



Zur Person

Visiting Nurse Service of New York – Innovativer häuslicher Pflegedienst mit integriertem Versicherungsmodell

Iren Bischofsberger im Gespräch mit Regina Hawkey



Regina Hawkey, RN, BScN mit mehr als 30-jähriger Erfahrung in der häuslichen und gemeindenahen Gesundheitsversorgung, Senior Vice President and Chief of Provider Services beim VNSNY.

Mehr als 30.000 Patientinnen und Patienten versorgt der Spitex-Dienst (Spitex: Pflege aufsuchende) VNSNY in New York mit dem Versicherungsmodell „VNSNY Choice“. Es ermöglicht älteren und chronisch erkrankten Menschen, dank integrierter und koordinierter häuslicher Versorgung zu Hause zu bleiben. Das Interview stellt das Versicherungsmodell „VNSNY Choice“ dem deutschsprachigen Publikum in Europa vor, wo Kapitationsmodelle in der häuslichen Gesundheitsversorgung noch wenig bekannt sind bzw. kaum praktiziert werden.

Iren Bischofsberger: Was waren der Auslöser und die Triebkraft für das Versicherungsmodell „VNSNY Choice“?

Regina Hawkey: In den staatlichen Krankenversicherungen Medicare und Medicaid (siehe Kasten 1), die Leistungen der Gesundheitsversorgung vergüten, fehlen die Anreize für die Versorgungskoordination. Dies führt oft zu fragmentierten oder auch zu unnötigen Leistungen. Typisch ist eine relativ hohe Zahl vermeidbarer Spitalaufenthalte, die für Patienten

und Angehörige eine belastende Erfahrung sind. Besonders problematisch ist dies für ältere oder körperlich behinderte Menschen mit niedrigem Einkommen, die in den USA oft von den beiden staatlichen Systemen Medicare und Medicaid abhängig sind. Viele von ihnen haben komplexe Langzeiterkrankungen, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Krankenkassenausgaben verursachen. Sowohl auf Bundesstaats- als auch auf Bundesebene ist daher das Interesse an einer verbesserten Versorgungskoordination gross.

Wie wurde das Versicherungsmodell auf den Weg gebracht?

Der Commonwealth Fund sagte dem Staat New York 1994 einen Zuschuss zu, um ein neues Versicherungsmodell für die integrierte gemeindenahere, häusliche und stationäre Langzeitpflege zu entwickeln. Das Ergebnis war das «Medicaid Managed Long-Term Care Program» (MLTC), das den teilnehmenden „health plans“ – von denen einer der VNSNY (siehe Kasten 2) entwickelte – einen festen Betrag pro Versicherten vergütet. Damit können die Versicherungen für

die Langzeitversorgung ein Gesamtpaket von koordinierten Leistungen anbieten. Ziel ist es, die Gesundheit und die Selbstständigkeit zu fördern, um eine stationäre Langzeitpflege zu vermeiden oder hinauszuzögern. Die VNSNY-Geschäftsleitung beurteilte die Teilnahme am MLTC-Programm als Chance, die langjährigen Spitex-Dienstleistungen im Sinne der Non-Profit-Ziele des VNSNY besser auf die Gesundheitsbedürfnisse der einkommensschwachen Patienten auszurichten. So entstand das Versicherungsmodell. Es war eines von fünf Modellen im ersten MLTC-Pilotprogramm im Staat New York. Die ersten Versicherten wurden im Januar 1998 aufgenommen. Daraus wurde das grösste und am schnellsten wachsende MLTC-Versicherungsmodell im Staat New York. Es umfasst 14 verschiedene Dienstleistungen, etwa häusliche Pflege, Care Management, Pflegeheime, Mahlzeiten zuhause, oder Tagesstätten.

Welche Personen sind heute die typischen Versicherten?

Das Durchschnittsmitglied ist 82 Jahre alt, leidet an vier chronischen



Erkrankungen und hat mehrere funktionale Gesundheitsbeeinträchtigungen. Mehr als die Hälfte der Versicherten sind leicht bis stark kognitiv beeinträchtigt, drei von fünf sind nicht englischer Muttersprache.

