

Die Krankenkasse als Gestalterin der Versorgung am Beispiel des geriatrischen Schlaganfallpatienten

„Prävention, Rehabilitation und Pflege sind besser aufeinander abzustimmen. (...) Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen den Trägern müssen behoben werden.“ So lauten die Ausführungen zur qualifizierten Rehabilitation im Koalitionsvertrag der schwarz-gelben Bundesregierung. Gemeinsam mit dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg hat die AOK Baden-Württemberg den Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Schlaganfallpatienten unter die Lupe genommen. Im Rahmen eines mehrjährigen Forschungsprojektes wurde ein Basis-Assessment entwickelt, welches die Rehabilitationsprognose bei älteren Schlaganfallpatienten objektiviert, Impulse für die weitere Versorgungsgestaltung gibt und damit gleichsam Schnittstellenprobleme beseitigt. Im Echteinsatz wird dieses – gemeinsam mit Leistungserbringern entwickelte – Basis-Assessment auch zum Bürokratieabbau im Reha-Antragsverfahren beitragen.

■ Andreas Kruse, Andreas Schmöller

Ausgangslage

Seit Jahren verfolgen die politisch Verantwortlichen das Ziel, die gesetzliche Krankenversicherung zu modernisieren und sie für die Zukunft „nachhaltig“ und „sicher“ auszugestalten. Unstrittig ist die Tatsache, dass viele Ansätze zunächst Leistungseinschränkungen gegenüber Versicherten und Leistungserbringern zur Folge hatten. Auf der Einnahmenseite blieben die Reformansätze „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“ auf Skizzenniveau - eine echte Einnahmehmehrung gab es nicht. Dies ist insbesondere in einer Welt des Gesundheitsfonds eine nicht zu unterschätzende Tatsache, müssen doch eventuelle Fehlbeträge entweder durch Steuern oder durch Beitragserhöhungen ausgeglichen werden. Benötigen Krankenkassen einen Zusatzbeitrag, der allein vom Versicherten zu zahlen ist, wird darüber hinaus deutlich, dass sämtliche Ausgleichseinnahmen allein auf den Schultern der Versicherten ruhen.

*Prof. Dr. Andreas Kruse, Direktor des Institutes für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg
Andreas Schmöller, Referatsleiter „Rehabilitation und Sozialer Dienst“ der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart*

Versorgung älterer Menschen

Die Versorgung älterer Menschen wird schon in den nächsten zehn Jahren eine der größten Herausforderungen für die gesetzliche Krankenversicherung werden. Die medizinische Versorgung älterer Menschen ist zunehmend geprägt von Multimorbidität mit Mehrfachmedikation und pflegerischem Hintergrund. Nicht selten stellt jedoch ein Akutereignis das Umfeld vor unlösbare Aufgaben. Insbesondere die direkten Angehörigen sind dann unmittelbar mit verschiedensten Problemstellungen der Organisation einer angemessenen Versorgung des Angehörigen konfrontiert, von Rehabilitations- über Pflegeleistungen hin zu Hilfsmitteln.

Die Leitfrage lautet: Wer stellt eine stabile Gesamtversorgungssituation her? Antworten auf diese Frage wurden am 6. Juli 2010 in Berlin im Rahmen eines „1. Fachkongresses für Rehabilitationsforschung und Versorgungsmanagement“ mit Blick auf den älteren Schlaganfallpatienten erörtert.

Die AOK Baden-Württemberg stellt sich der Herausforderung zur Schaffung stabiler Gesamtversorgungssituationen und hat deshalb das Institut für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg mit der Klärung

der Frage beauftragt, ob und wie durch die Objektivierung einer Rehabilitationsprognose ein Rehabilitationserfolg bei älteren Schlaganfallpatienten vorhersehbar ist. Neben der bereits beschriebenen Versorgungsoptimierung ist die Klärung dieser Frage auch aufgrund folgender Tatsache erforderlich: Die therapeutischen Angebote in der stationären geriatrischen Rehabilitation und in der Nachsorge nach Schlaganfall sind nicht auf alle Patienten optimal abgestimmt. Die Effektivität stationärer rehabilitativer Maßnahmen und die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges hängen wesentlich von einem Rehabilitationsmanagement ab, das sich an der Ausprägung des Krankheitsbildes und an den Kompetenzen und dem individuellen Bedarf des Patienten orientiert.

