmung aufgewertet, aus Angst vor juristischen Folgen vermiedene defensive Pflege wie Medizin unterlassen wird und die Selbstachtung und Berufszufriedenheit aller Berufsgruppen gestärkt und die grundsätzlichen Arbeitsbedingungen verbessert werden.

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

2.1. Bewertung von IV 1: Stärkung der ambulanten bzw. vernetzten Versorgung in den Pflegeheimen vor Ort unter Einsatz von digitalen Lösungen

Zur Vermeidung von PSK sollte die Stärkung der ambulanten Versorgung ein wesentlicher Bestandteil, aber letztlich nur ein Baustein eines deutlich umfassenderen Ansatzes zum Aufbau und zur Stärkung interprofessioneller Teams sein (8). Dazu sollte ein digital unterstütztes, sektorenübergreifendes, alters- und bedarfsgerechtes Versorgungsnetzwerk aus regionalen Leistungserbringern aufgebaut werden, welches Hilfestellungen und Entlastungen in Bezug auf die Abstimmungsprobleme der Akteure und Patienten anbieten kann, die zu PSK führen. Eine stärkere Verankerung solcher integrierter Versorgungsmodelle und eine stärkere interprofessionelle Kooperation an den Schnittstellen zwischen Pflege und Versorgungssystem sind eine Lösung, die das segmentierte Wirken in der Versorgung ablösen und ein Zurückgreifen auf stationäre Versorgung (z.B. aufgrund besserer Erreichbarkeit/Verfügbarkeit anstelle evtl. mehrerer fachärztlicher Vorstellungen) verringern kann.

Perspektive der Haus- und Fachärzte: Die medizinische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen erfolgt in Deutschland nach wie vor hauptsächlich durch den Hausarzt (9). Besonders in ländlichen Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte wird es für Pflegeheime immer schwieriger, die hausärztliche Versorgung ihrer Bewohner sicherzustellen, wodurch Krankenhausversorgung in vielen Situationen außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten als einzige Alternative wahrgenommen wird. Die hausärztliche Versorgung ist außerdem meist nur mit zeitaufwendigem Heimbisuch sowie eingeschränkten diagnostischen Möglichkeiten durchführbar und wird deshalb und zum Teil auch aus Gründen geringer Erfolgswahrscheinlichkeiten und damit verminderter Berufszufriedenheit von nicht wenigen Ärzten als unattraktiv auf ein Mindestmaß begrenzt – und dies trotz der erhöhten Vergütung von Heimbisuchen. Allerdings ist in Einzelfällen auch zu beobachten, dass sich eine Reihe von Arztpraxen durch die erhöhte Vergütung und die Möglichkeit, zahlreiche Patienten mit einem Besuch abzurechnen, damit neue Geschäftsmodelle entwickelt haben, die allerdings nicht notwendigerweise zu einer patientengerechten Versorgung führen. Diese sind in ländlichen Regionen allerdings seltener zu finden, da durch den zunehmenden Mangel an Hausärzten dort, Lücken in der Gesundheitsversorgung entstehen, die ohnehin die Zeitressourcen der Hausärzte überfordern, sodass zusätzliche Vergütungsanreize keine vermehrte Betreuung in Pflegeheimen mehr anreizen. Mangelnde hausärztliche Präsenz und Achtsamkeit wiederum führt zu körperlichen oder psychischen Belastungen für Bewohner bzw. zu vermehrter Inanspruchnahme von Rettungsdiensten oder Notärzten (Fahrtkosten) und letztlich zu vermeidbaren stationären Einweisungen (10).

Darüber hinaus ist es zum Teil selbst in Ballungsgebieten schwierig, eine dem komplexen Behandlungsbedarf angemessene fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen sicherzustellen, so dass diese Versorgungslücke derzeit zum Teil durch Pflegekräfte und zum Teil durch Hausärzte kompensiert werden muss. Die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und das Vorhandensein von z.T. multiplen chronischen Erkrankungen erfordern jedoch in den allermeisten Fällen eine multiprofessionelle Versorgung von Pflegeheimbewohnern.

Perspektive Pflegekräfte: Arbeitskräftemangel und z.T. mangelnde Kompetenzen auf der anderen Seite (Arztvorbehalt) führen zu einer erhöhten Belastung des Pflegepersonals und einer Unsicherheit bzgl. ihrer Interventionsmöglichkeit, führen zu einer „defensiven Pflege“ und tragen damit indirekt zu potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten bei.

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

Perspektive Verwaltung/Management: Finanzielle Motive führen bei Fehlanreizen ggfs. zu Konflikten mit Versorgern, zu Abschottung und Bewahrung von Budgets/Erlösen statt zu einem wünschenswerten „Out-Of-The-Box“-Denken hinsichtlich einer optimalen Ressourcen- und Mittelverteilung als Investition in eine gesunde Langlebigkeit der Pflegeheimbewohner. Im Effekt führt dies damit leider allzu häufig zu einer Systemausnutzung statt zu einer Systeminnovation.

Perspektive weitere Berufsgruppen: Apotheker (Interaktionsgefahren durch Arzneimittel, die nebeneinander von Haus- und Fachärzten verordnet werden, Überblick Medikationsmanagement), Physiotherapeuten (Bewegungs- und Mobilisationsangebote, geriatrische Zusatzqualifikationen), Psychiater und Psychotherapeuten (Gerontopsychiatrie, Gerontopsychotherapie), soziale Dienste, Community Health Care, etc.

2.1.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen

Die Rolle, der Handlungsspielraum sowie die Verantwortlichkeiten des Pflegepersonals in Pflegeeinrichtungen sollte erweitert und die Pflegekräfte in ihren Kompetenzen gestärkt werden, um in klar definiertem Umfang Behandlungsentscheidungen auch ohne Abstimmung mit einer ärztlichen Instanz treffen zu können (11), ohne juristische Folgen befürchten zu müssen und deshalb vorsorglich eine „defensive Pflege“ zu betreiben.

Entscheidend ist hier die Aufwertung des Berufsbildes der Pflege durch eine Kompetenzerweiterung, die u.a. nur durch eine Reformierung von Gesetzen aus mehreren Rechtgebieten möglich ist. Die selbstständige Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten ist durch Angehörige der Pflegefachberufe aktuell rechtlich nicht möglich. So bleibt in weiten Teilen des klinischen Assessments und der körperlichen Untersuchung nur die Möglichkeit der Leistungserbringung durch ärztliche Delegation. Die Robert Bosch Stiftung hat diesbezüglich gemeinsam mit der Agnes-Karll-Gesellschaft im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, das umfassend die rechtlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten für eine Etablierung von „Community Health Nursing“ in Deutschland geprüft hat. Das „Community Health Nursing“ soll als neues Berufsbild in Deutschland eingeführt und verankert werden und neue Aufgaben in der Gesundheitsversorgung von Patienten erhalten. Aktuell sind bereits Masterstudiengänge entwickelt worden, die mit Förderung der Robert Bosch Stiftung an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, der Katholischen Stiftungshochschule München und der Universität Witten-Herdecke ab Wintersemester 2020/21 angeboten werden. Das Aufgabenspektrum dieses Berufsbildes umfasst neben Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention zu einem erheblichen Teil auch Maßnahmen der Krankenbehandlung (12).

Neben der Aufwertung des Berufsbildes wird eine ausreichende und kontinuierliche Personal-ausstattung in Pflegeheimen sowie eine grundsätzliche Bereitschaft zur Veränderung aller Netzwerkpartner benötigt. Es muss sich eine Kultur der Teamarbeit und des Vertrauens in die guten Absichten und die Fähigkeiten der Netzwerkpartner ausbilden. Weiterhin entscheidend sind realistische Erwartungen bzgl. der Erreichbarkeit der Reduktion von PSK sowie eine unterstützende elektronische Infrastruktur. Hierfür ist einerseits an eine Verknüpfung und Interoperabilität der Arztinformationssysteme und der Pflegeinformationssysteme zu denken, zum anderen an den Einsatz von

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

telemedizinischen Lösungen, die der Pflege (und den Patienten selbst) erlauben, Herz- und Lungentöne sowie weitere Vitalparameter aus dem Pflegeheim zu einem Arzt via Telemonitoring zu übertragen und so teure Zeitaufwände des Arztes zu vermeiden und Unsicherheit in der Patientenbetreuung zu vermindern. So berichtet z.B. die Schweizer Krankenversicherung SWICA von einem telemedizinischen Untersuchungsangebot zuhause bzw. im Pflegeheim, das die in Abbildung 1 dargestellten Funktionen beinhaltet.



Abbildung 1: Untersuchungsspektrum von Tyto-Home (13)

2.1.2. Umsetzungshürden

Da häufig Patienten selbst ein limitierender Faktor sein können, sollten diese bzw. ihre Angehörigen in das Netzwerk eingebunden und entsprechend geschult werden. Eine wesentliche Hürde ist sicher die aufwändige Etablierung eines Netzwerks von zur PSK-Vermeidung erforderlichen Akteuren mitsamt dem dafür laufend erforderlichen Technik-, Administrations-, Telemedizin- und Kommunikationsaufwand, der heute nicht im Rahmen der SPV oder der GKV vergütet wird. Letztlich ist auch entscheidend, wie stabil das Netzwerk der Akteure ist, inwiefern ein regelmäßiger, möglichst persönlicher Kontakt und Austausch ermöglicht wird und seitens der Partner auch gewünscht ist, der Abstimmungsaufwand jedoch möglichst effizient gestaltet ist. Persönliche Differenzen oder Misstrauen in die Absichten und/oder Kompetenzen der Beteiligten können ebenso Hinderungsfaktoren darstellen. Die erforderliche Transparenz der Partner untereinander kann auch als individuelles Risiko wahrgenommen werden, sich den weiteren Beteiligten, auch in Bezug auf mögliche Fehlentscheidungen, zu offenbaren. Darüber hinaus bestehen beim Austausch medizinischer Informationen datenschutzrechtliche und technische Hürden, die aber nicht prinzipieller Natur sind und mit entsprechenden finanziellen Ressourcen aufzulösen wären, vgl. auch Kapitel 2.4.

Bezüglich der „defensiven Pflege“ braucht es Reformen auf Bundesgesetzesebene. Eine Hürde stellt z.B. die Auseinandersetzung mit dem Arztvorbehalt dar, welcher im Heilpraktikergesetz verankert ist. Um das Berufsbild der Pflege zu stärken und die Kompetenzen zu erweitern, braucht es neben den Interessenvertretern der Pflege weitere Unterstützer aus dem Gesundheitswesen und der Bundesregierung, die sich für entsprechende Reformen einsetzen. Aktuell wird die Neujustierung der Aufgabenverteilungen zwischen den Berufen im Gesundheitswesen z.B. in einem Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen gefordert.

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

2.1.3. Adressaten

Pflegeheimbewohner, Pflegekräfte und Pflegeheimadministratoren, Ärzte, Physiotherapeuten, Krankenhäuser, Angehörige, ggfls. eigene Managementeinheiten

2.2. Bewertung von IV 2: Spezielle PSK-Bewohnerpfade

Die Entwicklung von speziell auf die Bedürfnisse von (chronisch erkrankten) Pflegeheimbewohnern abgestimmter, im Idealfall interdisziplinärer PSK-Bewohnerpfade (z.B. unter Nutzung spezieller Diagnostik, Therapien oder Geräte), stellt sowohl einen Weg innerhalb eines gemäß IV 1 gebildeten Netzwerks als auch eine indikationsorientierte Lösung zur PSK-Reduktion dar. Dabei sollte eine bessere medizinische und pflegerische Versorgung über die Behandlungskette des Krankheitsgeschehen von Pflegeheimbewohnern erreicht werden. Ausgangspunkt der Betrachtung ist der Bewohner des Altenpflegeheims und sein spezieller bzw. individueller Bedarf (14). PSK-Bewohnerpfade können eine Zielsetzung komplexer pflegerischer Aufgaben, sowie Handlungsspielräume und Handlungsalternativen vorgeben und eignen sich für Pflegeprobleme mit erheblichem Einschätzungsbedarf und Pflegehandlungen mit hohem Interaktionsanteil.

Bei jedem Bewohner wird ein initiales, multiprofessionelles PSK-Risiko-Assessment durchgeführt. Die Teilnehmer sind die zuständige Pflegefachkraft des Pflegeheimes und der behandelnde Hausarzt des Bewohners. Zugrunde gelegt werden die für den entsprechenden Bewohner in Absprache mit seinem Betreuer erstellte Pflegeplanung und die damit erhobenen PSK-Risikofaktoren, Daten aus dem Krankenblatt des behandelnden Hausarztes sowie ggfls. vorhandene fachärztliche Befunde. Diese Daten sollten in einer gemeinsamen Dokumentation gesammelt und den Berufsgruppen zugänglich gemacht werden. Zurzeit führen Pflegeheime zumeist eigene Dokumentationen (Pflegeplanung) und der Haus- beziehungsweise der Facharzt führt seine Patientendokumentation. Die entsprechenden Dokumentationsarten sind aber den anderen Berufsgruppen nicht zugänglich. Dadurch gehen oft für die andere Berufsgruppe relevante Informationen verloren.

Aus der Datensammlung der PSK-Risikofaktoren eines Bewohners, wird ein Maßnahmenplan erstellt und anhand der Risikofaktoren des Bewohners entschieden, welcher PSK-Bewohnerpfad zur Anwendung kommt. Treten mehrere Risikofaktoren auf, kann ein Bewohner auch mehrere Pfade gleichzeitig durchlaufen. Die PSK-Bewohnerpfade schreiben eine sektoren-übergreifende Zusammenarbeit vor. In den einzelnen PSK-Bewohnerpfaden ist jeweils eine fachübergreifende Fallkonferenz vorgesehen, in der die Wirksamkeit der Maßnahmen evaluiert wird und gegebenenfalls neue Maßnahmen zur Zielerreichung festgelegt werden. Diese Fachkonferenz ist jeweils nicht isoliert zu betrachten, sondern führt jeweils zurück zum PSK-Risiko-Assessment und zum Abgleich mit den Anforderungen der anderen PSK-Bewohnerpfade, die jeweils auf den Patienten zutreffen.

Beispielhafter PSK-Bewohnerpfad Sturzprophylaxe:

Stürze ereignen sich meistens als Verkettung intrinsischer, extrinsischer und verhaltensbedingter Risikofaktoren. Es steht außer Zweifel, dass Bewohner von Pflegeheimen ein erhöhtes Sturz-Risiko aufweisen. Die Häufigkeit von Frakturen in der PSK-Liste unterstreicht ebenso wie vergleichbare Auswertungen (15) das Handlungspotenzial. Für die „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

Pflege“ kann z.B. auf einen Expertenstandard nach § 113a-r SGB XI zurückgegriffen werden (16), daneben existiert auch ein eigens entwickelter Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (17).

Initial wird im Rahmen des PSK-Risiko-Assessment eine Bewertung in Bezug auf die Sturzgefährdung durch die Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung erstellt. Ergibt sich aus dem im Idealfall digital unterstützten Assessment ein erhöhtes Sturzrisiko, so wird dies in der Pflegedokumentation vermerkt und der behandelnde Hausarzt informiert. Der Hausarzt entscheidet, ob der betroffene Bewohner an spezieller Sturzprophylaxe durch einen Physiotherapeuten teilnehmen kann und soll. Die Sturzprophylaxe wird in der Einrichtung implementiert und als Gruppentherapie zweimal wöchentlich angeboten. Alle Bewohner mit einem erhöhten Sturzrisiko werden in einer multiprofessionellen Fallkonferenz besprochen. Die Konferenz setzt sich aus behandelnden Hausärzten, Neurologen, Orthopäden und Apothekern zusammen. Dort wird ein Maßnahmenplan für die Bewohner mit einem erhöhten Sturzrisiko erstellt, ggfls. die Medikation sturzvermeidend angepasst und in den Folgekonferenzen evaluiert. Sollte die Einweisung in eine Klinik unvermeidlich sein, werden das Sturzrisiko und die eingeleiteten Maßnahmen im Pflegeüberleitungsbogen vermerkt, um einen reibungslosen Sektorenübergang zu gewährleisten. Die Maßnahmen werden in der Klinik, so weit möglich, weiter fortgeführt. Bei einer Verlegung zurück in die Pflegeeinrichtung sind die durchgeführten Maßnahmen im Überleitungsbogen zu dokumentieren und in der Pflegeeinrichtung weiterzuführen. Sollte nach dem Klinikaufenthalt eine Veränderung des Allgemeinzustandes oder der Medikation stattgefunden haben, bekommt der Bewohner Priorität in der nächsten Fallkonferenz. Dort werden die Auswirkungen der Veränderung auf das Sturzrisiko besprochen und ein Maßnahmenplan zur Verringerung des Sturzrisikos erarbeitet. Kommt es zu einem Sturz des Bewohners (ohne Verletzung), wird dies in der Pflegeplanung vermerkt und sofort mit dem behandelnden Hausarzt ein Maßnahmenplan über geeignete Maßnahmen zur Sturzvermeidung ausgearbeitet. Auch diese Bewohnergruppe bekommt eine erhöhte Priorität in der nächsten Fallkonferenz.

Weitere potenzielle Anwendungsgebiete von PSK-Bewohnerpfaden wären z.B. integrierte PSK-Bewohnerpfade zu Inkontinenz, Dekubitus, Demenz oder altersangemessener Medikation (18).

2.2.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen

Notwendig für die Etablierung der Behandlungspfade wäre die Entwicklung eines zwischen den beteiligten Professionen konsens-validierten und an die regionalen und institutionellen Gegebenheiten angepassten, aber auf den vorhandenen Expertenstandards basierenden Standards der Zusammenarbeit. Es müsste ein auf die jeweiligen Berufsgruppen zugeschnittener Mix aus einfach und schnell umsetzbaren Maßnahmen (Checkliste, Post-Its auf Medikamenten oder Dokumenten, Kennzeichnungen an der Bewohnertür) und komplexen, langfristigen Maßnahmen (Fortbildungen, Software-Erweiterungen, Umbaumaßnahmen) entwickelt werden. Ein Bewohnerpfad beinhaltet die strukturierte Kooperation von Hausärzten und Fachärzten und auch die Kooperation mit Fachärzten unterschiedlicher Gebiete. Zusätzlich erfordert er im Rahmen des Überleitungsmanagements die Zusammenarbeit der Pflegekräfte aus Pflegeheim und Krankenhaus.

Eine digitale Kommunikationsplattform ist eine weitere wesentliche Voraussetzung. Es müsste eine gemeinsam geführte, digitale Bewohnerakte zur Förderung eines zeitnahen und verlässlichen

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

funktionierenden Informationsaustauschs zwischen Ärzten und Pflege sowie zur Dokumentation von Risikofaktoren und im Pflegeheim selbst durchführbaren Maßnahmen und Behandlungsprozeduren eingeführt werden. Diese digitale Bewohnerakte wird durch einen im Pflegeheim benannten Pflegekoordinator gepflegt, welcher der Primäransprechpartner für den Patienten sowie die weiteren an der Versorgung beteiligten Akteure ist. Daran angebunden sein könnten digitale Unterstützungsangebote, z.B. in Bezug auf die Vermeidung von Polypharmazie bzw. erkrankungs- und altersangemessener Medikation. An dem Arzneimitteltherapieprozess eines Patienten sind Ärztinnen bzw. Ärzte, Apothekerinnen bzw. Apotheker, Pflegekräfte und Angehörige weiterer Gesundheitsberufe beteiligt. Häufig verläuft der Arzneimitteltherapieprozess lückenhaft und ohne Abstimmung der jeweiligen Professionen (19). Es könnten regelhaft (Vergütung mit Verpflichtung zu einer Mindestteilnahmequote) digitale, interprofessionell besetzte Meetings organisiert werden, in der insbesondere ein Austausch zu offenen Fragen oder bestimmten Risikopatienten stattfindet. Pflegekräfte sind über die Vernetzung in ihrer Arbeit besser ärztlich unterstützt, haben weniger Stress und gewinnen mittel- bis langfristig selbst an Kompetenz.

2.2.2. Umsetzungshürden

Die Form der Zusammenarbeit im Rahmen eines PSK-Bewohnerpfades findet bisher in der Regel nur im Ausnahmefall, in einzelnen Modellprojekten und dann auch meist nur zeitbefristet statt. Sie wird in der Regelversorgung nicht vergütet, der durchaus erhebliche Organisations- und Administrationsaufwand obliegt dem Pflegeheim, aber dieses findet in der gegenwärtigen Regelversorgung dafür keine Anreize. Es handelt sich um ein Konzept standardisierter, längerfristiger, und gemeinsam aufeinander abgestimmter diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen und deren kontrollierte Umsetzung.

2.2.3. Adressaten

Pflegeheimbewohner, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Haus- und Fachärzte, Apotheker, Kliniken

2.3. Bewertung von IV 3: Vergütungssystem anpassen und leistungsgerechter gestalten

Wesentliches Strukturmerkmal des deutschen Gesundheitswesens ist die Trennung in verschiedene Sektoren, im Bereich der Leistungserbringung und in Bezug auf die Vergütung. Für eine Überwindung der Sektorengrenzen und zur Förderung einer stärkeren Qualitätsorientierung, müsste ein leistungsgerechteres Vergütungssystem finanzielle Anreize für koordinierte und hochwertige Versorgung und für Prävention bzw. im speziellen Anwendungsfall für Nicht-Hospitalisierung von Pflegeheimpatienten bieten (Vermeidungsbudget). Derartige Anpassungen müssten über das hinausgehen, was in *Pay-for-Performance* Modellen oder rein pauschalierten Vergütungssystemen zu erreichen versucht wurde. Vielmehr könnte es ein prospektives, sektorenübergreifendes Budget sein, das gleichermaßen risikoadjustiert, qualitätsgesichert und populationsbasiert ist - z.B. sektorenübergreifende *Bundled Payments* mit dem Ziel der PSK-Reduktion oder auf der Population der Pflegeheimbewohner basierte Budgets. Dabei könnten entweder alle Leistungsbereiche des Versorgungsprozesses oder nur einen Teil davon (z.B. nur ambulanter, stationärer und pflegerischer Bereich) für die Kalkulation des risiko-adjustierten PSK-Budgets genutzt werden. Das initiale

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

Budgetvolumen könnte auf Basis der historischen Kosten (z.B. ambulant, stationär, pflegerisch) der durch das Netzwerk behandelten Patienten definiert werden. Werden durch die Reduktion von PSK Einsparungen im stationären Bereich erreicht, müssen diese nach intern festzulegenden Regelungen an die teilnehmenden Partner verteilt werden, auch an die Krankenhäuser, die im Idealfall am Netzwerk mitwirken und ihre medizinischen Kompetenzen zugunsten der Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten einbringen, dann aber dafür auch angereizt werden müssten. Die Fortschreibung des Budgets nach Erreichen erster Effekte könnte z.B. über fixierte Prozentsätze, durch eine Hochrechnung z.B. auf Basis nationaler oder regionaler Trends oder gegenüber einer Kontrollgruppe bestimmt werden. Zusätzlich könnte das Ausgabenziel der PSK-Reduktion an das Erreichen zusätzlicher Qualitätszielen geknüpft werden, um Einsparungen nicht zulasten der Qualität der Versorgung zu realisieren.

2.3.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen

Es müssten kollektiv- oder selektiv-vertragliche finanzielle Anreize zur Prävention bzw. Nicht-Hospitalisierung von Pflegeheimpatienten geschaffen werden. Auf der Systemperspektive wäre der Morbi-RSA so anzupassen, dass die Möglichkeiten der Krankenkassen im Präventionsmanagement Überschüsse zu erzielen höher sind als in der gezielten Selektion von Versicherten (20). Zusätzlich hilfreich wäre die partielle Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung. Das würde bedeuten, die fachpflegerische, medizinische und rehabilitative Begleitung in der Krankenversicherung zu bündeln. Damit würde die sozialrechtliche Trennung von Behandlung, Rehabilitation und Pflege durchbrochen (21). Eine veränderte Struktur von Anreizen sollte begleitend umfangreich evaluiert werden.

2.3.2. Umsetzungshürden

Bei der Veränderung von Vergütungsstrukturen in Richtung von *Bundled Payments* oder populationsorientierten Budgets sind zahlreiche Hürden zu beachten (22). Es geht z.B. um Fragen

- wie Finanzierungsrisiken bzw. potenzielle Einsparungen/ Verluste zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern verteilt werden,
- ob und wie Einsparungen sich kausal einer komplexen Intervention zurechnen lassen,
- wie die Netzwerkpartner die Pauschalzahlungen leistungsgerecht aufteilen,
- wie regionale Variationen methodisch ausgeglichen werden sollen,
- wie Risikoselektion vermieden werden kann,
- wie Netzwerkpartner auf potenzielle Erlösverteilungen reagieren,
- ob Pflegeheimbewohner eine ausreichend stabile bzw. homogene Population zur Berechnung eines Budgets darstellen,
- wie Hochkostenpatienten, die innerhalb der Gruppe der Pflegeheimbewohner überdurchschnittlich häufig zu erwartenden sind, berücksichtigt werden,
- welche Leistungsbereiche pauschal und welche per Einzelleistung abgerechnet werden,
- ob neben Einsparungen zusätzlich zu erreichende Ziele festgelegt werden.

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

Die Zahl der aufgeworfenen Fragen und nötigen Veränderungsbedarfe weisen auf das Ausmaß an Hindernissen hin, das vor einer solchen Lösung zu bewältigen ist. Hinzukommt die Herausforderung der Anzahl der Personen für ein solches Modell, wenn dies im Rahmen von Selektivverträgen mit einzelnen Krankenkassen abgeschlossen werden soll. Im Regelfall dürfte die Anzahl der stationär Pflegebedürftigen zu klein sein, um die mit einer vertraglichen Lösung ausschließlich für diese Klientel verbundenen Transaktionskosten aus den erzielbaren Einsparungen und Verbesserungen zu rechtfertigen.

2.3.3. Adressaten

Politik, Gesundheitssystemwissenschaftler, Pflegeheimbetreiber, Ärzte, Netzwerkmanagement

2.4. Bewertung von IV 4: Gründung neuer Institutionen der medizinisch-pflegerischen Prävention und Versorgung

Jenseits einer spezialisierten Betrachtung von stationär Pflegebedürftigen ist an die Gründung neuer Institutionen der medizinisch-pflegerischen Prävention und Versorgung für ganze regionale Populationen (z.B. in der Größenordnung von 50.000 bis 100.000 Versicherten) zu denken, in denen die optimierte Unterstützung und Versorgung von stationär Pflegebedürftigen nur eine Teilmenge einer gesamten Intervention darstellen würde. Hieraus könnte sich eine wirtschaftlichere Lösung (erzielbare Einsparungen und Verbesserungen vs. Transaktionsaufwände) darstellen lassen. In der Konkretisierung des politisch diskutierten Konzepts der „Gesundheitsregionenverträge“ ist eine solche Ausarbeitung vorgelegt worden (23, 24). Ihre Kernelemente sind:

- Regionale, professionell aufgestellte Gesundheitskonferenzen übernehmen gemeinsam mit den jeweiligen Landkreisen bzw. kreisfreien Städte eine Schlüsselrolle: Sie erhalten regionale Gesundheitsdaten zur Versorgungsplanung und initiieren Verträge zwischen regionalen Akteuren („regionale Integrationseinheiten“) und Krankenkassen.
- „Regionale Integrationseinheiten“, d. h. z.B. neu zu gründende Managementgesellschaften (in Konsortien mit lokalen Akteuren) schließen mit den Krankenkassen Verträge über das regionale Management von Prävention, Behandlung und Rehabilitation nach einem erfolgsorientierten, vorgegebenen Vertragsmodell.
- Aus einem eigens zu gründenden „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ erhalten sie als durchlaufenden Posten durch die Krankenkassen eine Anschubfinanzierung, die nach einer ausreichend langen Anlaufphase zurückgezahlt wird.
- Ein bundesweites Monitoring macht die Ergebnisse transparent und führt zu einem „Wettbewerb der Regionen“ und der Krankenkassen um die beste Gesundheitsversorgung vor Ort.
- Sowohl Patienten als auch Akteure haben die Wahl, ob sie an den regionalen Versorgungslösungen teilnehmen möchten.

Beispiele für Pflegeheim-Lösungen als Teil von regionalen Lösungen existieren bereits seit längerem und werden in verschiedenen Settings aktuell weiterentwickelt (25).

