

**Mitteilung des Senats
an die Bremische Bürgerschaft (Landtag)
vom 26. November 2019**

„Was tun gegen vorschnelle Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnern? - Konsequenzen aus der Studie "Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern" (HOMERN)“

Die Fraktion der CDU hat folgende Große Anfrage an den Senat gerichtet:

„Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen werden zu häufig in Notaufnahmen und Krankenhäusern behandelt. Zu dieser Auffassung kommt die aktuelle Studie „Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern“ (HOMERN). In dem Forschungsprojekt wurden über einen Zeitraum von zwölf Monaten Krankentransporte von etwa 700 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 14 Pflegeeinrichtungen in der Metropolregion Bremen/Oldenburg systematisch erfasst und analysiert. Zudem wurde die Perspektive der Beteiligten (Pflegekräfte, Hausärztinnen und Hausärzte, Rettungsdienstpersonal) durch Interviews und Befragungen erhoben. Im September 2019 wurden die Ergebnisse an der Universität Bremen vorgestellt und in der Fachwelt diskutiert. Die wissenschaftliche Tagung stand unter dem bezeichnenden Titel: „Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnern – Nur weil keiner die Verantwortung übernehmen wollte?“.

Die Wissenschaft gelangt im Ergebnis der Studie zu der Auffassung, dass es bei den zu häufigen Entscheidungen für Krankenhauseinweisungen ein strukturelles Problem gäbe. Oftmals beeinflussen Ängste vor rechtlichen Konsequenzen die Entscheidung der Pflegekräfte. Die Einbeziehung von Ärzten in die Entscheidung bleibt häufig aus. Und auch weitere Handelnde, die den Notruf entgegennehmen, entscheiden sich im Zweifel für die Alarmierung des Rettungswagens. Da dieser für Leerfahrten nicht bezahlt wird, werden pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner fast immer mitgenommen. Die Wissenschaft spricht von einem „Automatismus“, aus dem Wege herausführen müssen. Zudem wird ein genereller Mangel in der Kommunikation und Kooperation von Heimen und Ärzteschaft festgestellt. In der Hälfte aller Einweisungsfälle wurde der Haus- oder Notarzt nicht informiert. Auch hier fehle es an strukturierter Zusammenarbeit im Interesse und zum Wohle der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen. Die Studie ermittelt im statistischen Mittel einen Wert von 0,78 Transportereignissen pro Bewohnerin und Bewohner. Es handelt sich hierbei also keineswegs um ein Randthema.

Wir fragen den Senat:

1. Liegen dem Senat neben den Ergebnissen der HOMERN-Studie weitere Erkenntnisse aus Wissenschaft oder Praxis zur Thematik vor? Wenn ja, welche?
2. Welche Belastungen für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und für ihre Angehörigen sieht der Senat bei zu schnellen Krankenhauseinweisungen?
3. Sieht der Senat nach der Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Studie Handlungsbedarf in den Altenpflegeeinrichtungen Bremens, um pflegebedürftige Menschen vor unnötigen Krankenhauseinweisungen zu schützen?
4. Welche Alternativen zur derzeitigen Einweisungspraxis sind anzustreben und wie kann politisch auf die gewünschten Veränderungen hingewirkt werden?
5. Wo liegt nach Auffassung des Senats die Verantwortung für die Entscheidung zum Krankenhaustransfer und wie wird diese nach Einschätzung des Senats wahrgenommen?
6. Wie plant der Senat die strukturellen Mängel und die Mängel in der Kommunikation möglichst weitgehend zu beseitigen und welchen Zeitrahmen hat sich der Senat dafür gesteckt?
7. Welche Aufgabe kommt dabei der Wohn- und Betreuungsaufsicht zu?
8. Hat der Senat Erkenntnisse dazu, ob die beschriebene Vorgehensweise – besonders an den Wochenenden - im Zusammenhang mit Fachkräfte- oder Personalmangel steht? Wenn nein, welche Erkenntnisse hat der Senat zu den Gründen für unnötige Krankenhauseinweisungen?
9. Wie lässt sich aus Sicht des Senats die notwendige Kommunikation und Kooperation zwischen Heim und Haus- oder Notärzten und den Betroffenen und ihren Angehörigen zum Wohle und im Interesse der Pflegebedürftigen verbessern?
10. Welche Möglichkeiten sieht der Senat, um zu weniger Transporten in Krankenhäuser zu kommen, die wegen einer sonst teuren Leerfahrt des Rettungswagens veranlasst werden?“