So ist Ziel der Zusammenarbeit die Bestimmung des Rehabilitationspotentials und die Entwicklung eines Assessments zur Ableitung der Rehabilitationsprognose bei älteren Schlaganfallpatienten. Die Entwicklungsschritte, die Zwischenergebnisse und die daraus resultierenden Umsetzungsschritte sind nachfolgend dargestellt.

Entwicklung eines Assessments für geriatrische Schlaganfallpatienten

Zur Identifizierung der Merkmale und Kontextfaktoren des Patienten, die Einfluss auf den Verlauf der Rehabilitation haben und zur Rehabilitationsprognose beitragen, war es erforderlich, eine genaue Beschreibung des Patientenprofils bei Beginn der stationären Rehabilitation mit einer möglichst umfassenden Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs in Beziehung zu setzen.

Aus einer konsekutiven Stichprobe von 326 Patienten zwischen 65 und 101 Jahren (Durchschnittsalter 81 Jahre, Frauenanteil 71 %), lagen von 267 Patienten vollständige Datenreihen über vier Messzeitpunkte vor. An drei Terminen während der stationären Rehabilitation und einmal sechs Wochen nach Entlassung aus der Klinik wurde ein umfangreiches, multidimensionales Schlaganfallassessment eingesetzt. In den ersten drei Tagen nach Aufnahme in die Rehabilitationsklinik wurde damit ein Patientenprofil mit funktionalen, kommunikativ-kognitiven und psychosozialen Merkmalen erstellt. Neben anamnestischen Daten zu vorbestehenden Krankheiten und dem Zustand vor dem Schlaganfall wurden retrospektiv Schlaganfalldiagnostik, Verlauf und therapeutische Maßnahmen in der Akutversorgung erhoben. Durch den wiederholten Einsatz des Schlaganfallassessments und durch die Dokumentation von Komplikationen und Therapiemaßnahmen konnte der Rehabilitationsverlauf individuell und differenziert abgebildet werden.

Die zu Beginn erhobenen Patientenmerkmale wurden auf ihren Zusammenhang mit verschiedenen Zielgrößen des Rehabilitationserfolges hin geprüft. Nicht nur Verbesserungen in den funktionalen Fähigkeiten und in der kognitiv-kommunikativen Kompetenz, sondern auch das Auftreten von Komplikationen und die Weiterversorgung nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik waren

Kennzeichen des Rehabilitationserfolges. In verschiedenen Prognosemodellen konnten als wichtigste Merkmale für die Rehabilitationsprognose

- die Selbstständigkeit vor dem Schlaganfall,
- Begleiterkrankungen,
- die Schwere des Schlaganfalls,
- die kommunikativ-kognitive Kompetenz,
- das Vorliegen einer Schluckstörung,
- Depressivität und
- der eigene Beitrag zum Rehabilitationserfolg (als Merkmal der Motivation)

nachgewiesen werden. Ein praktikables Assessment wurde zusammengestellt, in dem diese Merkmale erfasst werden. Es umfasst fünf standardisierte Skalen, außerdem den Barthel-Index und zwei Fragen mit Ja / Nein-Antwort für die beiden Merkmale „Schluckstörung“ und „eigener Beitrag zum Rehabilitationserfolg“. Durch das Assessment steht dem Untersucher ein individuelles Prognoseprofil zur Verfügung. Die verwendeten Instrumente sind in Tabelle 1 beschrieben.