Welche Infrastruktur ist für dieses anspruchsvolle Care Management nötig?

Wir mussten die Infrastruktur präzise auf die Bedürfnisse unserer Versicherten ausrichten. Erforderlich war es, ein Netzwerk von Dienstleistern der häuslichen und gemeindenahen Versorgung aufzubauen. Dazu gehören auch Labors, Apotheken¹, Betreuungs- und Haushaltshilfen sowie Transportdienstleister. Pflegefachpersonen wurden zu Care Managerinnen weitergebildet und andere Mitarbeitende in neuen Aufgaben geschult. Es wurde ein individuelles Marketing für künftige Versicherte aufgebaut. Für die Versicherten wurden Dienstleistungen geschaffen, zum Beispiel ein Call Center, über welches Versicherte rund um die Uhr eine Fachperson erreichen können. Und schließlich wurde in die IT investiert, zum Beispiel wurden elektronische Patientendossiers eingeführt. IT erlaubt ein vorausschauendes Care Management, das frühzeitig agiert, statt auf Probleme reagiert. Bei Hausbesuchen nutzen die MLTC Care Managerinnen Laptops, die vor Ort den Zugang zu den elektronischen Patientendossiers ermöglichen. Darin sind das Assessment, Pflege- und Medikationspläne sowie diagnostische und Labordaten enthalten. Das E-Dossier fördert standardisierte Entscheidungen und die interprofessionelle Zusammenarbeit in allen Settings.

Wie funktioniert die Koordination genau?

Alle „VNSNY Choice“ Versicherten

¹ Apotheken waren bis zur Einführung von Medicare Part D im Jahr 2005 dabei.

Medicare and Medicaid – zwei staatliche Krankenversicherer in den USA

Medicare ist die nationale Krankenversicherung für Personen im Rentenalter. Medicaid versichert einkommensschwache Personen auf Ebene der Bundesstaaten. Im „VNSNY Choice“ können sich Versicherte gleichzeitig in beiden Versicherungsmodellen anmelden. Die Versicherungsprämie wird in den beiden Modellen anders berechnet und deckt unterschiedliche Leistungen. Beim „Medicaid Managed Long-Term Care Program“ (MLTC), den der VNSNY seit 1998 anbietet, gelten die partielle Kapitation und risikobereinigte Beträge basierend auf der Population (zwei Jahre zurück). Hier werden – weil es eine Langzeit-Pflegeversicherung ist – Pflegeheimkosten und Kosten der häuslichen Pflege gedeckt, nicht aber die Kosten für ärztliche Behandlung und Krankenhausaufenthalte. MLTC wurde als Anreiz konzipiert, um die stationäre Langzeitversorgung zu vermeiden oder hinaus zu zögern. Beim „Medicare Advantage Special Needs Plan“, den der VNSNY seit 2006 anbietet, gelten die volle Kapitation und risikobereinigte Beträge basierend auf den Individuen. Hier werden auch die Kosten der Akutversorgung gedeckt. Der MLTC bietet insofern einen indirekten Anreiz, denn Krankenhausaufenthalte sind immer stressreiche Phasen für Patienten und Angehörige und erfordern bei der nachstationären Pflege und Betreuung intensivere Versorgungsleistungen, deshalb wird mit der optimalen Versorgungskoordination zwischen Pflegeheimen und häuslichen Pflegediensten der Spitalaufenthalt vermieden.