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

2.4.1. Rahmenbedingungen/ Voraussetzungen

Jenseits der gegenwärtig bereits möglichen selektivvertraglichen Lösungen der Integrierten Versorgung nach §140a SGB V mit ihrer Reichweite auf einzelne Krankenkassen bzw. Gruppen von Krankenkasse und der Anschlussmöglichkeit der SPV würde optimalerweise eine regionale Gesamtlösung für alle Kranken- und Pflegekassen geschaffen werden. In diesem Fall würde das ärztliche wie pflegerische Verhalten nicht differenziert nach solchen Patienten, die in die Integrierte Versorgung eingeschlossen und solchen, die nicht darin eingeschlossen sind. Durch ein langfristiges Vertragswerk, das eine Institution der medizinisch-pflegerischen Prävention und Versorgung (z.B. eine Managementgesellschaft) an den verbesserten wirtschaftlichen Ergebnissen der Krankenkassen beteiligt, würde ein finanzieller Anreiz zur Prävention bzw. Nicht-Hospitalisierung von Pflegeheimpatienten genauso wie aber auch zur insgesamt besseren Versorgung der Gesamtpopulation geschaffen werden. Auch in diesen Fall wäre auf der Systemperspektive eine Anpassung des Morbi-RSA von Vorteil, um sicherzustellen, dass die Möglichkeiten der Krankenkassen im Präventionsmanagement Überschüsse zu erzielen höher sind als in der gezielten Selektion von Versicherten. Ebenfalls hilfreich wäre die partielle Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung. Das würde bedeuten, die fachpflegerische, medizinische und rehabilitative Begleitung in der Krankenversicherung zu bündeln. Damit würde die sozialrechtliche Trennung von Behandlung, Rehabilitation und Pflege durchbrochen. Auch dafür ließe sich aber bei einer Gesamtbeteiligung der GKV und damit auch der Pflegekassen eine Lösung entwickeln, die für konkrete Regionen ohne große gesetzgeberische Veränderung eine kurzfristige Beteiligungsmöglichkeit schafft.

2.4.2. Umsetzungshürden

Krankenkassen sind es gewohnt, Verträge zur wettbewerblichen Differenzierung untereinander zu nutzen. Es gibt nur wenige Beispiele, in denen sich zahlreiche bzw. alle Krankenkassen auf einen analogen Vertrag geeinigt haben (so z.B. in der Integrierten Versorgung der Menschen mit Behinderungen in den evangelischen Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen). Ein weiteres Hindernis stellt das aufzubringende Investitionskapital dar. Bis die Einspareffekte zum einen eintreten und zum anderen messbar sind und in einer Höhe auftreten, dass sie die Investitionsaufwände übertreffen, ist mit einem Zeitraum von 3-4 Jahren zu rechnen. Auch wenn mittels Abschlagsbeträgen durch die Krankenkassen das Vorabinvestment verringert werden kann, muss doch mit einem siebenstelligen Betrag als Vorabfinanzierung gerechnet werden.

2.4.3. Adressaten

Politik, Gesundheitssystemwissenschaftler, Pflegeheimbetreiber, Ärzte, Netzwerkmanagement, Krankenhaus, neue Institutionen der medizinisch-pflegerischen Prävention und Versorgung

3. Diskussion, Limitationen

Die Vermeidung von PSK ist ein wichtiger Baustein zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen in einer einerseits im Vergleich zu ambulant-sensitiven Krankenhausfällen (26) sehr gut abgrenzbaren, aber andererseits eher volatilen und hinsichtlich der Morbiditätslast komplexen Population (27). Die in der

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

wissenschaftlichen Community diskutierte Überwindung der Sektorengrenzen ist in der Versorgungsrealität zudem (noch) nicht ausreichend angekommen, um den wesentlichen Gedanken der professionellen Netzwerkbildung rund um Pflegeheimbewohner umfassend und schnell umzusetzen. Wesentliche praktische Limitationen der Umsetzung wurden bereits unter den jeweiligen Interventionen diskutiert. Mit dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses hat der Gesetzgeber ein Mittel geschaffen, um dennoch Lösungen heute schon zu erproben und wissenschaftlich begleiten zu lassen. Die Zeitbegrenzung der Förderung aus dem Innovationsfonds auf vier Jahre ist allerdings für Veränderungslösungen, die auch kulturelle Prägungen und zahlreiche Hindernisse aus dem Weg räumen müssen, eine große Herausforderung.

4. Schlussfolgerungen, Ausblick

Eine Fortführung der Arbeiten zur Vermeidung von PSK erscheint angesichts der zu erwartenden Dynamik von Alterung, Kostensituation und der finanziellen Belastung der Sozialsysteme wie aber auch der Notwendigkeit aus der Patientenperspektive zwingend. Folgende Optionen drängen sich dafür auf:

- a) Eine genauere, zunächst theoretische Abschätzung der wirtschaftlichen Netto-Einsparpotenziale nach einer Gegenrechnung der für deren Erzielung notwendigen Aufwände in Pflegeheimen und für die digitale Infrastruktur, die technische, administrative sowie zusätzliche ärztlich-pflegerische Betreuung. Hier würde der Gutachter vorschlagen, sowohl Praktiker wie auch Experten über ein dreistufiges Delphi-Verfahren zu einem Konsensus zu bringen.
- b) Ein auf acht Jahre angelegtes Modellprojekt zur Vermeidung von PSK in ausgewählten Pilot-Pflegeheimen, um die wissenschaftlich sehr differenziert und methodisch sehr gut aufgearbeiteten Ergebnisse des Forschungsprojektes dahingehend zu überprüfen, ob die vermuteten Einsparpotenziale sich auch in der Versorgungsrealität erschließen lassen. In der Umsetzung eines Pilotprojektes sollte ein eher radikaler Veränderungsansatz gewählt werden, anstatt in der Umsetzung inkrementeller Änderungen an den Beharrungstendenzen des bestehenden Systems zu scheitern und in der Konsequenz keine klare Position zwischen Systemausnutzung und Systemveränderung einzunehmen. Sofern mehrere Pflegeheime, was wünschenswert wäre, in der Zielsetzung, PSK zu vermeiden, unterschiedliche der potenziellen Vermeidungsinterventionen verfolgen oder unterschiedliche Schwerpunkte setzen, ist die Zielerreichung auch von der Fähigkeit abhängig, schnell Erfolge untereinander zu kommunizieren und zu adaptieren. Letzteres könnte ggfs. durch eine koordinierende Instanz bzw. eine Begleitevaluation ermöglicht werden. Es geht dabei um die kluge Kombination von *Enablern* (digitale Vernetzung, Telemedizin) und erfolgversprechenden Strategien und Management-Kompetenzen. Wesentlich sind außerdem unterstützende Datenanalytik (Risiko-Assessment, kurzfristige Erfolgsmessung, Benchmarking), Qualifizierung von Netzwerkpartnern, Bildung von Vertrauen und Überwindung von Veränderungsängsten und gewohnten Mustern. Da derartige Veränderungen eng mit einem kulturellen Wandel der Leistungserbringer innerhalb des Systems verbunden sind und ein solcher nicht unmittelbar angeordnet werden kann, wird ein Teil der Erfolge erwartungsgemäß erst in der mittel- bis langfristigen Perspektive erkennbar.

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

- c) Die Entwicklung eines Modul-Baukastens für die Integration von PSK-Lösungen in Modelllösungen der „Gesundheitsregionenverträge“ nach dem unter 2.4. beschriebenen Modell (28).

5. Literaturreferenzen

- (1) Grabowski, DC/Stewart, KA/Broderick, SM/Coots, LA (2008): Predictors of nursing home hospitalization: a review of the literature. *Med Care Res Rev*, 65 (1): 3-39.
- (2) Ouslander, JG/Lamb, G/Perloe, M et al. (2010): Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. In: *J Am Geriatr Soc*, 58 (4): 627-35.
- (3) O'Neill, B/Parkinson, L/Dwyer, T/Reid-Searl, K (2015) Nursing home nurses' perceptions of emergency transfers from nursing homes to hospital. In: *Geriatr Nurs*, 36 (6): 423-30.
- (4) Stiefler, S/Seibert, K/ Domhoff, D/Wolf-Ostermann, K/Peschke, D (2021): Prädiktoren für den Eintritt in ein Pflegeheim bei bestehender Pflegebedürftigkeit – Eine Sekundärdatenanalyse im Längsschnittdesign. *Das Gesundheitswesen*. doi: 10.1055/a-1276-0525.
- (5) Studdert, DM/Mello, MM/Sage, WM et al. (2005): Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. *JAMA* ;293(21):2609–2617. doi:10.1001/jama.293.21.2609.
- (6) Jeon, B/Tamiya, N/Yoshie, S/Iijima, K/Ishizaki, T (2018). Potentially avoidable hospitalizations, non-potentially avoidable hospitalizations and in-hospital deaths among residents of long-term care facilities. In: *Geriatrics & Gerontology International*, 18(8), 1272-1279.
- (7) Bodenheimer, T/ Sinsky, C (2014) From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. In: *Ann Fam Med*. 12(6):573-576. doi:10.1370/afm.1713.
- (8) Landgraf, I (2017): Strategien zur Verbesserung der Versorgungssituation in stationären Pflegeeinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der Arzneimittelversorgung und Arzneimitteltherapiesicherheit. Dissertation, abrufbar unter: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/5011/Diss.I._Landgraf.pdf?sequence=1
- (9) Balzer, K/Butz, S/Bentzel, J et al. (2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Report, 1864-9645.
- (10) Laag, S/Müller, T/Mruck, M (2014): Verantwortung gemeinsam tragen – Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimpatienten braucht eine Neuordnung. *Gesundheitswesen aktuell – Beiträge und Analysen*. BARMER GEK. 292-309.
- (11) Klie, T (2021): Vorbehaltsaufgaben und Heilkundeübertragung - Pflege in neuer Verantwortung. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 67 (1), 33–45.
- (12) Robert-Bosch-Stiftung GmbH (2021): Community Health Nursing- Wegweiser für die Etablierung in Deutschland, abrufbar unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-04/Wegweiser_Community_Health_Nursing_1.pdf
- (13) Swica Krankenversicherung AG (2021): Telemedizin TytoHome, abrufbar unter: <https://www.swica.ch/de/private/gesundheit/medizinische-hilfe/telemedizin/tytohome#untersuchungsspektrum999>

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

- (14) Klie, T (2020): Care und Case Management - Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit. In: Jacobs, K/Kuhlmei, A/Greß, S/Klauber, J/Schwinger, A (ed.): Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Heidelberg: Springer-Verlag, 165–176.
- (15) Behrendt, S. (2021) Multisektorale Schnittstelle: Hospitalisierungen von Pflegeheimbewohnenden mit Schwerpunkt Sturz. In: Klauber, J/Wasem, J/Beivers, A/Mostert, C (ed.): Krankenhaus-Report 2021. Springer, Berlin. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_14.
- (16) Büschner, A/ Blumenberg, P/ Krebs, M/Stehling, H (2020): Expertenstandard nach § 113a SGB XI, „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ - Aktualisierung 2020, abrufbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Expertenstandards_113/Expertenstandard_Erhaltung_Foerderung_Mobilitaet_Pflege_201119.pdf
- (17) Blumenberg, P/Büscher, A/Krebs, M/Moers, M/Möller, A/Schiemann, D/Stehling, H (2013): Expertenstandard - Sturzprophylaxe in der Pflege – Aktualisierung 2013. abrufbar unter: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Sturzprophylaxe_in_der_Pflege/Sturz-Akt_Auszug.pdf
- (18) Schulte, T/Rabenberg, A/Hildebrandt, H/ Bohnet-Joschko, S/Wehling, M (2019): FORTA: Ein Algorithmus zur Bewertung und Optimierung der Arzneimitteltherapie älterer Patienten. In: Monitor Versorgungsforschung 05/2019: 65-70.
- (19) Schulte, T/Rabenberg, A/ Wehling, M/Gröne, O/Hildebrandt, H (2020): Mit patienten-individueller Analyse die optimale Medikation finden. In: Welt der Krankenversicherung 12/2020, ISSN: 2193-4479, 308-312.
- (20) Jahn, R/Lux, G/Walendzik, A/ Wasem, J (2009): Weiterentwicklung des RSA zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. In: Diskussionsbeitrag, Nr. 175, Universität Duisburg-Essen, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, 09/2009, abrufbar unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/32118/1/610129082.pdf>
- (21) Gesundheitspolitische Kommission der Heinrich Böll Stiftung (2013): Wie geht es uns morgen - Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. In: Schriften zu Wirtschaft und Soziales, Band 11, ISBN 978-3-86928-108-7.
- (22) Schulte, T/Pimperl A/Hildebrandt, H/Bohnet-Joschko, S (2017): Accountable Care Organizations als neue Form der Kooperation mit Verantwortungsübernahme. In: Brandhorst A/Hildebrandt H/Luthe EW (ed.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden. Springer VS. 535-551.
- (23) Hildebrandt, H/ Bahrs, O/Borchers, U/Glaeske, G/Griewing, B/Härter M et al. (2020a): Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene - Teil 1. In: Welt der Krankenversicherung, 9 (7-8), 164–172.
- (24) Hildebrandt, H/ Bahrs, O/Borchers, U/Glaeske, G/Griewing, B/Härter M et al. (2020b): Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene - Teil 2. In: Welt der Krankenversicherung, 9 (9), S. 210–219.
- (25) Gesundes Kinzigtal GmbH (2012): Programmblatt Zu ÄrztePlusPflege, abrufbar unter <https://de.scribd.com/document/152713512/Gesundes-Kinzigtal-Programmblatt-zu-ArztePlusPflege>

Anlage 14. Gutachten aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung

- (26) Kurte, MS/Blankart, KE (2019): Ambulant-sensitive Krankenhausfälle in Deutschland – Abgrenzung, Prävalenz und Kosten. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2019; 24(06): 277-291. DOI: 10.1055/a-0890-9600
- (27) Lewin, P/Lange, L/Schulte, T/Hildebrandt, H (2018): Regionale Unterschiede in der Pflegesituation sowie Analysen relativ zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. In: Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. DAK Pflegereport 2018. Heidelberg. medhochzwei Verlag.
- (28) Hildebrandt, H et al (2021): Integrierte Versorgung – Jetzt! Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert: Hildebrandt H, Stuppardt R (Hg). "Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert" medhochzwei-Verlag (in Druck, aktuell schon lesbar unter: https://optimedis.de/files/Zukunftskonzept/Buch_Auftaktartikel_Integrierte_Versorgung_Jetzt_Entwurf.pdf)



**GUTACHTEN FÜR DAS PROJEKT
„BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG VON
PFLEGEHEIMBEWOHNERN DURCH
REDUKTION PFLEGEHEIMSENSITIVER
KRANKENHAUSFÄLLE (PSK)“
Rechtswissenschaften**

Exposé

Die ärztliche Versorgung von Heimbewohner*innen ist seit Jahrzehnten ein Dauerbrenner in der geriatrischen und Pflegeheimdebatte. Gute Beispiele zeigen, wie eine weithin optimale heimärztliche Versorgung mit einer geringen Quote von Krankenhauseinweisungen möglich ist. In der Fläche überwiegen Desiderate, die zulasten der Heimbewohner*innen gehen. In der Expertise werden die vielfältigen Möglichkeiten der sozialleistungsrechtlichen Absicherung von heimärztlichen Versorgungskonzepten dargelegt, die Verwobenheit mit haftungs-, berufs- und heimrechtlichen Fragen deutlich gemacht und Hinweise darauf gegeben, wie Schritte in Richtung einer Verbesserung und Aufnahme der in dem PSK-Projekt gesammelten Erfahrungen möglich sein könnten.

Prof. Dr. habil. Thomas Klie
klie@eh-freiburg.de

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Dieses Projekt wird mit Mitteln des
Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss
unter dem Förderkennzeichen 01VSF18026 gefördert.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Inhalt

1. Thematischer Hintergrund	2
1.1. Fachbereich	2
1.2. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten	3
2. Potenziale der Vermeidung von pflegeheimsensitiven Krankenhausfälle (PSK)	11
2.1. Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden	11
2.1.1. Umsetzungshürden	15
2.1.2. Adressaten	15
2.2. Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte	17
3. Literaturreferenzen	19
Anlagen	25
Anlage 1 Versicherteninformation der AOK Niedersachsen zum Vertrag zur Integrierten Versorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe - Besondere Versorgung - gemäß §140b SGB V vom 08.04.2003 – IMD	25
Anlage 2 IVP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg	25

1. Thematischer Hintergrund

1.1. Fachbereich

Die Expertise beleuchtet aus rechtswissenschaftlicher Sicht die mit der ärztlichen Versorgung und den Potentialen der Vermeidung von pflegeheimsensitiven Krankenhausfällen verbundenen Rechtsfragen. Dabei werden aus rechtswissenschaftlicher Perspektive unterschiedliche Rechtsgebiete berührt. Im Vordergrund stehen sozialrechtliche Fragen. Fragen der Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen, sozialrechtlich provozierte Sektorengrenzen und Schnittstellenprobleme werden ebenso in die Analyse einbezogen wie leistungsrechtliche Restriktionen, aber auch Handlungsspielräume für die an einer Versorgung und Behandlung von auf Pflege angewiesenen Menschen in Pflegeheimen Beteiligten, die mit Einfluss haben respektive Verantwortung dafür tragen, dass vermeidbare Krankenhausaufnahmen vermieden werden. Dabei sind sowohl *de lege lata* als auch *de lege ferenda* Überlegungen zur Nutzung der sozialleistungsrechtlichen Optionen einzubeziehen, wie auch die möglicherweise notwendigen Korrekturen im Leistungsrecht. Dabei werden die sozialleistungsrechtlichen Fragen aus dem Bereich des SGB V, aber auch das SGB XI einbezogen. Fragen, die sich aus dem Recht der privaten Krankenversicherung ergeben, müssen außen vor bleiben.

Relevante Rechtsfragen ergeben sich weiterhin aus der Perspektive der Patient*innenrechte und des Erwachsenenschutzes. Handelt es sich doch bei Bewohner*innen von stationären Pflegeeinrichtungen um eine hochvulnerable Gruppe. Gerade unter den Vorzeichen der Corona-Pandemie hat sich dies in aller Deutlichkeit gezeigt. Jede ärztliche Heilbehandlung, jede Krankenhauseinweisung tangiert Patient*innenrechte. Fragen der Indikation ärztlicher Behandlungen, von Krankenhauseinweisungen, Fragen der Aufklärung, der Einwilligung, der stellvertretenden oder assistierten Entscheidungsfindung stellen sich sowohl in pflegerischen, als auch in ärztlichen Behandlungs- und Unterstützungskontexten. Patient*innenrechte und Fragen des Erwachsenenschutzes berühren sowohl die im BGB geregelten Patient*innenrechte, das Arzthaftungsrecht, das Haftungsrecht der Pflege, aber auch und in besonderer Weise betreuungsrechtliche Fragen. Auch Aspekte der Behindertenrechtskonvention sind in diesem Zusammenhang relevant.

Weiterhin werden heimrechtliche Problemzonen berührt. Die Fragen der Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung in Heimen ist auch Gegenstand heimrechtlicher Normierungen und von Anforderungen an den Betrieb von stationären Pflegeeinrichtungen. Wie sich die heimrechtlichen Verpflichtungen zu den sozialleistungsrechtlichen Verantwortlichkeiten und leistungserbringungsrechtlichen Rahmenbedingungen verhalten, gilt es in den aufgeworfenen Fragestellungen mit zu berücksichtigen. Dabei sind nicht nur Fragen des öffentlichen Heimrechts, sondern auch des zivilrechtlichen Heimrechts berührt. Werden doch die heimrechtlichen Verpflichtungen limitiert durch das, was in den sozialleistungserbringungsrechtlichen Vorgaben einerseits und andererseits in den zivilrechtlichen Leistungsversprechen geregelt wird.

Auch stellen sich im Zusammenhang mit den in dem Innovationsfondsprojekt aufgeworfenen Fragen solche berufsrechtlicher Art. Welche Aufgaben der gesundheitlichen, medizinischen, heilkundlichen und pflegerischen Versorgung sind von welcher Berufsgruppe zu verantworten? Wie können die Kooperationen zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen insbesondere denen der Medizin und der (Fach-)Pflege gestaltet werden? Durch die aktuell diskutierten Fragen der Heilkundeübertragung auf Pflegefachkräfte und die relativ neue Normierung der Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege stellen sich hier relevante Fragen berufsrechtlicher Art.

Schließlich stellen sich datenschutzrechtliche Fragen, da es immer (auch) um die Einhaltung ethischer und datenschutzrechtliche Aspekte geht, wenn Kooperationen gestaltet, Informationsaustausch organisiert und IT-unterstützt verbessert werden sollen. Gerade hier, in der Digitalisierung der Informationsflüsse, in der vernetzten Zusammenarbeit werden Fragen des Datenschutzes, aber auch

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

der beruflichen Schweigepflicht aufgeworfen, die dann wiederum unmittelbar verbunden sind mit den Anforderungen an das jeweilige Aushandlungsgeschehen mit den jeweiligen Patient*innen oder ihren (gesetzlichen) Vertreter*innen.

Damit ist das wesentliche Spektrum der rechtswissenschaftlich zu betrachtenden Fragen skizziert.

1.2. Bisheriger Stand und Schwierigkeiten

Das Thema der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen ist ein Dauerbrenner in der deutschen Langzeitpflege.¹ Auch wenn vielfach nachgewiesen werden konnte, etwa in Berlin² oder in Aalen³, dass durch eine konzeptionell abgesicherte ärztliche Versorgung von Heimbewohner*innen Krankenhausaufenthalte vermieden und Kosten gespart werden konnten, haben sich entsprechende Modelle nicht durchgesetzt. Trotzdem hat sich grundlegend an der Problematik der ärztlichen Versorgung in Heimen nichts geändert. Im Rahmen des PSK-Projektes wird in sehr differenzierter Weise herausgearbeitet, für welche typischen Diagnosegruppen, Behandlungsverläufe und medizinischen sowie diagnostischen Bedarfe Möglichkeiten der Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Heimen bestehen (können) mit den unbestrittenen Einsparoptionen im Bereich der GKV für die Krankenhausversorgung von Pflegeheimbewohner*innen.

Die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen werden in der nachfolgenden Übersicht dargestellt.

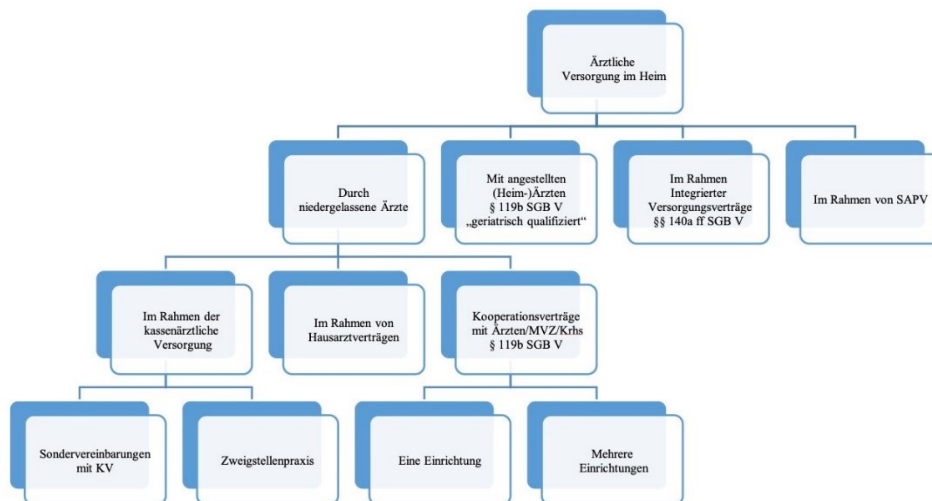


Abbildung 1: Sozialrechtliche Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen | Klie o. J. (unveröffentlichtes Manuskript)

Im empirischen Regelfall erfolgt die ärztliche Versorgung von Heimbewohner*innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch niedergelassene Ärzt*innen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung. Den niedergelassenen Ärzt*innen stehen für die diagnostischen, therapeutischen aber auch

¹ Tews 1981; Klie 1990.

² Berliner Heimarztmodell: <https://www.berlinerprojekt.de/> [Abruf vom 19.03.2021]; Heimarzt-Modell empfiehlt sich als Blaupause. Online unter: <https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Heimarzt-Modell-empfeht-sich-als-Blaupause-254249.html> [Abruf vom 19.03.2021].

³ Arend und Klie 2017; KWA Kuratorium Wohnen im Alter 2015.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Beratungsaufgaben eine Reihe von Abrechnungsziffern zur Verfügung, die in nachfolgender Übersicht wiedergegeben werden.

Pflegeheimversorgung: Die neuen Leistungen im Überblick					
Fachrichtungen Wer welche neuen Leistungen abrechnen kann	Neues EBM-Kapitel 37 Kooperations- und Koordinierungsleistungen in Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag				
	Gebührenordnungspositionen (GOP) und Bewertung				
	GOP 37100 125 Punkte	GOP 37102 125 Punkte	GOP 37105 275 Punkte	GOP 37113 106 Punkte	GOP 37120 64 Punkte
Hausärzte: ▪ FA für Allgemeinmediziner ▪ Internisten ohne Schwerpunkt ▪ Praktische Ärzte ▪ Ärzte ohne Gebietsbezeichnung	X	X	X	X	X
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin	X	X	X	X	X
FÄ für Augenheilkunde	X	X		X	X
FÄ für Chirurgie	X	X		X	X
FÄ für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin	X	X		X	X
FÄ für Hals-, Nase- und Ohrenheilkunde	X	X		X	X
FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten	X	X		X	X
Internisten mit und ohne Schwerpunkt (fachärztlicher Versorgungsbereich)	X	X		X	X
FÄ für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	X	X		X	X
FÄ für Neurologie	X	X	X	X	X

Abbildung 2: Pflegeheimversorgung - Leistungen im Überblick - Teil 1 (Stand: 30.06.2016) | Quelle:
https://www.kbv.de/media/sp/Pflegeheimversorgung_Uebersicht.pdf [Abruf vom 31.03.2021]

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Pflegeheimversorgung: Die neuen Leistungen im Überblick					
Fachrichtungen Wer welche neuen Leistungen abrechnen kann	Neues EBM-Kapitel 37 Kooperations- und Koordinierungsleistungen in Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag				
	Gebührenordnungspositionen (GOP) und Bewertung				
	GOP 37100 125 Punkte	GOP 37102 125 Punkte	GOP 37105 275 Punkte	GOP 37113 106 Punkte	GOP 37120 64 Punkte
FÄ für Nervenheilkunde	x	x	x	x	x
FÄ für Neurologie und Psychiatrie	x	x	x	x	x
FA für Orthopädie / FA für Orthopäden und Unfallchirurgie	x	x		x	x
FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie	x	x	x	x	x
FÄ für Urologie	x	x		x	x
FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin	x	x		x	x

Abbildung 3: Pflegeheimversorgung - Leistungen im Überblick - Teil 2 (Stand. 30.06.2016) | Quelle:
https://www.kbv.de/media/sp/Pflegeheimversorgung_Uebersicht.pdf [Abruf vom 31.03.2021]

Das für die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen maßgebliche Leitbild ist die Behandlung durch den jeweiligen Hausarzt, der frei von den Heimbewohner*innen gewählt und gegebenenfalls die ärztliche Versorgung bereits vor dem Heimeintritt verantwortet hat. Dieses Leitbild der hausärztlichen Versorgung der Heimbewohner*innen unterstreicht das moderne in Altenhilfekonzepten zugrundeliegende Anliegen der Wohnorientierung und der Normalisierung: Heimbewohner*innen wohnen im Heim, sollen nach Möglichkeit ihre sozialräumlichen Kontakte und Vertrauensbeziehungen fortsetzen und weiterleben können. Dies gilt auch für die ärztliche Versorgung. In der Praxis führt dies allerdings nicht selten dazu, dass Heime mit einer Vielzahl unterschiedlicher Hausarzt*innen konfrontiert sind. Eine koordinierte Versorgung der Heimbewohner*innen wird dadurch erschwert. Auch stellt sich die Frage der geriatrischen Qualifikationen, die regelhaft vorausgesetzt werden muss. Sie ist nicht bei allen Hausarzt*innen in gleicher Weise gegeben. Auch wird die an sich bestehende Verpflichtung zum Hausbesuch bei nicht mobilen Heimbewohner*innen nicht immer und in bedarfsgerechter Weise eingelöst. Die Organisation des Arztbesuches stellt Heime vor logistische aber auch Ressourcenfragen, die vielfach nicht hinreichend geklärt sind.⁴ Eine eigene Problematik ergibt sich aus der fachärztlichen Versorgung. Bei den typischerweise multimorbiden Heimbewohner*innen spielt die fachärztliche Versorgung: sei es aus der Orthopädie, der Urologie, der Gynäkologie sowie der Neurologie und der Psychiatrie, eine zentrale Rolle. Auch sie lässt sich in der klassischen kassenärztlichen Versorgung nicht überall und ohne weiteres gewährleisten, auch wenn es im Rahmen kassenärztlicher Versorgungskonzepte und -praktiken gute Beispiele gibt, wie auf örtlicher und regionaler Ebene eine vertrauensgeprägte Kooperation gewährleistet werden kann.⁵ Je nach ärztlicher Versorgungsdichte in den Regionen stellen sich neben Kooperationsfragen und Fragen der finanziellen Anreize auch Fragen der verfügbaren Kapazitäten. Im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung sind Sondervereinbarungen mit kassenärztlichen Versorgungseinrichtungen ebenso bekannt wie die Zulassung von Zweigstellenpraxen in größeren stationären Pflegeeinrichtungen, die ihren Beitrag dazu leisten sollen und können, dass

⁴ Klie 2011, 2012.