Das Ergebnis des Assessments wird in einem Summenscore zusammengefasst, der eine Graduierung der Rehabilitationsprognose erlaubt. Den Scorewert erhält man, indem man die Assessmentergebnisse daraufhin prüft, ob sie durch Erreichen ungünstiger Wertebereiche Hinweise auf eine schlechte Prognose geben. Nur dann werden sie im Score erfasst und tragen zur Bildung des Summenscores bei. Abhängig vom Grad der Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit („schwer“ bei Barthelwerten 0 – 35, „mittelschwer“ bei Werten 40 – 75) ergaben sich Unterschiede bei den Prognosemodellen. Dies wird durch unterschiedliche Gewichtung der Prädiktoren im Auswertungsschema berücksichtigt. Bei einem Scorewert ≥ 7 ist die Wahrscheinlichkeit eines stationären Rehabilitationserfolges gering, deshalb muss bei diesen Patienten eine alternative Versorgung in Erwägung gezogen werden. Elemente dieser alternativen Versorgung sind fallindividuell zu gestalten und könnten beispielsweise rehabilitative Pflege, ergänzt durch Heilmittel im Rahmen der niedergelassenen Versorgung sein. Tab. 2 zeigt das Auswertungsschema.

Bei einer nur geringen Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (Barthel-Index ≥ 80 Punkte) ist mit einem positiven Prognosescore zu rechnen. In dieser relativ selbstständigen Patientengruppe ist vielmehr die Prüfung der Frage erforderlich, ob eine ambulante Rehabilitation oder eine Therapie über die Heilmittelverordnung in der niedergelassenen Versorgung statt einer stationären Rehabilitation indiziert ist. Die Voraussetzungen für eine ambulante Versorgung werden über einen Algorithmus abgeklärt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 1: Messinstrumente

Messinstrument	Messgröße	Messbereich	Literaturquelle
IADL Skala	Selbstständigkeit in den erweiterten ADLs, (Teilhabe)	7 Items mit Wert 0-2, Wertebereich 0-14	nach Lawton & Brody, 1969
Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)	Komorbidität; hier als Komorbiditätsindex	Anzahl der Organsysteme mit mäßigen bis schweren Erkrankungen, Wert 0-10	Linn et al., 1968
Modified National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)	Schweregrad der neurologischen Symptomatik	11 Items, Score 0-31 (0=keine Funktionsstörung)	Brott et al., 1989; Lyden, 2001
Barthel-Index	Selbstständigkeit in den Alltagsaktivitäten (ADL)	10 Bereiche, 0-100 Punkte	Mahoney & Barthel, 1965
Komkog Subscore (Items 14-18) der Functional Independence Measure	kognitiv-kommunikative Fähigkeiten (Verstehen, Ausdruck, Gedächtnis, Problemlösen) psychosozialer Bereich (soziales Verhalten)	Wertebereich 5-35	Granger, 1986
modifizierte Geriatric Depression Scale (GDS)	Depressivität	10 Items, Werte 0-10	Yesavage, 1983; Martin et al., 1996

Tabelle 2: Auswertungsschema für die Prognose des ADL-Zugewinns in der Rehabilitation bei Barthelwerten ≤ 75 Punkte

Messgröße	Kriterium Barthel 0-35	Kriterium Barthel 40-75	Scorewert 0/1/2
Komorbiditätsindex (CIRS)	$\leq 5 = 0$ $\geq 6 = 1$	$\leq 5 = 0$ $\geq 6 = 2$	
Instrumentelle ADL vor dem Schlaganfall	$\geq 11 = 0$ $\leq 10 = 2$	$\geq 11 = 0$ $\leq 10 = 2$	
Modifizierte NIH – Schlaganfall-Skala	$\leq 8 = 0$ $\geq 9 = 2$	$\leq 8 = 0$ $\geq 9 = 2$	
Schluckstörung (alle Schweregrade)	nein = 0 ja = 2	nein = 0 ja = 1	
Kommunikations-Kognitions-Skala	$\geq 23 = 0$ $\leq 22 = 1$	$\geq 23 = 0$ $\leq 22 = 2$	
modifizierte Geriatric Depression Scale	$\leq 3 = 0$ $\geq 4 = 1$	$\leq 3 = 0$ $\geq 4 = 1$	
Mithilfe des Patienten, Motivation	ja = 0 nein / weiß nicht = 2	ja = 0 nein / weiß nicht = 1	
Summen-Score (Maximalwert 11) gute Prognose bei Summen-Score ≤ 6 , schlechte Prognose bei Summen-Score ≥ 7			

