

Projektbausteine ambulant geriatriischer Versorgung

- ein mögliches Konzept und seine Umsetzung -

Demografisch verursachte versorgungsplanerische
Herausforderungen in Mecklenburg-Vorpommern und
vielleicht auch anderswo



**Kassennärztliche Vereinigung
Mecklenburg Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr.Reinhard Wosniak

Welche Probleme sind zu lösen?



- der diagnostisch-koordinierende Ansatz der „Geriatrischen Institutsambulanzen“ ist nur **ein Element** eines versorgungsorientierten Lösungsansatzes
- Wollen niedergelassene (Haus-)Ärzte überhaupt eine spezialisierte geriatrische Versorgung und wenn ja: Welche?

Welche Probleme sind zu lösen?

- Die Schnittstelle Medizin/Pflege/soziales Umfeld muss immer beachtet werden – Doch: komplexes Vorgehen ist keine Stärke des Systems...
- Übereinkunft zur angemessenen „Nachhaltigkeit“ geriatrischer Maßnahmen
- Neue Überlegungen zur geriatrischen Versorgung in Pflegeheim/betreutem Wohnen und amb. Intensivpflege notwendig

Welche Probleme sind zu lösen?

- Altersmedizinische Qualifikation **plus spezifische Anreize** für eine zulassungsrechtliche Würdigung und Vergütung geriatrisch spezialisierter Medizin auch im ambulanten Bereich (Paradoxon vom Primat des Eies oder der Henne)
- Vermeidung von Multimedikation als medizinisches und Management-Problem
- 65+/70+(?)...Indikationen für eine spez. geriatr. Behandlung u./o. Sekundärprävention u./o. Nachhaltigkeit festlegen

Kontinuierlicher Ausbau der geriatrischen Kompetenz erforderlich

Kassenärztliche Vereinigung	Ärzte/Psychotherapeuten insgesamt	Ärzte mit geriatrischem Schwerpunkt, geriatrischer Zusatzweiterbildung (exkl. ZWB "Fachkunde Geriatrie") oder fakultativer geriatrischer Weiterbildung***	Ärzte mit geriatrischem Schwerpunkt, geriatrischer Zusatzweiterbildung (inkl. ZWB "Fachkunde Geriatrie") oder fakultativer geriatrischer Weiterbildung***
Schleswig-Holstein	5.548	138	138
Hamburg	4.932	15	15
Bremen	1.866	5	5
Niedersachsen	15.132	36	36
Westfalen-Lippe	14.937	140	140
Nordrhein	19.969	61	61
Hessen	12.408	81	81
Rheinland-Pfalz	7.618	28	173
Baden-Württemberg	21.316	159	159
Bayerns	26.207	58	58
Berlin	9.332	17	17
Saarland	2.127	1	1
Mecklenburg-Vorpommern	3.108	14	14
Brandenburg	4.175	12	12
Sachsen-Anhalt	4.128	13	13
Thüringen	4.124	5	5
Sachsen	8.020	19	19
Gesamt	164.947	802	947

***Anzahl kann aufgrund von Ärzten mit mehreren Merkmalen "Geriatrie" geringer als die Summe der Einzelmerkmale sein

Projektbausteine ambulant geriatrischer Versorgung

Konzeptansatz der KV-Mecklenburg-Vorpommern

Herangehensweise:

- Komplexe Sicht auf Strukturprobleme bei der Sicherstellung medizinischer Leistungen
- Regionale (kleinräumige) und landesweite (großräumige) Versorgungssituation
- Indikationsspezifische Versorgungssituation unter dem Aspekt des Schnittstellen- und Case-Managements
- Intersektorale Kooperationsangebote aus Sicht der regionalen Versorgungs- und Strukturqualität

Projektbausteine ambulant geriatrischer Versorgung

Konzeptansatz der KV-Mecklenburg-Vorpommern



Wiederkehrende Arbeitsschritte:

- **Analyse** der Versorgungssituation
- Entwicklung spezifischer, regional angepasster ***modularer Lösungsansätze*** mit unterschiedlichen Partnern (Kassen, Ärztenetze, Berufsverbände, Kooperationen zwischen amb./stat. LE)
- Evaluierung nach Wirtschaftlichkeit, Qualität und „Mehrwert“
- Schrittweise Übertragung auf weitere geeignete Regionen

Dr.R. Wosniak

Erste Lösungen mit der KVMV für „das Gesundheitsland“ Mecklenburg-Vorpommern



- ein langfristiges modulares Konzept -

- Arztentlastende Gemeindeschwester (Praxisassistentin/ Näpa/VERAH) - ärztl. angeordnete Hilfeleistung gem. EBM-Nr. 40870)
- (hausärztl.) Versorgungsassistentin *VERAH-Care*
- (fachärztliche) Versorgungsassistentin *Kathi*
- ambulante geriatrische Komplexbehandlung (AGKB)
- Vertrag „Pflegeheim Plus“ (AOK) / “Pflege komplett“ (DAK)
- Vertrag über eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Praxisassistentin VERAH



