

Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland

Organizational Concepts of Primary Medical Care in Nursing Homes in Germany and Its Neighbour Countries

Hendrik van den Bussche¹, Sandie-Christine Schräfel², Christoph Löschmann², Norbert Lübke³

Hintergrund: In Deutschland leben ca. 680.000 pflegebedürftige Menschen in Heimen. In diesem Aufsatz steht die Frage im Vordergrund, wie die ärztliche Versorgung in Heimen bzw. die Kooperation zwischen Heimen und Hausärzten in Deutschland verbessert werden kann.

Methoden: Die Untersuchung basiert auf Experteninterviews und Literaturrecherchen über die Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung in Pflegeheimen in Belgien, Frankreich und den Niederlanden, gepaart mit einer kritischen Analyse vorhandener Initiativen in Deutschland.

Ergebnisse: Auf der Basis dieser Quellen wurden Modelle für eine Optimierung der hausärztlichen Versorgung in Pflegeheimen abgeleitet und in Bezug auf deren Möglichkeiten und Grenzen bewertet.

Schlussfolgerung: Die Analyse zeigte eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Sie dürften und sollten die intra- und extraprofessionelle Diskussion in den kommenden Monaten und Jahren beflügeln.

Background: In Germany, some 680.000 people live in nursing homes. Primary care for people in nursing homes is delivered almost exclusively by family physicians. In recent years, a discussion on the quality of primary medical care for nursing home patients has developed.

Methods: The paper is based on expert interviews and document analyses on the organization of primary care in nursing homes in Belgium, France and The Netherlands, combined with a critical analysis of existing initiatives in Germany.

Results: Based on these sources, several models for optimizing primary care in German nursing homes are presented and evaluated with regard to their possibilities and limits.

Conclusion: The analysis shows several possibilities for optimizing nursing home medical care. It is expected that these models will influence the intraprofessional and the public discussions on this problem during the next years.

Keywords: family medicine, primary care, geriatrics

Schlüsselwörter: Ärztliche Versorgung, Hausärztliche Versorgung, Pflegeheime, Allgemeinmedizin, Geriatrie

Einführung

In einer vorausgegangenen Veröffentlichung [1] wurde die aktuelle ärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner in Deutschland auf Grundlage der hierzu vorliegenden Studien beschrieben und deren wesentliche Probleme dargestellt. Festgestellt wurde eine prinzipiell zufriede-

denstellende hausärztliche Versorgung, allerdings mit einigen regionalen Problemen und umschriebenen qualitativen Defiziten. Diese beziehen sich zum einen auf bestimmte fachliche Leistungen, zum anderen auf die Koordination der Versorgung zwischen den beteiligten Ärzten untereinander und mit dem Heimpersonal.

In diesem Beitrag wird untersucht, wie die ärztliche Versorgung in Heimen bzw. die Kooperation zwischen Heimen und Hausärzten in Deutschland verbessert werden kann. Hierzu wird ein Blick über den nationalen Tellerrand gewagt, um zu sehen, wie andere Länder diesen Versorgungsbereich gestalten. Die Auswahl der Länder erfolgte aufgrund der

1 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

2 eqs-Institut, Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung mbH, Hamburg

3 Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord

persönlichen Vertrautheit des Hauptautors mit der hausärztlichen Versorgung in diesen Ländern.

Niederlande: Der „Verpleeghuisarts“ als spezialisierte Hausarzt

In den Niederlanden gibt es zwei Arten von Hausärzten: Hausärzte („Huisarts“) und Heimhausärzte („Verpleeghuisarts“ – VPHA). Beide haben die gleiche Weiterbildungszeit und den gleichen Status. Diese Aufteilung bedeutet, dass der Hausarzt als „Huisarts“ in der Regel keine Heimpatienten versorgt und umgekehrt der VPHA nur im Heim tätig ist. Die Niederlande sind (vermutlich) das einzige Land der Welt, in dem diese gesonderte hausärztliche Spezialisierung für die Versorgung von Patienten in Pflegeheimen existiert. Diese Spezialisierung wurde nach zwanzigjähriger Diskussion im Jahre 1990 eingeführt. Bei einer durchschnittlichen Pflegeheimgröße von 200 Betten wird eine Relation von einem VPHA für 100 Pflegeheimbewohner angestrebt. Pflegeheime erfüllen allerdings insofern einen anderen Versorgungsauftrag als in Deutschland: Aufgrund von intensiven rehabilitativen Maßnahmen werden 36 % aller Bewohner dieser Einrichtungen wieder nach Hause entlassen [2].