Tabelle 3: Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitation bei Patienten mit einem Barthel-Index 80-100

Messgröße / Bereich	Kriterium	Wert
		Kriterium erfüllt: 2 Kriterium nicht erfüllt, aber Kompensation bzw. ausreichende Kontrolle möglich: 1 Kriterium nicht erfüllt, keine Kompensation möglich: 0
Komorbidität/Schweregrad	≤ 2 (alle CIRS-Items)	
Inkontinenz	10 (Barthel-Item „Urinkontrolle“)	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	nein	
Neglect	≤1 (NIH-SS-Item „Neglect“)	
Hemianopsie	≤1 (NIH-SS-Item „Hemianopsie“)	
Depressivität	≤3 (GDS-Wert)	
Kommunikation, Kognition	≥ 30 (Kokmog-Wert)	
Mitarbeit des Patienten gesichert	ja	
Notwendige Unterstützungsformen vorhanden	ja	
Notwendige Infrastruktur vorhanden	ja	
Keine Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts wegen sozialer Indikation	ja	
Auswertung: In mindestens einem Bereich Wert 0: stationäre Rehabilitation. In allen Bereichen Werte von 1 oder 2: ambulante Rehabilitation.		

Zusammenfassung (Tabelle 3)

- Auf der Basis empirischer Daten wurden sieben Patientenmerkmale zur Voraussage des Rehabilitationserfolgs ermittelt.
- Sie bilden die Grundlage für ein Assessment zur Ableitung der Prognose für die stationäre geriatrische Rehabilitation.
- Das Assessmentergebnis wird in einem Summenscore dargestellt, mit dem sich gute und schlechte Prognosen unterscheiden lassen.
- Das Assessment trägt zur Objektivierung der Rehabilitationsindikation bei.
- Eine gute Prognose (Scorewert 0-6) bei Patienten mit einem Barthelwert ≤ 75 Punkte stützt die Entscheidung für eine stationäre Rehabilitation
- Bei einer eingeschränkten Prognose hinsichtlich einer stationären Rehabilitation (Scorewert ≥ 7) muss die Indikation zugehender rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der niedergelassenen Versorgung geprüft werden, z.B. in Form einer mobilen geriatrischen Rehabilitation, außerdem ist eine rehabilitative Pflege sicherzustellen.

Erprobung des Assessments

Im Anschluss wurde das Assessment im Akutbereich angewendet und der Beitrag des Assessments sowie der daraus abgeleiteten Rehabilitationsprognose für die Rehabilitationsempfehlung bewertet. Auch hier war eine Beschreibung der Rehabilitationsverläufe für eine Bewertung der Prognose erforderlich.

Es wurden 171 Patienten aus neurologischen, geriatrischen und internistischen Akutkliniken konsekutiv in die Stichprobe aufgenommen (Durchschnittsalter 81 Jahre, Frauenanteil 60%). Am Ende der Akutversorgung (T1) wurde das Assessment erstmals durchgeführt und zwei bzw. vier Wochen nach Entlassung in zwei Messzeitpunkten der weitere Verlauf (T2 14 Tage nach Rehabilitationsbeginn und T3 am Ende der Rehabilitation) abgebildet.