⁵ KWA Kuratorium Wohnen im Alter 2015.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

aufwendige Praxisbesuche vermieden, Untersuchungen vor Ort durchgeführt, Wegezeiten eingespart und fachärztliche Konsultation möglich werden. Die Kooperationsverträge sehen bisweilen auch die Koordination unter den behandelnden Ärzt*innen vor.

Als Antwort auf die Probleme der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen hat der Gesetzgeber mit dem sog. Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 einen eigenen Ermächtigungstatbestand zur ambulanten ärztlichen Versorgung der Heimbewohner*innen geschaffen.⁶ Die Vorschrift reflektiert die Defizite der hausärztlichen Versorgung für Heimbewohner und soll insbesondere in Regionen mit geringer Hausarztichte einen Beitrag zur ausreichenden Versorgung in Pflegeheimen leisten. Die Regelung sieht als erste Option die Vermittlung bzw. den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen Arztpraxen und Einrichtungen vor. Die Verträge soll die jeweilige kassenärztliche Vereinigung vermitteln, so sie nicht eigenständig verhandelt und abgeschlossen werden (können). Sie schränken die freie Arztwahl der Bewohner*innen nicht ein, sollen aber die Qualität der Versorgung verbessern und gewährleisten. Der Abschluss der Kooperationsvereinbarung geschieht in der Regel mit einer Arztpraxis, kann sich allerdings auch auf mehrere niedergelassene Ärzt*innen und MVZs beziehen. Auch für die zahnärztliche Versorgung sind entsprechende Kooperationsverträge inzwischen verbreitet. Bestehende Kooperation können fortgesetzt werden.⁷ Sie können auch in der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V, der besonderen ambulanten Versorgung gem. § 73c SGB V oder in der besonderen Versorgung gem. § 140 a SGB V geregelt sein.⁸ Die Kooperationsverträge zwischen niedergelassenen Ärzt*innen respektive MVZs und Krankenhäusern einerseits und stationären Pflegeeinrichtungen andererseits können sich auf eine, aber auch auf mehrere Einrichtungen eines Trägers oder in einer Region beziehen. Kommt nach drei Monaten ein von der Kassenärztlichen Vereinigung angefragter Kooperationsvertrag nicht zustande, kann die vollstationäre Pflegeeinrichtung einen Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung stellen, § 119b Abs. 1 S. 3 und 4 SGB V stellen. Diese zweite Option, die Anstellung von (Heim-)Ärzt*innen gem. § 119b Abs. 1 S. 3 SGB V, die über eine besondere geriatrische Qualifikation verfügen müssen, ist nur dann vorgesehen und zulässig, wenn ansonsten die kassenärztliche Versorgung für die Heimbewohner*innen gewährleistet ist.

Neben der Versorgung durch niedergelassene Ärzt*innen kommt die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Heimen durch angestellte Heimärzt*innen in Betracht. Heimärzt*innen verfügen über eine lange Tradition. Ob in den ehemals staatlichen Pflegeheimen in Hamburg, ob in den Krankenwohnheimen in Berlin oder den städtischen Pflegeeinrichtungen in Köln: Sie verfügten über angestellte Heimärzt*innen, die die ärztliche Versorgung der Heimbewohner*innen gewährleisten. Heimärzt*innen stehen in der Tradition klinikähnliche Strukturen in der vollstationären Pflege, gewissermaßen Anstaltstraditionen. Heimärzt*innen kamen in der Vergangenheit nicht selten eine klinikärzt*innenähnliche Funktion zu, mit zum Teil weitreichenden Anordnungsbefugnissen, auch den ihnen gegenüber seinerzeit nachgeordneten Pflegekräften. Heimärzt*innen haben aber, wie eine Reihe von Beispielen zeigten, auch nach Einführung der Pflegeversicherung zu einer besonderen Qualität der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen beitragen können. Hierfür stehen in besonderer Weise die Konzepte „Heimärztliche Versorgung“ im ehemaligen Landesbetrieb „Pflegen und Wohnen“ der Freien und Hansestadt Hamburg. Die Finanzierung der Heimärzt*innen erfolgt in der Regel nicht über die Krankenkassen, sondern aus den Pflegesätzen der Heime und dies in der Tradition des Ruhens von Ansprüchen von „Insassen“ von Heimen in puncto Krankenpflege gem. § 216 Reichsversicherungsordnung a.F.⁹

⁶ Vgl. Sonnhoff in: Hauck/Noftz SGB V § 119 Rz. 2.

⁷ Vgl. BT-Drs. 16/8525, S. 106.

⁸⁸ Vgl. Sonnhoff in: Hauck/Noftz SGB V § 119 Rz. 10.

⁹ Klie 1990.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Wegen der fehlenden Passfähigkeit zum Vergütungsrecht der Kassenärzt*innen mussten Konzepte der heimärztlichen Versorgung mit Einführung der Pflegeversicherung fast überall aufgegeben werden. Im Land Berlin konnten die Konzepte modifiziert und zum Teil wissenschaftlich begleitet fortgesetzt werden und dies mit ausgesprochen bemerkenswerten Ergebnissen, was die Vermeidung von Krankenhausaufhalten anbelangt.¹⁰ Durchgesetzt haben sich die Heimärzt*innen allerdings nicht. Ihre „Zulassung“ setzt nach der sie ggf. ermöglichenden Regelung des § 119b SGB V voraus, dass festgestellt wird, dass die ärztliche Behandlung der Bewohner*innen von vollstationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht sichergestellt werden kann.¹¹ Je nach Größe der Einrichtung kommt in diesen Fällen eine Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung von Heimärzt*innen in Betracht, die bei den Heimen angestellt werden, refinanziert über die kassenärztliche Versorgung.

Eine weitere Option für die Gewährleistung der ärztlichen Versorgung von Heimbewohner*innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen besteht im Rahmen des Abschlusses von integrierten Versorgungsverträgen resp. besonderen Versorgungsverträgen gem. §§ 140a ff. SGB V. Der erste integrierte Versorgungsvertrag für eine stationäre Behinderteneinrichtung wurde in Niedersachsen abgeschlossen.¹² Für den Bereich der stationären Pflege ist der integrierte Versorgungsvertrag Pflege der AOK Baden-Württemberg bekannt, der in den Regionen Stuttgart und Esslingen abgeschlossen wurde.¹³ Der sogenannte IVP sieht nicht nur die Vergütung der ärztlichen Leistung vor, wie dies die Verträge gem. § 119b SGB V tun. Er reflektiert auch den Aufwand, der in den Einrichtungen der vollstationären Pflege seitens der Pflegekräfte aber auch der Administration entsteht. Er gibt auf diese Weise gewisse Anreize für die vollstationären Pflegeeinrichtungen, sich an einer qualitativ hochwertigen ärztlichen Versorgung ihrer Heimbewohner*innen zu beteiligen. Das Problem der integrierten Versorgungsverträge besteht insbesondere darin, dass es sich um Selektivverträge handelt, die nicht mit allen, sondern mit wenigen oder nur einer Kasse abgeschlossen werden. Auf diese Weise sehen sich vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit unterschiedlichen Abrechnungsmodi, Kooperationsanforderungen, ggf. auch IT-Lösungen konfrontiert. Dies erhöht ihre Transaktionskosten erheblich und steht der Attraktivität solcher Modelle entgegen.

Eine besondere Form der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen ist für den Fall der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gem. § 37b SGB V vorgesehen. Diese erstreckt sich ausdrücklich auch auf die Behandlung und palliative Begleitung von Heimbewohner*innen. Hier treten als Kooperationspartner der vollstationären Pflegeeinrichtung allerdings nicht ein oder mehrere Ärzt*innen gegenüber, sondern ein SAPV-Netzwerk, zu dem grundsätzlich auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen gehören können. Der Personenkreis von SAPV-Patient*innen ist allerdings in

¹⁰ Berliner Heimarztmodell: <https://www.berlinerprojekt.de/> [Abruf vom 19.03.2021]; Heimarzt-Modell empfiehlt sich als Blaupause. Online unter: <https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Heimarzt-Modell-empfehl-sich-als-Blaupause-254249.html> [Abruf vom 19.03.2021].

¹¹ Zu den Mechanismen und Voraussetzungen im Einzelnen: vgl. Sonnhoff in Hauck/ Noftz in § 119b Rz. 7.

¹² Vgl. hierzu: Integrierter Gesundheitsdienst Neuerkerode, online unter: <https://www.neuerkerode.de/gesundheitsdienste/angebote/gesundheitsdienste-fuer-menschen-mit-behinderung/integrierter-gesundheitsdienst-neuerkerode-ign>; https://www.neuerkerode.de/fileadmin/Marienstift/Aktuelles/PDFs/2018/LW_Jahresbericht_2019.pdf (S. 68) [Abruf vom 31.03.2021] sowie Versicherteninformation der AOK Niedersachsen zum Vertrag zur Integrierten Versorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe - Besondere Versorgung - gemäß §140b SGB V vom 08.04.2003 – IMD (siehe Anlage 1).

¹³ Integrierte Versorgung (IV) nach §§ 140a ff. SGB V i.V. Vertrag gem. § 73b SGB V vom 08.05.2008 - Vertrag zur Vernetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgung im Pflegeheim. Online unter: https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Besondere_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/Integrierte_Versorgung_Pflegeheim/bw_integrierte_versorgung_pflegeheim.pdf [Abruf vom 19.03.2021] (siehe Anlage 2).

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

vollstationären Pflegeeinrichtungen vergleichsweise gering. Gleichwohl ist das Modell der SAPV konzeptionell interessant, da hier von vornherein eine multi- resp. interdisziplinäre, Case Management-basierte ärztliche, pflegerische und ggf. psychosoziale und seelsorgerische Versorgung vorgesehen ist.

Die vorstehend dargelegten Optionen der sozialleistungsrechtlichen Flankierung, ermöglichen die Verantwortungseinlösung für die ärztliche Versorgung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages, der den Kassen resp. den kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, und reflektieren im Wesentlichen die finanziellen Belange der an der ärztlichen Versorgung Beteiligten im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Mitbedacht werden müssen, was zu wenig geschieht, die Rahmenbedingungen für die vollstationären Pflegeeinrichtungen. Seit Jahrzehnten, seit Einführung der Pflegeversicherung, stellt sich das Problem der Finanzierung der sog. Behandlungspflege im Heim¹⁴ in der problematischen Tradition der Ruhensvorschrift des § 216 RVO a.F. wurden schon im Dritten Reich die „Insassen von Anstalten“ aus der ärztlichen resp. der krankenpflegerischen Versorgung ausgeschlossen.¹⁵ An der Problematik hat sich bis heute nichts grundlegend verändert. Anders als in der ambulanten und häuslichen Versorgung haben die Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen keinen eigenständigen Anspruch auf die Unterstützung bei „ärztlicher Diagnostik und Therapie“, auf die sog. Behandlungspflege gem. § 37 Abs. 2 SGB V. Auch wenn über das Pflegepersonalstärkungsgesetz im Jahre 2018 ein bis heute nur unvollkommener Personalkostenzuschuss für den behandlungspflegerischen Bedarf durch eine nach oben limitierte Anzahl von Stellen in stationären Pflegeeinrichtungen geregelt und vorgesehen wurde, ist dieser in § 8 Abs. 6 SGB XI geregelter Anspruch nicht in der Lage den im Zusammenhang mit ärztlicher Diagnostik und Therapie für die Heimbewohner*innen im Pflegeheim entstehenden Aufwand abzudecken resp. zu finanzieren. An der Schnittstelle zwischen ärztlicher Diagnostik und Therapie und (fach-)pflegerischer Verantwortungseinlösung entstehen vielfältige Kooperationsanforderungen und Aufwände. In einem für eine qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung unverzichtbare Abstimmung fachpflegerischer Assessments, Hermeneutik und Pflegeplanung und ärztlicher Diagnostik und Therapie resp. entsprechenden palliativen Bemühungen entstehen Aufwände, die im geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrecht der vollstationären Pflegeeinrichtung nicht abgebildet und reflektiert werden. Von daher wird seit langem und immer wieder die Forderung aufgestellt, die Kosten der sog. Behandlungspflege auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen wie im ambulanten Bereich im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung zu verorten.¹⁶ Gerade an den Schnittstellen zwischen ärztlicher Versorgung im Pflegeheim und fachpflegerischer Begleitung entstehen die Situationen, die zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen führen.

Ein Problembereich respektive problemverstärkende Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit ihren Auswirkungen auf vermeidbare Krankenhauseinweisungen liegt im bisherigen Ausschluss von Pflegefachkräften von Aufgaben der Heilkunde. Auch wenn Pflegefachpersonen zu den Heilberufen gehören, ist ihre eigenständige und eigenverantwortliche Mitwirkung an heilkundlichen Aufgaben bisher so gut wie ausgeschlossen.¹⁷ Bisher ist es – nicht zuletzt dem Widerstand der kassenärztlichen Vereinigung geschuldet – nicht gelungen, die für die vollstationäre Pflege besonders relevante Übertragung von heilkundlichen Aufgaben an Pflegefachpersonen – mit oder ohne entsprechender Weiterbildung und Sonderqualifikation, im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern. In der Corona-

¹⁴ Klie 1996, Hesse-Schiller 1995.

¹⁵ Klie 1990, 1992; Pressemitteilung Nr. 61/GP vom 14.03.21: Holetschek legt Reformplan für die Pflege vor – Bayerns Gesundheits- und Pflegeminister: Pflegebedürftige müssen besser unterstützt und Pflegekräfte mehr gefördert werden: Online unter: <https://www.stmgp.bayern.de/presse/holetschek-legt-reformplan-fuer-die-pflege-vor-bayerns-gesundheits-und-pflegeminister/> [Abruf vom 31.03.2021].

¹⁶ Vgl. Klie et al. 2021.

¹⁷ Vgl. Szepan 2013, Szepan 2018, Szepan 2019.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Pandemie eröffnete respektive eröffnet § 5a IfSG die berufsrechtliche Möglichkeit, dass geeignete Pflegefachpersonen heilkundliche Aufgaben eigenverantwortlich wahrnehmen – bei entsprechender Information der jeweils behandelnden Ärzt*innen.¹⁸ Gerade in der vollstationären Pflege ergeben sich vielfältige Möglichkeiten, Pflegefachkräfte eigenständig an Aufgaben der Heilkunde zu beteiligen. Die Verordnung bestimmter Hilfsmittel, die Verordnung häuslicher Krankenpflege, die Ausstellung von Wiederholungsrezepten für die Regelmedikation, die eigenständige und eigenverantwortliche Durchführung und Veranlassung bestimmter behandlungspflegerischer Maßnahmen, Aufgaben der Wundversorgung etc. pp., sie könnten entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften als eigenständige Aufgaben übertragen werden. Faktisch übernehmen sie diese Aufgaben, sowohl in der Veranlassung als auch in der Durchführung. Aus standesrechtlichen, aber auch aus sozialversicherungsrechtlichen Gründen werden hier erhebliche bürokratische Aufwände verursacht, die vermeidbar wären. Gerade in den im PSK-Projekt herausgearbeiteten Behandlungs- und Versorgungsroutinen für bestimmte Diagnosegruppen sind eine Reihe von Optionen für eine eigenständige Übernahme heilkundlicher Aufgaben von Pflegefachpersonen enthalten. Diese sind häufig aufs engste verschränkt mit den den Pflegefachpersonen übertragenen Vorbehaltsaufgaben gem. § 4 PflBG¹⁹, den Aufgaben der Steuerung des Pflegeprozesses. Die Aufgaben der Steuerung des Pflegeprozesses sind gerade bei multimorbiden, auf Pflege angewiesene, pflegebedürftige Personen untrennbar mit der ärztlichen Diagnostik und Behandlung verbunden. Auch aus diesem Grunde macht es keinen Sinn und entspricht es nicht den maßgeblichen fachlichen Standards aus Medizin und Pflege, heilkundliche und fachpflegerische Aufgaben voneinander zu trennen, wie dies weithin im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist. Von daher wird vorgeschlagen, die Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege eigenständig im Recht der GKV abzubilden, etwa in einer erweiterten Regelung des § 37 SGB V.²⁰

Ohne eine entsprechende Qualifizierung der leistungserbringungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen – einerseits im Rahmen bestehender gesetzlicher Regelungen, andererseits durch eine Weiterentwicklung des Leistungsrechts im SGB V und SGB XI – können vollstationäre Pflegeeinrichtungen ihren ihnen heimrechtlich obliegenden Auftrag, die gesundheitliche Versorgung in Pflegeheimen zu gewährleisten, nicht nachkommen. Das Gleiche gilt für die ihnen im Recht der sozialen Pflegeversicherung aufgetragene Verpflichtung, die Kooperation mit den an der ärztlichen Versorgung beteiligten Akteuren zu gewährleisten und darzulegen, §§ 113, 114 Abs. 1 SGB XI.

Die Programmatik des Heim- und Sozialleistungsrechts wird durch das geltende Leistungserbringungs- und Leistungsrecht strukturell behindert. Dabei spielt auch eine nicht unerhebliche Rolle, die Vielfalt sozialleistungsrechtlicher Optionen der Gewährleistung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die vorstehend dargelegt wurden. Es ist für Einrichtungen der Langzeitpflege schlicht nicht zumutbar, sich mit unterschiedlichen Regimen der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen auseinandersetzen resp. sie in ihren fachlichen und im Rahmen des Qualitätsmanagements zu hinterlegenden Prozessen in ihrer Unterschiedlichkeit abzubilden und aufzufangen. Durch diese Vielfalt der sozialleistungsrechtlichen Optionen, ist nicht zuletzt durch den sich gegenüber vollstationären Einrichtungen dysfunktional zeigenden Kassenwettbewerb, werden auch integrierte IT-Lösungen, gemeinsam geführte ärztliche und Pflegedokumentationen erschwert, die sich in der Praxis durchaus bewährt haben und ein erhebliches Potential einer Qualifizierung und einer effizienteren Gestaltung der Kooperation beinhalten. Die Regelungen des § 119b SGB V sehen Regelungen zum elektronischen Datenaustausch zwischen an der ärztlichen Versorgung beteiligten Praxen und MVZs pp. und den stationären Pflegeeinrichtungen vor, § 119b Abs. 2a SGB V. Das gleiche

¹⁸ Klie 2020a, 2021b; Klie 2021a, S. 89.

¹⁹ Klie 2021b; Büscher et al. 2020, 2019, 2019, 2019

²⁰ Vgl. Hoberg et al. 2013; Klie 2020b; Klie et al. 2021.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

gilt für die Beteiligung an telemedizinischen Diensten, § 119b Abs. 2b SGB V.²¹ Nicht erst mit der elektronischen Patientenakte, in die als Leistungserbringer auch die vollstationären Pflegeeinrichtungen eingeschlossen werden können und sollen, lassen sich der Informationsfluss und der Austausch und lassen sich Aushandlungsprozesse zwischen den beteiligten Institutionen und Professionen unterstützen.

Bei allem darf nicht außen vor bleiben, um wen es bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Heimbewohner*innen im Kern geht: dem Subjekt der Heimbewohner*innen. Ihren Anspruch auf eine state of the art-Diagnostik und Behandlung gilt es einzulösen. Ihnen gegenüber sind die patientenrechtlichen Voraussetzungen für eine lege artis-Behandlung zu gewährleisten. Ihnen gegenüber sind auch die Voraussetzungen des informed consent²² zu schaffen und ist das damit verbundene Versprechen der Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes einzulösen. Gerade bei Menschen mit hirnorganischen Beeinträchtigungen, also mit einer dementiellen Erkrankung, stellt der informed consent und die Einwilligung in ärztliche Heilbehandlung eine eigenständige Herausforderung dar.²³ Auf Fragen des informed consent und der Einwilligung in die jeweilige Krankenhausbehandlung kommt es auch und gerade an der Schnittstelle zwischen Krankenhausversorgung und Pflegeheim an. Hier wurden in den letzten Jahren Versuche unternommen, über die sog. gesundheitliche Versorgungsplanung allen Beteiligten Handlungs- und Rechtssicherheit vermittelnde Instrumente an die Hand zu geben, die im Sinne von Advanced Care Planning bei einwilligungsfähigen Personen antizipierte Willensäußerungen für künftige Bedarfssituationen in mehr oder weniger verbindlicher Weise ermöglichen.²⁴ Die vollstationären Pflegeeinrichtungen erhalten gem. § 132g SGB V die Möglichkeit, die Einführung von Instrumenten der gesundheitlichen Versorgungsplanung über entsprechende Beratungsstrukturen zu unterstützen mit einer partiellen finanziellen Refinanzierung.²⁵ Ob und inwieweit die Instrumente der gesundheitlichen Versorgungsplanung zielführend und geeignet sind, ist umstritten.²⁶ Bei einer verantwortlich abgestimmten Behandlungs- und Pflegeplanung werden Fragen der ärztlichen Behandlung von Pflegeheimbewohner*innen systematisch mitreflektiert und geregelt, so dass es an sich einer weitergehenden Dokumentation in gesonderten Formularen nicht bedürfte. Keinesfalls darf die gesundheitliche Versorgungsplanung dazu benutzt werden, bestehende Defizite in der heimärztlichen Versorgung zu kompensieren. Sie kann allerdings einen Beitrag dazu leisten, sich mit den patientenrechtlichen Fragen der ärztlichen Heilbehandlung und der häufig existentiell bedeutsamen Entscheidung über Krankenhausbehandlung ja oder nein proaktiv auseinanderzusetzen. Ob und inwieweit das zum 01.01.2023 in Kraft tretende novellierte Betreuungsrecht seinerseits einen Beitrag zur Verbesserung der Entscheidungsqualität über ärztliche Behandlungsmaßnahmen mit sich bringen wird, bleibt abzuwarten.²⁷

Das Gesundheitswesen und die Langzeitpflege sind in den letzten Jahren stark überformt worden durch betriebswirtschaftliche Steuerungslogiken. So wichtig Aspekte des Wettbewerbs auch im Gesundheitswesen sein können, so groß ist gleichzeitig die Gefahr, dass die Sachzielerreichung hinter sektoralen Kalkülen einzelbetrieblicher oder sektoraler Optimierung zurücktritt.²⁸ Die Dominanz von

²¹ Vgl. Sonnhoff in Hauck/Noftz § 119 b SGB V Rz. 19 ff.

²² Vgl. Arndt 2002.

²³ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Gerontologie et al. 2020.

²⁴ Coors et al. 2015.

²⁵ Luthe in Hauck/ Noftz: § 132g SGB V; Klie in: HK-BUR § 132g SGB V.

²⁶ Klie et al. 2019.

²⁷ Vgl. hierzu Deutscher Bundestag und Bundesjustizministerium zum aktuellen Gesetzgebungsverfahren: <https://www.bundestag.de/#url=L2Rva3VtZW50ZS90Zxh0YXJjaGl2LzlwMjAva3c1MS1wYS1yZWNoC12b3JtdW5kc2NoYWZ0LTgxMDY3OA==&mod=mod531790>, https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/Reform_Betreuungsrecht_Vormundschaft.html [Abruf vom 31.03.2021].

²⁸ Schulz-Nieswandt 2020.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Sachzielen, das heißt, der Erreichung des größtmöglichen Nutzens für die Versicherten der Kranken- und Pflegeversicherung, der Patient*innen, der Bewohner*innen der vollstationären Pflegeeinrichtungen kann dabei Schaden nehmen. Von daher sind gesundheitsökonomische Anreize, wie sie aus Konzepten der integrierten oder besonderen Versorgung bekannt sind²⁹ auch im Zusammenhang mit der heimärztlichen Versorgung von hoher Relevanz. Maßgeblich kommt es allerdings auch auf die ethische und moralische Orientierung der beteiligten Akteure an. Praxisbeispiele zeigen in aller Deutlichkeit, dass maßgeblicher als Fragen der Refinanzierung von Kosten der heimärztlichen Versorgung, Fragen der Kooperationskultur, des Commitments der Beteiligten in der Kooperation und mit Sachzielen sind.³⁰

2. Potenziale der Vermeidung von pflegeheimsensitiven Krankenhausfälle (PSK)

2.1. Maßnahmen und Konzepte, die im Pflegeheim selbst Anwendung finden

Es gehört zu den Aufgaben vollstationärer Pflegeeinrichtungen, ihren Beitrag dazu zu leisten, dass die ärztliche Versorgung gesichert wird. Die Verpflichtung ergibt sich sowohl aus dem Heimrecht, als auch aus den Kooperationsverpflichtungen, die in den Qualitätsvorgaben der sozialen Pflegeversicherung normiert wurden. Auch ist es Bestandteil professionellen Handelns der Pflegefachkräfte, ihre Arbeit, insbesondere auch die ihnen übertragenen Vorbehaltsaufgaben gem. § 4 PflBG,³¹ Es lassen sich verschiedene Typen von vollstationären Pflegeeinrichtungen in ihren Vernetzungen und Herausforderungen hinsichtlich der ärztlichen Versorgung der Heimbewohner*innen unterscheiden:

(1) Pflegeheim mit einer grundsätzlich ausreichenden und funktionierenden Kooperation mit der örtlichen Ärzteschaft

Dort wo die ärztliche Versorgung durch die Haus- und Fachärzt*innen oder wie beim Hausarzt-Modelle hinreichend gewährleistet ist, sie auch den Präferenzen der Bewohner*innen im Wesentlichen entspricht, sind exklusive Kooperationsverträge, wie sie etwa in § 119b SGB V vorgesehen sind, nicht unbedingt förderlich, da sie in der Lage sein können, eine vertrauensvolle, kollegiale Kooperation zu irritieren. Gleichwohl macht es Sinn, einen oder mehrere Ärzt*innen mit Beratungsaufgaben zu betrauen, sowohl gegenüber den Mitarbeiter*innen, soweit es um Fragen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten geht, als auch hinsichtlich der Koordination der ärztlichen Behandlung hinsichtlich der anderen behandelnden Ärzt*innen im Heim. So lassen sich übergreifende Grundsätze der Kooperation, der Zusammenarbeit ebenso regeln, wie die Teilhabe an der Pflegedokumentation, Vertretungsregelung und übergreifende IT-Lösungen. Bei diesen vertraglichen Abreden muss es sich nicht um Verträge nach § 119b SGB V handeln. Diese haben in der Regel, wenn auch nicht immer, einen eher exklusiven Charakter und können die zum Teil auf sehr unterschiedlichen Abrechnungsmodi basierenden ärztlichen Versorgungspraktiken der jeweiligen Ärzteschaft irritieren. Gemeinsam mit einem/einer derartigen Beratungsarzt/-ärztin können Desiderate in der ärztlichen Versorgung identifiziert und gegebenenfalls durch den Ausbau der Kooperation, sei es mit Institutsambulanzen, MVZs etc., Nachbesserungen in der ärztlichen Versorgung vorgenommen werden. Diese können sich insbesondere auf die Einbeziehung von Fachärzt*innen, auch von Zahnärzt*innen beziehen.³²

Im Kooperationsverhältnis Arzt und Heime ergeben sich angesichts der Komplexität der Rechtsverhältnisse eine Reihe von „Fehlerquellen“. Regelmäßig steht der/die behandelnde Arzt/Ärztin nicht in einem arbeitsrechtlichen Weisungsverhältnis zu den Pflegekräften. Insofern ist schon die

²⁹ Hildebrandt et al. 2020b; Hildebrandt et al. 2020a.

³⁰ El-Nawab 2016.

³¹ Klie 2021b.

³² Klie 2021a.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Terminologie, der Heimarzt würde Anordnungen treffen, wie dies auch in den MD-Qualitätsprüfungen immer wieder abgefragt wird, rechtlich betrachtet, unzutreffend. Es geht um die Veranlassung ärztlicher Heilbehandlungsmaßnahmen in Absprache mit der verantwortlichen Pflegefachkraft und nach entsprechender Aufklärung und Einwilligung des/der Patient*in.

