

## SYNERGIEN

# Sektorenübergreifende Versorgung erproben



VON IRMTRAUD  
EHRENMÜLLER

Dr. Irmtraud Ehrenmüller studierte Betriebswirtschaft. Seit dem Jahre 2005 ist sie als Geschäftsführerin für das Krankenhaus Sierning und die Pflegeheime der Kreuzschwestern in Oberösterreich verantwortlich. [www.stjosef.kreuzschwestern.at](http://www.stjosef.kreuzschwestern.at)

Die sektorenübergreifende Erbringung von Leistungen der sozialen und der gesundheitlichen Versorgung befindet sich erst am Anfang einer notwendigen Entwicklung. Die anspruchsvolle Langzeitpflege könnte hier den Vorreiter spielen.

Gesundheits- und Sozialbereich sind einem raschen Wandel unterworfen. Maßgebliche Auslöser dafür sind die demografischen Entwicklungen, die geänderte Anforderungen an diese Sektoren auslösen, aber auch geänderte Erwartungshaltungen und die omnipräsente Frage der Finanzierung. Gleichzeitig dominiert der Eindruck, dass vor allem im jeweiligen System gearbeitet, optimiert und eingespart wird und noch eher wenige Anstrengungen unternommen werden, am System zu arbeiten.

Demografische Veränderungen (1): Das höher werdende Alter der Bevölkerung zieht Erkrankungen nach sich, die zwar nicht neu sind, aber in Generationen mit niedrigerer Lebenserwartung nicht in dieser Anzahl zu behandeln waren. Dazu treten altersbedingt mehrere Erkrankungen gemeinsam auf und verlaufen außerdem häufig chronisch; insbesondere sind dabei demenzielle und psychische Erkrankungen, Inkontinenz, Diabetes sowie Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates zu beobachten. (2) Diese altersbedingte Multimorbidität fordert im System geänderte Betreuungssituationen, da eine häusliche oder mobile Pflege einerseits überfordert ist, andererseits aber jede Erkrankung für sich genommen nicht krankenhausbefähigt ist. Das Erscheinungsbild »altersbedingte Multimorbidität« ist daher heute meist der Anlass, in ein klassisches Pflegeheim

einzuweichen; damit beginnt im System ein regelmäßiger Transfer der Bewohner in eine Krankenhausumgebung (3), nämlich jeweils sobald das »labile gesundheitliche Gleichgewicht« durch einen speziellen Behandlungsbedarf gestört oder durch die Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung instabil wird. Typische Beispiele dazu sind der Wechsel von suprapubischen Kathetern oder die psychiatrische Behandlung von demenziell erkrankten Personen. (4)

Geänderte Erwartungen an Dienstleistungen: Um die pflegerisch anspruchsvollen Betreuungssituationen in der stationären Langzeitpflege zu bewältigen, werden hohe Anforderungen an die betreuenden Personen gestellt. Sowohl Anzahl als auch Qualifikation des Teams wird in Abhängigkeit des Pflegebedarfs vorgegeben (5), der allerdings von Ärzten festgelegt wird. Viele Aufgaben sind an die Qualifikation einer diplomierten Pflegekraft gebunden. Die Einhaltung der Kriterien wird streng kontrolliert. So beträgt der Pflegeschlüssel qualifizierte Pflege zu betreuten Patienten in der Akutgeriatrie im Krankenhaus 1:1,5 bei 90 % Auslastung, in der stationären Langzeitpflege beträgt er für die Pflegestufe 5 derzeit 1:2, bei Pflegestufe 6 und 7 ebenfalls 1:1,5, allerdings bei fast 100 % Auslastung. (6) Die medizinische Betreuung durch einen Arzt ist klar geregelt und kann nicht an die Pflege delegiert werden,

ebenso wenig ist aber vorgesehen, medizinische Leistungen in einem Pflegeheim umfassend vorzuhalten. (7) Im System werden als Antwort auf den steigenden Anspruch an die medizinischen Leistungen in der Langzeitpflege Transfers in die Krankenhausumgebung erhöht bzw. haus- und fachärztliche Betreuungen in der Pflegeumgebung gefordert, die aber zunehmend nicht im nötigen Ausmaß zur Verfügung stehen. (8)