Beim MLTC arbeiten in der Regel Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung in Care Management. Beim „Medicare Advantage Special Needs Plan“ übernehmen v.a. für die 30-tägige kritische nachstationäre Phase sogenannte „nurse practitioners“ die Versorgungskoordination. Sie verfügen Kraft ihrer klinischen pflegewissenschaftlichen Ausbildung (Stufe Master of Science) neben den Fähigkeiten für das klinische Assessment auch über die Möglichkeit, diagnostische und therapeutische Massnahmen anzuordnen.

erhalten eine besonders geschulte Care Managerin zugeordnet, meist eine Pflegefachfrau. Als Ansprechperson der Versicherten und ihrer Angehörigen stellt sie die Kontinuität der Beziehung sicher und koordiniert die Versorgung mit dem Hausarzt und anderen Gesundheitsfachleuten. Ihre Funktion umfasst periodisches klinisches Assessment zuhause, den Aufbau und die Kontrolle des Pflegeplans, die Edukation der Versicherten und ihrer Angehörigen im Selbstmanagement chronischer Krankheiten sowie die Betreuung in heiklen Übertritts- und Pflegesituationen, die eine besonders präzise interprofessionel-

le und interinstitutionelle Zusammenarbeit erfordern.

Care Managerinnen koordinieren den Versorgungsverlauf der Versicherten, die im MLTC-Programm „VNSNY Choice“ eingeschrieben sind. Zum interdisziplinären Team können Haushaltshilfen, Pflegefachkräfte, psychiatrische Fachleute, Sozialarbeitende, Reha- und Ernährungsberater sowie Ärzte gehören. Für Versicherte in Pflegeheimen ist die Care Managerin in der Regel eine Sozialarbeiterin, die mit den Gesundheitsfachleuten im Heim die psychosozialen Bedürfnisse des Betreuten koordiniert. Während eines Spitalaufenthalts



und unmittelbar nach der Entlassung eines Versicherten trifft sich das gesamte Versorgungsteam alle zwei Wochen zu Sitzungen oder Telefonkonferenzen, um die Gesundheitsversorgung solcher Hochrisiko-Patienten zu besprechen.

Jedes Mitglied des Versorgungsteams kann eine Sitzung einberufen, wenn es die Situation von Versicherten erfordert. Routine-Besprechungen im Team gehen meist von vier Fragen aus: 1. Was ist gut für den Patienten? 2. Was ist nicht gut für den Patienten? 3. Wie können Probleme gelöst werden? 4. Was sind die nächsten Schritte?

Wie wirkt sich das Versicherungsmodell auf das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten aus?

Bei den „VNSNY Choice“ Versicherten nahmen 90 Prozent innerhalb von zwei Wochen einen Arztbesuch nach dem Spitalaufenthalt wahr. Unser Forschungs- und Evaluationszentrum untersuchte im Jahr 2011 573 Versicherte, die in beiden Modellen eingeschrieben waren. Die Studie ergab, dass 54 Prozent der Versicherten weniger oft ins Spital eingewiesen wurden als zuvor. Nach einer Spitalentlassung gingen die Wiedereintritte innerhalb von 30 Tagen um 24 Prozent zurück und der Besuch einer Notfallstation nahm innerhalb von 24 Monaten um 27 Prozent ab. Unter den Versicherten zeigte sich eine relative Abnahme von 21 Prozent in der Wahrscheinlichkeit eines Wiedereintritts nach 30 Tagen zwischen dem ersten Semester 2009 und dem ersten Semester 2011.

Wie viele Medicaid Patienten betreuen die Care Managerinnen?

Sie betreuen durchschnittlich 38 bis 43 MLTC-Versicherte, die sie bei Bedarf zu Hause besuchen und telefonisch kontaktieren. Patienten in anspruchsvollen Situationen werden öfter kontaktiert. Die Koordination im

Versorgungsteam ist ein bedeutender Teil der Arbeit. Die Haushaltshilfe ist zudem ein wichtiges Teammitglied. Haushaltshilfen werden durch Vertragspartner subsidiär angestellt. Sie setzen den Pflegeplan beim Versicherten zu Hause um und informieren über den Gesundheitszustand des Versicherten, so dass wenn nötig Massnahmen ergriffen werden können, zum Beispiel wenn Sicherheitsmassnahmen erforderlich sind, um Stürze zu vermeiden. Der VNSNY hat ein Assessment-Instrument für Haushaltshilfen entwickelt, die mit den Care Managerinnen die optimale Stundenzahl für die häusliche Betreuung abhängig von den klinischen und funktionellen Bedürfnissen des Versicherten festlegen können.