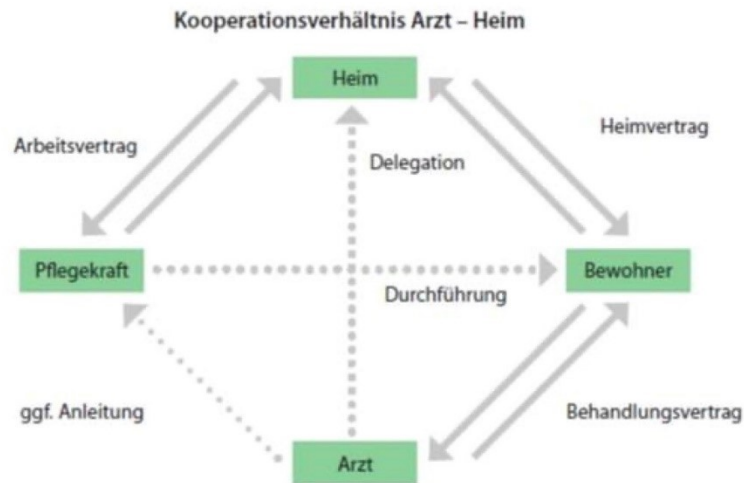


Abbildung 4: Kooperationsverhältnis Arzt - Heim; Quelle: (Klie 2021a)

Auch müssen die Voraussetzungen für die ärztliche Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Nichtärzte erfüllt werden.³³ Aus den vergleichsweise komplexen Kooperationsbeziehungen ergeben sich eine Reihe von Fehlerquellen, die wie folgt kategorisiert werden können. Bei einer verantwortlichen Gestaltung der Kooperation zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzteschaft ist insbesondere auf folgende Fehlerquellen, sowohl im Managementbereich als auch im Alltag der Pflege zu achten.

Mängelbereiche in der Kooperation Pflegeeinrichtung - Arzt
Kommunikationsmängel
Ist dafür gesorgt, dass die Pflegekräfte ihre notwendigen Informationen seitens der Ärzte erhalten und ihrerseits auch kommunikativ in der Lage sind, ihre Fragen und Anliegen den Ärzten gegenüber zu vertreten? (Bewährt haben sich Rhetorikkurse für Pflegekräfte.)
Koordinationsmängel
Bestehen klare Absprachen zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten dahingehend, dass bei gemeinsamer Aufgabenerledigung diese abgestimmt erfolgt? Wird etwa dafür gesorgt, dass die notwendigen ärztlichen Verordnungen und Rezepte vorliegen, damit die ärztlichen Assistenzleistungen standardgerecht erfüllt werden?
Qualifikationsmängel
Wird dafür Sorge getragen, dass nur tatsächlich befähigtes Pflegepersonal mit der Übertragung von ärztlichen Assistenzleistungen betraut wird?
Kompetenzabgrenzungsmängel
Wird sichergestellt, dass die Verantwortungsmacht nicht Pflegekräften, etwa bezüglich der Vergabe von Psychopharmaka, übertragen wird? Sind die Kompetenzen bezüglich

³³ Vgl. ausführlich Rechtskunde: Klie 2021a, S. 73.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Pflegedienstleitung, Wohngruppenleitung/Einsatzleitung sowie zwischen Fachkraft und angelernten Pflegepersonen klar geregelt?
Dokumentationsmängel
Sieht die Kooperationsabsprache mit den Ärzten eine schriftliche ärztliche Verordnung vor, und sind entsprechende Erledigungsvermerke in der Pflegedokumentation verbindlich vereinbart worden?
Rechtsschutzmängel
Wird darauf geachtet, dass in der Ausübung ärztlicher Assistenz Tätigkeiten Rechte der Betroffenen nicht verletzt werden, sei es durch unfreiwillige Medikamenteneinnahme, freiheitsentziehende Maßnahmen – ohne dass es hierfür eine (juristische) Rechtfertigung gibt? Die Heime sind verpflichtet, die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten sicherzustellen und mit ihnen entsprechende Vereinbarungen abzuschließen. Bei der Regelung der Zusammenarbeit sollten die typischen Fehlerquellen in der Kooperation berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Mängelbereiche in der Kooperation Pflegeeinrichtung - Arzt | Quelle: Klie 2021a

(2) Kooperationsverträge gem. § 119b SGB V

Der Abschluss von Kooperationsverträgen gem. § 119b SGB V ist überall dort tunlich, wo die bisherige ärztliche Versorgung nicht in gewünschter Weise gewährleistet ist, die eher informellen Absprachen allein nicht tragfähig sind oder ein Interesse daran besteht, die Kooperation mit einem oder mehreren Ärzt*innen in verbindlicher Weise auszugestalten. Dabei empfiehlt es sich, mehrere Ärzt*innen in die Kooperationsvereinbarung nach § 119b SGB V einzubeziehen, um die Kooperation auf eine breite Basis zu stellen und die Kollegialität der behandelnden Ärzt*innen zu unterstützen. Ein Musterbeispiel bietet hier das Konzept des KWA Albstift Aalen.³⁴ In den Kooperationsverträgen können Visiten, Notdienste, die gemeinsame Führung der Dokumentation, Rufbereitschaften etc. geregelt werden. Bei der Gestaltung der Verträge kann auf die Vorlagen der kassenärztlichen Vereinigung zurückgegriffen werden. Es können aber auch eigene Verträge erarbeitet werden, die allerdings den Segen der kassenärztlichen Vereinigung benötigen.

(3) Integrierte vs. besondere Versorgung

Dort wo regional integrierte Versorgungsverträge von Kassen angeboten werden, können diese vor allen Dingen dann attraktiv sein, wenn sie entweder alle oder den größten Teil der Bewohner*innen erreichen, das heißt, dass ein Großteil der Bewohner*innen eingeschrieben sind in die besonderen Versorgungsverträge. Das Problem der integrierten Versorgungsverträge besteht, so sie überhaupt angeboten werden, darin, dass sich durch sie der Aufwand der Einrichtungen erhöht, da sie unterschiedliche Abrechnungsmodi beachten und installieren müssen. Sie eröffnen allerdings den stationären Einrichtungen die Möglichkeit, ihre Aufwände im Zusammenhang mit der Koordination der ärztlichen Versorgung und der Beteiligung an dieser mitgeltend zu machen.

(4) Kooperationsverträge auf Vermittlung der kassenärztlichen Vereinigung

In Einrichtungen, in denen die ärztliche Versorgung objektiv nicht sichergestellt wird, keine kooperationsbereiten Ärzt*innen in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen, dort können vollstationäre Pflegeeinrichtungen die kassenärztliche Vereinigung anrufen und um die Vermittlung eines Kooperationsvertrages gem. § 119b SGB V bitten. In dem Fall wird die kassenärztliche Vereinigung tätig und sucht nach geeigneten Ärzt*innen resp. MVZs. Kommt ein entsprechender Vertrag binnen drei Monaten nicht zustande, kann die Einrichtung einen Antrag auf Ermächtigung zur Zulassung zur ärztlichen Versorgung stellen.

(5) Ermächtigung gem. § 119b Abs. 1 Satz 3 und Satz 4 SGB V

Dort wo die ärztliche Behandlung auch über Kooperationsverträge nicht sichergestellt werden kann, die ärztliche Versorgung objektiv nicht sichergestellt ist, kann die vollstationäre Einrichtung einen

³⁴ KWA Kuratorium Wohnen im Alter 2015.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Antrag auf Ermächtigung zur Zulassung zur ärztlichen Versorgung stellen und, Zustimmung des Zulassungsausschusses vorausgesetzt, eigene Ärzt*innen einstellen. Dies kann auf Teilzeitbasis ebenso geschehen wie auf Vollzeitbasis, allein oder im Verbund mit anderen Einrichtungen. „Heimärzt*innen“ kommen in der Regel nur für große Einrichtungen in Betracht und nur in den Regionen, in denen die ärztliche Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte nicht sichergestellt werden kann.

Qualifikation von Pflegefachkräften in heilkundlichen Fragen stärken

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können ihren Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Heim auch dadurch leisten, dass sie Pflegefachkräfte in heilkundlichen Aufgaben weiterqualifizieren. Die Qualifikation von Pflegefachkräften in heilkundlichen Fragen verbessert die Kooperation und erleichtert dieselbe. Die Qualifikationen können sich beziehen auf Fragen der gerontopsychiatrischen Versorgung, des Wundmanagements, des Schmerzmanagements etc. pp. Die Fort- und Weiterbildungsverpflichtung der Träger von stationären Einrichtungen der Langzeitpflege bezieht sich auch auf die Qualifikationen in den benannten Feldern. Eine entsprechende materielle Qualifikation erleichtert die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen und verbessert die Kooperation. Das Problem bleibt allerdings in der Refinanzierbarkeit der Beteiligung an Aufgaben der ärztlichen Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege), solange die Behandlungspflege in Heimen nicht vollständig refinanziert werden kann.

Gemeinsame Pflegedokumentation und IT

Bewährt haben sich Praktiken einer in Teilen gemeinsam geführten ärztlichen und pflegerischen Dokumentation. Voraussetzung hierfür sind IT-Lösungen, die datenschutzrechtlich abgesichert werden müssen, aber auch entsprechend datenschutzrechtlich abgesichert werden können. Künftig spielt die elektronische Patientenakte in diesem Zusammenhang eine vornehme Rolle. So vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine eigene IK-Nummer haben, was regelmäßig der Fall ist, steht einer Nutzung der ePA künftig grundsätzlich nichts im Wege. Praktische Probleme in der Kooperation mit einer Vielzahl von Ärzt*innen mit unterschiedlichen Abrechnungsmodi erwachsen an den zum Teil sehr unterschiedlichen IT-Programmen, die untereinander nicht kompatibel sind.

Sicherung von Patient*innenrechten

Die Kooperation mit Ärzt*innen berührt stets Fragen der Patient*innenrechte der Bewohner*innen. Jede ärztliche Heilbehandlung ist einwilligungsbedürftig, verlangt eine umfassende Aufklärung und basiert auf dem informed consent. Gerade im Kontext von Krankenhausaufnahmen spielen Fragen des Patient*innenwillens eine zentrale Rolle. Insofern sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen gut beraten, insbesondere in Fragen der Vorsorgevollmachten und eingeschränkt in Fragen der Patientenverfügungen zu beraten, entsprechende Dokumente verfügbar zu haben und Routinen der Absprachen mit den Bevollmächtigten, insbesondere bei hirnorganisch beeinträchtigten Bewohner*innen zu entwickeln. Nicht allein die Kooperation zwischen Heimen und Ärzt*innen ist maßgeblich, im Zentrum steht das Arzt-Patienten-Verhältnis, in das häufig Bevollmächtigte oder rechtliche Assistenz miteinzubeziehen ist. Pflegeheime leisten einen wichtigen Beitrag zu einer Gewährleistung einer Patientenrechte berücksichtigenden und beherzigenden Gewährleistung ärztlicher Versorgung, wenn sie interne Regeln und Standards entwickeln, die darauf hinwirken, dass Patientenrechte beachtet werden. Die Veranlassung einer ärztlichen Maßnahme legitimiert weder die Einrichtung noch die Pflegekräfte diese ohne eigene Prüfung der Rechtmäßigkeit durchzuführen.³⁵ Besondere Anforderungen stellen sich bei Bewohner*innen mit hirnorganischen Beeinträchtigungen. Hier sind Fragen der Einwilligungsfähigkeit stets auf der Grundlage der S2K-Leitlinie zu prüfen.³⁶

³⁵ Klie 2021a.

³⁶ Deutsche Gesellschaft für Gerontologie et al. 2020.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Auch die sog. gesundheitliche Versorgungsplanung oder andere Formen von Advanced Care Planning³⁷ können insbesondere für Notfallsituationen, aber auch zur Abklärung des Patientenwillens nützlich sein. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben die Möglichkeit, die Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung gem. § 132g SGB V durch entsprechend qualifiziertes und weitergebildetes Personal mit einer anteiligen Kassenfinanzierung zu implementieren.³⁸

Beitritt zu Netzwerken

Insbesondere in Fragen der palliativen Versorgung von Heimbewohner*innen können institutionalisierte Kooperationen mit Palliativnetzwerken, sei es in der SAPV gem. § 37b SGB V oder der ambulanten Hospizdienste gem. § 39a Abs. 2 SGB V einen wichtigen Beitrag zur Flankierung palliativmedizinischer Versorgung leisten. Die vollstationären Einrichtungen sind zur Kooperation angehalten.³⁹

2.1.1. Umsetzungshürden

Das Spektrum der sozialleistungsrechtlichen Flankierung einer verbesserten Kooperation zwischen den an der ärztlichen Versorgung beteiligten Akteuren und den Pflegeheimen ist vielfältig. Es konnte in zahlreichen Modellprojekten nachgewiesen werden, dass – neben den Gesundheitseffekten und der Absenkung der Belastungsfaktoren der Bewohner*innen – eine Verbesserung der heimärztlichen Versorgung erhebliche gesundheitsökonomische Effekte erzielt wurden. Es zeigen sich allerdings auch, dass die meisten Modellprojekte zeitlich befristet waren und nicht in eine Regelversorgung überführt werden konnten. Zieht man die Analyse der Potenziale der Vermeidung von pflegeheimsensitiven Krankenhausfällen heran, wird deutlich, dass angesichts der verbreiteten Multimorbidität der Bewohner*innen, der sehr unterschiedlichen Krankheitsbilder, der je unterschiedlich gefragten Kompetenzen und fachärztlichen Expertise, Antworten auf die bekannte Problemlage und die Aufnahme der herausgearbeiteten Handlungsoptionen nur konzertiert gelingen können: Im Zusammenwirken unterschiedlicher an der ärztlichen Versorgung beteiligten Akteure, der Kassen, der beteiligten Berufsgruppen sowie der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen. Die gesetzlich zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Heimen eingeführte Vorschrift des § 119b SGB V hat sich in der Breite nicht bewährt. Die Erfolgsgeschichte, die sich hier nachzeichnen lässt, ist am ehesten die der zahnärztlichen Versorgung, die durch den Abschluss von Kooperationsverträgen gem. § 119b SGB V, wenn auch nicht flächendeckend, so doch mit recht starker regionaler Durchdringung gelungen ist. Zur Ermächtigung von stationären Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ist es nur ausnahmsweise gekommen. Dominiert wird die Wirklichkeit der ärztlichen Versorgung von Heimbewohner*innen weiterhin durch die traditionelle kassenärztliche Versorgung respektive durch Hausarztmodelle etc. pp. Zu sehr unterscheiden sich die ökonomischen Handlungslogiken der beteiligten Akteure, ihre Kalküle und Aufwände, als das regional – und darauf käme es an – facharztübergreifende Versorgungskonzepte für die ärztliche Versorgung von Heimbewohner*innen umgesetzt werden könnten. Auch die Motivationslage der niedergelassenen Ärzte und der anderen an der ärztlichen Versorgung Beteiligten ist unterschiedlich. Die regionale Verankerung, die berufsethischen Handlungsmotive, die Ausrichtung und das Interesse an der Patientengruppe der Heimbewohner*innen spielt eine maßgebliche Rolle und ist nur begrenzt steuerbar.

2.1.2. Adressaten

Die Adressat*innen der Empfehlungen, Vorschläge und Forderungen hinsichtlich einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung in der Langzeitpflege sind zahlreich:

³⁷ Coors et al. 2015; Pleschberger 2017; Klie und Moeller-Bruker 2020.

³⁸ Zum Stand der Umsetzung: Klie und Moeller-Bruker 2020. Zur kritischen Auseinandersetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung: Klie et al. 2019.

³⁹ Schneider et al. 2018.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

a) Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen

Zunächst sind da die vollstationären Pflegeeinrichtungen selbst, die den heimrechtlichen Auftrag haben, die gesundheitliche Versorgung ihrer Heimbewohner*innen sicherzustellen respektive zu gewährleisten. Ihr erster und wesentlicher Beitrag besteht darin, binnenorganisatorisch die Voraussetzungen für eine gute Kooperation zu schaffen, entsprechend ausgebildetes und fachlich souveränes Fachpersonal vorzuhalten, die Voraussetzungen für die Delegationsfähigkeit von ärztlichen Tätigkeiten auf Nichtärzt*innen zu schaffen – und dies nicht nur bezogen auf Fachkräfte, sondern ggf. auch unter Einbeziehung von Nichtfachkräften, so dies haftungs- und berufsrechtlich möglich ist. Durch ihr Managementsystem werden sie die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Fehlerquellen nach Möglichkeit ausgeschlossen oder reduziert werden. Durch eine transparente Darlegung der Voraussetzung für die Kooperation und die operative Umsetzung der Zusammenarbeit tragen sie ganz wesentlich zur qualifizierten ärztlichen Versorgung ihrer Heimbewohner*innen bei. Die Zusammenarbeit mit den ortsansässigen Ärzt*innen, der Aufbau von Kooperationsbeziehungen zu MVZs, der SAPV und Institutsambulanzen kann einen Beitrag zu einer komplettierten, insbesondere auch die fachärztliche Versorgung sicherstellende ärztliche Begleitung der Heimbewohner*innen leisten. Sollte die einzelne vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht in der Lage sein, die Voraussetzungen zu schaffen, hat sie sich der Unterstützung durch die kassenärztliche Vereinigung zu bedienen, den Abschluss von Kooperationsverträgen gem. § 119b SGB V zu veranlassen und wenn auch dies nicht zielführend ist, ggf. um Ermächtigung eines/einer Heimarztes/Heimärztin zu ersuchen, ggf. in Kooperation mit anderen Einrichtungen. In örtlichen Arbeitsgemeinschaften, in regionalen Pflegekonferenzen wären die positiven, aber auch negativen Erfahrungen mit der heimärztlichen Versorgung immer wieder auf die Agenda zu setzen, um nicht nur Insellösungen, sondern flächendeckende und tragfähige Konzepte zu realisieren. Durch eine transparente, ggf. IT-gestützte Pflegeprozessplanung und Pflegedokumentation, die auch im Notfall verfügbar sind, können unnötige Krankenhauseinweisungen, die auf unzureichender Information aller Beteiligten beruhen, vermieden werden. Durch die Nutzung von Telemedizin wären überdies die Aufwände, sowohl für die behandelnden Ärzt*innen, als auch die Patient*innen zu reduzieren.

Die insgesamt problembehaftete Situation heimärztlicher Versorgung zeigt, dass allein die Heime in der Fläche nicht in der Lage sind, die Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte Versorgung zu leisten.⁴⁰

b) Niedergelassene Ärzt*innen

Die Verantwortung für die state of the art-Versorgung von Heimbewohner*innen als Patient*innen liegt bei den behandelnden Ärzt*innen. Sie werden in ihren Bemühungen einer engagierten Begleitung von ihren Patient*innen im Heim durch das Vergütungsrecht nicht gerade unterstützt. Das gilt insbesondere dort, wo behandelnde Ärzt*innen nur wenige Patienten in der jeweiligen Einrichtung betreuen.⁴¹ Durch kollegiale Abstimmung, formalisiert oder nicht formalisiert, können sich behandelnde Ärzt*innen, die Heimbewohner*innen in einer Einrichtung versorgen, auf gemeinsame Prozeduren, gegenseitige Vertretungsregelung, eine kooperative und mit Schnittstellen ausgestattete Patient*innendokumentation verständigen. Die behandelnden Ärzt*innen können sich bereit erklären, auch im Ärztenetzwerk, Kooperationsvereinbarungen gem. § 119b SGB V abzuschließen. Wo vorhanden, wenn sie sich einem integrierten respektive besonderen Versorgungsvertrag gem. § 140a SGB V anschließen. Allein diese unterschiedlichen Optionen zeigen jedoch, dass sich die Konkurrenz in der haus- und fachärztlichen Versorgung, die insbesondere durch die Kassen veranlasst wird, für die jeweiligen Ärzt*innen kontraproduktiv respektive Transaktionskosten generierend erweisen kann. Niedergelassene Ärzt*innen können in ihren Qualitätszirkeln das Thema der Versorgung von Heimbewohner*innen aufgreifen, es aber auch auf regionaler Ebene sowohl in der Ärztekammer, als auch in der kassenärztlichen Vereinigung aufgreifen und orientiert an erfolgreich abgeschlossenen Modellprojekten die Kooperation qualifizieren. Letztlich bleibt es auch eine Frage

⁴⁰ Vgl. für den fachärztlichen Bereich zuletzt: Schulz et al. 2021.

⁴¹ Zur Problematik des Vergütungsrechtes: Bruker und Schmidt 2019.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

der Motivation, des ärztlichen Ethos, ob und inwieweit sie sich der Begleitung und Versorgung von Heimbewohner*innen öffnen oder nicht.

c) Weitere Akteure

Zu einem erfolgreichen insb. regionalen Management der ärztlichen Versorgung gehören nicht nur die beiden vorgenannten Akteursgruppen, sondern auch die kassenärztliche Vereinigung⁴², die Ärztekammer, die Krankenkassen, die Institutsambulanzen und Krankenhäuser in der Region, aber auch die berufsständischen Vertretungen der Pflege, so es sie denn gibt. Konzentriert und mit den in diesem Projekt herausgearbeiteten „Schaltstellen“ lässt sich die heimärztliche Versorgung verbessern, eingebettet in Prozesse der Organisationsentwicklung und der Qualifizierung sowohl bezogen auf die spezifischen Patient*innengruppen in den Einrichtungen, als auch bezogen auf die strukturellen Anforderungen, die sich aus einer effizienten und patient*innenorientierten Versorgung von Heimbewohner*innen stellen. Auch die medizinischen Dienste als Prüfungsinstanzen, aber vor allem die Aufsichtsbehörden nach dem jeweiligen Landesheimrecht haben die Aufgabe der Beratung und sollten die einrichtungsübergreifend gesammelten Erfahrungen nutzen, um ihren Einfluss geltend zu machen, dass regional und ggf. auf Landesebene die Voraussetzungen für die Kooperation zwischen Heim und Arzt verbessert werden. Landesgeriatriepläne können hier einer der Orte sein, in denen entsprechende Programme und strukturelle Fördermaßnahmen verankert und abgesichert werden.

2.2. Sektorenübergreifende und systemverändernde Maßnahmen und Konzepte

Auch wenn es, wie im Projekt dargetan, viele kleine Einzelmaßnahmen und Bausteine gibt, mit denen sich diagnose- und patientengruppenbezogen die Kooperation zwischen Ärzt*innen und Heimen verbessern lässt und damit pflegeheimsensitive Krankenhausaufenthalte vermeiden lassen, steht das Thema „Ärztliche Versorgung von Heimbewohner*innen“ für die Probleme einer segmentierten und sektorierten Versorgung. Sie wird sich nicht vollständig überwinden lassen. Dies gilt insbesondere dann, wenn das fachpolitische Ziel weiter im Vordergrund bleibt, keine klinikähnlichen Versorgungsstrukturen in der stationären Pflege zu befördern, sondern wohnortnahe Versorgungskonzepte in einer Welt ohne System- und Sektorengrenzen zu verankern.⁴³ Insofern geht es darum, mithilfe von Technik und Digitalisierung, mithilfe professionsübergreifender Diagnostik, Therapie und Behandlung und Pflege die Versorgungssituation zu verbessern – flankiert durch aufwandsangemessene Vergütung, sowohl für die stationäre Langzeitpflege, als auch für die Ärzteschaft. Integrierte Versorgungsverträge, die kassenübergreifend gelten, bieten sich hierfür in besonderer Weise an. Wenn sie allerdings nur als klassische Selektivverträge für eine kleine Anzahl von Heimbewohner*innen realisiert, wirken sie eher dysfunktional.

Übergreifend besteht das Problem, dass die gesetzliche Krankenversicherung ihrerseits eine sektorale Kostensteuerung betreibt, die sektorenübergreifende Effizienzgewinne nicht systematisch in den Blick nimmt und sanktioniert. Unvermeidbare Krankenhausaufenthalte führen zu völlig unnötigen Mehrausgaben der jeweiligen Krankenkasse.⁴⁴ Nicht nur die Verlagerung der Kosten der Krankenversorgung in die soziale Pflegeversicherung, sondern auch die nach Sektoren differenzierte Kostensteuerung in einer Reihe von Krankenkassen lässt Effizienzreserven ungenutzt und leistet (mit) einen Beitrag dazu, dass die heimärztliche Versorgung von Desideraten geprägt ist. Der Versuch, mit der Kassenleistung die gesundheitliche Versorgungsplanung etwa antizipierte Krankenhauseinweisungen im Wege eines niedergelegten Patientenwillens zu vermeiden, stellt sich nicht als Lösung für Strukturprobleme der Versorgung einer Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung dar.⁴⁵ Auch die Refinanzierungslogiken von Arztpraxen und anderen an der

⁴² Siehe auch Baukastenmodell der Kassenärztlichen Vereinigung als gutes Beispiel: <https://www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/pflegeheimversorgung/kv-initiative-pflegeheim/> [Abruf 31.03.2021].

⁴³ Rothgang und Kalwitzki 2019; Klie et al. 2021.

⁴⁴ Vgl. etwa Schulte et al. 2016; Lange et al. 2017.

⁴⁵ Vgl. hierzu: Klie et al. 2019.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

ärztlichen Versorgung von Heimbewohner*innen beteiligten Berufsgruppen und Institutionen, ist die Erreichung des Sachziels, der bestmöglichen ärztlichen Versorgung in kurativer, rehabilitativer und palliativer Versorgung ggf. zurücktreten. Insofern sollte, wie bei Konzepten regionaler integrierter Versorgungskonzepte, ein Gesundheitsstatus der Bewohner*innen und die Kosten der Krankenhauseinweisungen ihre gesundheitsökonomische Steuerungskraft entfalten.