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

- 1. Liegen dem Senat neben den Ergebnissen der HOMERN-Studie weitere Erkenntnisse aus Wissenschaft oder Praxis zur Thematik vor? Wenn ja, welche?**

In Deutschland wurde von 2013 bis 2015 ein Forschungsvorhaben der Universität Witten-Herdecke durchgeführt (Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern im Altenheim – IVA), das sich mit der Situation

akut erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner in Altenpflegeheimen in Nordrhein- Westfalen befasst. Das Ziel des Projektes war es, den Verbleib der erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner in der eigenen Einrichtung sicherzustellen, um den Kontakt zu den bekannten Bezugspersonen zu erhalten, die Lebensgewohnheiten beibehalten und die biografischen Kenntnisse für die Pflege und Betreuung weiterhin nutzen können. Die gewohnte Kontinuität der Pflege und Versorgung sowie eine gleichzeitige fachlich hochwertige medizinische Versorgung stand dabei im Mittelpunkt.

Andere bekannte Studien aus dem Ausland sind aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme nicht unmittelbar zu übertragen.

Zu Teilaspekten der Thematik liegen weitere Erkenntnisse vor. So besteht eine vom Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V eingerichtete Arbeitsgruppe, die die medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen untersucht. Im Rahmen dieser Arbeitsgruppe wurde unter anderem darüber beraten, dass die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Professionen vereinzelt Optimierungsbedarf aufweist. Auch hat die Arbeitsgruppe Kenntnis davon genommen, dass nach der Studie „Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen“ der Universität Bremen die ambulante ärztliche Versorgung in einer geringen Zahl von Fällen nicht in einem ausreichenden Maße erfolgt. Allerdings lässt sich aufgrund der vorliegenden Datenlage nicht quantifizieren, in wie vielen Fällen dadurch eine vermeidbare Krankenhauseinweisung erfolgt.

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz befasst sich mit der Studie „HOMERN“ und den Ergebnissen und steht im fachlichen Austausch mit den Autoren der Studie. Dabei bestätigte sich, dass die Ergebnisse der Studie aus unterschiedlichen Gründen nur eingeschränkt aussagekräftig sind, z.B., weil die Auswahl der Pflegeeinrichtungen nicht nach dem Zufallsprinzip erfolgte oder aufgrund der teilweise eher geringen Rücklaufquoten bei Fragebögen. Dennoch nimmt der Senat diese Studienergebnisse und weitere von der Arbeitsgruppe erarbeitete Zwischenergebnisse zum Anlass, um über das Gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V eine Empfehlung zu dieser Thematik zu entwickeln.

2. Welche Belastungen für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und für ihre Angehörigen sieht der Senat bei zu schnellen Krankenhauseinweisungen?

Eine Beurteilung, ob es zu einer zu schnellen Krankenhauseinweisung gekommen ist oder nicht, wird von der Bremischen Wohn- und Betreuungsaufsicht nicht getroffen. Die erforderliche Indikation des einweisenden Arztes für eine Krankenhauseinweisung wird nicht in Frage gestellt. Eine statistische Erhebung über die Anzahl der Krankenhauseinweisungen von Bewohnerinnen und Bewohnern aus

stationären Altenpflegeeinrichtungen in einen stationären Krankenhausaufenthalt erfolgt nicht.