In 2002 waren mehr als 1.000 VPHA beruflich tätig, 150 in der Weiterbildung. Dies bedeutet, dass in den Niederlanden mehr VPHA als Chirurgen oder Pädiater tätig sind. Bei 9.500 Hausärzten und 1.150 VPHA in den Niederlanden beträgt das Verhältnis von Huisartsen zu VPHA 8:1.

Tätigkeiten und Kompetenzprofil

Der VPHA übernimmt die hausärztliche Versorgung in Pflegeheimen, Tagespflegeheimen und zunehmend auch in Altenheimen. Darüber hinaus kann er als geriatrisch beratender Arzt in Krankenhäusern tätig sein. Sein amtliches Kompetenzprofil beschreibt folgende Eigenschaften [2]:

- Kompetenzen im Bereich der ganzheitlichen problemorientierten medizinischen Versorgung, insbesondere bezüglich Assessment, Diagnose, Prognose und Behandlung
- Spezifische Kenntnisse und Fertigkeiten bezüglich des klinischen Verlaufs

chronischer Krankheiten, geriatrischer/gerontopsychiatrischer Syndrome, komorbider Zustände und funktionaler Behinderungen

- Spezifische Kenntnisse und Fertigkeiten bezüglich der Langzeitbehandlung von geriatrischen/gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern, der geriatrischen Rehabilitation, Palliativversorgung und Spezialversorgung z. B. bei AIDS- und Komapatienten
- Soziale und kommunikative Kompetenzen im Umgang mit Patienten, Angehörigen und anderen Teammitgliedern
- Spezifische Kenntnisse des regionalen Versorgungsangebots für ältere Menschen

Weiterbildung

Die Facharztweiterbildung des VPHA dauert, wie für den Hausarzt, 3 Jahre, aufgeteilt in die 3 Abschnitte Somatik, Gerontopsychiatrie und ambulante Versorgung von jeweils 9 Monaten. In den jeweiligen Ausbildungsabschnitten werden 50 bis 80 Patienten als hauptverantwortlicher Behandler versorgt. Darüber hinaus finden gesonderte Praktika (z. B. im Krankenhaus) statt. Neben der klinischen Tätigkeit unter Supervision finden an 40 Tagen im Jahr in 12er Gruppen universitäre Studientage zu folgenden 5 Themenbereichen statt: Patientenversorgung, Methodologie der Versorgung, zielgerichtetes und systematisches Arbeiten, Kommunikation und Einstellung, Management und Innovation [3]. Die weiterbildenden Pflegeeinrichtungen müssen mindestens 150 Betten aufweisen. Sie erhalten für die Weiterbildung eine Vergütung der Krankenversicherung [4].

Professionelle Entwicklung

Mittlerweile gibt es in den Niederlanden bereits 3 Lehrstühle für VPHA-Medizin. Die Weiterbildung wird an den 7 medizinischen Fakultäten des Landes angeboten. Es existiert ein eigener Berufsverband (Nationale Vereniging van Verpleeghuisartsen – NVVA) mit eigener Zeitschrift (Verpleeghuisgeneeskunde). Die VPHA-Medizin zeichnet sich ferner durch eine Vielzahl von berufsexternen [5] und berufsinternen [6] Qualitätssicherungsmaßnahmen wie eigene Leitlinien, interne fachliche Tests und Zertifizierungsverfahren aus.