3. Literaturreferenzen

- Arend, Stefan (2009): Der Heimarzt bleibt bis auf weiteres Vision: Prognose aus Trägersicht. In: *Altenheim*, Bd. 48, 7, S.22-25.
- Arend, Stefan; Klie, Thomas (Hg.) (2017): *Wer pflegt Deutschland? Transnationale Pflegekräfte - Analysen, Erfahrungen, Konzepte*. Hannover: Vincentz Network (Altenheim).
- Arndt, Marianne (2002): Autonomie, Privatsphäre und informierte Zustimmung. Ein BIOMED II-Forschungsprojekt mit Patienten und Pflegepersonen in fünf europäischen Ländern. In: *Pflegezeitschrift. Beilage*, Bd. 55 (1), S.1-12.
- Bataille, Etienne (2001): Le statut juridique du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. In: *La revue de gériatrie*, Bd. 26, S.83-87.
- Beckmann, Renate (1992): *Untersuchungen zur ärztlichen Betreuung Pflegebedürftiger: Modellpraxis in einem Alten- und Pflegeheim*. Berlin: DZA.
- Bellelli, Giuseppe (2001): The management of adverse clinical events in nursing homes: A 1-year survey study. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, Bd. 49, 7, S.915-925.
- Bleck, Christian (2018): *Sozialräumliche Perspektiven in der stationären Altenhilfe: eine empirische Studie im städtischen Raum*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bleckwenn, Markus (2019): Ambulante Notfallversorgung von Pflegeheimbewohner: ein Status Quo aus pflegerischer Sicht. In: *Das Gesundheitswesen*, Bd. 81, 6, S.486-491.
- Bronskill, Susan E. (2004): Neuroleptic drug therapy in older adults newly admitted to nursing homes: Incidence, dose, and specialist contact. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, Bd. 52, 5, S.749-755.
- Bruker, Christine; Schmidt, Christoph (2019): Hausärzt*innen in der AAPV. Arbeitsweisen und -bedingungen in Anbetracht der Vereinbarung zur Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1n SGB V. In: Thomas Klie und Christine Bruker (Hg.): *Sterben in Verbundenheit. Einblicke in die palliative Versorgung und Begleitung in Deutschland*. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 81–97.
- Büscher, Andreas; Igl, Gerhard; Klie, Thomas; Kostorz, Peter; Kreutz, Peter; Weidner, Frank et al. (2019): Probleme bei der Umsetzung der Vorschrift zur Ausübung vorbehaltener Tätigkeiten (§ 4 Pflegeberufegesetz) - Anmerkungen und Lösungsvorschläge. Online verfügbar unter https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/Stellungnahme_zu_vorbehaltenen_T%C3%A4tigkeiten_2019-12-13_Version_final.pdf.
- Büscher, Andreas; Igl, Gerhard; Klie, Thomas; Kostorz, Peter; Kreutz, Peter; Weidner, Frank et al. (2020): Probleme bei der Umsetzung der Vorschrift zur Ausübung vorbehaltener Tätigkeiten (§ 4 Pflegeberufegesetz) - Anmerkungen und Lösungsvorschläge. In: *GuP Gesundheit und Pflege - Rechtszeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen* 10 (1), S. 20–23.
- Carrier, Manfred (2012): Warten, bis der Arzt kommt? Der Arzt im Heim. In: *Altenheim*, Bd. 51, 7, S.34-37.
- Cefalu, Charles A. (1995): Nursing homes: what you need to know for quality patient care. In: *Geriatrics*, Bd. 50, 12, S.37-50.
- Coors, Michael; Jox, Ralf J.; Schmitten, Jürgen in der (Hg.) (2015): *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Deutsche PalliativStiftung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dahlhoff, Gerhard (2007): Medizinische Versorgung in Heimen verbessern: AOK-Pflegenetz Bayern. In: *Altenheim*, Bd. 46, 4, S.28-31.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie; Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hg.) (2020): Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen. Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die medizinische Praxis. Unter Mitarbeit von Thomas Klie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ducoudray, Jean-Marc (2001): La place du médecin coordonnateur dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. In: La revue de gériatrie, Bd. 26 (2001), S.7.
- Dürmann, Peter (2001): Besondere stationäre Dementenbetreuung: praxisorientierte Arbeitshilfe der Poller Runden. Hannover: Vincentz.
- El-Nawab, Susanne (2016): Skandal im Albstift. Gespräch mit Thomas Klie. Die heimärztliche Versorgung muss einheitlich erfolgen. In: Altenheim. Lösungen fürs Management (9), S. 22–25.
- Falck, Ingeborg (1983): Der Arzt und die ärztliche Versorgung in Heimen. In: Altenheim, Bd. 22, 8, S.193-195.
- Fama, Teresa (1997): Efforts to improve primary care delivery to nursing home residents. In: Journal of the American Geriatrics Society, Bd. 45, 5, S.627-632.
- Füsgen, Ingo (2009): GEK-Pflegereport: wie kann die medizinische Versorgung von Demenzkranken in Pflegeheimen verbessert werden? 31. Workshop des "Zukunftsforum Demenz". Wiesbaden: Medical Tribune.
- Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost (2016): Spotlight: Vernetzte ärztliche Versorgung im Pflegeheim. Berlin: Gewino.
- Giesing, Manfred (2013): Die Kooperation mit dem Arzt eigenen Erfordernissen anpassen: ärztliche Versorgung. In: Altenheim, Bd. 52, 4, S.66-69.
- Hallauer, Johannes F. (2005): SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network.
- Herrmann, Lars (2019): Dienstplanung im stationären Pflegedienst: Methoden, Tools und Fallbeispiele: Wiesbaden: Springer Gabler.
- Hesse-Schiller, Werner (1995): Behandlungspflege im Heim. In: Altenheim, Bd. 34 (6), S. 438-441.
- Hildebrandt, Helmut; Bahrs, Ottomar; Borchers, Uwe; Glaeske, Gerd; Griewing, Bernd; Härter, Martin et al. (2020a): Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene - Teil 1. In: Welt der Krankenversicherung 9 (7-8), S. 164–172.
- Hildebrandt, Helmut; Bahrs, Ottomar; Borchers, Uwe; Glaeske, Gerd; Griewing, Bernd; Härter, Martin et al. (2020b): Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene - Teil 2. Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems. In: Welt der Krankenversicherung 9 (9), S. 210–219.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Langfassung. Freiburg: FEL Verlag Forschung - Entwicklung - Lehre.
- Janzen, Petra (2014): Was passiert nach dem Krankenhaus? Lebensweltorientierung und die Praxis der Entlassung Pflegebedürftiger. Marburg: Tectum.
- Jeanblanc, F. (2000). Le médecin coordonnateur en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. In: La revue de gériatrie, Bd. 25 (2000), 2, S.73-80.
- Kaffenberger, Jens (2009): Ärztliche Unterversorgung im Heim beenden: den Worten müssen Taten folgen. In: GEK-Pflegereport, S.51-56.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

- Karsch-Völk, Marlies (2016): Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten? Ergebnisse einer Mixed Methods Querschnittserhebung in bayerischen Pflegeeinrichtungen. In: Das Gesundheitswesen, Bd. 78, 11, S.742-748.
- Kleina, T. (2017): Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Das Gesundheitswesen, Bd. 79, 5, S.375-442.
- Klie in: HK-BUR § 132g SGB V.
- Klie, Thomas (1990): Auswirkungen der Aufhebung der Ruhensvorschrift, § 216 Abs. 4 Ziff. 1 RVO a. F., durch das Gesundheitsreformgesetz für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für versicherte Rentner in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Veröffentlichung in der Schriftenreihe des KDA. Köln.
- Klie, Thomas (1992): Leistungspflicht der Krankenkassen in Pflegeheimen. Zu den Auswirkungen der Aufhebung des § 216 Abs. 1 Ziff. 4 RVO a.F. durch das Gesundheitsreformgesetz. In: Dieter Giese und Volker Neumann (Hg.): Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen. Heft 18. Köln: Carl Heymanns Verlag (Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, Heft 18), S. 1–32.
- Klie, Thomas (1996): Die Zukunft der Behandlungspflege im Heim. In: *Altenheim*, Bd. 35 (11), S. 806-910.
- Klie, Thomas (2009): Die Palette ärztlicher Versorgung wird breiter: Chancen des § 119b SGB V. In: *Altenheim*, Bd. 48, 7, S.19-21.
- Klie, Thomas (2011): Heimaufsicht ordnet Begleitung zu Arztbesuchen an. In: *Altenheim. Lösungen fürs Management* (04), S. 57–58.
- Klie, Thomas (2012): Heime dürfen Begleitung zum Arzt in Rechnung stellen! In: *Altenheim. Lösungen fürs Management* (11), S. 26–27.
- Klie, Thomas (2020a): Eine Chance für die Professionalisierung. Corona-Schnelltest durch Pflegefachpersonen. Das Infektionsschutzgesetz eröffnet während der Pandemie die verantwortliche Übernahme von Heilkundaufgaben durch Pflegefachkräfte. In: *CAREkonkret* 23 (49), S. 6.
- Klie, Thomas (2020b): Zur Bedeutung von „Caring Communities“: Implikationen für eine neue Rolle der Kommunen im Sinne einer neu und wiedererlangten Pflegeverantwortung. In: Jürgen Zerth und Hedwig François-Kettner (Hg.): *Pflege-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte. Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine „gute Praxis“ der Pflege*. Unter Mitarbeit von Heinz Rothgang und Stefan Görres. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Gesundheitsökonomie & Versorgungspraxis, 2), S. 105–118.
- Klie, Thomas (2021a): *Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen*. 12. überarbeitete Auflage. Hannover: Vincentz Network (Lehrbuch Altenpflege).
- Klie, Thomas (2021b): Vorbehaltsaufgaben und Heilkundeübertragung - Pflege in neuer Verantwortung? Reserved tasks and participation on transfer of medicine - professional nurses in a new responsibility? In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 67 (1), S. 33–45.
- Klie, Thomas; Heller, Andreas; Gronemeyer, Reimer; Kohlen, Helen; Pleschberger, Sabine; Jennessen, Sven et al. (2019): *Gesundheitliche Vorsorge. Innehalten und Alternativen ermöglichen zu ACP und Versorgungsplanung i.S.d. § 132 g SGB V Memorandum*. von Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands. Online verfügbar unter https://www.dhvp.de/tl_files/public/Aktuelles/News/20190611_ACP_Memorandum_EF.pdf.
- Klie, Thomas; Moeller-Bruker, Christine (2020): *Planung für das Lebensende*. In: *Altenheim. Lösungen fürs Management* 59 (2), S. 60–63.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

- Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-Michéle (2021): *Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs.* Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.
- Knappstein, Julia (2016): Was ist Heimrecht? Oder: Müssen Betreiber vollstationärer Pflegeeinrichtungen ihre Bewohner unentgeltlich zum Arzt begleiten? In: *Pflegerecht*, Bd. 20, 6, S.350-358.
- Knaup, Daniel (2017): *Einflussfaktoren auf die Bewohnerzufriedenheit in der stationären Langzeitbetreuung für Betagte: eine empirische Untersuchung zu Verschwendungen und personenbezogenen Merkmalen im Kontext des Lean-Managements.* 1. Aufl. Stuttgart: Steinbeis-Edition.
- Kurch-Bek, Diana (2018): *Vertragsärztliche Versorgung von Patienten in beschützenden Einrichtungen und Heimen: Analyse auf Basis von Sekundärdaten.* In: *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, Bd. 51, 2, S.213-221.
- KWA Kuratorium Wohnen im Alter (Hg.) (2015): *Optionen und Impulse. Ärztliche Versorgung in den Einrichtungen von KWA Kuratorium Wohnen im Alter. Themen und Positionen 5.* Heidelberg.
- Lafamme, Mark R. (2005): A pilot study of usefulness of clinician-patient videoconferencing for making routine medical decisions in the nursing home. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, Bd. 53, 8, S.1380-1385.
- Lange, Laura; Schulte, Timo; Dittmann, Birger; Hildebrandt, Helmut (2017): Regionale Verteilung der Demenz sowie Inanspruchnahme vor und nach Erstdiagnose. In: *Thomas Klie: DAK Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis.* Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Unter Mitarbeit von Christine Bruker, Birger Dittmann, Wilhelm Haumann, Helmut Hildebrandt, Laura Lange, Timo Schulte und Florian Wernicke. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 50–95.
- Luthe in Hauck/ Noftz: § 132g SGB V.
- Neher, Peter (2003): Gesundheitsförderung: Die Rolle des Hausarztes im Altenpflegeheim. In: *Pflegemagazin*, Bd. 4, 5, S.51-55.
- Neubert, Lydia (2013): *Beratung in Alten- und Pflegeheimen vor einem Heimeinzug: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung in Deutschland.* München: AVM.
- Pleschberger, Sabine (2017): Advance Care Planning als Kommunikationsprozess. In: *Praxis Palliative Care* (37), S. 21–23.
- Ribbe, Miel W. (1998): Weiterbildung für Ärzte: Voraussetzung der Kooperation zwischen Pflege und Medizin: Curriculum für "Verpleeghuis" Physicians. In: *Medizin und Pflege*, S.103-112.
- Rothgang, Heinz (2017): Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. In: *Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*, S.95-105.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2019): *Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Initiative Pro-Pflegereform.* Online verfügbar unter https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Zweites_Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2020.
- Sandgathe-Husebø, Bettina (2017): Palliativmedizin im Pflegeheim - wie alte, schwer kranke Menschen leben und sterben. In: *Palliativmedizin*, S.309-347.
- Schäufele, Martina (2009): Wo bleibt der Arzt? Ärztliche Versorgung demenziell Erkrankter. In: *Altenheim*, Bd. 48, 7, S.14-18.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

- Schäufele, Martina (2013): Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. In: *Schwerpunkt: Epidemiologie*, S.200-206.
- Schiffner, Martin (1989): Die Bedeutung des § 216 Abs1. Nr. 4 RVO für die Absicherung des Krankheitsrisikos dauernd stationär gepflegter Rentner. Hamburg.
- Schmidl, Martina (2011): Die ärztliche Sicht: Ernährung und Nahrungsverweigerung bei Hochbetagten mit fortgeschrittener Demenz. In: *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis*, S.87-101.
- Schmidl, Martina (2011): Recht auf "chronische" Heimärztinnen. Das Recht auf eine kontinuierliche Sorge durch vertraute Personen. n: *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis*, S.206-212.
- Schmidt, Roland (1994): Binnenentwicklungen in Heimen und Pflegeheimen Brandenburgs - Bericht über die Heimkonferenz des DZA. In: *Heime und Pflegeheime in Brandenburg*, S.3-27.
- Schmiemann, Guido (2016): Ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern: Ergebnisse der Studie "Inappropriate medication in patients with renal insufficiency in nursing homes". In: *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, Bd. 49, 8, S.727-733.
- Schneider, Werner; Dill, Helga; Gmür, Wolfgang (2018): Sterben zuhause im Heim - Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Pflege. Vorgehen, empirische Befunde und abgeleitete Handlungsempfehlungen. Forschungs- und Praxisprojekt. Unter Mitarbeit von Julia von Hayek, Stephan Marek, Stefanie Schneider und Stephanie Stadelbacher. Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG) an der Universität Augsburg; Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP).
- Schulte, Timo; Schwab, T.; Dittmann, Birger; Kokulug, A.; Brüwer, O.; Hildebrandt, Helmut (2016): Eine Analyse von Routinedaten der DAK-Gesundheit für den Pflegereport 2016. In: *Thomas Klie: Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven*. Hg. v. Herbert Rebscher und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 43–67.
- Schulz, Maïke; Czwikla, Jonas; Schmidt, Annika; Tsiasioti, Chrysanthi; Schwinger, Antje; Gerhardus, Ansgar et al. (2021): Fachärztliche Unterversorgung bei Heimbewohnern – Prävalenzstudie und Hochrechnung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. DOI: 10.1007/s00391-021-01865-z.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Der Sektor der stationären Langzeitpflege im sozialen Wandel: eine querdenkende sozialökonomische und ethnomethodologische Expertise. Wiesbaden: Springer.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken. Gestaltfragen einer Reform des SGB XI. Grundlagen, Kontexte, Eckpunkte, Dimensionen und Aspekte. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.
- Seeger, Insa (2018): Ambulante Notfallversorgung von Pflegeheimbewohnern: Auswertung von GKV-Routinedaten. In: *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, Bd. 51, 6, S.650-655.
- Sonnhoff in: Hauck/Noftz SGB V § 119.
- Szezan, Nadine-Michèle (2013): Realistische Chance auf Heilkundeübertragung? Paradigmenwechsel. Seit 2008 theoretisch möglich - die Neuordnung von Aufgaben im deutschen Gesundheitswesen. Doch wie sieht es mit der Umsetzung aus? In: *Die Schwester Der Pfleger* 52 (3), S. 268–270.
- Szezan, Nadine-Michèle (2018): Quo vadis, medizinische Behandlungspflege - neue Chance für ein Umdenken. In: *Die Schwester Der Pfleger* 57 (10), S. 60-62.
- Szezan, Nadine-Michèle (2019): Neudenken in der Pflege braucht Struktur! In: *ProAlter* 51 (1), S. 14–16.
- Tews, Hans Peter (1981): Ärztliche Versorgung im Pflegebereich von Alteneinrichtungen: Ergebnisse einer Befragung von 225 Alteneinrichtungen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Institut für Altenwohnbau.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Thonack, Renate (1985): Die allseitige Betreuung der älteren Bürger im Feierabend- und Pflegeheim Greifswald aus medizinischer, sozialer und kultureller Sicht. In: Ergebnisse des Fortbildungslehrganges Geriatrie der DDR, S.322-327.

Wojnar, J. (1993): Prävention im Wohn- und Pflegeheim. - In: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 26, 6, S.459-465.

Zimmer, James G. (1993): Nursing home medical directors: Ideals and realities. In: Journal of the American Geriatrics Society, Bd. 41, 2, S.127-130.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Anlagen

Anlage 1 | Versicherteninformation der AOK Niedersachsen zum Vertrag zur Integrierten Versorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe - Besondere Versorgung - gemäß §140b SGB V vom 08.04.2003 – IMD

Anlage 2 | IVP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg

Integrierte Versorgung (IV) nach §§ 140a ff. SGB V i. V. Vertrag gem. § 73b SGB V vom 08.05.2008 - Vertrag zur Vernetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgung im Pflegeheim. Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP). Online unter: https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Besondere_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/Integrierte_Versorgung_Pflegeheim/bw_integrierte_versorgung_pflegeheim.pdf [Abruf vom 19.03.2021]



Versicherteninformation
zum
Vertrag zur Integrierten Versorgung in Einrichtungen
der Behindertenhilfe
- Besondere Versorgung -

Versicherteninformation

Liebe Versicherte, Lieber Versicherter,

wir möchten Ihnen gerne das Angebot über eine Besondere Versorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe vorstellen.

Was ist die „Besondere Versorgung“

Der Gesetzgeber hat mit § 140a SGB V den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, dass sie ihren Versicherten eine Besonderer Versorgung anbieten können. Die **AOK Niedersachsen** hat aus diesem Grund mit der **Lukas Werk Gesundheitsdienste GmbH** einen entsprechenden Vertrag zur Integrierten bzw. Besonderen Versorgung geschlossen. Der Leistungsumfang der besonderen Versorgung ist nicht Bestandteil der Regelversorgung und steht daher nur Patienten wie Ihnen zu, die bei der AOK - die Gesundheitskasse für Niedersachsen oder einer anderen teilnehmenden Krankenkasse versichert sind.

Die Besondere Versorgung ist eine ganzheitliche medizinische Betreuung durch einen zu wählenden Hausarzt, der die Abläufe aller erforderlichen Leistungserbringer koordiniert. Wenn wir im Folgenden von Arzt sprechen, dann meinen wir Arzt oder Ärztin. Auch mit „Bewohner“ und „Versicherten“ meinen wir jeweils beide Geschlechtsformen. Mit der Besonderen Versorgung wird die medizinische Behandlung auf den Versicherten und seine jeweilige Lebenssituation abgestimmt. Die medizinische Betreuung des Versicherten wird optimiert und eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht. Ziel der Vereinbarung ist es, die Qualität, die Patientenfreundlichkeit und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Mit der Einschreibung nimmt der Versicherte die Leistungen der Besonderen Versorgung in Anspruch.

Die Leistungen der Besonderen Versorgung beinhalten:

- eine umfassende ärztliche Versorgung, unter Berücksichtigung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur ambulanten Behandlung
- die freie Arztwahl für die hausärztliche Versorgung unter den Ärzten der Einrichtung,
- eine ärztliche Versorgung im Notfall,
- die Arznei-, Heilmittel- und Inkontinenzversorgung,
- Beratung und Behandlung im Falle seelischer Erkrankungen,
- Überweisungen zu Fachärzten durch den gewählten Hausarzt,
- die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Versicherten, dem Grad der Behinderung entsprechend,

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Anlage 2 zum Vertrag zur Integrierten Versorgung gemäß §140b SGB V vom 08.04..2003 – IMD

- die Erstellung eines umfassenden Gesundheitsplans, der vorbeugende Maßnahmen wie beispielsweise Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen beinhaltet,
- den Schutz der Intimsphäre und einen würdigen Umgang durch das Betreuungspersonal der Einrichtung.

Veränderungen der Leistungserbringung durch die besondere Versorgung

Der Versicherte wählt aus den Ärzten der Einrichtungen den Arzt seines Vertrauens, der ihn in allen Fragen berät und unterstützt. Die Versorgung sieht vor, dass der Arzt über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit er gemeinsam mit dem Versicherten den weiteren Verlauf und die Ziele der Behandlung festlegen kann. Er wird regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Darüber hinaus übernimmt der Arzt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass alle Spezialisten zum Wohl des Versicherten zusammenwirken. Zur Begleitung der Versicherten während einer stationären Behandlung halten die Einrichtungsärzte mit den Krankenhäusern einen engmaschigen Kontakt.

Arzneimittelverordnungen, die von niedergelassenen Ärzten getätigt werden, werden vor Einlösung des Rezeptes den Ärzten der Einrichtungen zur Kenntnis vorgelegt, um damit den besonderen Belangen von behinderten Menschen bei der Pharmakotherapie Rechnung zu tragen.

Durch die Teilnahme an der besonderen Versorgung erhalten die Versicherten eine auf ihre Bedürfnisse abgestimmte koordinierte Versorgung. Die Versicherten werden von den Ärzten nach dem aktuellen medizinischen Wissensstand betreut. Ziel ist es, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erreichen. Die Versicherten setzen sich, soweit es in ihren Kräften steht, selber für ihre Gesundheit ein. In der Einrichtung wird angestrebt Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, damit die behinderten Menschen ihr gewohntes Umfeld nicht verlassen müssen. Um dieses Ziel zu erreichen, wird eine behindertenspezifische ambulante Versorgung gewährleistet und im Falle planbarer Einweisung eines Bewohners in die stationäre Versorgung wird deren Angemessenheit ggf. durch einen zweiten Einrichtungsarzt zusätzlich bewertet.

Einschreibung des Versicherten

Jeder Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen kann sich zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung einschreiben. Er erhält eine Kopie der Teilnahmeerklärung. Die Einschreibung ist jederzeit zum 1. eines Monats möglich. Abweichend davon können sich Versicherte, die neu in die Einrichtung aufgenommen werden, mit dem Tag der Aufnahme auch in die Integrierte Versorgung einschreiben. Dem Versicherten steht ein Recht zum Widerruf seiner Teilnahmeerklärung zu. Eine Begründung ist nicht erforderlich. Der Versicherte ist über sein Widerrufsrecht zu belehren. Der Widerruf muss schriftlich oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse erfolgen. Die Widerrufsfrist beträgt zwei Wochen und beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt eine rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Nach Ablauf der 2-wöchigen Widerrufsfrist kann der Versicherte die Einschreibung mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals kündigen. Wird im Ausnahmefall ein Arzt außerhalb der Integrierten Versorgung in Anspruch genommen, werden die Kosten nach jeweils geltendem Recht vom Kostenträger übernommen.

Qualitätsmanagement:

Zur Sicherung der Qualität wenden die Einrichtungen entsprechende Behandlungsmethoden an. Die Behandlung der Versicherten wird vollständig dokumentiert. Eine Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist im Vertrag vereinbart worden. Zudem kann der Medizinische Dienst der Krankenkassen von den Krankenkassen mit einer Prüfung der medizinischen Qualität der Einrichtungen beauftragt werden.

Version 1.1_12.04.2018 Version _AOKN

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Anlage 2 zum Vertrag zur Integrierten Versorgung gemäß §140b SGB V vom 08.04..2003 – IMD

Einsichtnahme in den Vertrag

Die Versicherten können den Vertrag zur Integrierten Versorgung gemäß § 140 b des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) in den Einrichtungen einsehen.

Selbstverpflichtung der Einrichtung im Rahmen der

Besonderen Versorgung

Die Lukas Werk Gesundheitsdienste GmbH verpflichtet sich zur umfassenden Versorgung nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs, wie sie in dieser Versicherteninformation beschrieben ist.

Lukas Werk Gesundheitsdienst GmbH

[Geschäftsführung]

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

Integrierte Versorgung (IV) nach §§ 140a ff. SGB V

i. V. Vertrag gem. § 73b SGB V vom 08.05.2008

Vertrag zur Vernetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgung im Pflegeheim

Integrierte Versorgung Pflegeheim

(„**IVP**“)
zwischen

AOK Baden-Württemberg
Heilbronner Str. 184, 70191 Stuttgart
vertreten durch den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Dr. Christopher Hermann
(„**AOK**“),

**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft eG**
Von-der-Wettern-Straße 27, 51149 Köln
vertreten durch die Vorstände Eberhard Mehl, Joachim Schütz und Dr. Jochen Rose
(„**HÄVG**“ bzw. „**Managementgesellschaft**“),

MEDIVERBUND AG
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
vertreten durch den Geschäftsführer Werner Conrad
(„**MEDIVERBUND**“)

Deutscher Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Kölner Straße 18, 70376 Stuttgart
vertreten durch den Vorstand Dr. med. Berthold Dietsche
(„**Hausärzteverband Baden-Württemberg**“)

MEDI Baden-Württemberg e.V.
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
vertreten durch den Vorstand Dr. med. Werner Baumgärtner
(„**MEDI e.V.**“)

und

Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Industriestraße 3, 70565 Stuttgart
vertreten durch die Geschäftsführerin Frau Sabine Bergmann-Dietz
(„**ELW**“ bzw. „**Pflegeheimträger**“)
handelnd für ihre Pflegeeinrichtungen,
für die der Beitritt erklärt wird

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

und

Städtische Pflegeheime Esslingen
Hindenburger Straße 8-10, 73728 Esslingen
vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Thilo Naujoks
(„SPE“ bzw. „Pflegeheimträger“)
handelnd für ihre Pflegeeinrichtungen,
für die der Beitritt erklärt wird

und

Evangelische Heimstiftung GmbH
Hackstraße 12, 70190 Stuttgart
vertreten durch den Hauptgeschäftsführer Herrn Bernhard Schneider
(„EHS“ bzw. „Pflegeheimträger“)
handelnd für ihre Pflegeeinrichtungen,
für die der Beitritt erklärt wird

(einzeln oder gemeinsam auch „Vertragsparteien“)

und

beigetretenen Trägern von Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI
handelnd für ihre Pflegeeinrichtungen,
für die der Beitritt erklärt wird
(„Beigetrete“)

und

beigetretenen Trägern von Behinderteneinrichtungen nach § 75 SGB XII
handelnd für ihre Behinderteneinrichtungen,
für die der Beitritt erklärt wird
(„Beigetrete“)

sowie

**den beigetretenen Hausärztinnen und Hausärzten der Hausarztzentrierten Versorgung
(HZV)**
gem. § 73b SGB V
(„HZV-Ärzte“)

Seite 2

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

Präambel

Auf der Grundlage der §§ 140a ff. SGB V i. V. m. HZV-Vertrag gem. § 73b SGB V bilden die Vertragsparteien zusammen mit den HZV-Ärzten ein Netzwerk regionaler integrierter Versorgungsstrukturen. Sie sehen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels eine wichtige Aufgabe darin, adäquat auf die Zunahme und die Veränderung von Krankheitsbildern älterer pflegebedürftiger Menschen zu reagieren.

Die koordinierte Zusammenarbeit aller Beteiligten an der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist dabei von grundlegender Bedeutung. Mit dem Versorgungsvertrag soll eine interdisziplinäre, fachübergreifende und qualifizierte Versorgung der Bewohner, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten sowie das Ausschöpfen von wirtschaftlichen Ressourcen sichergestellt werden. Ziel ist die Steigerung der Versorgungsqualität und damit der Lebensqualität von Versicherten in Pflegeheimen.

Mit dem Versorgungsvertrag wollen die Vertragsparteien die gesetzgeberischen Vorstellungen über eine gesicherte ambulante medizinische Versorgung von Versicherten in Pflegeeinrichtungen in Verbindung mit der bestehenden hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der AOK Baden-Württemberg praxisnah umsetzen.

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg wird, soweit vertragsärztliche Leistungen durch den vorliegenden Vertrag abgebildet werden, eingeschränkt und geht in diesem Umfang auf die AOK Baden-Württemberg über.

§ 1

Ziele und Gegenstand des Vertrages

- (1) Das zentrale Element des Vertrags ist der Aufbau von regionalen integrierten Versorgungsnetzen zwischen der AOK, der HÄVG, MEDI e. V., MEDIVERBUND, Hausärzteverband Baden-Württemberg, den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen und HZV-Ärzten.
- (2) Primäres Ziel ist die Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Heimbewohnern durch eine Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit aufeinander abgestimmter Leistungen. Hierzu sollen z.B. abgestimmte Besuche durchgeführt, eine Hintergrundbereitschaft der HZV-Ärzte aufgebaut und unterstützende begleitende Maßnahmen bei der Überleitung in und aus dem Krankenhaus definiert werden. Unnötige stationäre Einweisungen sollen vermieden werden. Es gilt der Grundsatz ambulant vor stationär.
- (3) Das regional integrierte Versorgungsnetz bindet insbesondere dann Fachärzte ein, wenn die erforderliche Leistung vom Versorgungsnetz nicht erbracht werden kann.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

- (4) Dem Vertrag können weitere Pflegeheimträger mit Pflegeeinrichtungen und HZV-Ärzte beitreten, sofern die vertraglichen Bedingungen erfüllt sind.
- (5) Die teilnehmenden HZV-Ärzte beraten und informieren in Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen dahingehend, dass die Pflegeheimbewohner sich bei einem dem zuständigen Netz angehörenden HZV-Arzt einschreiben. Des Weiteren beraten und informieren Pflegeeinrichtungen und HZV-Ärzte die Pflegeheimbewohner bzw. deren Betreuer oder Bevollmächtigten mit entsprechendem Aufgabenkreis über die Notwendigkeit einer Einschreibung in die HZV als Voraussetzung für eine Teilnahme an diesem Vertrag, sollte diese Voraussetzung fehlen.

§ 2

Pflichten der Vertragsparteien und der Beigetretenen

- (1) Die Vertragsparteien und die Beigetretenen verpflichten sich zur Umsetzung und Fortentwicklung der IVP.
- (2) Sie werden im Rahmen der IVP den allgemeinen Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse sowie des medizinischen und pflegerischen Fortschritts berücksichtigen.
- (3) Die Vertragsparteien und die Beigetretenen verpflichten sich zur partnerschaftlichen und vertrauensvollen Zusammenarbeit und achten darauf, dass in der Pflegeeinrichtung eine ganzheitliche Pflege umgesetzt wird, d.h. die Bedürfnisse, Wünsche, Gewohnheiten sowie die persönlichen Lebensumstände der Bewohner individuell berücksichtigt werden. Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen sind zu beachten.
- (4) Die Vertragsparteien und die Beigetretenen respektieren gegenseitig die jeweils geltenden Normen wie Experten-, Qualitäts- und Berufsstandards, soweit sie davon betroffen sind.