Eine Einweisung in ein Krankenhaus ist für die Bewohnerin oder den Bewohner oft mit mehrstündigen Wartezeiten verbunden. Die Bewegungslosigkeit während dieser Wartezeit kann bei dem Betroffenen hohe körperliche Strapazen bewirken. Ein derartiges Herausreißen aus dem gewohnten Alltagsumfeld kann zudem die Ernährung derart beeinflussen, dass die betroffenen Personen keine oder nicht ausreichend Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich nehmen. Die Störung der Ernährungs- und Flüssigkeitsaufnahme kann wiederum den allgemein gesundheitlichen Zustand der Bewohnerin oder des Bewohners verschlechtern.

Für die Angehörigen bedeutet eine Krankenhauseinweisung oft eine emotionale Mehrbelastung. Neben der Sorge um die Bewohnerin oder den Bewohner, ergibt sich ein großer Unterstützungs- und Organisationsbedarf, welchen die Angehörigen erfüllen müssen. Zu beobachten ist beispielsweise die Kommunikation mit den verschiedenen Netzwerketeiligten wie Hausärzten, vor Ort behandelnden Ärzten sowie den Mitarbeitern der jeweiligen stationären Altenpflegeeinrichtung. Hierunter fällt auch die Koordination, wann und wohin die Bewohnerin oder der Bewohner entlassen werden kann.

3. Sieht der Senat nach der Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Studie Handlungsbedarf in den Altenpflegeeinrichtungen Bremens, um pflegebedürftige Menschen vor unnötigen Krankenhauseinweisungen zu schützen?

Der Senat hält es für erforderlich, dass Kooperationen zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärzt/inn/en verbindlich in Form von Kooperationsverträgen nach § 119 SGB V vereinbart werden, damit den Pflegebedürftigen eine koordinierte und strukturierte ärztliche und pflegerische Versorgung angeboten wird.

Durch eine verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen sollen insbesondere

- die unnötige Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes vermieden,
- vermeidbare Krankenhausaufenthalte einschließlich Krankentransporte reduziert,
- eine medizinisch indizierte und wirtschaftlich sinnvolle Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen koordiniert sowie
- eine indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung gefördert werden.

4. Welche Alternativen zur derzeitigen Einweisungspraxis sind anzustreben und wie kann politisch auf die gewünschten Veränderungen hingewirkt werden?

Der Senat setzt sich für eine Verbesserung der ärztlichen Versorgungssituation in den Pflegeeinrichtungen ein. Hier ist besonders für bessere Arbeitsbedingungen und eine attraktivere Vergütung beim Einsatz von Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Hausbesuchen in Pflegeeinrichtungen zu sorgen.

Derzeit erarbeitet das Bundesministerium für Gesundheit einen Gesetzesentwurf zur Reform der Notfallversorgung. Aus der bereits vorliegenden Arbeitsfassung dieses Gesetzesentwurfes ist ersichtlich, dass die geplanten Strukturänderungen auch Einfluss auf die Einweisungspraxis ins Krankenhaus haben werden. Auch, wenn das Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums hinsichtlich seiner Rahmeneckpunkte (vor allem hinsichtlich der angedachten Grundgesetzänderung, der vorgesehenen Verschiebungen der Zuständigkeiten und der Kostentransaktionsverpflichtung) seitens der Länder und Kommunen nicht mitgetragen werden kann, sind sich alle am Prozess Beteiligten einig, dass die sektorenübergreifende Zusammenarbeit verbessert werden muss. Zunächst bedarf es für eine adäquate Patient/inn/ensteuerung einer engeren Zusammenarbeit der Notrufleitstelle der Feuerwehr für die 112 und der KV-Servicenummer (Kassenärztliche Vereinigung) des ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter der 116 117. Die Patienten müssen über diese beiden Zugangstelefonleitungen abgestimmt gesteuert werden. Dies setzt voraus, dass die KV-Servicenummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durchgängig erreichbar ist, so dass dort tagsüber wie in der Nacht den Anfragenden angemessen geholfen werden kann. Dafür muss sowohl die Möglichkeit einer verlässlichen telefonischen ärztlichen Beratung als auch eines ärztlichen Hausbesuchsdienstes, der dringliche Hausbesuche durchführt, bestehen.

