



## **Kooperation in der heimärztlichen Versorgung**

### **- Eckpunkte zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimen -**



Die Optimierung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in Heimen wird derzeit intensiv in der Öffentlichkeit wie in Fachkreisen diskutiert. Dabei wird immer wieder eine generelle ärztliche Unterversorgung von Heimpatienten behauptet, die aber weder aus der Sicht der Ärzteschaft noch aus der der Beschäftigten bestätigt werden kann. Differenziert werden muss hier zwischen der haus- und der fachärztlichen Versorgung. Erste, kürzlich vorgelegte Studien legen nahe, dass die hausärztliche Versorgung im Heim als zufriedenstellend bis gut bezeichnet werden kann. Bei der fachärztlichen Versorgung jedoch werden je nach Fachgebiet durchschnittlich 2,5 Besuche pro Versichertenjahr erreicht und insbesondere im neurologisch psychiatrischen Versorgungsbereichen ein Nachholbedarf unterstellt. Hier gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass Heimbesuche durch Fachärzte in vielen Fällen ohne deren technische Ausrüstung der Praxis nicht sinnvoll sind.

Für tatsächliche Koordinierungs- und Versorgungsmängel in der ärztlichen Heimversorgung sind im Wesentlichen die demographische Entwicklung unserer Bevölkerung, die zunehmende Verlagerung von medizinischen Leistungen aus der stationären Krankenhausbehandlung in den stationären Pflegebereich und der sich abzeichnende Ärztemangel mit verantwortlich. Eine medizinische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau kann gewährleistet werden, wenn die Kooperation zwischen Pflegefachpersonal der Heime und heimversorgenden Ärzten effektiv und reibungsfrei durchgeführt wird.

Um die medizinische Versorgung in Pflegeheimen kurzfristig zu verbessern, sind – vorrangig vor einer breit angelegten Diskussion z.B. um die Einbeziehung in Projekte der integrierten Versorgung - zunächst nachhaltige organisatorische Möglichkeiten zu nutzen, die schon jetzt mit geringem Aufwand und in überschaubarer Zeit umgesetzt werden können. Handlungsleitend soll hierbei sein, dass die Bewohnerinnen und Bewohner so weit als möglich und jeweils gewünscht weiterhin von ihrem bekannten Hausarzt betreut werden. Dieser – und nicht die Pflegefachkräfte des Heimes – trägt die Verantwortung für die ärztliche Behandlung und auch für die bedarfsgerechte Einbeziehung von Fachärzten.

Ein zentraler Ansatzpunkt zur Verbesserung und Intensivierung der Zusammenarbeit sind verbindliche Absprachen zwischen den regelmäßig besuchenden Hausärzten und den Pflegefachkräften in Heimen. Hiervon profitieren beide Seiten zum Wohle des Patienten. Ziel muss es sein, die zur Verfügung stehenden Präsenzzeiten der Ärzte in den Heimen auf das notwendige Maß zu reduzieren: In der Regel ist es so, dass in einem Heim mehrere

Hausärzte ihre jeweiligen Patienten besuchen, dies aber unabhängig von dem Zeitpunkt und der Frequenz der Besuche der weiteren betreuenden Ärzte erfolgt. Insofern sollte der Versuch konkreter Vereinbarungen unternommen werden mit dem Ziel, sowohl Zeitpunkt als auch Frequenz der jeweiligen Besuche abzustimmen. Die Vorteile für die Patienten wären einerseits die regelmäßige und mit den Pflegefachkräften abgestimmte Visite des vertrauten Hausarztes, andererseits die Möglichkeit zur Rücksprache mit einem mit dem Haus und den Bewohnern vertrauten Hausarzt in besonderen Situationen. Aus Sicht der Hausärzte ergibt sich daraus die Möglichkeit, gleichzeitig weiterhin die eigenen Patienten zu sehen und durch die bessere Verteilung der Besuchszeiten aller Ärzte von zeitlich und organisatorisch aufwendigen Notfallbesuchen entlastet zu werden.