- MV war 2008 Erprobungsland im Rahmen der hausärztlichen Versorgung
- 3 Erprobungsregionen: Uecker-Randow-Kreis, Waren, Neubrandenburg
- Arztunterstützende Behandlung, Beratung, Prophylaxe, Diagnose und Koordination
- Paritätische Finanzierung durch Land und KV
- Evaluierung durch Uni Greifswald und Institut of General Medicine an der Charité Berlin
- Beschluss des Bewertungsausschusses 2009

Praxen mit einer nichtärztlichen Praxisassistentin in MV

Arztpraxen mit einer VERAH bzw. VERAH-Care Genehmigung



Wie weiter mit der VERAH?



*Gebraucht werden **spezifische Maßnahme** als Option für ein überaltertes Flächenland mit latentem Arztmangel*

*Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern arbeitet an **Erweiterungsmodulen für VERAH-Leistungen**, spez. im ländlichen Bereich, unter den Kriterien:*

- Ärztemangel und zunehmend eingeschränkte Mobilität geriatrischer Patienten
- Regional ausbleibende Angebote von Beratungsleistungen gem. §92c SGB XI (Pflegestützpunkte)
- Erweiterungsmöglichkeiten für Betreuungsleistungen inklusive Arzneimittelversorgung bei Dauermedikation bzw. chron. Erkrankungen

„VERAH-Care...“



2014: Vertrag nach §73a SGB V zum Einsatz von Versorgungsassistentinnen zur Verbesserung der Patientenversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zwischen KVMV und AOK Nordost vom

Vier Module:

- *Fall- u. Schnittstellenmanagement*
- *Versorgung in der Häuslichkeit*
- *Wundversorgung*
- *Geplant 2016: **Geriatrische Schwester („Gerda“)***

Palliativmedizinische häusliche Versorgung



Flächendeckende Verträge zwischen **KVMV**, Krankenkassen und palliativmedizinischen Leistungserbringern gem. §37b i.V.m. §132d SGB V

- Überwindung unterschiedlicher Zuständigkeiten
- Teilnahme qualifizierter Ärzte (Zusatzbezeichnung) aus Niederlassung und Klinik
- Teilnahme von Haus- und Fachärzten mit 40stündiger Kursweiterbildung Palliativmedizin
- Untervertragliche Kooperation mit amb./stat. Hospizdiensten, Palliativstationen und spezialisierten Pflegediensten
- Seit 2012 vertraglich vereinbarte spezialärztliche Leistungen **auch in Hospizen!**

Statistiken SAPV



- 12 Teams, davon 1 SAPPV-Team für Kinder und Jugendliche
- 1. Team tätig seit 4. Quartal 2009

- Fallzahlen 2013: 1.770 Fälle (10 Teams)
 \triangleq 3.975.885,20 Euro

Pflegeheim Plus

Eine Rahmenvereinbarung zwischen der KV M-V und der AOK
nach § 140 SGB V (DAK: „Pflege komplett“)

- Optimierte medizinische Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- Regelt untervertragliche Vereinbarungen vor Ort zwischen AOK, Pflegeheimen und Hausärzte-Teams bzw. Ärztenetzen
- Abrechnungsabwicklung z.T. durch KV M-V
- Koordination und Sicherstellung medizinischer Leistungen und diff. Versorgungsangebote vertragsgebundenen aus „einer Hand“

Pflegeheim Plus



- Verbesserung der Lebensbedingungen der Heimbewohner
- Verbesserung der Versorgungsqualität, optimale Medikation, Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen
- Koordination fachübergreifender Zusammenarbeit durch Hausärzte-Teams
- Freiwillige Teilnahme der Versicherten
- **Vorschlag KVMV:** Einbindung weiterer spezif. Regelungen, wie ***Teilnahme von Fachärzten*** und Screening/Sanierung von ***MRSA-Patienten***

Pflegeheim Plus



Regelungen

- Wöchentliche fest vereinbarte Visiten im Heim
- Wenigstens zwei Ärzte im Team
- Tägliche Rufbereitschaft
- Enge Abstimmung mit vertragsärztlichem Notfalldienst
- regelmäßige Fallbesprechungen im multi-professionellen Team
- Zusatzvergütung über eine Koordinationspauschale pro Quartal und eingeschriebenen Versicherten