12% der Patienten (n = 20) erhielten keine weitere rehabilitative Maßnahme, 6% (n = 11) nahmen nach Entlassung aus der Akutklinik von zuhause aus ein Angebot der ambulanten Rehabilitation wahr. 54% (n = 92) erhielten eine stationäre Rehabilitation. 28% (n = 48) wurden nach der Akutversorgung oder Frührehabilitation (geriatrische Komplexbehandlung nach OPS 8-550) direkt in ein Pflegeheim verlegt oder zuhause gepflegt.

Tabelle 4: Assessmentempfehlung und tatsächlich getroffene Versorgungsentscheidung 117 Schlaganfallpatienten am Ende der Akutversorgung, bei denen die Frage nach einer weiterführenden Rehabilitationsmaßnahme gestellt wurde.

Reale Versorgung	Assessmentempfehlung		
	Niedergelassene Versorgung / Ambulante Rehabilitation (n = 15)	Stationäre Rehabilitation (n = 92)	Pflege + Niedergelassene Versorgung (n = 10)
Niedergelassene Versorgung / Ambulante Rehabilitation (n = 10)	9*	1	
Stationäre Rehabilitation (n = 87)	6***	81*	
Pflegeheim / Pflege zuhause (n = 20)		10**	10*

Anmerkung: *, ** und *** siehe die folgende Ergebniszusammenfassung

Besondere Beachtung fand eine Gruppe von 117 Patienten, bei denen am Ende der Akutversorgung die Frage nach einer weiteren stationären oder ambulanten Rehabilitation gestellt worden war. In der realen Fallsteuerung erhielten von diesen 117 Patienten zehn Personen eine ambulante Rehabilitation, 87 Personen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme und 20 Personen wurden in einem häuslichen oder institutionellen Pflegekontext weiterversorgt. Parallel dazu wurde für diese besondere Patientengruppe mit dem Prognoseassessment der Summenscore ermittelt und aus dem Ergebnis eine Empfehlung zur Weiterversorgung abgeleitet. Dabei war eine positive Rehabilitationsprognose mit einer Empfehlung für eine stationäre geriatrische Rehabilitation verbunden. Diese Empfehlung wurde mit der realen Versorgung verglichen (siehe auch Tabelle 4). In über 85 % der Fälle stimmten Empfehlung und reale Versorgung überein. Nichtübereinstimmung ergab sich vor allem durch übergeordnete Patienten- und Angehörigenwünsche oder nicht vorhandene infrastrukturelle Bedingungen (z.B. Heilmittelversorgung am Wohnort nicht möglich).

Zusammenfassung (Tabelle 4)

- In 85 % der Fälle (n = 100* [9 + 81 + 10], gelbe Felder in der Tabelle 4) bestand eine Übereinstimmung zwischen Assessmentempfehlung und realer Versorgung.
- 50% (n = 10**) der in einem häuslichen oder stationären Pflegekontext weiterversorgten Patienten hatten vom Assessment eine gute Rehabilitationsprognose attestiert bekommen, kamen aber aus übergeordneten indivi-

duellen Gründen (meist Kontextfaktoren) nicht in die stationäre Rehabilitation.

- 7% (n = 6***) der stationär rehabilitierten Patienten wären auch für eine ambulante Rehabilitation, z.B. in einer teilstationären Einrichtung, geeignet gewesen. Diese Versorgung konnte meist nicht gewählt werden, weil die infrastrukturellen Voraussetzungen am Wohnort fehlten.
- Eine besondere Bedeutung könnte dem Assessment als Kriterium bei schwierigen Steuerungsentscheidungen zukommen, beispielsweise durch den Nachweis einer positiven Rehabilitationsprognose
- Der Prognosescore kann nur am Ende der Akutversorgung valide abgeleitet werden, dies hat Bedeutung für die praktische Umsetzung des Assessments.
- Das Assessment gibt wichtige Informationen für die nachfolgende Versorgungsform.

Erprobung des Assessments in der neurologischen Rehabilitation

Da viele der über 65jährigen Schlaganfallpatienten neurologisch rehabilitiert werden und sich neurologische Rehabilitationskliniken immer mehr auf multimorbide Patienten einstellen, wurde zusätzlich untersucht, ob das Assessment auch bei diesen Patienten mit einer guten Prognosequalität eingesetzt werden kann.