Eine solche Koordination der ärztlichen Betreuung im Pflegeheim lässt sich durchaus auch für die Wochenendversorgung nutzen. Wenn am Wochenende eine ärztliche Behandlung notwendig wird und diese von den Heimbewohnern nicht vertrauten Ärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes wahrgenommen werden muss, kann es zur Absicherung gegebenenfalls zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen kommen. Eine mit dem behandelnden Hausärztenetzwerk zu vereinbarende Kurzvisite am Wochenende unabhängig vom ärztlichen Bereitschaftsdienst könnte das vorhandene know how nutzen und ein Beitrag sein, Krankenhauseinweisungen auf die unvermeidbaren Fälle zu beschränken.

Zur Finanzierung einer solchen optimierten Heimversorgung muss diese entsprechend in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung berücksichtigt, oder es müssen zusätzliche Verträge nach § 140 a bzw. § 119 b SGB V abgeschlossen werden, wobei auch der Aufwand der Pflegeheime sowie deren personelle Ausstattung zu berücksichtigen wäre. In Modellprojekten könnten ggf. weitere Gesundheitsberufe, wie z.B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Apotheker mit einbezogen werden. Insbesondere ist es notwendig, dass im Vertretungsfalle eine Abrechnungsmöglichkeit der Leistung besteht.

Bundesärztekammer und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. vereinbaren, sich gemeinsam für die Umsetzung dieser Eckpunkte bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen einzusetzen.

Für eine verbesserte Koordination und Kooperation sind im Einzelnen folgende Voraussetzungen zu schaffen:

1. Vernetzung der die Heimpatienten versorgenden Hausärzte dahingehend, dass
  - a) eine Terminabsprache bzgl. der Durchführung von Visiten stattfindet,
  - b) eine wechselnde ärztliche Besuchstätigkeit von Montag bis Freitag stattfindet, sofern dies die Anzahl der das Heim versorgenden Hausärzte zulässt

- c) der jeweils seine Visite durchführende Arzt sich bereit erklärt, bei Bedarf die Patienten der anderen im Heim tätigen Ärzte mitzubehandeln und
  - d) ein gemeinsamer Bereitschaftsdienst, der eine telefonische Erreichbarkeit an 7 Tagen der Woche tagsüber vorsieht (z.B. wechselnde Telefon-Rufbereitschaft per Handy) etabliert wird
2. Regelmäßige Durchführung von gemeinsamen Besprechungen zwischen den im Heim tätigen Ärzten mit den Führungspflegekräften des Heimes.
  3. Einteilung und Durchführung des Besuchsdienstes und der Rufbereitschaft erfolgen im allseitigen Einvernehmen und werden der (jeweiligen) Pflegedienstleitung rechtzeitig im Voraus mitgeteilt.
  4. Installation einer Heimapotheke, welche bei Bedarf nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt durch die leitende Pflegeperson in Anspruch genommen werden kann. Die Heimapotheke steht unter der Aufsicht eines der das Heim betreuenden Ärzte und wird als gemeinsamer Praxisbedarf betrachtet.
  5. Die Heimleitung stellt sicher, dass bei zeitlich festgelegten Visiten immer eine kompetente Pflegefachkraft den Arzt/ die Ärztin begleitet.
  6. Die Notwendigkeit der fachärztlichen Mitbehandlung der Patienten wird mit dem zuständigen Hausarzt abgesprochen, wobei dieser bei Bedarf den in Frage kommenden Arzt kontaktiert.
  7. Soweit es der Gesundheitszustand des Patienten zulässt, sucht dieser den Spezialisten auf, da eine adäquate fachärztliche Untersuchung und Behandlung zumeist eine spezielle, häufig ortsgebundene apparative Ausstattung (bspw. Röntgengerät, augenärztliche Spaltlampe) voraussetzt. Erlaubt der Gesundheitszustand des Patienten einen Arztbesuch nicht, führt der Facharzt einen Heimbesuch durch.
  8. Für die Organisation eines Arztbesuches (Terminabsprache, Mitnahme der vom Hausarzt zusammengestellten Vorbefunde und Überweisungsunterlagen, informierte Begleitperson bei nicht ausreichend orientierten Bewohnern) ist das betreuende Heimpersonal verantwortlich.
  9. Hausärzte und Pflegeheim wirken zusammen bei der Organisation des Krankentransportes und der Klärung der notwendigen Transportkostenübernahme (Taxi/Krankenwagen) zur ambulanten Behandlung beim Haus- oder Facharzt.
  10. Für jeden Bewohner werden standardisierte Informationen bereit gehalten, die allen Behandlern zur Verfügung stehen.