Pflegeheim Plus/Pflege komplett

(Statistik 2015)



- **Anzahl Verträge gesamt MV: 88** Heime
(1 Heim = 1 Vertrag),
- 90 Ärzte (davon 4 Fachärzte)

Ambulante geriatrische Komplexbehandlung (AGKB)

ein Vertrag zwischen KVMV, AOK, (BARMER GEK) und drei ambulanten geriatrischen Zentren



- Wohnortnahe Behandlung und Betreuung geriatrischer multimorbider Patienten
- Interdisziplinäres Versorgungsteam unter Leitung eines geriatrisch spezialisierten Arztes
- (Noch) mobile Patienten in einer temporären integrativen und ganzheitlichen Versorgungsmaßnahme
- Eine spezifische Maßnahme als Option für ein überaltertes Flächenland mit latentem Arztmangel

Ambulante geriatrische Komplexbehandlung



Ziele

- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, voll- und teilstationären Maßnahmen und Anschlussheilbehandlungen
- Verhinderung bzw. Hinauszögerung drohender Pflegebedürftigkeit oder Verlangsamung von deren Progredienz
- Verbesserung der Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens

Ambulante geriatrische Komplexbehandlung



Das Team der Leistungserbringer:

- Geriatrisch qualifizierte Vertragsärzte
- Physiotherapeut/Krankengymnast
- Ergotherapeut
- Logopäde
- Pflegefachkraft
- Sozialarbeiter/Sozialpädagoge
- Psychotherapeut/Gerontopsychiater

Ambulante geriatrische Komplexbehandlung



Die Versorgungsmaßnahme

- Erstellung eines geriatrischen Assessments und Genehmigung durch Krankenkasse
- Erstellung eines individuellen Therapieplanes
- Tägliche Beförderung der Patienten aus Region in amb.geriatr. Versorgungseinrichtung
- Durchführung von 50 Behandlungsmodulen á 30 min verteilt auf 20 Behandlungstage
- Wöchentliche Teambesprechungen
- Abschlussbericht an Hausarzt + Empfehlungen

Statistiken zur AGKB

- ProMobil in Waren
- Zentrum für Altersmedizin in Ueckermünde
- PROMOBIL in Trassenheide
- In 2012: 240 Fälle

Perspektive

- „**Nachhaltigkeitsmessung**“ nach 6 bzw. 12 Monaten als Vertragsbestandteil (1. *VERAH-Care* in der Häuslichkeit / 2. Arzt in AGKB-Praxis)

Ein denkbares geriatrisches Versorgungsmodell der Zukunft I



- **Die ambulante Versorgung älterer Patienten in Haus- und Facharztpraxen bleibt auch in Zukunft das Grundgerüst**
- Die spezifisch altersmedizinische Fortbildung ist fachgebietsweise zu fördern und im „Fortbildungsdiplom“ anteilig zu verankern
- Der Regelleistungskatalog sollte hinsichtlich spezifisch ambulant-geriatrischer Leistungen über das derzeitige Niveau (hausärztl.-geriatrisches Basisassessment+Betreuungskomplex) hinaus überarbeitet werden

Ein denkbares geriatrisches Versorgungsmodell der Zukunft II



Schaffung einer amb. Versorgungsebene „Spezialisiert Geriatrische Basisversorgung“

Voraussetzungen:

- Teilnahme am 60-Stunden-Kurs „Geriatrische Grundversorgung“ der BÄK
- Obligatorische jährliche Fortbildung zu aktuellen Aspekten der Altersmedizin
- Schaffung von Leistungsziffern für spezielle geriatrische Diagnostik und Therapie
- Vorhaltung geriatr. spezial. *VERAH-Care („GERDA“)*
- Optional: Pflegeheimversorgung/SAPV u.a.

Ein denkbares geriatrisches Versorgungsmodell der Zukunft III



Schaffung „Ambulant geriatrischer/gerontopsychiatrischer Zentren“ (AGZ)

Voraussetzung:

- Zusatzbezeichnung/Fachkunde „Geriatric“ (u.U. Übergangslösung im Zeitfenster)
- geriatrisch qualifiziertes Personal
- Spez. vertraglich fixierte Leistungsinhalte (z.B. nach Vorbild der „AGKB“)



Schaffung „Ambulant geriatrischer (gerontopsychiatrischer) Zentren“ (AGZ)

mit einer sinnvollen Verteilung in der Fläche und

- einem zeitlich begrenzten Mitbehandlungsauftrag nach Überweisung
- spez. Diagnostik + therap./pharmakol. Empfehlungen + Angebot geriatr.Komplexbehandlung
- geriatrischen/sozialen (Stichwort: „Kompetenz“) Beratungsleistungen für Patienten und Angehörige
- VERAHCare-Schwester zur Nachsorge und „Nachhaltigkeits-Aktivierung“
- organisierten Wiedervorstellungsterminen im AGZ

Alternative o. Ergänzung o. Schnittstelle zur GIA !