Durch den Aufbau der ebenfalls im Rahmen des Gesetzentwurfes des Bundesministeriums für Gesundheit empfohlenen neuen Integrierten Notfallzentren (INZ) an der Klinik soll sichergestellt werden, dass eine stationäre Krankenhausbehandlung nur erfolgt, sofern diese aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Andernfalls werden Patientinnen und Patienten direkt in den ambulanten Bereich gesteuert. Hierzu wird ein Verfahren entwickelt.

Darüber hinaus ist geplant, in der Feuerwehr- und Rettungsleitstelle eine softwaregestützte standardisierte Notrufabfrage einzuführen, die für die Disponentinnen und Disponenten eine Möglichkeit schafft, ein medizinisches Hilfeersuchen zunächst noch besser einzuschätzen und dementsprechend das passende Rettungsmittel auszuwählen oder das Anliegen an den ambulanten Bereich der KV-Servicenummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (116 117) rechtssicher und ohne Kommunikationsunterbrechung weiterzugeben.

Ebenfalls sieht der Gesetzesentwurf die Einführung eines Early Warning Scores vor, der es den Rettungsteams vor Ort erlaubt, 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.

Zeitgleich müssen Anstrengungen im ambulanten Bereich unternommen werden, dass die dortige ärztliche Präsenz weiter erhöht wird und die Pflegekräfte mehr Informationen an die Hand bekommen, wie im Notfall zu verfahren ist. Entsprechende Kenntnisse sind im Rahmen von Aus- und Fortbildung noch stärker zu vermitteln. Über den kontinuierlichen Ausbau von Kooperationsverträgen von Pflegeeinrichtungen mit Ärzt/inn/en würde die ambulante (ärztliche) Versorgung in den Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und damit unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden.

Die Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen belegen, dass die Anzahl der Kooperationsverträge stetig zunimmt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung haben hierdurch erste medizinische Ansprechpartner, die die Bewohnerin oder den Bewohner kennen und eine medizinische Einschätzung zur Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung geben können.

5. Wo liegt nach Auffassung des Senats die Verantwortung für die Entscheidung zum Krankenhaustransfer und wie wird diese nach Einschätzung des Senats wahrgenommen?

Die Verantwortung für die Entscheidung zum Krankenhaustransfer ist eindeutig geregelt:

es gibt klare medizinische Indikationen für eine Krankenhauseinweisung von Pflegeheimbewohnern, wie z.B. zum Ausschluss einer Fraktur nach Sturz oder bei Notwendigkeit einer intravenösen Flüssigkeitszufuhr. Ärzte und Hausärzte sind dafür die verantwortlich entscheidenden Personen.

Die Ergebnisse der HOMERN-Studie verweisen auf einen hohen Koordinierungsaufwand für das Pflegeeinrichtungspersonal bzw. auf die dahinter zu vermutende defizitäre Kommunikation mit Ärzten und dem fehlenden Einsatz von Ärzten in Pflegeeinrichtungen.

6. Wie plant der Senat die strukturellen Mängel und die Mängel in der Kommunikation möglichst weitgehend zu beseitigen und welchen Zeitrahmen hat sich der Senat dafür gesteckt?

Siehe Antwort zu Frage 4.

Zur Beseitigung von strukturellen und kommunikativen Mängeln werden derzeit die entsprechenden Voraussetzungen auf Bundesebene geschaffen. Sobald dieser Prozess abgeschlossen ist, ist eine Umsetzung im Land Bremen beabsichtigt.

Ergänzend wird in Bremen derzeit von dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90 a SGB V in einer Arbeitsgruppe die Thematik ausgearbeitet, siehe Antwort Frage 1.

7. Welche Aufgabe kommt dabei der Wohn- und Betreuungsaufsicht zu?

Die Bremische Wohn- und Betreuungsaufsicht berät im gesetzlichen Rahmen des Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetzes (BremWoBeG).