§ 3

Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die im Rubrum aufgeführten Vertragsparteien.
- (2) Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen befinden sich in Baden-Württemberg.

§ 4

Zusammenarbeit der Vertragsparteien und der Beigetretenen

- (1) Die im Rahmen dieses Vertrages erhobenen und offengelegten Daten und Ergebnisse dürfen nur mit Einverständnis bzw. Absprache der Vertragsparteien veröffentlicht bzw. an Dritte gegeben werden.
- (2) Die Vertragsparteien und die Beigetretenen verpflichten sich gegenseitig, in ihren Zuständigkeitsbereichen sowie beim Umgang mit Daten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Das Nähere ist in der Datenschutzvereinbarung bzw. im Datenschutzkonzept geregelt (Anlage 1).
- (3) Die personenbezogenen Daten der teilnehmenden Leistungserbringer sind im Rahmen der Teilnahmeprüfung und -verwaltung sowie für die Abrechnung zur Verfügung zu

Seite 4

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

stellen und können in einem Verzeichnis sowohl online als auch papiergebunden von der AOK, HÄVG, Hausärzteverband, MEDIVERBUND, MEDI e.V. veröffentlicht werden, insbesondere um Versicherten und deren Angehörigen bzw. Bevollmächtigten /Betreuern die Möglichkeit zu geben, sich für die Einschreibung mit teilnehmenden Leistungserbringern in Verbindung zu setzen.

§ 5

Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die an der HZV teilnehmen und bei einem an diesem Vertrag teilnehmenden HZV-Arzt eingeschrieben sind und die in einer der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wohnen.
- (2) Die Teilnahme ist freiwillig und erfolgt durch schriftliche Erklärung (Anlage 2) des Versicherten oder seines Bevollmächtigten bzw. seines Betreuers in vierfacher Ausfertigung. Das Original wird durch die Pflegeeinrichtung oder den HZV-Arzt an die von der AOK benannte Stelle geschickt. Einen Durchschlag bzw. eine Kopie erhält der Versicherte oder sein Bevollmächtigter bzw. Betreuer. Eine weitere Kopie verbleibt in der Pflegeeinrichtung und beim HZV-Arzt. Die unterschriebene Teilnahmeerklärung des AOK-Versicherten bzw. des Bevollmächtigten/Betreuers führt, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme gegeben sind, zur Einschreibung in diesen Vertrag frühestens zum Folgequartal. Liegen die Voraussetzungen – hier insbesondere die Teilnahme an der HZV – noch nicht vor, kann sich der Teilnahmebeginn entsprechend verschieben. Die AOK informiert die Managementgesellschaft und die Pflegeeinrichtungen über den Zeitpunkt, an dem die Teilnahme des Versicherten beginnt, vor Beginn des Abrechnungsquartals über ein quartalsweise übermitteltes Teilnehmerverzeichnis (TVZ). Die Managementgesellschaft informiert den HZV-Arzt über den Beitritt und den Teilnahmebeginn (Anlage 3).

§ 6

Beendigung der Teilnahme von Versicherten

- (1) Der Versicherte kann seine Teilnahme mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich gegenüber der AOK kündigen und scheidet mit Zugang der Kündigung frühestens zum Ende des Quartals aus dem regionalen integrierten Versorgungsnetzwerk aus.
- (2) Die AOK informiert die Managementgesellschaft über Beendigungen mit dem TVZ gemäß § 5 Abs. 2. Die Managementgesellschaft hat den HZV-Arzt über die Beendigung zu informieren.
- (3) Ferner endet die Teilnahme des Versicherten
 - a) mit Ende der Mitgliedschaft bei der AOK bzw. mit der Beendigung der HZV,
 - b) mit dem Auszug aus einer am Netzwerk medizinischer Versorgung teilnehmenden Pflegeeinrichtung,
 - c) mit der Teilnahmebeendigung seines HZV-Arzt an diesem Vertrag, falls kein anderer teilnehmender HZV-Arzt gewählt wird,
 - d) mit dem Tag, an dem dieser Vertrag endet.

Seite 5

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

Die HZV-Ärzte und Pflegeeinrichtungen verpflichten sich, unverzüglich nach Kenntnis vom Wegfall einer Teilnahmevoraussetzung nach lit. b) – c) schriftlich, erforderlichenfalls per Fax, die AOK zu informieren.

- (4) Eine erneute Einschreibung des Versicherten ist möglich.
- (5) Die Pflegeeinrichtung und die HZV-Ärzte erklären sich bereit, grundsätzlich eine Beendigung nach Abs. 3 lit. c zu vermeiden, indem sie rechtzeitig und auf die HZV-Fristen abgestimmt einen HZV-Arztwechsel einleiten, um eine nahtlose Teilnahme der Versicherten an diesem Vertrag zu gewährleisten.

§ 7

Teilnahmevoraussetzungen der beitretenden HZV-Ärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt sind die am HZV-Vertrag mit der AOK teilnehmenden Ärzte. Die an der IVP teilnehmenden HZV-Ärzte verpflichten sich zur aktiven Bereitschaft, die hausärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu verbessern. Insbesondere sind hier die unter § 12 Abs. 5 genannten Aufgaben der HZV-Ärzte und die Aufgaben zur Fortbildung und Qualitätssicherung gem. § 14 umzusetzen. Darunter fallen z. B. die Fallbesprechungen und Besuche sowie die Abstimmung der Prozesse zwischen den Beteiligten. Die HZV-Ärzte bilden ein kollegiales Versorgungsnetz (Anlage 4) zur engen Zusammenarbeit gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen. Durch die Vernetzung stellen die HZV-Ärzte sicher, dass die genannten Qualifikationskriterien im Versorgungsnetz gemeinsam erfüllt und die notwendigen medizinischen Leistungen in den Pflegeeinrichtungen in gegenseitiger Abstimmung durch die Ärzte sichergestellt werden.

Es wird angestrebt, dass mindestens ein teilnehmender HZV-Arzt im Versorgungsnetz über eine geriatrische oder palliative Weiterbildung verfügt bzw. sich dazu bereit erklärt, sich geriatrisch, palliativ sowie gerontopsychiatrisch entsprechend dem Angebot der Landesärztekammer weiterzubilden. Alle im Versorgungsnetz tätigen HZV-Ärzte verfügen über Kenntnisse bzw. streben diese an, insbesondere in den Bereichen der Ernährungsmedizin und der Behandlung chronischer Wunden.

Die HZV-Ärzte weisen besondere Qualifikationen durch Selbstauskunft im Rahmen ihrer Teilnahmeerklärung (Strukturmerkmale) nach (Anlage 5).

- (2) Als weitere Teilnahmevoraussetzungen für HZV-Ärzte gelten folgende Kriterien:
 - a) Die Pflegeeinrichtung soll von der Praxis bzw. der Wohnung des teilnehmenden HZV-Arztes in höchstens 30 Minuten zu erreichen sein.
 - b) Der teilnehmende HZV-Arzt soll in einer teilnehmenden Pflegeeinrichtung mindestens 5 AOK-Patienten betreuen.
 - c) Insgesamt besteht das Ziel, durch eine Konzentration der Behandlung der AOK-Patienten wirtschaftliche Abläufe und effektive Kommunikationsstrukturen zwischen Arzt und Pflegeeinrichtung zu gewährleisten. Diesem Ziel dient insbesondere eine gebündelte Anzahl von qualifizierten und insbesondere für die ärztliche Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung motivierten HZV-Ärzten.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

- (3) **Teilnahme § 119b-SGB V-Arzt**
Die Teilnahme von angestellten Ärzten in ermächtigten Einrichtungen nach § 119b SGB V sowie persönlich ermächtigten Ärzten nach § 119 b SGB V an der IVP ist möglich, soweit die Aufgaben gemäß § 12 wahrgenommen werden und eine bestätigte Teilnahme am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der AOK gemäß § 73b SGB V vom 08.05.2008 (HZV) vorliegt. Die Möglichkeiten der Teilnahme von § 119b-SGB V-Ärzten bezieht sich darüber hinaus auch auf Behinderteneinrichtungen gem. § 75 SGB XII.
- (4) Vertretungen sollen innerhalb des Versorgungsnetzes organisiert werden. Wenn erforderlich, kann in Ausnahmen im Vertretungsfall auch auf die im „Praxisbetrieb“ des IVP-Arztes organisierten und bestehenden Vertretungsabsprachen mit HZV-Ärzten zurückgegriffen werden, auch wenn diese Ärzte nicht am IVP-Vertrag teilnehmen.
- (5) Die Teilnahme- und Qualifikationserklärungen sind an die Managementgesellschaft zu richten. Sind nach Prüfung die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, übermittelt die Managementgesellschaft eine Bestätigung an den HZV-Arzt (postalisch oder per Fax). Mit Zugang der Bestätigung beginnt die Teilnahme an diesem Vertrag. Das Teilnehmerverzeichnis der Leistungserbringer führt die Managementgesellschaft und stellt dieses den Vertragsparteien regelmäßig elektronisch zur Verfügung.
- (6) Die HZV-Ärzte verpflichten sich, die themenbezogenen Fortbildungen gemäß Anlage 2 Abschnitt III des HZV-Vertrages mindestens zweimal jährlich zu besuchen. Die Fortbildungen sollen geriatrische Schwerpunkte aufweisen.
- (7) Die HZV-Ärzte in einem Versorgungsnetz verpflichten sich, an regelmäßigen Netzbesprechungen teilzunehmen, die von Pflegeheimträgern bzw. Pflegeeinrichtungen in Absprache mit dem Versorgungsnetz organisiert werden. Näheres hierzu regelt § 14 i.V.m. Anlage 7.
- (8) Die HZV-Ärzte sind bereit, sich an der Fortbildung und Schulung von Pflegekräften zu beteiligen (z. B. idealtypische Abläufe, Delegation, effektive Absprachen, Medikation, Problemfälle).

§ 8

Leistungen Fachärzte (FÄ)

- (1) Fachärztliche Leistungen gemäß § 73 SGB V sind auf Überweisungsschein durch den HZV-Arzt nach Bedarf und soweit möglich in organisatorischer Abstimmung mit den betroffenen Pflegeeinrichtungen zu veranlassen. Wenn es für Fachgebiete einen Vertrag der AOK nach § 73c (a. F.) oder 140a SGB V gibt, sollen vorrangig solche Fachärzte einbezogen werden, die an diesen Verträgen (AOK-Facharztprogramm) teilnehmen.
- (2) Die Fachärzte rechnen ihre Leistungen, soweit sie nicht im Rahmen des AOK-Facharztprogramms erfolgen, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) gemäß den rechtlichen Vorgaben ab.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

§ 9

Laufzeit des Vertrages und Umsetzung des Projekts

- (1) Der IVP Vertrag beginnt am 01.01.2011. Er kann von der AOK, der HÄVG, Hausärzterverband Baden-Württemberg, MEDIVERBUND sowie MEDI e. V. mit einer Frist von einem Quartal zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform und ist allen Vertragsparteien zuzustellen. Eine fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die Erfüllung des Vertrages für die AOK, den HÄVG, Hausärzterverband Baden-Württemberg, MEDIVERBUND sowie MEDI e. V. untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
- (2) Eine Kündigung einzelner Pflegeeinrichtungen bzw. einzelner HZV-Ärzte hat keine Auswirkung auf den bestehenden Vertrag zwischen den übrigen Vertragsparteien. Kündigt die AOK den Vertrag gem. Abs. 1, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragsparteien, HZV-Ärzte und Beigetretene. Kündigen die HÄVG und der MEDIVERBUND den Vertrag gem. Abs. 1, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung beider Vertragsparteien mit Wirkung für sämtliche Vertragsparteien, HZV-Ärzte und Beigetretene. Kündigen entweder nur die HÄVG oder nur der MEDIVERBUND den Vertrag gem. Abs. 1, wird er zwischen den übrigen Vertragsparteien, HZV-Ärzten und Beigetretenen fortgeführt. Die verbleibende Vertragspartei (HÄVG oder MEDIVERBUND) tritt zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung in sämtliche Rechte und Pflichten der ausscheidenden Vertragspartei ein. In diesem Fall ist für eine Übergangsfrist von einem Jahr seit Wirksamwerden der Kündigung im Sinne der vorstehenden Regelung eine Kündigung gem. Abs. 1 der jeweils verbleibenden Vertragspartei ausgeschlossen.
- (3) Der IVP Vertrag ermöglicht die flächendeckende Umsetzung in Baden-Württemberg. Die Vertragsparteien können einvernehmlich im Rahmen von Einzelentscheidungen dem Beitritt weiterer Träger bzw. Einrichtungen zustimmen.
- (4) Der Beitritt neuer Versorgungsnetze, bestehend aus weiteren Pflegeheimträgern mit Pflegeeinrichtungen und HZV-Ärzten ist möglich. Ein Versorgungsnetz besteht aus mindestens einem Pflegeheim, mindestens zwei HZV-Ärzten oder alternativ einem HZV-Arzt mit mindestens einem angestellten Hausarzt. Im Versorgungsnetz werden insgesamt mindestens zehn eingeschriebene HZV-Versicherte betreut. Es werden vom einzelnen HZV-Arzt bzw. angestellten Arzt mindestens fünf HZV-Versicherte versorgt. Das Versorgungsnetz kann aus einem oder mehreren Pflegeheimen desselben Pflegeheimträgers bestehen, sofern die Pflegeheime sich in räumlicher Nähe befinden, d.h. im Sinne einer Erreichbarkeit der Pflegeeinrichtung für den HZV-Arzt innerhalb von 30 Minuten. Die Pflegeheimträger können sich mit einem oder mehreren Pflegeheimen und HZV-Ärzten bzw. einem HZV-Arzt mit mindestens einem angestellten Hausarzt als Versorgungsnetz bei der HÄVG bewerben. Als notwendige Unterlagen werden die Teilnahmeerklärungen (Anlage 5 und Anlage 8) sowie der Aufnahmeantrag als Versorgungsnetz IVP (Anlage 8a) bei der HÄVG eingereicht.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

§ 10

Beginn und Ende der Teilnahme der vertragsschließenden und beitretenden Pflegeheimträger und Pflegeeinrichtungen

- (1) Die Teilnahme der Beitretenden erfolgt durch schriftliche Erklärung (Anlage 9) gegenüber der AOK.
- (2) Die Teilnahme der Beitretenden beginnt mit Bestätigung der Teilnahmeerklärung durch die AOK.
- (3) Die AOK informiert die Managementgesellschaft über die Teilnahme und veröffentlicht quartalsweise ein aktualisiertes Verzeichnis auf ihrer Homepage.
- (4) Die Teilnahme der vertragsschließenden Pflegeheimträger bzw. Pflegeeinrichtungen und beitretenden Pflegeheimträger bzw. Pflegeeinrichtungen ist auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt.
- (5) Die Teilnahme der vertragsschließenden Pflegeeinrichtungen sowie der Beitretenden kann gegenüber der AOK jeweils mit einer Frist von einem Quartal zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Eine fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Die AOK informiert die Vertragsparteien unverzüglich über die Kündigung.
- (6) Die Teilnahme der vertragsschließenden und beitretenden Pflegeeinrichtungen endet mit dem Entzug der Betriebserlaubnis durch die zuständige Aufsicht, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens einer der Vertragsparteien bedarf.

§ 11

Beginn und Ende der Teilnahme sowie Informationspflichten der HZV-Ärzte

- (1) Die Teilnahme der HZV-Ärzte ist auf die Laufzeit des Vertrages begrenzt.
- (2) Der HZV-Arzt kann seine Teilnahme mit einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende durch Erklärung gegenüber der Managementgesellschaft kündigen. Das Recht des HZV-Arztes zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Die Vertragsteilnahme des HZV-Arztes endet mit sofortiger Wirkung mit Ende der Zulassung des HZV-Arztes als Vertragsarzt/des MVZ bzw. mit Ende seiner Zulassung in Baden-Württemberg, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens einer der Vertragsparteien bedarf.
- (4) Die Vertragsteilnahme des HZV-Arztes endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 9 Abs. 1.
- (5) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Vertrag mit Wirkung für sämtliche Vertragsparteien gegenüber einem HZV-Arzt außerordentlich zu kündigen, insbesondere
 - a) wenn nach schriftlicher Abmahnung ein Verstoß gegen den Vertrag nicht binnen 4 Wochen beseitigt wurde oder
 - b) wenn der HZV-Arzt wiederholt oder in nicht geringem Umfang Doppel- und Fehlrechnungen im Sinne von § 16 Abs. 7 bzw. 8 vorgenommen hat.
- (6) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragsparteien ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.

Seite 9

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

- (7) Die Kündigung des HZV-Arztes oder gegenüber dem HZV-Arzt führt zur Vertragsbeendigung für den HZV-Arzt mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragsparteien. Die Beendigung des Vertrages durch einen HZV-Arzt hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragsparteien und den am Vertrag weiter teilnehmenden HZV-Ärzten
- (8) Das Ende der Teilnahme eines HZV-Arztes zeigt die AOK dessen eingeschriebenen Versicherten gegenüber an.
- (9) Die HZV-Ärzte sind gegenüber der Managementgesellschaft verpflichtet, die in diesem Absatz genannten Änderungen spätestens 6 Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in der Anlage 5 beigefügten Meldeformulars an die Managementgesellschaft schriftlich anzuzeigen, es sei denn, sie erlangen erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In diesem Fall sind sie verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.

Als Änderung gelten insbesondere

- a) Umzug der Praxis des HZV-Arztes und Änderung der Betriebsstätte/Wechsel der Betriebsstättennummer bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis bzw. Einrichtung an einen Dritten;
- b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;
- c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des HZV-Arztes;
- d) Änderung der in dem Meldeformular aufgeführten Stammdaten;
- e) Entfallen der Qualitäts- und Teilnahmeanforderungen, insbesondere der besonderen Strukturmerkmale gemäß § 7;
- f) Nichterfüllung der Qualifikationsanforderungen und Pflichten gemäß § 12 Abs. 5.

Der HZV-Arzt hat auf schriftliche Aufforderung der Managementgesellschaft Auskunft zuerteilen, ob die vertraglichen Anforderungen eingehalten werden.

§ 12

Aufgaben der Pflegeheimträger, AOK, Hausärzteverband Baden-Württemberg, HÄVG, MEDI e.V. und MEDIVERBUND

- (1) Im Folgenden werden die gemeinsamen Aufgaben aller Vertragsparteien dargestellt.
 - a) Durchführung einer zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Evaluation.
 - b) Verpflichtung, die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse.
 - c) Verpflichtung, die eigenen Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.
 - d) Die Vertragsparteien vereinbaren, mindestens einmal jährlich eine gemeinsame Aussprache über die Erfahrungen nach diesem Vertrag durchzuführen.

Seite 10

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

- (2) Im Folgenden werden die Aufgaben der AOK dargestellt.
 - a) Die AOK benennt in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte Ansprechpartner.
 - b) Die AOK wird die zuständigen bzw. betroffenen Vertragsparteien unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines Pflegeheimträgers, eines HZV-Arztes oder eines Beigetretenen hinweisen.
 - c) Die AOK wird der Managementgesellschaft das für das folgende Abrechnungsquartal geltende Teilnahmeverzeichnis (TVZ) der an der IVP teilnehmenden HZV-Versicherten jeweils grundsätzlich bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Das TVZ kann jedoch nicht vor Erstellung des HZV-TVZ übermittelt werden.
 - d) Im Falle eines zulässigen Arztwechsels eines HZV-Versicherten wird dies im TVZ berücksichtigt.
 - e) Information der Versicherten und Bereitstellung von Medien (z. B. Flyer).

- (3) Im Folgenden werden die Aufgaben des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg, der HÄVG, der MEDI e.V. und MEDIVERBUND dargestellt.
 - a) Der Hausärzterverband Baden-Württemberg und MEDI e.V. sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen verpflichtet (Öffentlichkeitsarbeit).
 - b) Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, Änderungen von Arztstammdaten oder Vertragsverstöße der teilnehmenden HZV-Ärzte, die ihnen zur Kenntnis gelangen, unverzüglich an die AOK weiterzuleiten.

- (4) Im Folgenden werden die Aufgaben der Pflegeheimträger dargestellt.
 - a) Die an der IVP teilnehmenden Pflegeheimträger benennen pro Einrichtung einen Ansprechpartner im IVP-Netzwerk und stellen organisatorisch sicher, dass an den Arztbesuchen eine zuständige und auskunftsfähige Pflegefachkraft teilnimmt, die den Bewohner kennt. Am Wochenende steht mindestens eine Pflegefachkraft durchgehend zur Verfügung, die in der Lage ist, über den Bewohner qualifiziert Auskunft zu erteilen. Darüber hinaus stellen die Pflegeheimträger und Pflegeeinrichtungen sicher, dass in den Nachtzeiten eine Pflegefachkraft telefonisch erreichbar und auskunftsfähig gegenüber den diensthabenden Ärzten ist.
 - b) Der Pflegeheimträger übernimmt die Organisation und Koordination der in § 14 Abs. 2 konkretisierten einrichtungsbezogenen „IVP-Netzbesprechungen“ zu medizinischen, organisatorischen und pflegerischen Inhalten und organisiert die in Anlage 7 aufgeführte Fortbildung für Pflegekräfte. Das Ergebnis ist von den Pflegeheimträgern zu dokumentieren und den Vertragsparteien auf Anfrage zur Verfügung zu stellen. Es sollten nicht mehr als 30 HZV-Ärzte pro IVP-Netzbesprechung teilnehmen.
 - c) Der Pflegeheimträger stellt sicher, dass eine aussagekräftige Pflegefachkraft insbesondere zu den in Abs. 5 vereinbarten Zeiten zur Verfügung steht.

Seite 11

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

- d) Soweit die Pflegeeinrichtung einen Versorgungsvertrag nach § 12a ApoG mit einer oder mehreren Apotheken geschlossen hat, wird sie darauf hinwirken, dass die Apotheken im Rahmen ihrer Beratungsverpflichtungen gegenüber den Bewohnern auch deren Ärzten für Nachfragen insbesondere zu Wechselwirkungen und Verträglichkeit von Medikamenten zur Verfügung stehen. Der Pflegeheimträger bzw. die Pflegeeinrichtung verpflichten sich, soweit möglich, eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu unterstützen.
 - e) Der Pflegeheimträger verpflichtet sich, mit Teilnahme an dieser IVP zugleich auch am Projekt „Sturzprävention – aktiv bleiben in der Pflegeeinrichtung“ der AOK teilzunehmen. Die Pflegeeinrichtung wirkt darauf hin, dass die Bewohner die Hüftprotektoren tragen. Dies ist von der Pflegeeinrichtung entsprechend zu dokumentieren (Anlage 11).
 - f) Der Pflegeheimträger bzw. die Pflegeeinrichtung informiert beitragsberechtigte Versicherte oder den Bevollmächtigten/Betreuer zur IVP über Inhalt, Ziele und die sich ergebenden Vorteile und bietet die Teilnahme an der IVP ausdrücklich an. Die notwendigen Unterlagen sind auszuhändigen bzw. entgegenzunehmen und an die AOK gemäß Anlage 2 weiterzuleiten.
 - g) Bereitstellung einer angemessenen Behandlungsmöglichkeit gem. Anlage 9.
 - h) Die Pflegeeinrichtungen wirken auf die Bereitstellung eines elektronischen Pflegedokumentationssystems hin und stellen den HZV-Ärzten und soweit möglich Fachärzten individuelle, passwortgeschützte Zugänge zur Dokumentation zur Verfügung. Der technische Zugang zur Pflegedokumentation aus der Arztpraxis heraus und die damit einhergehende elektronische Vernetzung zwischen HZV-Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen wird angestrebt, soweit die technischen Voraussetzungen vorliegen.
- (5) Im Folgenden werden die Aufgaben der HZV-Ärzte dargestellt.
- a) Die an der IVP teilnehmenden HZV-Ärzte stellen die Koordination und Einleitung präventiver, diagnostischer, medizinischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen schnellstmöglich aktiv durch geeignete Maßnahmen sicher. Die an der IVP teilnehmenden HZV-Ärzte bilden gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen ein enges Versorgungsnetzwerk.
Sofern ein HZV-Arzt über besondere Qualifikationen verfügt, z. B. den Wechsel/die Entfernung eines suprapubischen Harnblasen-Dauerkatheters, ist sicherzustellen, dass diese Leistung innerhalb des Versorgungsnetzwerkes erbracht wird. Die HZV-Ärzte weisen für diese vergütungsrelevanten Leistungen die erforderlichen Qualifikationen auf ihrer Teilnahmeerklärung (Anlage 5) nach und leiten diese an die Managementgesellschaft weiter. Durch die flexible und engmaschige ärztliche Betreuung der Pflegeeinrichtungsbewohner sollen Ereignisse wie insbesondere unnötige Einweisungen ins Krankenhaus und unnötige Fahrtkosten zu Fachärzten vermieden werden.
 - b) Die HZV-Ärzte verpflichten sich, für die eingeschriebenen Versicherten die hausärztliche Versorgung während und außerhalb der Sprechstundenzeiten minde-

Seite 12

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

stens von Montag bis Freitag 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr (Bereitschaftszeiten) mit Ausnahme von Feiertagen sicherzustellen. Es muss mindestens ein HZV-Arzt innerhalb des Versorgungsnetzes diese Dienstzeiten einhalten und zur Verfügung stehen. Außerhalb dieser Zeiten erfolgt die ärztliche Versorgung durch den organisierten Notdienst der KVBW.

- c) Innerhalb dieser Bereitschaftszeiten ist einer der beigetretenen HZV- und/ oder angestellten Ärzte im Versorgungsnetz telefonisch erreichbar. Dieser entscheidet nach telefonischer Information durch die Pflegeeinrichtung über die weiter einzuleitenden Schritte. Das Versorgungsnetz stimmt mit der Pflegeeinrichtung einen Bereitschaftsplan ab und informiert bei Änderungen unverzüglich die Beteiligten im Versorgungsnetz.
- d) Die HZV-Ärzte führen folgende Besuche durch:
- Engmaschige hausärztliche Betreuung und Besuche in der Pflegeeinrichtung werden durch ärztliche Besetzung eines Versorgungsnetzes angestrebt. Der HZV-Arzt bzw. sein angestellter Arzt erklärt sich dazu bereit, die Pflegeeinrichtung nach Möglichkeit 14-täglich nach Absprache oder zu festen Zeiten zu besuchen. Der HZV-Arzt bzw. sein angestellter Arzt bespricht anhand der in der Pflegeeinrichtung vorhandenen Dokumentationen seine in die IVP eingeschriebenen Bewohner mit einer auskunftsfähigen Pflegefachkraft. Je nach medizinischer Notwendigkeit erfolgt anschließend ein Besuch des HZV-Arzt bzw. seines angestellten Arztes gemeinsam mit einer auskunftsfähigen Pflegefachkraft beim Bewohner. In akuten Fällen ist durch den HZV-Arzt bzw. durch seinen angestellten Arzt ein bei einem anderen HZV-Arzt eingeschriebener Bewohner zu versorgen.
 - Dringliche Besuche der in der IVP eingeschriebenen Bewohner aufgrund Zustandsverschlechterungen erfolgen nach Absprache. Die Pflegefachkraft informiert den behandelnden HZV-Arzt oder den bereitschaftsdiensthabenden HZV-Arzt gemäß lit. c) direkt.
 - Anordnungen des HZV-Arzt werden schriftlich in der Dokumentation der Pflegeeinrichtung dokumentiert. Wird die Dokumentation von einer Pflegefachkraft übernommen, wird sie vom Arzt gegengezeichnet. Die vom HZV-Arzt angeordneten Medikamente sind mit Verordnungsdatum, korrekter Bezeichnung, Applikationsform, Dosierung und tageszeitlicher Zuordnung auf dem Medikamentenblatt zu dokumentieren. Bei Bedarfsmedikamenten werden Indikation, Einzeldosis und maximale Tagesdosis dokumentiert.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

- e) Der HZV-Arzt überprüft die gesamte medikamentöse Therapie / Medikation auf Wechselwirkungen und Verträglichkeit beim Patienten. Er informiert ggf. die anderen anordnenden Ärzte und stimmt sich mit ihnen ab.
- f) Die ärztlichen Dokumentationen verbleiben in der von der Pflegeeinrichtung geführten Pflegedokumentation, damit im ärztlichen Vertretungsfall die Informationstransparenz gewährleistet bleibt.
- g) Die HZV-Ärzte beachten im Rahmen der Arzneimittelversorgung insbesondere die Bestimmungen entsprechender Verträge der AOK Baden-Württemberg nach § 130a Abs. 8 SGB V zur Optimierung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise (AOK-Arzneimittel-Rabattverträge).
- h) Die HZV-Ärzte erfüllen gesonderte Fortbildungsverpflichtungen gem. Anlage 7.
- i) Der HZV-Arzt informiert beitragsberechtigten Versicherte bzw. deren Bevollmächtigte/Betreuer zur IVP und, falls notwendig, zur HZV über Inhalt, Ziele und die sich ergebenden Vorteile und bietet die Teilnahme an der IVP bzw. HZV ausdrücklich an. Sollte eine HZV-Einschreibung bzw. ein HZV-Arztwechsel notwendig sein, sind die hierfür notwendigen HZV-Teilnahmeerklärungen in ihrer aktuellen Fassung durch die HZV-Ärzte vorzuhalten und an die von der AOK benannte Stelle zu senden.
- j) Im Versorgungsnetz tätige HZV-Ärzte wirken zusammen mit den Pflegeeinrichtungen darauf hin, dass mit Fachärzten gemäß § 8 eine regelmäßige und kontinuierliche Zusammenarbeit aufgebaut wird.