Der MLTC-Plan gruppiert die Intensität des Care Managements im Wesentlichen nach den psychosozialen Bedürfnissen des Versicherten und der Betreuung durch Angehörige. Versicherte mit guter medizinischer Betreuung und stabiler häuslicher Umgebung benötigen meist kein intensives Care Management. Die Kombination aus engagierten Versicherten, Haushaltshilfe, motivierten Angehörigen und einer guten Beziehung zu einem Hausarzt führt dazu, dass wir es erfahren, wenn ein Problem auftritt. So können wir die Kontakte bei Bedarf intensivieren. Wenn es zum Beispiel zu einem Wiedereintritt ins Krankenhaus kommt, wird das Care Management intensiviert, damit der Prozess vor und nach dem Krankenhausaufenthalt kontrolliert verläuft.

Wie wird das finanzielle Risiko kalkuliert, das mit der Pauschale verbunden ist?

Wir verwenden ein Risikogruppenmodell, das klinische und andere Daten aus allen Settings verknüpft, um die Versorgungsbedürfnisse der Versicherten zu prognostizieren. Die Krankengeschichte wird in der Risi-

koprognose stark gewichtet. Dies beruht auf Forschungsergebnissen des VNSNY, die zeigen, dass frühere Spitalaufenthalte der deutlichste Indikator für Wiedereintritte sind. Der VNSNY hat einen Prognose-Algorithmus entwickelt, der demografische, klinische und finanzielle Faktoren sowie den Gesundheitszustand verwendet, um dem Versorgungsteam Hinweise auf das Risiko einer möglichen Hospitalisierung eines Versicherten zu geben.

Das Versorgungsteam benutzt diese Risikoprofile, um Prioritäten zu setzen, die Intensität des Care Managements und die Häufigkeit der Kontakte mit den Versicherten festzulegen. Während dieser Besprechungen werden Versorgungspläne diskutiert, das Bedürfnis nach technischen Hilfsmitteln abgeklärt, Lücken im Pflegeverlauf identifiziert, Anträge für häusliche Palliativpflege gestellt oder Unterstützungsmassnahmen bei der Medikation nach einer Hospitalisierung erstellt.

Wie werden die Prämien der Versicherten berechnet?

Die risikobereinigten Prämien werden vom Staat New York festgelegt. Sie beruhen auf folgenden Datenquellen: Versichertenstatistiken; soziodemografischen Daten, die von Medicaid mit den Versicherungsanträgen und den Anspruchsberechtigungen erhoben werden; Medicaid Encounter Data (MEDS), welche die Nutzung und damit zusammenhängende Kosten der Langzeitpflege zeigen; Medicaid Managed Care Operating Reports (MMCOR), mit denen Nutzen und Vollständigkeit von übermittelten Daten der Versicherer evaluiert werden, sowie Daten aus dem Managed Long Term Care Semi-Annual Assessment of Members, mit dem die Genauigkeit des Assessments erhoben wird.



Welche Qualifikationen benötigt das Personal, um die Qualität der Leistungen sicherzustellen?

Die MLTC-Pflegefachpersonen sind als Care-Managerinnen für die Koordination der Versorgung verantwortlich. Sie werden dabei auch von klinischen Evaluatoren von Medicare unterstützt, die sich auf die Versorgungsbedürfnisse der Versicherten konzentrieren.

Die Care-Managerinnen von „VNSNY Choice“ sind nach einer intensiven Schulung und nach Praktika regelmäßig in der berufsbegleitenden Weiterbildung, um fachlich auf der Höhe zu bleiben und die Teamarbeit weiterzuentwickeln. Interdisziplinäre Team-Sitzungen und Fall-Besprechungen bieten allen Teammitgliedern die Gelegenheit, sich gegenseitig im kritischen Denken und in Kommunikationskompetenzen zu schulen. Solche Kompetenzen sind zum Beispiel, das Risiko eines Spitalaufenthalts rechtzeitig zu erkennen, um ihn möglichst zu vermeiden, oder die Versorgung so auszugestalten, dass die Wahrscheinlichkeit eines Wiedereintritts gering ist.