Belgien: Der koordinierende Hausarzt zwischen Heim und Kollegen

In Belgien liegt die hausärztliche Versorgung in Pflegeheimen wie in Deutschland in den Händen der niedergelassenen Hausärzte. Die sich daraus ergebenden Probleme waren ähnlich wie in Deutschland. Daher wurde im Jahr 2000 per Gesetz der „Koordinierende und Beratende Arzt“ (coördinerend en raadgevend arts – CRA) zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in Heimen eingeführt [7]. Ziel war es, die Probleme für die Heime durch die Vielzahl behandelnder Hausärzte pro Einrichtung, wie in Deutschland bis zu 40 an der Zahl, zu begrenzen.

Der CRA wird vom Träger des Heimes nach Konsultation der lokalen Hausärzteschaft in der Regel befristet bestellt. Der CRA ist zwar dem Träger gegenüber vertraglich gebunden, ihm aber nicht unterstellt. Zum Verständnis dieser Regelung sei darauf verwiesen, dass die Hausärzte in Belgien in der Regel regional zu einer Rechtsperson (i. d. R. ein e. V.) zusammengeschlossen sind. Dieser e. V. kann Verträge mit den Heimen abschließen, die für den einzelnen Hausarzt bindend sind. Die Bestellung des CRA im Einvernehmen mit dem e. V. der Hausärzte stellt sicher, dass der CRA auch das Vertrauen seiner Kollegen hat.

Der CRA soll die Aktivitäten der ihm „zugeordneten“ niedergelassenen Kollegen in einem Pflegeheim koordinieren und in die Abläufe des Heimes optimal einfügen. Er erfüllt somit eine Mediations- und Ombudsfunktion zwischen den Hausärzten, der regionalen Hausärztervereinigung, dem ärztlichen Notdienst und der Pflegeeinrichtung.

Aufgabenbeschreibung

Gemäß Regierungserlass sind die offiziellen Aufgaben des CRA:

- Organisation von regelmäßigen Besprechungen und Fortbildungsveranstaltungen für die im Heim behandelnden Ärzte
- Sicherstellung der Kontinuität der medizinischen Versorgung (Wochenend- und Notdienst)
- Sicherstellung der palliativen Versorgung, der Dekubitusprophylaxe und der Hygiene

- Sicherstellung der Führung einer einheitlichen Patientenakte durch die behandelnden Ärzte
- Gemeinschaftliche Erarbeitung einer Arzneimittelleitlinie für das Heim
- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen für behandelnde Ärzte und/oder Heimpersonal.

Für die Koordinationsleistungen des CRA zahlt die Einrichtung ein Honorar von 0,47 Euro pro Tag und Bewohner [8].

Die konkrete Aufgabenwahrnehmung ist faktisch von den fachlichen Vorstellungen der Geschäftsführung des Heimes, des CRA sowie der lokalen Hausärztereinigung abhängig. Pressemeldungen zufolge scheint dieses Dreiecksverhältnis allerdings nicht überall problemlos zu funktionieren.

Weiterbildung und professionelle Entwicklung

Seit 2000 ist eine spezielle Fortbildung für den CRA obligatorisch. Sie umfasst die Themen Prävention von Infektionen, palliative Versorgung, Arzneimittelbehandlung, elektronische Patientenakte und Versorgungsleitlinien.

Frankreich: Der angestellte „Médecin Coordonateur“

Das französische Modell ist mit dem belgischen vergleichbar. In Frankreich muss jede Einrichtung für abhängige ältere Menschen (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD) seit 1999 über einen Médecin Coordonateur (MC) verfügen [10]. Dieser wirkt unter der Verantwortung des Direktors der Einrichtung, kann aber nicht selbst Direktor der Einrichtung sein. Die Koordinationsfunktion kann für mehrere Häuser übernommen werden. Die Aufgabenbeschreibung [11, 12] ist mit der belgischen vergleichbar (vgl. oben).