## »Die stationäre Langzeitpflege kommt den traditionellen Leistungen eines Krankenhauses nahe«

Gesellschaftliche und gesetzlichen Anforderungen: Die Ansprüche an die Pflegeausstattung sind aufgrund des hohen Pflegebedarfs, den Heimbewohner bereits beim Einzug mitbringen, in einigen Kriterien schon nahe an denen einer altersmedizinisch ausgerichteten Krankenhausleistung; so sind beispielsweise die Anforderungen an die pflegerische Dokumentationen im Heim nahezu gleichzusetzen mit denen an eine Patientendokumentation der Pflege im Krankenhaus. Ebenso ist die Qualifikationsanforderung an die Pflegedienstleitung im Pflegeheim die gleiche wie im Krankenhaus. Die notwendige und geforderte Ausstattung an Geräten und Einrichtungsgegenständen, die dem Medizinproduktegesetz unterliegen, geht deutlich über die Möglichkeiten hinaus, die in einem häuslichen, mobil versorgten Umfeld denkbar sind. Trotzdem werden »klassische« Pflegeheime regelmäßig als die letzte Alternative in den Versorgungssystemen pflegebedürftiger Menschen dargestellt; im System werden sie für die Versorgung von hohen Pflegestufen vorgesehen. (9)

Conclusio 1: Sektorgrenzen müssen überschritten werden. Diese Darstellung von Veränderungen und Antworten im System werden dahingehend interpretiert, dass die stationäre Langzeitpflege im System eine Stellung eingenommen hat, die den traditionellen Leistungen eines Krankenhauses nahe kommt, dabei aber keine ausreichende medizinische Versorgung vor Ort erhält, sondern für den »Point of (medical) Service« (10) traditionelle Sektorgrenzen zwischen

Gesundheits- und Sozialbereich überschritten werden müssen.

### Am System arbeiten: neue strukturelle Angebote

Als Lösung am System soll daher ein geänderter Existenzgrund für stationäre Langzeitpflege entwickelt werden: das »Pflegeheim NG«, ein »Pflegeheim der nächsten Generation« (11).

Das »Pflegeheim NG« übernimmt einen Versorgungsplatz zwischen dem klassischen Krankenhaus und mobil betreuten Lebensstrukturen. Es entlastet damit den Gesundheitssektor (Krankenhaus), optimiert aber die Pflege- und Lebensqualität am Ende der mobilen Betreubarkeit. Es stellt Lebens-, Wohn- und Pflegequalitäten auf höchstem Niveau sicher und bedient sich mobiler ärztlicher Versorgungsleistungen. Das »Pflegeheim NG« durchbricht damit die gewohnten Sektorgrenzen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich und ver-

ändert die Qualitäten von Austauschbeziehungen zwischen den Sektoren: Statt mobiler Pflege, die für niederrangige Lebens- und Betreuungsformen verfügbar gemacht wird, werden im »Pflegeheim NG« medizinische Leistungen mobil benötigt.

Während die Verfügbarkeit von mobilen Diensten in der Pflege den Bedarf an Langzeitpflegeplätzen im Zeitstrahl nach hinten gerückt hat, soll im nun neu entwickelten System die mobile Medizin den Bedarf an Krankenhausplätzen im Zeitstrahl nach hinten rücken. Möglich wird das durch die hoch entwickelte Pflegequalität in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Daher geht es jetzt darum, am System zu arbeiten,

da durch die neuen Rahmenbedingungen, aber auch technologischen Möglichkeiten, eine Durchlässigkeit zwischen den Sektorgrenzen geschaffen wird, die genutzt werden muss.