Gemessen an der Zahl der Versicherten hat der VNSNY eine hohe Zahl Care Managerinnen, damit die Fallzahlen überschaubar bleiben. Trotzdem wird auf die Effizienz geachtet, indem jene Versicherten identifiziert werden, für die eine niedrige Betreuungsintensität ausreichend ist. Damit Care Managerinnen genügend Zeit für klinische Aufgaben haben, bildet die Versicherung einige Kundenbetreuer als Care Management-Assistenten aus. Diese übernehmen nicht-klinische Routineaufgaben, wie zum Beispiel Anrufe bei Versicherten, mit denen die Einhaltung von Arztterminen überwacht wird.

In deutschsprachigen Ländern kennt man zwar die Rolle der „Nurse Practitioners“, bzw. der klinischen Pflegeexpertin, aber es gibt keine rechtliche Rahmenbedin-

Der VNSNY

Der Visiting Nurse Service of New York (VNSNY) ist der grösste Non-Profit-Spitex-Dienst der USA. Er ist als gemeinnützige Aktiengesellschaft organisiert. Gegründet wurde er 1893 von Lilian Wald, die als Pflegefachfrau im Immigrantenviertel Lower East Side in Manhattan arbeitete. Die Patientinnen und Patienten und ihre Bedürfnisse haben sich seither verändert. Aber das Ziel, der Bevölkerung die bestmögliche Versorgung zu bieten, ist gleich geblieben. Die Angebote sollen die Lebensqualität erhöhen sowie die Zahl und die Länge der Spitalaufenthalte reduzieren. Die wissenschaftlichen Fortschritte und die Änderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen bieten Chancen für neue Angebote. Der VNSNY beschäftigt rund 20.000 Personen, darunter rund 2600 Pflegefachpersonen, die durchschnittlich über 13 Jahre Berufserfahrung verfügen, sowie 616 Reha-Spezialisten, rund 11.000 zertifizierte Gesundheitsassistentinnen (home health aides), 680 Haushalthilfen, 580 Sozialarbeitende und 154 weitere Gesundheitsfachleute. Gemeinsam bieten sie eine umfassende häusliche und gemeindenahere Versorgung sowie Angebote und Versicherungsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen, unabhängig von Alter, Gesundheitszustand und Einkommen. Der VNSNY versorgt täglich 35.000 Patientinnen und Patienten in allen fünf New Yorker Stadtbezirken sowie in einigen Bezirken angrenzend an New York und weiteren Teilen des Bundesstaats New York. 2012 wurden gegen 148.000 Patientinnen und Patienten in und um New York betreut und über 2,4 Mio. Hausbesuche gemacht. Für die Versorgung von Unter- und Nicht-Versicherten wurden 26,5 Mio. Dollar ausgegeben, darunter 15,3 Mio. Dollar für die direkte häusliche Versorgung von 4800 Menschen in New York. Pflegefachleute und Mitarbeitende des VNSNY machen Hausbesuche in allen Settings, in Wohnungen, Häusern und Pflegeheimen.

Der VNSNY führt zahlreiche Unterstützungsangebote für Familien, Eltern, Kinder, pflegende Angehörige sowie für Palliativsituationen. Die integrierte Versorgung ermöglicht Koordination und Care Management für die schwächsten Bevölkerungsgruppen in einem geografisch grossen Gebiet. Hinzu kommen kostenlose Unterstützungs- und Edukationsangebote für ältere Menschen und pflegende Angehörige, zum Beispiel frei zugängliche Grippeuntersuchungen und Blutdruckmessungen oder Kurse zur Sturzprävention.