Auch bei diesen Tätigkeiten handelt es sich um einen Mix von koordinierenden, qualitätssichernden und vermittelnden Aufgaben (inkl. Ombudsfunktionen). Auch hier dürfte die Tätigkeit Fingerspitzengefühl gegenüber den Niedergelassenen bzw. den Angehörigen der Heimbewohner erfordern.

Status und Honorierung

Im Gegensatz zum belgischen Modell ist der MC in Frankreich in der Regel ein angestellter Arzt mit geriatrischer Qualifikation, der, außer in Notfällen, keine eigenen Patienten in der Einrichtung versorgt. In vielen Fällen ist es der Geriater des benachbarten Krankenhauses, der die Funktion des MC nebenberuflich ausübt. In Ausnahmefällen ist ein Hausarzt zugleich in Nebentätigkeit MC, der dann auch eigene Patienten in der Einrichtung versorgt.

Bei 100 Bewohnern wird von einer Halbtags­tätigkeit des MC ausgegangen. Die Honorierung für die Tätigkeit in öffentlichen Einrichtungen orientiert sich an den Gehältern des „praticien associé“ oder des „praticien hospitalier“, also der Fachärzte im Krankenhaus.

Weiterbildung und professionelle Entwicklung

Erforderlich sind geriatrische und gerontologische Kenntnisse, die – zumindest in der Startphase – auf unterschiedlichen Wegen (Facharztweiterbildung oder Diplomstudiengang einer Universität [13]) erworben werden können. Das Diplom muss berufs­begleitend innerhalb von drei Jahren nach Anstellung erreicht werden und umfasst 100 Stunden theoretischen Unterricht sowie 20 halbe Praktikumstage. Am Ende stehen ein schriftliches Examen und eine Diplomarbeit.

Offiziellen Angaben zufolge werden 2.500 ärztliche Vollzeitkräfte für die 7.000 Einrichtungen des Landes benötigt [13]. In 2007 waren ca. 6.500 Ärzte als MC tätig, was auf einen hohen Grad an nebenberuflicher Tätigkeit hinweist. Seit 2006 existiert als Berufsverband das „Syndicat des Coordonateurs et Généralistes intervenant en EHPAD“ (SNGIE).

Denkmodelle für Deutschland

Bei allen Unterschieden zwischen diesen drei ausländischen Modellen sind dennoch Gemeinsamkeiten festzustellen: Die Versorgung von Heimbewohnern wird nicht einfach der hausärztlichen Routineversorgung überlassen. Gemeinsam ist ein Bemühen, die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen durch

ein spezielles Versorgungsstatut besser zu qualifizieren und zu koordinieren. Ziele sind eine bessere Abstimmung aller Beteiligten, einschließlich der Pflege, die abgestimmte Einführung bestimmter Leitlinien und eine verbesserte Qualifikation der Versorger. Umgesetzt auf die deutschen Verhältnisse entspräche dies prinzipiell drei Modellen.

Modell 1: Der angestellte Heimarzt

Hier verfügt das Heim über einen eigenen angestellten Heimarzt nach § 119b SGB V. Der Stellenanteil hängt von der Zahl der Bewohner ab. Dieser Heimarzt ist für die gesamte hausärztliche Versorgung aller Patienten zuständig, die keinen eigenen niedergelassenen Hausarzt haben und diesen für sich einbestellen. Dies beinhaltet auch die Notfallversorgung und die Rufbereitschaft für diese Patienten. Er kann ferner bei der Fortbildung des Personals tätig werden. Die genauen Aufgaben wären im Arbeitsvertrag festzulegen.

Grundsätzlich vorstellbar wäre auch die alleinige Zuständigkeit dieses Heimarztes über eine Vertragsvereinbarung des Heimbewohners als Voraussetzung für den Einzug in das Heim. Der Heimarzt, der gemäß § 119b SGB V de jure Vertragsarzt ist, wäre in diesem Fall der vom Bewohner gewählte Hausarzt.