Das »Pflegeheim NG« soll daher dem Krankenhausbereich in der Weise vorgelagert sein, dass Transfers und Krankenhausaufenthalte verringert werden, gleichzeitig aber die neuen Krankheitsbilder nicht nur pflegerisch, sondern auch medizinisch mit hoher Qualität und effizient versorgt werden. Dabei sollen die sektorübergreifenden Prozesskosten der Versorgung Maßstab für die Beurteilung der Effizienz sein. (12)

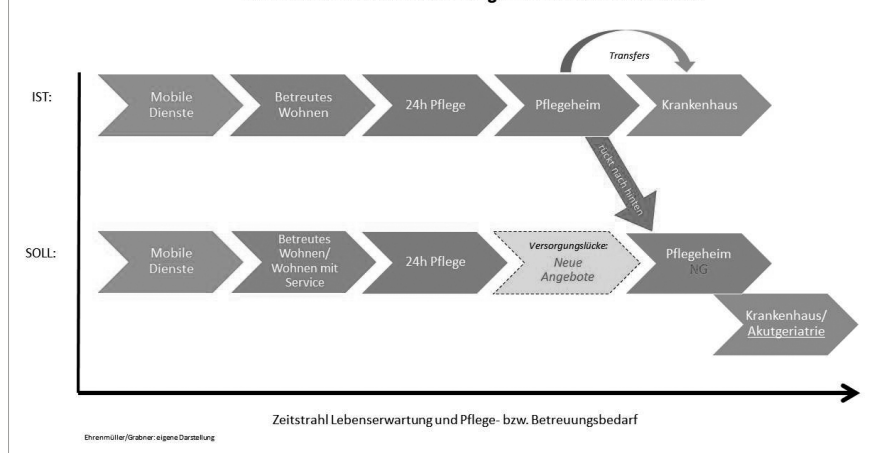
Berücksichtigt man, dass ein Krankenhaustag in der Akutgeriatrie 460 Euro (13) und ein Tag in einem »Pflegeheim NG«, Pflegestufe 4 lediglich 110 Euro (14) kostet, dann stehen für jeden Tag, der statt in einer Einrichtung des Gesundheitswesens in einer Struktur der »Next Generation« gelebt wird, 350 Euro für die medizinische Versorgung zur Verfügung. Diese entspricht fachärztlichen Gehaltskosten eines Spitalarztes im Ausmaß von 4,9 Stunden oder eines Allgemeinmediziners im Spital im Ausmaß von 6,9 Leistungsstunden. (15)

Conclusio 2: Plädoyer für das »Pflegeheim NG«. Im neuen System »Pflegeheim NG« wird für eine spezielle Lebensphase ein neues Angebot erstellt,

## »Sektorübergreifenden Prozesskosten der Versorgung können Maßstab für die Beurteilung von Effizienz sein«

das den Veränderungen der Gesellschaft entspricht, neue technologische und organisatorische Möglichkeiten nützt und gesamtökonomische Vorteile sichert. Für Personen, die in einem Haus der »Next Generation« leben, stellt sich die Lebens- und Wohnqualität besser dar als im herkömmlichen Krankenhaus, die pflegerische und medizinische Betreuungsqualität ist zumindest gleich hoch, in konkreten Fällen kann sie sogar im Ergebnis besser sein, und die Kosten sind niedriger als in herkömmlichen Systemen. Mobile Dienstleister transferieren ihre Leistungen zum »Best point of (medical) service«, wodurch ebenfalls die Gesamteffizienz im neuen System positiv beeinflusst wird, da aufwendige Trans-

## Sozial- und Gesundheitsleistungen für Senioren im Wandel



Mit einem neuen Einrichtungstyp (»Pflegeheim NG«) kann für eine spezielle Lebensphase ein neues Angebot erstellt werden, das den Veränderungen der Gesellschaft entspricht, neue technologische und organisatorische Möglichkeiten nutzt und gesamtökonomische Vorteile sichert.

porte von immobilen Personen reduziert werden können.