Bei 105 Schlaganfallpatienten aus den neurologischen Rehabilitationsphasen C und D wurde das Assessment zu Beginn der stationären Rehabilitation eingesetzt und Pro-

gnosefaktoren ermittelt. Mit längsschnittlichen Daten aus weiteren zwei Messzeitpunkten (zwei Wochen nach Beginn sowie kurz vor der Entlassung) wurden die individuellen Verläufe während der stationären Rehabilitation beschrieben und die Prognosen überprüft.

Ergebnisse

- Die Stichprobe aus der neurologischen Rehabilitation unterschied sich signifikant in wichtigen soziodemographischen und medizinischen Merkmalen von der geriatrischen Stichprobe. Der Anteil der Männer war höher (56%). Es handelte sich um jüngere Patienten (Durchschnittsalter 76 Jahre), die vor dem Schlaganfall seltener funktionelle oder kognitive Einschränkungen hatten.
- In der geriatrischen Stichprobe wichtige Prognosemerkmale für den Rehabilitationserfolg erwiesen sich bei neurologischen Schlaganfallpatienten als weniger aussagekräftig.
- In der neurologischen Stichprobe wurden mit dem Assessment seltener kritische Werte bei den Prognosemerkmalen ermittelt. Entsprechend seltener konnte hier die Kumulation auffälliger Merkmale auf eine schlechte Rehabilitationsprognose hinweisen. Damit ist die Erfassung von Risikoprofilen, wie sie im Schlaganfallassessment erfasst werden, zur Ableitung von Rehabilitationsprognosen im Kontext der neurologischen Rehabilitation nicht geeignet und kann nur in der geriatrischen Rehabilitation angewandt werden.

Ausblick

Es kann kein Zweifel bestehen, dass das entwickelte Basis-Assessment für die Planung der poststationären Versorgung eingesetzt werden kann und damit zur Nachhaltigkeitssicherung des stationär erworbenen Rehabilitationserfolges beiträgt. Im Raum Mannheim/Karlsruhe als Modellregion wird das Assessment nunmehr von der AOK Baden-Württemberg praktisch erprobt und seine Effekte auf die Versorgung hin geprüft. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei auf Patienten gelegt, die zwar rehabilitationsfähig sind, für die jedoch durch das Assessment eine optimierbare Prognose ermittelt wurde und für die alternative Versorgungsformen notwendig sind. Hier handelt es sich meist um schwer vom Schlaganfall betroffene Patienten mit hohem Pflegebedarf, die in der Regel nach der Akutversorgung in einem dem Bedarf des Patienten angepassten Umfang Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere aus der niedergelassenen Heilmittelversorgung bekommen sollten.

Es gilt in der Versorgungsrealität nachzuvollziehen, dass das entwickelte Assessment tatsächlich

- zur Verbesserung der Versorgungssituation betroffener Patienten beiträgt,
- die Leistungserbringer in ihren Entscheidungen bestätigt und
- einem effizienten und nachhaltigen Case Management der Krankenkassen dient.



Mezzanine-Märkte in der Krankenversicherung

Ein Zugang zu innovativen Gesundheitsleistungen

Von RA Prof. Dr. med. Dr. iur. Christian Dierks, FASozR,
Prof. Dr. Stefan Felder und Prof. Dr. Jürgen Wasem

2010, 86 S., brosch., 14,90 €, ISBN 978-3-8329-5231-0

Mezzanine-Märkte sind Versicherungsmärkte für medizinische Leistungen und Produkte, deren Kosten aufgrund einer Kosten-Nutzen-Bewertung künftig nicht oder nur teilweise von der gesetzlichen Basiskrankenversicherung übernommen werden. Die Autoren diskutieren Wege, um diese Märkte auch für die gesetzliche Krankenversicherung zu erschließen.

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de



Nomos