In Prüfsituationen in stationären Pflegeeinrichtungen wird eher die Situation festgestellt, dass z.B. bei Verletzungen oder Stürzen kein Arzt bzw. keine Ärztin seitens der Einrichtung hinzugezogen wird. Diese Ablaufprozesse werden bei der Prüfung von Dokumentationen oder Sturzprotokollen regelmäßig kritisch hinterfragt.

8. Hat der Senat Erkenntnisse dazu, ob die beschriebene Vorgehensweise – besonders an den Wochenenden - im Zusammenhang mit Fachkräfte- oder Personalmangel steht? Wenn nein, welche Erkenntnisse hat der Senat zu den Gründen für unnötige Krankenhauseinweisungen?

Die vorliegenden Ergebnisse der HOMERN-Studie lassen keine Rückschlüsse zu, dass unnötige Krankenhauseinweisungen aufgrund von Personalmangel/ Fachkräftemangel stattfinden.

Die weitaus häufigsten Krankenhauseinweisungen/-aufnahmen erfolgten laut Studie montags in der Zeit zwischen 7.00 Uhr und 12.00 Uhr und sind weiterhin gleichmäßig über die einzelnen Wochentage verteilt. Die ermittelten Gründe für die Aufnahmen/Einweisungen sind in erster Linie *Verschlechterung des Allgemeinzustandes* (35 %) und *Sturz, Unfall oder Verletzung* (34 %), die an allen Tagen auftreten können. Von allen ungeplanten Aufenthalten im Krankenhaus erfolgten lediglich 10 % an einem Samstag und 14 % an einem Sonntag.

9. Wie lässt sich aus Sicht des Senats die notwendige Kommunikation und Kooperation zwischen Heim und Haus- oder Notärzten und den Betroffenen und ihren Angehörigen zum Wohle und im Interesse der Pflegebedürftigen verbessern?

Siehe Antwort Frage 4.

Zudem sehen die Autoren der HOMERN-Studie nach Befragung der Hausärzte und des Pflegepersonals in den Einrichtungen schwerpunktmäßig Anhaltspunkte für die Verbesserung der Situation in den Bereichen Kommunikation, Qualifizierung und Personalschlüssel.

Nach Erkenntnissen der IVA-Studie der Universität Witten/ Herdecke lassen sich Maßnahmen zu Veränderungen bzw. Verbesserungen nicht verallgemeinern, jede Pflegeeinrichtung muss individuelle, an ihre Bedingungen und Situation angepasste Mischung aus Strategien entwickeln und umsetzen:

- abgestimmte und festgelegte Kommunikationsstandards, z.B. auch die Nutzung von Checklisten, erscheinen sinnvoll und notwendig.
- Sofern kein Notfall vorliegt, sollte in der Regel stets der Hausarzt verständigt werden. Dies lässt sich über festgelegte Vorgehensweisen sicherstellen.
- Zudem ist sicherzustellen, dass allen beteiligten Ärzten und dem Pflegepersonal die erforderlichen Behandlungsinformationen einschließlich Arzneimittelverordnung unverzüglich zugänglich gemacht werden. Dies gilt gleichermaßen für vorliegende Patientenverfügungen.

10. Welche Möglichkeiten sieht der Senat, um zu weniger Transporten in Krankenhäuser zu kommen, die wegen einer sonst teuren Leerfahrt des Rettungswagens veranlasst werden?

Die Finanzierung des Rettungsdienstes im Land Bremen erfolgt auf einem mit den Kostenträgern vereinbarten Gebührenrahmen i. S. d. § 58 Abs. 1 BremHilfG, welcher die Vorhaltung finanziert. Auch wenn der einzelne Transport abgerechnet wird, finanzieren die Kostenträger die einvernehmlich festgestellten wirtschaftlichen Gesamtkosten des Rettungsdienstes. Anfallende Unter- oder Überdeckungen werden in den Folgejahren ausgeglichen. Somit trifft die in der HOMERN Studie aufgezeigte Problematik der Fehlanreize für rettungsdienstliche Krankenhaustransporte auf Bremen nicht zu.