### Eine Fallstudie zur Umsetzung

Ein Pilotmodell soll zwischen einem Schwerpunktkrankenhaus und einer Langzeitpflegeeinrichtung im oberösterreichischen Zentralraum für die medizinische Leistung »Psychiatrie« eingerichtet werden. (16)

Aus der Erkenntnis, dass psychiatrische Behandlungen von dementiell erkrankten Bewohnern eines Pflegeheims im Krankenhausumfeld sowohl belastende Transporte als auch Veränderungen der Rahmenbedingungen für die erkrankte Person mit sich bringen und trotz medizinisch einwandfreier Krankenhausleistung suboptimale Behandlungsergebnisse aufweisen, sollen die Krankenhausärzte ihre Leistungen im gewohnten Umfeld des Patienten und Bewohners erbringen. Diese Fallstudie verfolgt mehrere Ziele:

- »Best Point of medical Service« umsetzen
- Das geriatrische Prinzip umsetzen: »Der Arzt, nicht der Patient bewegt sich zur Leistung.«
- Prozesskosten gesamtökonomisch optimieren
- Lebens-, Pflege- und medizinischen Betreuungsqualität für multimorbide, pflegebedürftige Menschen optimieren
- einen alternativen, zukunftsorientierten Existenzgrund für Pflegeheime entwickeln

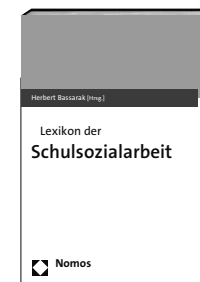
- die Forderungen der Zielsteuerung Gesundheit und des Sozialressorts 2021 praktisch testen
- eine »Win-Win-Win«-Situation für den Gesundheits-, Sozial- und Krankenkassen-Bereich ermöglichen
- vorhandene (digitale) Technologien bestmöglich einsetzen

Die Evaluierung des Pilotmodells soll neben der organisatorischen Machbarkeit und Beurteilung der veränderten Effizienz im Prozess insbesondere die digitale Unterstützung des Prozesses zum Inhalt nehmen. Als eigentlicher Gewinner soll aber letztlich der Mensch im Mittelpunkt der neuen Betreuungslandschaft stehen. ■

### Anmerkungen

- (1) Die Autorin verzichtet auf eine grundlegende Darstellung der demografischen Veränderungen, da diese als bekannt vorausgesetzt werden kann.
- (2) [www.pflege.de/leben-im-alter/krankheiten](http://www.pflege.de/leben-im-alter/krankheiten).
- (3) Vgl. Schachner (2018), 33: durchschnittlich 9 Transporte pro Pflegeheim-Bewohner pro Jahr.
- (4) Vgl. Schacher (2018), 28.
- (5) Vgl. Oberösterreichischen Heimverordnung.
- (6) Vgl. OÖ Heimverordnung und Strukturqualitätskriterien der Akutgeriatrie.
- (7) Details dazu bei Schachner (2018), 21.

- (8) Vgl. Schachner (2018), 24 (Verweis auf Mayr, Lehner) (2009), 11.
- (9) Vgl. »Sozialressort 2021« (Pressekonferenz vom 10.11.2017) und Maßnahmen 21 und 22 der Studie »Evaluierung von Leistungen und der damit verbundenen Ausgaben des Sozialressorts des Landes OÖ«.
- (10) Mit dem »Best Point of Service« wurde 2012 in der Zielsteuerung Gesundheit ein Modell geschaffen, mit dem »am« System gearbeitet werden könnte und das die klassischen Sektorgrenzen überschreiten und optimierte Prozesse zwischen den Sektoren ermöglichen würde. Tatsächlich greifen die Möglichkeiten in der Praxis nicht; die Gründe fasst Schachner (2018) zusammen.
- (11) »NG« steht für »Next Generation«, aber auch für »Neu Gedacht«.
- (12) Vgl. Schachner (2018), 89 ff.
- (13) Lt. RA 2017 des Krankenhauses Sierning, Akutgeriatrie.
- (14) Roth, Ramiza, Berufspraktikum FH Linz, 2018.
- (15) Gem. OÖ Ärztekollektivvertrag.
- (16) Vgl. Schachner (2018), 79 ff.



### Lexikon der Schulsozialarbeit

Herausgegeben von Prof. Dr. Herbert Bassarak  
2018, 634 S., geb., 98,- €  
ISBN 978-3-8487-1594-7  
[nomos-shop.de/23192](http://nomos-shop.de/23192)

»praxisrelevantes Nachschlagewerk... ein hervorragendes Beispiel zur weiteren Professionalisierung des so zukunftssträchtigen Praxisfeldes«

Detlef Rüsche, Dialog Erziehungshilfe 2/2018, 57