§ 13

Gemeinsame Aufgaben bei der Überleitung

- (1) Bei Krankenhauseinweisungen wird der Überleitungsbogen von der Pflegeeinrichtung ausgefüllt und mitgegeben. Dieser enthält als Mindestanforderung die festgehaltenen Inhalte gemäß Anlage 11.
- (2) Über Notfalleinweisungen ins Krankenhaus informiert die Pflegeeinrichtung den behandelnden HZV-Arzt unverzüglich, spätestens jedoch am Folgetag telefonisch oder per Fax.
- (3) Bei Entlassung aus dem Krankenhaus werden der pflegerische Überleitungsbogen und der vorläufige ärztliche Entlassbrief des Krankenhauses von der Pflegeeinrichtung unverzüglich dem HZV-Arzt zugefaxt. Am Entlassungstag stimmen sich die Pflegefachkraft und der HZV-Arzt mindestens telefonisch über ggf. erforderliche Anordnungen ab. Dies gilt insbesondere für die Fortführung der Arzneimitteltherapie, die von dem HZV-Arzt angeordnet werden muss.
Nach entsprechenden Hinweisen durch das Pflegepersonal ist ggf. ein zusätzlicher Besuch des behandelnden HZV-Arzt zeitnah durchzuführen.
- (4) Die Pflegeeinrichtung und der HZV-Arzt stimmen sich im Einzelfall über ein MRSA-Management ab.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

§ 14

Gemeinsame Aufgaben zur Fortbildung und Qualitätssicherung

- (1) HZV-Ärzte und Pflegeeinrichtungen verpflichten sich zur kontinuierlichen Zusammenarbeit und zum Austausch über diagnostische und therapeutische Maßnahmen in der IVP. Durch die Kommunikation und Koordination soll die IVP interdisziplinär-fachübergreifend sowie sektorenübergreifend weiterentwickelt werden.
- (2) Fallbesprechungen sind zwischen behandelndem HZV-Arzt und Pflegeeinrichtung bei entsprechender Notwendigkeit anlassbezogen durchzuführen. Die Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass die Ergebnisse der Fallbesprechungen innerhalb der Pflegeeinrichtung den zuständigen Pflegekräften übermittelt und im Rahmen der Pflegeplanung umgesetzt werden.

Verbindlich werden zwei IVP-Netzbesprechungen pro Jahr durchgeführt. Verpflichtend nehmen die teilnehmenden HZV-Ärzte und das Pflegepersonal der Pflegeeinrichtung und ggf. andere Vertragsparteien teil. Über die Teilnahmenotwendigkeit von Fachärzten erfolgt eine Verständigung zwischen Pflegeheimträger bzw. Pflegeeinrichtung sowie HZV-Ärzten. Jeder HZV-Arzt, der ein volles Halbjahr an diesem Vertrag teilnimmt, muss in diesem Halbjahr an der IVP-Netzbesprechung teilnehmen. Die Organisation obliegt dem Pflegeheimträger. Die Pflegeeinrichtung informiert die AOK auf Nachfrage über die Teilnahme der Leistungserbringer. Die AOK erhält die Möglichkeit, an den IVP-Netzbesprechungen teilzunehmen. Die Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass die Ergebnisse der IVP-Netzbesprechungen innerhalb der Pflegeeinrichtung weitergegeben werden

Die Durchführung der IVP-Netzbesprechungen soll sich an der Struktur gem. Anlage 7 orientieren.

§ 15

Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der HZV-Arzt hat nach Maßgabe der Anlage 6 Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen der IVP erbrachten und nach Maßgabe dieser Bestimmungen i. V. m. Anlage 6 abgerechneten Leistungen („IVP-Vergütungsanspruch“). Leistungen, die gemäß Anlage 6 vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der KVBW abgerechnet werden („Doppelabrechnung“). Der IVP-Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.
- (2) Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 6 gilt zunächst bis zum 31.12.2022.
 - a) Einigen sich die AOK, die HÄVG und der MEDIVERBUND bis zum 30.09.2022 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 6), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31.12.2023 fort.
 - b) Einigen sich die AOK, die HÄVG und der MEDIVERBUND vor dem 30.09.2022 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 6), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem HZV-Arzt unverzüglich mit. Ist der HZV-Arzt mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten

Seite 15

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

- zum 31.03.2023 zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der HZV-Arzt nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den HZV-Arzt bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.
- c) Besteht der Vertrag über den 31.12.2023 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 6 für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht die AOK, die HÄVG und der MEDIVERBUND unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 31.12.2023 hinaus fortbesteht.
- d) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der HZV-Arzt ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; dies gilt für lit. c) sinngemäß.
- (3) Der HZV-Arzt rechnet den IVP-Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („Abrechnungsquartal“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („IVP-Abrechnung“). Der HZV-Arzt hat die IVP-Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (05.01., 05.04., 05.07. und 05.10.). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der IVP-Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der IVP-Vergütung durch den HZV-Arzt erfolgt mittels einer Vertragssoftware gemäß Anlage 6.
- (4) Ansprüche auf die IVP-Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten ab Ende des Quartals der Leistungserbringung.
- (5) Die Managementgesellschaft prüft die IVP-Abrechnung nach Maßgabe der Anlage 6 und übersendet dem HZV-Arzt auf Grundlage der IVP-Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („Abrechnungsnachweis“). Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen IVP-Vergütungsanspruches aus („Abrechnungskorrektur“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
- (6) Der HZV-Arzt ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem HZV-Arzt nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.
- (7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht vor Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

- Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die Managementgesellschaft wird den HZV-Arzt bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der HZV-Arzt das Recht, einen berechtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berechtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des HZV-Arztes sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.
- (8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des HZV-Arztes ihrerseits auf Zahlung durch die AOK in entsprechender Höhe gemäß § 16 Abs. 1 angewiesen ist, wird der IVP-Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK gemäß § 16 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den HZV-Arzt erfolgt spätestens zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die IVP-Abrechnung übermittelt wurde. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der IVP-Abrechnung des HZV-Arztes gegenüber der AOK durchzusetzen.
- (9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die HZV-Ärzte geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („Überzahlung“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen HZV-Arzt, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen IVP-Vergütungsansprüche des HZV-Arztes gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlrechnungen, d.h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den HZV-Arzt („Fehlrechnung“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem HZV-Arzt eine Überzahlung geltend, ist der HZV-Arzt verpflichtet, den Teil der IVP-Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (10) Die §§ 15 und 16 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den HZV-Arzt weiter, bis die Ansprüche des HZV-Arztes auf IVP-Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (11) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des IVP-Vergütungsanspruches regelt die Anlage 6.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

§ 16 Abrechnung der IVP-Vergütung gegenüber der AOK

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des IVP-Vergütungsanspruches des HZV-Arztes gemäß § 15 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK („AOK-Abrechnung“) geltend.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 15 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen die Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 15 Abs. 9 gegenüber dem HZV-Arzt durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem HZV-Arzt verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des HZV-Arztes beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen HZV-Arzt erlangt hat, wird sie die AOK unverzüglich schriftlich darüber informieren.
- (3) Die AOK ist nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.
- (5) Dieser § 16 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der AOK und der Managementgesellschaft abgerechnet sind.
- (6) Eine Doppelabrechnung im Sinne des § 15 Abs. 1 kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KVBW gemäß § 140 d SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem HZV-Arzt abgerechneten Betrages durch die KVBW zu einem Nachvergütungsanspruch der KVBW gegenüber der AOK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabrechnung den gegenüber der KVBW von dem HZV-Arzt abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern nicht der HZV-Arzt nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KVBW nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abrechnung gegenüber der KVBW berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung gegenüber IVP-Vergütungsansprüchen des HZV-Arztes berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK Abs. 2 für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (7) Für den bei einer Doppelabrechnung gemäß § 15 Abs. 1 entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der HZV-Arzt der AOK einen pauschalierten Aufwandsersatz in Höhe von 10 % des gegenüber der KVBW fehlerhaft abgerechneten Betrages, mindestens jedoch 10 € (Euro), maximal jedoch 50 € (Euro) für jeden Einzelfall (Abrechnungsposition). Dem HZV-Arzt ist der Nachweis eines geringeren Schadens unbenommen. Die Managementgesellschaft ist berechtigt,

Seite 18

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

den Schadensersatzanspruch nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Sie ist insoweit zur Aufrechnung berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK Abs. 2 für den Schadensersatzanspruch entsprechend.

- (8) Für den bei einer Fehlabrechnung gemäß § 15 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der HZV-Arzt der AOK einen pauschalierten Schadensersatz in Höhe von 10 % des Betrages der von der Managementgesellschaft aufgrund der Fehlabrechnung vergüteten IVP-Vergütung, mindestens jedoch 10 € (Euro), maximal jedoch 50 € (Euro) für jeden Einzelfall (Abrechnungsposition). Dem HZV-Arzt ist der Nachweis eines geringeren Schadens unbenommen. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Schadensersatzanspruch nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Sie ist insoweit zur Aufrechnung berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK Abs. 2 für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (9) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des IVP-Vergütungsanspruches regelt Anlage 6.

§ 17

Finanzierung der Aufwendungen der Pflegeheimträger/Pflegeeinrichtungen

Die AOK Baden-Württemberg übernimmt Aufwendungen, die dem Pflegeheimträger/der Pflegeeinrichtung für die Durchführung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben entstehen, je im IVP-Vertrag eingeschriebenem Versicherten gemäß Anlage 6. Damit werden teilweise die Kosten abgegolten, die dem Pflegeheimträger/der Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Dokumentation, die Koordination, die Organisation und Durchführung der IVP-Netzbesprechungen, der Fallbesprechungen sowie von Fortbildungen entstehen.

Die Vergütung wird auf Grundlage des aktuellen TVZ festgestellt und von der AOK direkt überwiesen.

§ 18

Evaluation – Nachweis der Wirtschaftlichkeit

Die Vertragsparteien verständigen sich auf das Ziel, dass durch verbesserte Steuerung und Koordination durch diesen Vertrag die Versorgungseffizienz gesteigert wird. Ggf. soll im Rahmen einer möglichen Evaluation festgestellt werden, ob die Gesamtkosten für IVP-Teilnehmer geringer ausfallen als für Patienten, die nicht an der IVP teilnehmen. Vor der Evaluation erfolgt zwischen den Vertragsparteien Einvernehmen über die zu evaluierenden Inhalte und Parameter.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

§ 19

Haftung und Freistellung

Sofern nicht abweichend geregelt, haften die Vertragsparteien, die HZV-Ärzte und die Beigetretenen für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.

§ 20

Datenschutz

Die Vertragsparteien, die HZV-Ärzte und Beigetretenen verpflichten sich, die einschlägigen Datenschutzbestimmungen und das Datenschutzkonzept (Anlage 1) einzuhalten.

§ 21

Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, ist die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart grundlegend war, dass ihr ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem Gewollten am nächsten kommen.

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

Stuttgart, den 12.01.2011

AOK Baden-Württemberg
Dr. Christopher Hermann

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG
Eberhard Mehl

MEDIVERBUND AG
Werner Conrad

Deutscher Hausärzterverband Landesverband
Baden-Württemberg e. V.
Dr. med. Berthold Dietsche

MEDI Baden-Württemberg e. V.
Dr. med. Werner Baumgärtner

Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Sabine Bergmann-Dietz

Städtische Pflegeheime Esslingen
Thilo Naujoks

Evangelische Heimstiftung GmbH
Bernhard Schneider

Anlage 15. Gutachten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft

12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020
Integrierte Versorgung im Pflegeheim (IVP)

Anlagenverzeichnis

Anlage 1

Datenschutzvereinbarung und Datenschutzkonzept

Anlage 2

Teilnahmeerklärung des Versicherten

Anlage 3

Prozessbeschreibung IVP

Anlage 4

Spezifizierung Versorgungsnetz

Anlage 5

Teilnehmererklärung HZV-Ärzte

Anlage 6

Vergütung und Abrechnungsvereinbarung

Anlage 7

Fortbildung und Qualitätssicherung

Anlage 8

Teilnahmeerklärung Pflegeheimträger

Anlage 8a

Aufnahmeantrag Versorgungsnetz IVP

Anlage 9

Kriterien zur Ausstattung Arzt-Behandlungszimmer im Pflegeheim

Anlage 10

Hüftprotektoren

Anlage 11

Definition Mindestanforderung Überleitungsbogen

Seite 22

Kommentar Autoren PSK-Projekt: Die Anlagen der 2. Anlage dieses Gutachtens liegen uns nicht vor.

Anlage 16. Die Handlungsempfehlungen zu den sechs Bausteinen im Einzelnen

1. Baustein: Qualifiziertes Fachpersonal

- 1.1. Gezielte Schulung und Weiterbildung der an der Versorgung der Pflegeheimbewohner*innen beteiligten Haus- und Fachärzt*innen zu PSK-relevanten klinischen Risikokonstellationen
 - › Schulung und Weiterbildung von Haus- und ggf. auch Fachärzt*innen mit Fokus auf geriatrisch-gerontologische Versorgungsaspekte im Zusammenhang von Erkrankungen, die das Risiko für eine (vermeidbare) Krankenhauseinweisung maßgeblich erhöhen (PSK-relevanten Risikokonstellationen) sowie hinsichtlich der Besonderheiten der palliativmedizinischen Versorgung
 - › Die Durchführung der Schulungen und Weiterbildungen kann beispielsweise über Ärztekammern, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder auch andere zertifizierte Träger erfolgen
- 1.2. Stärkung der pflegfachlichen Kompetenz und in der Folge Erweiterung des Handlungsspielraums und der Verantwortlichkeiten der an der Versorgung der Pflegeheimbewohner*innen beteiligten Pflegefachpersonen zur selbständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten (z.B. Advanced Practice Nurse (APN))
 - › Schulung von Pflegefachpersonen in heilkundlichen und behandlungspflegerischen Fragen (Wundversorgung, Schmerzmanagement, gerontopsychiatrische und palliativmedizinische Grundkenntnisse, Prävention, Biografiearbeit etc.), auch unter Rückgriff auf die Fort- und Weiterbildungsverpflichtung der Einrichtungsträger
 - › Gezielte Schulung und Weiterbildung der an der Versorgung der Pflegeheimbewohner*innen beteiligten Pflegefachpersonen zu Erkrankungen, die das Risiko für eine (vermeidbare) Krankenhauseinweisung maßgeblich erhöhen (PSK-relevante Risikokonstellationen) (Symptomeinschätzung, Verdachtsdiagnose), auch unter Rückgriff auf die Fort- und Weiterbildungsverpflichtung der Einrichtungsträger
 - › Anpassung der Ausbildungscurricula an die tatsächlichen Tätigkeitsanforderungen (Erweiterung des Spektrums medizinisch-pflegerischer Tätigkeiten, Kompetenzen für Assessment und Diagnostik, pharmakologische Grundkenntnisse) zur Erleichterung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten und Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit
 - › Prüfung der Effektivität von Delegationskonzepten (z. B. VerAH, AGNES, EVA etc.) im Rahmen ärztlicher Hausbesuche in Pflegeheimen
- 1.3. Gezielte Schulung und Weiterbildung der an der Versorgung der Pflegeheimbewohner*innen beteiligten weiteren Berufsgruppen zu PSK-relevanten klinischen Risikokonstellationen
 - › Strukturierte curriculare Fortbildung von Apotheker*innen zur klinischen Pharmazie bei Pflegeheimbewohner*innen verbunden mit einem Ausbau der Beratungs- und Medikationsreview-Aufgaben der Apotheker*innen
 - › Gezielte Schulung und Weiterbildung der an der Versorgung der Pflegeheimbewohner*innen beteiligten Therapeut*innen zu Erkrankungen, die das Risiko für eine (vermeidbare) Krankenhauseinweisung maßgeblich erhöhen (PSK-relevante Risikokonstellationen)
 - › Schulung von Mitarbeitenden des Rettungsdienstes, um im Einzelfall kriterienbasiert (Early Warning Score) und rechtssicher entscheiden zu können, ob Pflegeheimbewohner*innen nicht in ein Krankenhaus transportiert, sondern an den ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich überwiesen werden können
- 1.4. Entwicklung strukturiert angelegter sektorenübergreifender und interprofessioneller Fortbildungen, inkl. PSK-relevanter interprofessioneller Team- und Notfalltrainings
 - › Etablierung von regelmäßigen, interprofessionellen Fortbildungen der an der Versorgung der Pflegeheimbewohner*innen beteiligten Berufsgruppen zu Erkrankungen,

Anlage 16. Die Handlungsempfehlungen zu den sechs Bausteinen im Einzelnen

die das Risiko für eine (vermeidbare) Krankenhauseinweisung maßgeblich erhöhen (PSK-relevante Risikokonstellationen)

- › Weiterentwicklung bestehender Team- und Notfalltrainingsszenarien auf PSK-relevante Situationen in stationären Pflegeeinrichtungen

Zeithorizont: In Abhängigkeit von der Verfügbarkeit von inhaltlich ausgestalteten Konzepten kann die Einrichtung des Schulungs- und Weiterbildungsangebots sowohl für Ärzt*innen, Pflegefachpersonen und Therapeut*innen kurz- bis mittelfristig erfolgen. Für eine Anpassung der Ausbildungscurricula sowie deren Umsetzung in den bestehenden Ausbildungsstrukturen werden mehrere Jahre erforderlich sein. Interdisziplinäre Fortbildungen, Team- und Notfalltrainings können kurzfristig etabliert werden, sofern entsprechende Fortbildungs- und Simulationskonzepte verfügbar sind.

2. Baustein: Kooperation & Kommunikation

2.1. Aufbau eines digital unterstützten, sektorenübergreifenden, alters- und bedarfsgerechten Versorgungsnetzwerks aus regionalen Leistungserbringenden

- › Abschluss von regionalen Rahmenvereinbarungen der Leistungserbringenden zur Zusammenarbeit (gemeinsame Vision) im Netzwerk

Dies kann beispielsweise im Sinne einer formalisierten Willensbekundung zu einer wertschätzenden und respektvollen Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten (in einer Region) erfolgen. Die gemeinsame Vision für die Zusammenarbeit ist eine bedarfsgerechte und teilhabeorientierte Versorgung, unter weitestmöglicher Wahrung der Autonomie der Pflegeheimbewohner*innen (Pflege-Charta), der Patient*innenrechte und Vermeidung von PSK. Eine solche Rahmenvereinbarung kann dazu beitragen, die Abhängigkeit der Kooperationsqualität von ökonomischen Handlungslogiken, intrinsischer Motivation etc. zu verringern, da ein gemeinsames Ziel vereinbart wird, dem sich alle verpflichten.

- › Entwicklung von einrichtungsspezifischen, zuverlässigen Lösungen zur Kooperation mit niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen, inkl. regelmäßiger Visiten (dabei muss den Bewohner*innen freigestellt sein, von wem sie sich ärztlich versorgen lassen),
- › Sicherstellung der zuverlässigen Erreichbarkeit von Therapeut*innen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie etc.) durch einrichtungsspezifische Kooperationslösungen
- › Ausbau telemedizinischer Ansätze zur Abklärung und Diagnosestellung
- › Beitritt zu interprofessionellen Netzwerken (z. B. SAPV gem. §37b SGB V, ambulante Hospizdienste gem. §39a, Abs. 2, SGB V, Wundmanagement)

2.2. Etablierung klar definierter, transparenter Kommunikations- und Informationswege

- › Einrichtung regelmäßiger, strukturierter Fallkonferenzen auf unterschiedlichen Ebenen (fach- und sektorenübergreifend monatlich als Teil eines Versorgungspfads; einrichtungintern, pro Bewohnerbereich wöchentlich (bei Bedarf interprofessionell), morgendliche Blitzkonferenz pro Station täglich (Fokus Risikopatient*innen), interprofessionelle ethische Fallkonferenz monatlich) als Teil der regulären Arbeitszeit
- › Einrichtungsübergreifende gemeinsame Dokumentation in einer digitalen Bewohner*innenakte (idealerweise mit Zugriff auf Daten der elektronischen Krankenakte), die alle PSK-relevanten Informationen enthält (Diagnosen, Befunde, vollständiger Medikationsplan inkl. OCT und Nahrungsergänzungsmittel etc.)
- › Entwicklung (interdisziplinärer) PSK-Versorgungspfade, insbesondere für Pflegeprobleme mit erheblichem Einschätzungsbedarf und Pflegehandlungen mit hohem Interaktionsanteil (z. B. Inkontinenz, Dekubitus, Demenz, altersangemessene Medikation), inkl. Evaluationskonzept und Ergebniskontrolle

Anlage 16. Die Handlungsempfehlungen zu den sechs Bausteinen im Einzelnen

Zeithorizont: Der Abschluss regionaler Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit im Netzwerk ist bei Vorhandensein eines Organisators oder einer Organisatorin und interessierter Teilnehmer*innen innerhalb von drei bis sechs Monaten erreichbar. Die Ausgestaltung einrichtungsspezifischer Lösungen zu Erreichbarkeit und Zusammenarbeit ist je nach Komplexität der Fragestellungen in sechs bis zwölf Monaten zu erreichen. Der Ausbau telemedizinischer Ansätze ist stark abhängig vom Umfang und technischer Ausgestaltung der angestrebten Lösung. Wenig aufwändige Ansätze können sofort, technisch komplexere Lösungen kurz- bis mittelfristig umgesetzt werden. Die Etablierung von Fallkonferenzen ist kurz- bis mittelfristig möglich. Die Einrichtung einer gemeinsamen digitalen Dokumentation ist in Abhängigkeit von den technischen Voraussetzungen kurz- bis mittelfristig erreichbar. Die Entwicklung von Versorgungspfaden nimmt je nach Komplexität und Stringenz der Ablauforganisation einige Wochen bis mehrere Monate in Anspruch.

3. Baustein: Infrastruktur (räumlich, medizintechnisch, digital, Wissensbasis)

- 3.1. Auf- bzw. Ausbau einer unterstützenden elektronische Infrastruktur, die sowohl eine Interoperabilität von Arzt- und Pflegeinformationssystemen gewährleistet als auch telemedizinische Betreuung ermöglicht
 - › suffiziente (W)LAN-Anbindung
 - › Hard- und Software für digitale Bewohner*innenakte
 - Bewohner*innenakte idealerweise mit Zugriff auf Daten aus der elektronische Krankenakte
 - Digitale Bewohner*innentherapieziele sollen strukturiert für Behandlungsteam, Bewohner*innen und Angehörige zur Verfügung stehen
 - Prüfung der Integration von zur PSK-Vermeidung zentraler Informationsobjekte auf Ebene der Telematikinfrastruktur (z. B. Early Warning Score, Medikationsplan)
 - › Hard- und Software für telemedizinische Anwendungen
 - Einfache Anwendung: Videotelefonie ermöglichen
 - Erreichbarkeit der Bewohner*innen sicherstellen (eigenes Device (Handy/Tablet/Laptop) oder einrichtungsimpertes Device)
 - Komplexere Anwendungen: Telemedizinische Diagnostik und Monitoring ermöglichen
 - Integration von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), dabei Identifikation geeigneter DiGa z. B. auf Vorschlag der Pflegefachpersonen
- 3.2. Schaffung einer räumlichen und medizintechnischen Infrastruktur für Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten vor Ort
 - › Verfügbarkeit eines Raums für Diagnostik und Behandlung
 - › Anschaffung Medizintechnik (Sono, Röntgen, EKG)
 - › Verfügbarkeit Labor (eigene Geräte, alternativ Kooperation mit mobilem Labor (Laborbus))
 - › Verfügbarkeit Verbrauchsmaterial
 - › Unterbringungskonzepte bei speziellen PSK-Risikokonstellation
- 3.3. Niedrigschwelligen Zugriff auf externe Evidenz ermöglichen (Bibliothek, Fachjournals, Leitlinien, Expert*innenstandards, Fachdatenbanken) ermöglichen
 - › Abonnement relevanter Fachzeitschriften (analog, digital)
 - › Einrichtung regelmäßiger interner Fortbildungen zur Diskussion aktueller Forschungsergebnisse, Leitlinieninhalte, etc.

Zeithorizont: Der Auf- bzw. Ausbau einer elektronischen Infrastruktur einschließlich Schulung der Mitarbeiter*innen ist für z. B. einfachere telemedizinische Anwendungen innerhalb von sechs bis zwölf Monaten zu erreichen. Komplexere Strukturen wie die Einführung einer digitalen Patient*innenakte sind mittelfristig umsetzbar. Die Schaffung einer räumlichen und medi-

Anlage 16. Die Handlungsempfehlungen zu den sechs Bausteinen im Einzelnen

zintechnischen Infrastruktur ist abhängig vom geplanten Umfang kurz- bis mittelfristig möglich. Die Einrichtung eines niedrighschwelligen Zugriffs auf externe Evidenz ist sofort möglich.

4. Baustein: Interne Prozesse in den Einrichtungen

- 4.1. Einführung von Bezugspflege als Standard-Pflegesystem
 - › Gesamte pflegerische Planung und Versorgung von festen Bewohner*innengruppen durch eine bestimmte Pflegeperson (inkl. Vertretungs- und Delegationsregelungen) zur personellen Kontinuität als elementarer Bestandteil einer menschenwürdigen Pflege
- 4.2. Erarbeitung von SOP zum Umgang mit PSK-relevanten Risikokonstellationen
 - › Etablierung eines initialen PSK-Risikoassessments durch Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen einschließlich Maßnahmenplan und Auswahl des/der geeigneten PSK-Versorgungspfads/e
 - › Standardisiertes Aufnahmemanagement
 - › Standardisiertes Überleitungsmanagement
 - › Ausbau der Präventionsmöglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen (Sturz, Dekubitus, Ernährungsmanagement, Schmerzmanagement, Medikationsanalyse, Infektionsprophylaxe, Vorsorgeplanung, Überwachung Gesundheitszustand, ethische Entscheidungsfindung nach den Wünschen der Bewohner*innen)
 - › Umsetzung bereits bestehender Standards (z. B. der Expert*innenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege)
- 4.3. Etablierung eines Advanced Care Planning, Bewohneranamnese
 - › Einrichtung von Beratungsmöglichkeiten zu Vorsorgevollmachten, ggf. auch zu Patient*innenverfügungen
 - › Vorhaltung der entsprechenden notwendigen Dokumente
 - › Etablierung von Routinen in Absprachen mit den Bevollmächtigten
 - › Verfügbarkeit rechtlicher Assistenz gewährleisten
 - › Beachtung der S2k-Leitlinie „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“ bei hirnorganischen Beeinträchtigungen
 - › Pflegeeinrichtungen können die Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung gem. § 132g SGB V durch entsprechend qualifiziertes und weitergebildetes Personal mit einer anteiligen Kassenfinanzierung implementieren
- 4.4. Etablierung einer qualifizierten (pflegerischen) Rufbereitschaft
 - › Gestaltung des Stellenschlüssels und des Dienstplans unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit einer qualifizierten (pflegerischen) Rufbereitschaft für Notfälle in Zeiten, in denen typischerweise mit reduzierter Besetzung zu rechnen ist (Nachtdienst, Wochenende, Feiertage)
- 4.5. Verantwortlichkeit definieren für Initiierung und Begleitung von Veränderungsprozessen und Implementierungsstrategien
 - › Benennung einer qualifizierten Person zur Verantwortlichen für die Initiierung und Begleitung von Veränderungsprozessen sowie deren Implementierung in den Arbeitsalltag („Change-Manager*in“)
 - › Funktion des Change-Managers bzw. der Change-Managerin muss sich in der Planung von Stellenschlüssel und Skills-Mix der Mitarbeitenden widerspiegeln

Zeithorizont: Die Einführung von Bezugspflege ist abhängig von der Größe des zu versorgenden Bereichs. In einem kleineren Bereich ist eine Etablierung (einschließlich Vorbereitung und Erprobung) innerhalb von sechs bis zwölf Monaten zu erreichen. Die Etablierung einer qualifizierten (pflegerischen) Rufbereitschaft ist bei vorhandenem Personal sofort umsetzbar, gleiches gilt für die Festlegung der Verantwortlichkeit für die Initiierung und Begleitung von Veränderungsprozessen und Implementierungsstrategien. Die Erarbeitung von SOP im Umgang

Anlage 16. Die Handlungsempfehlungen zu den sechs Bausteinen im Einzelnen

mit PSK-relevanten Risikokonstellationen ist je nach Komplexität innerhalb von ein bis drei Monaten je SOP möglich. Die Etablierung eines Advanced Care Plannings kann kurz- bis mittelfristig umgesetzt werden.