Vier Grundsätze bestimmen die Arbeit des VNSNY: 1. an einer optimalen Gesundheitsversorgung mitzuwirken, 2. mit innovativen Dienstleistungen führend zu sein, 3. qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Angebote zu machen sowie 4. die Tradition der Wohltätigkeit im Gesundheitswesen fortzuführen.

Kasten 2

gungen. Welche Rolle spielen sie bei „VNSNY Choice“?

NPs sind insbesondere am Übertritt zwischen Versorgungssettings in die Versorgungskoordination und während der 30-tägigen Phase nach ei-

nem Spitalaufenthalt bei Versicherten mit hohem Risiko beteiligt. In den 24 Stunden nach der Entlassung machen sie einen Hausbesuch, kontrollieren die Medikation und erstellen einen Plan für die Übergangspflege.



Sie übernehmen auch die Patienten- und Angehörigenbildung, insbesondere darin, wie man Anzeichen der Dekompensation oder einer Verschlechterung des Zustands erkennt. Sie unterstützen die Versicherten in der Nutzung des Gesundheitssystems, indem sie einen ersten Arztbesuch vereinbaren und Versicherte oft auch dabei begleiten, um einen reibungslosen Übertritt zu gewährleisten. Indem sie Verbindungen mit der Care Managerin, dem Hausarzt und dem Versorgungsteam herstellen, bieten sie Gewähr, dass die Versicherten die passende Versorgung und die Leistungserbringer die richtigen Informationen (zum Beispiel Röntgenbilder und Laborergebnisse) erhalten.

Welches sind die wichtigsten Erkenntnisse aus dem „VNSNY Choice“-Modell?

Die VNSNY Care Managerinnen nehmen nicht einzelne Erkrankungen oder Versorgungsepisoden in den Blick. Sie betrachten den gesamten Krankheitsverlauf und alle Spitalaufenthalte unter Berücksichtigung des Umfelds eines Versicherten, um in der Versorgung die bestmöglichen Ergebnisse zu erreichen. Der Schlüssel dazu ist die interprofessionelle

Zusammenarbeit, mit der Bedürfnisse und Probleme frühzeitig erkannt werden. Die Koordination der Leistungserbringer ermöglicht die optimale Versorgung jedes Patienten in jedem Setting.

In der jetzigen Vergütung von Einzelleistungen braucht es bei Übertritten von einem Setting ins nächste einen „Lückenfüller“, damit die grundlegenden und spezialisierten Leistungen für die Versicherten verfügbar und aufeinander abgestimmt sind. Weil viele verschiedene Leistungserbringer unabhängig voneinander arbeiten, kann es zu Versorgungslücken und Doppelspurigkeiten kommen. Die verschiedenen VNSNY Programme zugunsten der schwächsten Versicherten zeigen, wie schwierig die

Koordination im gegenwärtigen System ist. Dass der VNSNY erfolgreich in dieser Nische tätig ist, liegt am Selbstverständnis: Man ist sowohl Spitex-Dienst als auch Anbieter von Versicherungsmodellen.

Dieses Interview basiert auch auf folgender Quelle:

Marian Bihle Johnson and Douglas McCarthy (2013). *The Visiting Nurse Service of New York's Choice Health Plans: Continuous Care Management for Dually Eligible Medicare and Medicaid Beneficiaries. Case Study, Innovations in Care Transitions.* New York: The Commonwealth Fund.

VNSNY: www.vnsny.org

Prof. Dr. Iren Bischofberger

Kalaidos Fachhochschule Gesundheit. Im Jahr 2010/11 war sie im Rahmen des Harkness Fellowships, das von der Schweizer Careum Stiftung zusammen mit dem Commonwealth Fund in New York angeboten wurde, im Forschungs- und Evaluationszentrum des VNSNY tätig. Die Kalaidos Fachhochschule Gesundheit und der VNSNY haben eine Kooperation für Lehre und Forschung. Fragen oder Anregungen zum präsentierten Inhalt können gerichtet werden an: iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch, www.kalaidos-gesundheit.ch, www.careum.ch