Auszug aus Vertragsentwurf „AGZ“ in MV (Stand IV 2015)

- Patienten im Sinne dieses Vertrages sind grundsätzlich mindestens 65 Jahre alt und insbesondere auffällig durch:
- Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
- Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Frailty-Syndrom
- Dysphagie
- Inkontinenz(en)
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom.
- Polypharmazie
- Altersbedingte Komplikation im Zusammenhang mit Multimorbidität

Die „fünf Türen“ des AGZ

(oder: Das Gerüst der Leistungs- und Vergütungsstruktur)



1. das AGZ als Konsiliarius (auf Überweisung werden an bestimmten Tagen Patienten gemäß der vertraglich fixierten Anspruchskriterien untersucht, ein komplexes geriatrisches Assessment durchgeführt und dem Überweiser ein Arztbrief mit Empfehlungen für die weitere Therapie zugesandt. Angebote des AGZ zur temporären Mitbehandlung können u.U. bereits hier erfolgen.)
2. Ambulante Geriatrische Komplexbehandlung (AGKB) (Überweisung, Genehmigung der Krankenkasse)
3. Patientenspezifische Einzelmaßnahme (herausgelöst aus dem AGKB-Spektrum und als Modul oder Modulkombination mit variabler Anzahl, Dauer und Frequenz durchgeführt – „Mischkalkulation“)

Die „fünf Türen“ des AGZ

(oder: Das Gerüst der Leistungs- und Vergütungsstruktur)



4. Delegierte nichtärztliche Leistung in der Häuslichkeit durch geriatrisch qualifizierte angestellte Schwester des AGZ („GERDA“)

5. Patientenberatung zu spez. Fragen der Geriatrie (auch jenseits der „Grenzen“ des SGB V, mit der regionalen Kompetenz des AGZ-Teams und unter ev. Einbeziehung von Angehörigen)

Auszug aus Vertragsentwurf „AGZ“ in MV (Stand IV/2015)

Insbesondere sind Patienten mit folgenden Kombinationen zu berücksichtigen:

- Patienten mit mind. zwei der o.g. Komplexe
- Patienten mit mind. einem der o.g. Komplex und Pflegestufe
- multimorbide Patienten, die dauerhaft mehr als 5 Arzneimittel gleichzeitig einnehmen (Polypharmazie in der Dauermedikation)
- Patienten mit polypharmazeutisch bedingten Problemen nach einem Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt

Auszug aus Vertragsentwurf AGZ in MV (Stand IV/2015)



Hauptdiagnosen	ICD 10
Z. n. Schlaganfall und andere cerebrovaskuläre Erkrankungen	I60.- bis I69.-
Arterielle Verschlusskrankung mit Z. n. Amputation o.a. OP	I70.-
Nicht dekompensierte Herzinsuffizienz	I50.-
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion/Exazerbation	J44.0, J44.1
Z. n. Pneumonie und andere Infektionen der Atemwege	J10.- bis J22
Z. n. Frakturen und Verletzungen	S00.- bis T98.-
Arthropathien	M00.- bis M25.-
Spondylopathien u. Diskopathien, ggf. mit Z. n. Laminektomie	M45.- bis M51.-
KHK und andere Herzkrankheiten mit Z. n. herzchirurgischem Eingriff	I05.- bis I09.-, I20.- bis I25.-
Sekundäres <u>oder Primäres</u> Parkinson-Syndrom	G20.9 (sekundär = G21.-)
Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	R29.5, R29.6, R29.8
Demenz, Z. n. Delir und andere hirngorganische Psychosen ^{1 2}	F00.- bis F05.-
Multifaktorell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel	H81.-[0-8], H82*, M62.3-, M62.5-, M96.8- R26.-[0-8], R42
Demenz	G20.-*, G30.0* bis G30.9*, G31.82
Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art	F06.7, F06.9, F07.-[0-8], F30.-[0-2], F31.-[0-8], F32.-[0-3], F33.-[0-3], F40.-[0-bis2], F41.-[0-3]
Senilität	R54
Dysphagie, Ernährungsprobleme, Mangelernährung	R13.-, R63.3, R64, E41, E43, E44.-, E46
Inkontinenz(en)	N39.3, N39.4- [0-8], R15, R32
Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom	F62.80, G54.6, R52.- [0-9], (Exkl. zu R52.-*) F45.4-, M54.-, M54.5, M54.9-, M75.8, M79.6-

Dr.R. Wosniak