5. Baustein: Rechtliche Aspekte

- 5.1. Neustrukturierung bestehender gesetzlicher Regelungen (SGB V und SGB XI)
 - › partielle Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung, um so die sozialrechtliche Trennung von Behandlung, Rehabilitation und Pflege zu durchbrechen
- 5.2. Neustrukturierung bestehender Richtlinien zur Übertragung heilkundlicher Aufgaben für den Ausbau und die Stärkung der pflegefachlichen Kompetenz, die das deutlich veränderten Morbiditätsspektrum der Pflegeheimbewohner*innen widerspiegelt
 - › Aufnahme von zu übertragenden heilkundlichen Aufgaben in die Heilkundeübertragungsrichtlinie, die den Anforderungen durch das veränderte Morbiditätsspektrum der Pflegeheimbewohner*innen gerecht werden (z. B. Erweiterung des Diagnosespektrums)
 - › Stärkere Berücksichtigung der Fort- und Weiterbildungsverpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Qualifikation von Pflegefachkräften in heilkundlichen Fragen wie der gerontopsychiatrischen Versorgung, Wundmanagement, Schmerzmanagement etc., um die Übertragung heilkundlicher Aufgaben zu erleichtern

Zeithorizont: Änderungen bestehender gesetzlicher Regelungen und Richtlinien werden sich mittel- bis langfristig umsetzen lassen.

6. Baustein: Vergütungsstrukturen

- 6.1. Abrechnungsmöglichkeiten von PSK-bezogenen Aktivitäten von Pflegeheimen gegenüber der Pflegeversicherung mit dem Ergebnis der Vermeidung von Hospitalisierungsbedarfen
 - › Schulungskosten für Mitarbeiter*innen
 - › Abschreibungen von baulichen Investitionen und Geräte-Investitionen
 - › Mehraufwand der Netzwerkarbeit und der initialen PSK-Assessments
 - › Setzen von kollektiv- oder selektivvertraglichen Anreizen zur Prävention bzw. Nicht-Hospitalisierung von Pflegeheimbewohner*innen (Vermeidungsbudget)
- 6.2. Entwicklung von Experimentierräumen für neue ergebnisbelohnende Vertragsgestaltungen als Anreiz für die Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle
 - › Regionale populationsbezogene Vertragsgestaltungen mit Invest- und Ergebnisteilung
 - › Monitoring von morbiditäts- und altersadjustierten Hospitalisierungszahlen und Veröffentlichung
- 6.3. SGB XI-finanzierte wissenschaftliche Begleitevaluation der veränderten Anreize und der daraus entstehenden Ergebnisse
 - › Kosten-Nutzen-Analysen über mehrere Jahre
 - › Qualitative Befragungen von Angehörigen, Patient*innen und Pflegenden

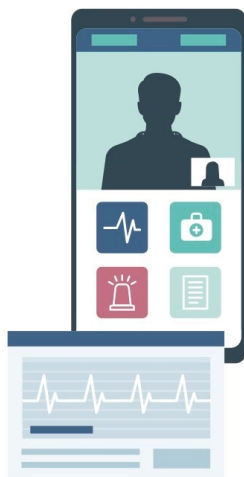
Zeithorizont: Die Weiterentwicklung und Umstrukturierung der Vergütungsstrukturen sowie die wissenschaftliche Begleitevaluation der Effekte ist vor einem mittelfristigen Zeithorizont zu betrachten.

FALLBEISPIEL ZUR REDUKTION PFLEGEHEIM-SENSITIVER KRANKENHAUSFÄLLE TELEMEDIZINISCHE KONSULTATION



Im Rahmen des Projekts „Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK)“ wurden Handlungsempfehlungen und damit einhergehende Interventionen entwickelt, um zukünftig PSK vorzubeugen.

Anhand von Fallbeispielen wird exemplarisch skizziert, wie einzelne Interventionen bei bestimmten Erkrankungen dazu beitragen können, dass weniger Pflegeheimbewohner:innen dem Stress und den Risiken einer Krankenhauseinweisung ausgesetzt werden. Darüber hinaus wird gezeigt, bei welchen weiteren Erkrankungen Pflegeheimbewohner:innen ebenfalls von diesen Interventionen profitieren können und welche finanzielle Relevanz die Wirksamkeit der Maßnahmen für das deutsche Gesundheitswesen haben kann. Das Ausmaß des Präventionspotenzials hängt dabei von der jeweiligen Kombination und Ausprägung der einzelnen Interventionen ab und kann daher nicht genau beziffert werden.



Telemedizin ermöglicht Diagnostik, Prävention oder Therapie über räumliche Distanzen hinweg durch eine Kombination digitaler und eventuell auch mobiler Telekommunikations- und Informationstechnologien. So ist mit Apps die Übertragung von Vitalparametern über ein Mobiltelefon an Ärzt:innen möglich, eine erste Abklärung kann bereits per Telefon oder Videokonferenz erfolgen. Gerade, wenn die Patient:innen engmaschiger medizinisch betreut werden, sind tägliche Arztbesuche oder gar Krankenhausaufenthalte seltener erforderlich. Eine telemedizinische Konsultation ist im ersten Schritt schnell und niedrigschwellig einzuführen und mit überschaubaren Kosten verbunden.

Telemedizin am Beispiel Herzinsuffizienz

Eine Herzinsuffizienz gehört zu den häufigsten Diagnosen, die bei Bewohner:innen von Pflegeheimen zu einer Krankenhauseinweisung führen. Ein konsequentes, bedarfsgerechtes Monitoring kann dazu beitragen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

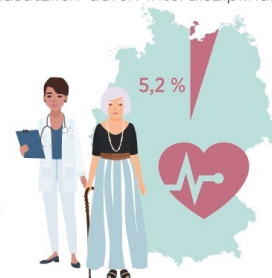
Verfügt eine Pflegeeinrichtung über telemedizinische Konsultationsmöglichkeiten, können Vitalparameter regelmäßig allein per Handy an die (Haus-)Ärzt:innen übermittelt werden. Bei Auffälligkeiten oder Zustandsveränderungen kann schnell reagiert werden, der/die (Haus-)Ärzt:in ist darüber hinaus unkomplizierter verfügbar. Dies gilt umso mehr, wenn diese digital unterstützte Zusammenarbeit kooperationsvertraglich unterstützt wird. Technisch aufwändigere Lösungen wie Videokonsultationen über Tablets oder Standmonitore sind noch komfortabler, aber im ersten Schritt nicht zwingend erforderlich.

Kommt zu den telemedizinischen Möglichkeiten eine Infrastruktur hinzu, die einen Zugriff auf Laborwerte erlaubt (z. B. ein eigenes kleines Labor in der Pflegeeinrichtung oder die Kooperation mit einem mobilen Labor) und den Zugriff auf ein EKG-Gerät oder ein telemedizinisch integriertes Stethoskop ermöglicht, können die telemedizinischen Möglichkeiten noch besser genutzt werden.

Maßgeblich unterstützt wird die Effektivität dieser Maßnahmen durch qualifiziertes Pflegepersonal, das heilkundliche Tätigkeiten ausführen darf und kann, sowie durch qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal, das in der Lage ist, PSK-relevante Risikokonstellationen zu erkennen und adäquat zu (be)handeln. Die Zusammenarbeit kann zusätzlich durch interdisziplinär entwickelte Pfade für Bewohner:innen unterstützt werden. Erfolgt die Dokumentation in einer für alle relevanten Stakeholder zugänglichen Akte, wird die Transparenz von Information und Kommunikation weiter erhöht. So ist z. B. eine regelmäßige Überprüfung und elektronische Aktualisierung von Medikationsplänen durch (Haus-)Ärzt:innen und Apotheker:innen möglich.

Relevanz für Deutschland

Insgesamt 5,2 % der Pflegeheimbewohner:innen wurden 2017 aufgrund einer Herzinsuffizienz in ein Krankenhaus eingewiesen. Die Behandlungskosten beliefen sich pro Fall durchschnittlich auf 3.683 €. Hochgerechnet auf alle entsprechenden Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohner:innen entspricht das Gesamtausgaben in Höhe von 123.465.251 €.



Anlage 17. Fallbeispiel 1

Präventionspotenzial für vermeidbare Krankenhauseinweisungen

In einem zweistufigen Delphi-Verfahren mit rund 100 Expert:innen (Ärzt:innen, Pflegekräften, Wissenschaftler:innen), abgeschlossen durch eine 16-köpfige Diskussionsrunde, wurde die Vermeidbarkeit von Krankenhauseinweisungen ermittelt. Die Expert:innen schätzten, dass 75 % der Krankenhauseinweisungen aufgrund dieser Diagnose vermieden werden könnten, wenn in den stationären Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Voraussetzungen dafür geschaffen würden (qualifiziertes Fachpersonal, strukturierte Kommunikations- und Kooperationswege, eine geeignete räumliche, digitale und medizintechnische Infrastruktur usw.).

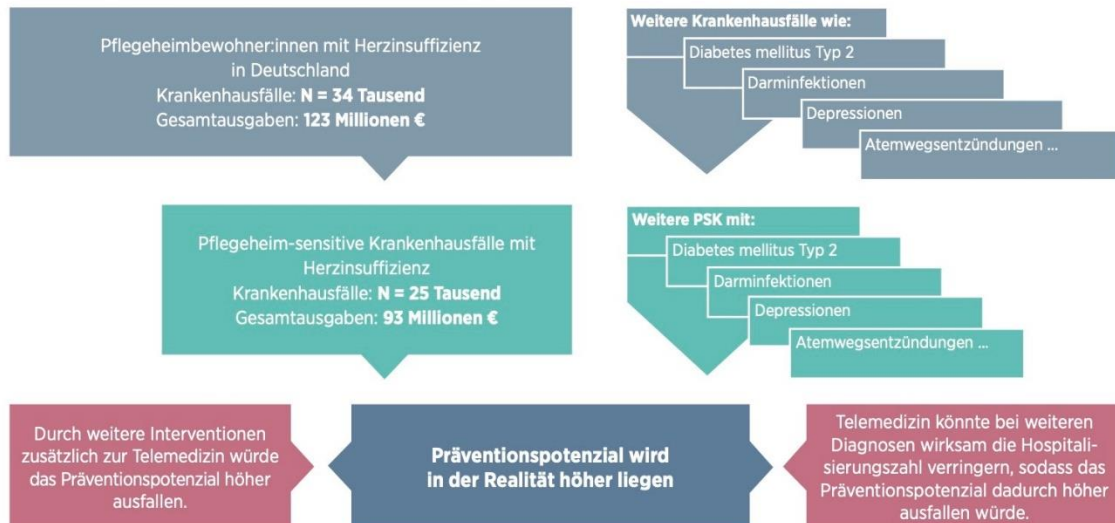


Abbildung 1. Potenzielle Relevanz und Wirksamkeit einer Maßnahme wie Telemedizin

Welche Bewohner:innen (ICDs) profitieren noch davon?

Telemedizinische Konsultationsmöglichkeiten können auch bei anderen Diagnosen dazu beitragen, die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu verringern. So können beispielsweise auch Bewohner:innen mit einem Diabetes mellitus Typ 2, Volumenmangel- oder Elektrolythaushaltsstörungen, Darminfektionen oder neurologischen Erkrankungen von der erleichterten ärztlichen Erreichbarkeit, flankiert von der Übermittlung diagnostischer Parameter, profitieren. Aufgrund des breiten Einsatzspektrums telemedizinischer Interventionen – von der Einschätzung über Art und Ort der Behandlung (Triage) bis hin zu Diagnostik und Monitoring – können prinzipiell alle von PSK-Risikokonstellationen betroffenen Bewohner:innen profitieren.

„Telemedizinische Konsultationsmöglichkeiten bieten mittlerweile gute Ansätze zur Unterstützung der Versorgung in Pflegeeinrichtungen und können einen wichtigen Beitrag zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen leisten.“

Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Inhaberin des Lehrstuhls für Management und Innovation im Gesundheitswesen, Universität Witten/Herdecke

Herausgeberin: Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Lehrstuhl für Management und Innovation im Gesundheitswesen, Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Str. 50; 58448 Witten, Germany

Konzeption und Redaktion: Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Maria Paula Valk-Draad, Dr. Katja Stahl, Dr. Oliver Gröne

E-Mail: psk@uni-wh.de

Mehr Informationen zu den Projektergebnissen unter: [Ergebnisse | PSK \(pflegeheim-sensitive-krankenhaushaeelle.de\)](https://www.pflegeheim-sensitive-krankenhaushaeelle.de)



Gefördert durch:



Dieses Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen O1VSF18026 gefördert.

FALLBEISPIEL ZUR REDUKTION PFLEGEHEIM-SENSITIVER KRANKENHAUSFÄLLE DIAGNOSTISCHE INFRASTRUKTUR



Im Rahmen des Projekts „Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK)“ wurden Handlungsempfehlungen und damit einhergehende Interventionen entwickelt, um zukünftig PSK vorzubeugen.

Anhand von Fallbeispielen wird exemplarisch skizziert, wie einzelne Interventionen bei bestimmten Erkrankungen dazu beitragen können, dass weniger Pflegeheimbewohner:innen dem Stress und den Risiken einer Krankenhauseinweisung ausgesetzt werden. Darüber hinaus wird gezeigt, bei welchen weiteren Erkrankungen Pflegeheimbewohner:innen ebenfalls von diesen Interventionen profitieren können und welche finanzielle Relevanz die Wirksamkeit der Maßnahmen für das deutsche Gesundheitswesen haben kann. Das Ausmaß des Präventionspotenzials hängt dabei von der jeweiligen Kombination und Ausprägung der einzelnen Interventionen ab und kann daher nicht genau beziffert werden.



Bei zahlreichen PSK-relevanten Risikokonstellationen sind apparativ unterstützte Diagnoseverfahren zur Abklärung des weiteren Prozederes erforderlich. Wird diese Abklärung direkt in der Pflegeeinrichtung vor Ort durchgeführt, können Diagnosezeiträume verkürzt, Therapien schneller eingeleitet, Wege gespart und stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Eine solche diagnostische Infrastruktur lässt sich kurz- bis mittelfristig einrichten und ist mit mittleren Kosten verbunden.

Diagnostische Infrastruktur am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2

Diabetes mellitus Typ 2 gehört mit zu den häufigsten Diagnosen, die bei Bewohner:innen von Pflegeheimen zu einer Krankenhauseinweisung führen. Insbesondere bei Auffälligkeiten sind engmaschige Laborkontrollen erforderlich, um adäquat reagieren zu können. Exazerbationen und in der Folge möglicherweise erforderliche Krankenhausaufenthalte sollten vermieden werden.

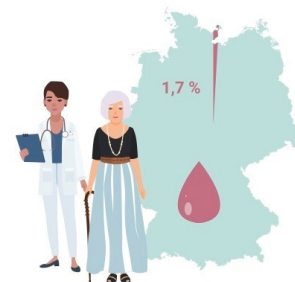


Verfügt eine Pflegeeinrichtung über eine Infrastruktur, die einen Zugriff auf Laborwerte erlaubt (z. B. ein eigenes kleines Labor in der Pflegeeinrichtung oder die Kooperation mit einem mobilen Labor), können diese Kontrollen in der für die Bewohner:innen gewohnten Umgebung durchgeführt werden. Im Falle eines eigenen Labors bedarf es einer Qualifizierung der Pflegekräfte, analog zu medizinischen Fachangestellten in ambulanten Praxen, im korrekten Umgang mit den labortechnischen Geräten. Die Probenentnahme kann im Rahmen der ärztlichen Visite erfolgen. Noch effektiver gestaltet sich die Nutzung einer solchen Infrastruktur, wenn das Pflegepersonal heilkundliche Tätigkeiten, wie beispielsweise Blutentnahmen, selbst ausführen kann und darf.

Im Fall der Probenentnahme durch das Pflegepersonal können Befunde entweder telefonisch übermittelt oder in einer für alle relevanten Stakeholder zugänglichen Akte dokumentiert werden. Die Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und dem/der behandelnden Ärzt:in kann zusätzlich durch interdisziplinär entwickelte Pfade für Bewohner:innen unterstützt werden, insbesondere bei Konstellationen mit erheblichem Einschätzungsbedarf.

Relevanz für Deutschland

Insgesamt 1,7 % der Pflegeheimbewohner:innen wurden 2017 aufgrund eines Diabetes mellitus Typ 2 in ein Krankenhaus eingewiesen. Die Behandlungskosten beliefen sich pro Fall durchschnittlich auf 4.197 €. Hochgerechnet auf alle entsprechenden Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohner:innen entspricht das Gesamtausgaben in Höhe von 44.989.542 €.



Anlage 18. Fallbeispiel 2

Präventionspotenzial für vermeidbare Krankenhauseinweisungen

In einem zweistufigen Delphi-Verfahren mit rund 100 Expert:innen (Ärzt:innen, Pflegekräfte, Wissenschaftler:innen), abgeschlossen durch eine 16-köpfige Diskussionsrunde, wurde die Vermeidbarkeit von Krankenhauseinweisungen ermittelt. Die Expert:innen schätzten, dass 90 % der Krankenhauseinweisungen aufgrund dieser Diagnose vermieden werden könnten, wenn in den stationären Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Voraussetzungen dafür geschaffen würden (qualifiziertes Fachpersonal, strukturierte Kommunikations- und Kooperationswege, eine geeignete räumliche, digitale und medizintechnische Infrastruktur usw.).

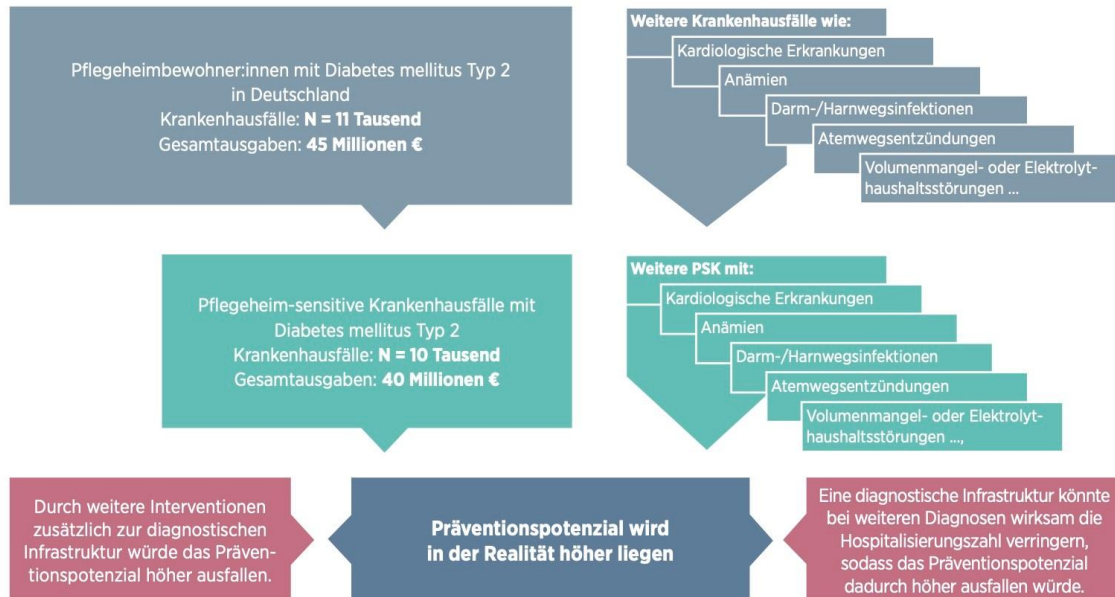


Abbildung 2. Potenzielle Relevanz und Wirksamkeit einer Maßnahme wie Etablierung einer diagnostischen Infrastruktur

Welche Bewohner:innen (ICDs) profitieren noch davon?

Die Verfügbarkeit einer diagnostischen Infrastruktur kann auch bei anderen Diagnosen dazu beitragen, die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu verringern. So können auch Bewohner:innen mit kardiologischen Erkrankungen, Anämien, Atemwegserkrankungen, Volumenmangel- oder Elektrolythaushaltsstörungen, chronischen Nierenerkrankungen oder Darm- oder Harnwegsinfektionen von einer solchen Maßnahme profitieren, insbesondere wenn neben dem Labor auch andere, apparative Diagnoseverfahren wie EKG, mobiles Röntgen oder Sonografie zur Verfügung stehen.

„Die Verfügbarkeit einer diagnostischen Infrastruktur kann die Effizienz von Diagnostik und Therapie in stationären Pflegeheimen deutlich erhöhen und auf diesem Weg dazu beitragen, das Risiko für eine Krankenhauseinweisung zu verringern.“

Dr. Oliver Gröne PhD, M. Sc., Dipl.-Soz., Stellvertretender Vorstandsvorsitzender, OptiMedis AG

Herausgeberin: Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Lehrstuhl für Management und Innovation im Gesundheitswesen, Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Str. 50; 58448 Witten, Germany

Konzeption und Redaktion: Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Maria Paula Valk-Draad, Dr. Katja Stahl, Dr. Oliver Gröne

E-Mail: psk@uni-wh.de

Mehr Informationen zu den Projektergebnissen unter: [Ergebnisse | PSK \(pflegeheim-sensitive-krankenhaushaeelle.de\)](http://Ergebnisse|PSK(pflegeheim-sensitive-krankenhaushaeelle.de))



Gefördert durch:



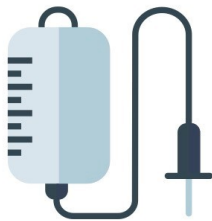
Dieses Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen O1VSF18026 gefördert.

FALLBEISPIEL ZUR REDUKTION PFLEGEHEIM-SENSITIVER KRANKENHAUSFÄLLE AUSÜBUNG HEILKUNDLICHER TÄTIGKEITEN DURCH PFLEGEKRÄFTE



Im Rahmen des Projekts „Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK)“ wurden Handlungsempfehlungen und damit einhergehende Interventionen entwickelt, um zukünftig PSK vorzubeugen.

Anhand von Fallbeispielen wird exemplarisch skizziert, wie einzelne Interventionen bei bestimmten Erkrankungen dazu beitragen können, dass weniger Pflegeheimbewohner:innen dem Stress und den Risiken einer Krankenhauseinweisung ausgesetzt werden. Darüber hinaus wird gezeigt, bei welchen weiteren Erkrankungen Pflegeheimbewohner:innen ebenfalls von diesen Interventionen profitieren können und welche finanzielle Relevanz die Wirksamkeit der Maßnahmen für das deutsche Gesundheitswesen haben kann. Das Ausmaß des Präventionspotenzials hängt dabei von der jeweiligen Kombination und Ausprägung der einzelnen Interventionen ab und kann daher nicht genau beziffert werden.



Eine Stärkung der pflegfachlichen Kompetenz und in der Folge die Erweiterung des Handlungsspielraums und der Verantwortlichkeiten der Pflegekräfte hat das Potenzial, die Zusammenarbeit in interdisziplinären Netzwerken zu stärken, das Berufsbild aufzuwerten, dem Fachkräftemangel zu begegnen und zu einer bedarfsgerechten Versorgung von Bewohner:innen in stationären Pflegeeinrichtungen beizutragen. Diese Maßnahme stellt eine tiefgreifende Änderung im aktuellen System dar und bedarf einer Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Vergütungsstrukturen.

Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte am Beispiel von Darminfektionen



Darminfektionen bei Bewohner:innen stationärer Pflegeeinrichtungen gehören zu den Erkrankungen, die mit hohen Gesamtkosten bezogen auf die Diagnose einhergehen. Nach differenzialdiagnostischer Abklärung und Erstellung eines Antibiotogramms erfolgt in der Regel eine (oftmals intravenöse) antibiotische Therapie sowie eine intravenöse Flüssigkeitszufuhr.

Ist das Pflegepersonal zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten qualifiziert und berechtigt und steht ihnen die apparative Infrastruktur zur Verfügung, können beispielsweise serologische und mikrobiologische Untersuchungen direkt vor Ort durchgeführt werden. Sie können Venenverweilkatheter selbst legen und je nach Situation nach ärztlicher Anordnung oder Rücksprache eine (auch intravenöse) Flüssigkeitsgabe vornehmen. Telemedizinische Konsultation ermöglicht eine zeitnahe Übermittlung von Befunden und Vitalparametern an den/die (Haus-)Ärzt:in. Der interprofessionelle Austausch zwischen den Ärzt:innen und höher qualifizierten Pflegefachkräften wird erleichtert. Bei Auffälligkeiten oder Zustandsveränderungen kann schnell reagiert werden. Erfolgt die Dokumentation in einer für alle relevanten Stakeholder zugänglichen Akte, wird die Transparenz von Information und Kommunikation weiter erhöht. Das Risiko für eine Krankenhauseinweisung kann zusätzlich verringert werden, wenn die Einrichtung über Unterbringungskonzepte verfügt, die eine Isolation infektiöser Bewohner:innen ermöglicht.

Das Potenzial zur Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die Stärkung der pflegfachlichen Kompetenz kann durch gemeinsam erarbeitete Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit sowie kooperationsvertragliche Regelungen maßgeblich unterstützt werden.

Relevanz für Deutschland

Insgesamt 1,9 % der Pflegeheimbewohner:innen wurden 2017 aufgrund einer Darminfektion in ein Krankenhaus eingewiesen. Die Behandlungskosten beliefen sich pro Fall durchschnittlich auf 2.724 €. Hochgerechnet auf alle entsprechenden Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohner:innen entspricht das Gesamtausgaben in Höhe von 34.207.530 €.



Anlage 19. Fallbeispiel 3

Präventionspotenzial für vermeidbare Krankenhauseinweisungen

In einem zweistufigen Delphi-Verfahren mit rund 100 Expert:innen (Ärzt:innen, Pflegekräfte, Wissenschaftler:innen), abgeschlossen durch eine 16-köpfige Diskussionsrunde, wurde die Vermeidbarkeit von Krankenhauseinweisungen ermittelt. Die Expert:innen schätzten, dass 80 % der Krankenhauseinweisungen aufgrund dieser Diagnosen vermieden werden könnten, wenn in den stationären Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Voraussetzungen dafür geschaffen werden (qualifiziertes Fachpersonal, strukturierte Kommunikations- und Kooperationswege, eine geeignete räumliche, digitale und medizintechnische Infrastruktur usw.).



Abbildung 3. Potenzielle Relevanz und Wirksamkeit einer Maßnahme wie Ermöglichung der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte

Welche Bewohner:innen (ICDs) profitieren noch davon?

Die Berechtigung von qualifizierten Pflegekräften zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten kann auch bei anderen Diagnosen dazu beitragen, die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu verringern. So können auch Bewohner:innen mit Volumenmangel- oder Elektrolytstörungen, Atem- oder Harnwegserkrankungen von dieser Maßnahme profitieren, insbesondere wenn zusätzlich eine digitale und diagnostische Infrastruktur zur Verfügung steht, die die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt:innen sowie weiteren an der Versorgung dieser Bewohner:innen beteiligten Berufsgruppen unterstützen.

„Die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte ist international seit langem Standard. In Deutschland liegt auf diesem, nicht nur für die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohner:innen so wichtigen Feld noch ein weiter Weg vor uns. Er reicht von der Ausbildung über Leitlinien, rechtliche Aspekte und Vergütungsstrukturen im Gesundheitswesen bis zur Gesundheitspolitik.“

Herausgeberin: Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Lehrstuhl für Management und Innovation im Gesundheitswesen, Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Str. 50; 58448 Witten, Germany

Konzeption und Redaktion: Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Maria Paula Valk-Draad, Dr. Katja Stahl, Dr. Oliver Gröne

E-Mail: psk@uni-wh.de

Mehr Informationen zu den Projektergebnissen unter: Ergebnisse | PSK (pflegeheim-sensitive-krankenhaeufaele.de)

Maria P. Valk-Draad, MSc Epidemiologie, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Management und Innovation im Gesundheitswesen, Universität Witten/Herdecke



Gefördert durch:



Dieses Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF18026 gefördert.