Modell 2: Vertraglich verbundene Hausärzte

Das Heim schließt mit einer kleinen Zahl von Hausärzten einen Kooperationsvertrag. In diesem Vertrag wird festgelegt, welche Leistungen diese Hausärzte für welche Patienten erbringen sollen (z. B. Visiten, Bereitschaftsdienst, Sprechstunden im Heim, Palliativversorgung o. a.). Der Vertrag regelt Pflichten, Zeitumfang und Honorar. Die Rechte der anderen Hausärzte und der Patienten, die diese vertraglich verbundenen Hausärzte nicht in Anspruch nehmen möchten, bleiben unberührt.

Modell 3: Der koordinierende Hausarzt

Ein lokaler Hausarzt wird vertraglich mit der Einrichtung verbunden, um die Kooperation zwischen Heim und Hausärzten der Umgebung zu verbessern. Dieser koordinierende Hausarzt bespricht mit der Leitung und den Pflegekräften Möglichkeiten der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung, versucht ge-

meinsame organisatorische Standards mit den anderen Hausärzten zu vereinbaren, organisiert einen Bereitschaftsdienst und ist verantwortlich für Fortbildungsaktivitäten. Eine hinreichend große Akzeptanz im Kollegenkreis wäre Voraussetzung für dieses Modell. Die Zuständigkeit für die Behandlung der einzelnen Bewohner ändert sich dabei nicht. Pflichten, Zeitumfang und Honorar der Koordinationstätigkeit werden vertraglich geregelt.

Modellversuche in Deutschland

Die Probleme der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen haben auch in Deutschland bereits zu Modellversuchen zur Verbesserung der Versorgung von Heimbewohnern geführt.

„Die Pflege mit dem Plus“

In diesem Berliner Projekt sind Pflegeeinrichtungen zusammengeschlossen, die aufgrund der Pflegereform im Jahre 1996 von Krankenhäusern für chronisch Kranke nach SGB V in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI umgewandelt wurden. Insgesamt nehmen 25 Berliner Pflegeeinrichtungen mit angestellten Ärzten und 12 Pflegeeinrichtungen mit kooperierenden niedergelassenen Ärzten an diesem Projekt teil. Die Leitung des Projekts obliegt einem Lenkungsausschuss, der sich aus AOK Berlin, IKK Brandenburg und Berlin, Siemens BKK, BAHN-BKK, Berliner Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Privaten Krankenanstalten Berlin-Brandenburg zusammensetzt. Angestrebt wird u. a. eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen den Professionen (Pflegekräften, Ärzten, nicht medizinischen Therapeuten). Das multiprofessionelle Zusammenarbeitskonzept umfasst

- die regelmäßige Anwesenheit von Ärzten und Therapeuten in den Pflegeeinrichtungen,
- vertragliche Regelungen zur multiprofessionellen Teamarbeit,
- 24-Stunden-Rufbereitschaften und
- wöchentliche Visiten der Ärzte.

Nach Angaben der KV Berlin hat das Modell die Krankenhauseinweisungen mehr als halbiert und in 2005 zu Netto-

einsparungen von ca. 2,7 Mio. Euro geführt [18].

„Pflegetetze“

Mit dem Ziel, unnötige Klinikaufenthalte zu verhindern, wurden von der AOK in **Bayern** Pflegetetze unter der Bezeichnung „Pflegeheim PLUS“ eingerichtet. Zum 1.2.2009 arbeiteten nach Angaben der AOK Bayern acht solcher Netze, weitere 10 sind in Planung. Die bestehenden Netze binden 167 niedergelassene Ärzte und 73 Pflegeeinrichtungen mit 1.667 eingeschriebenen Bewohnern ein [14]. Angestrebt sind 20 Hausärzte, 10 Pflegeeinrichtungen und bis zu drei Krankenhäuser pro Netz [15]. Nach Angaben der AOK sollen Hausärzte im Rahmen einer Integrierten Versorgung (IV) „die notwendigen Leistungen koordinieren, eine Rufbereitschaft sicherstellen und damit fast rund um die Uhr feste Ansprechpartner für die Patienten in vollstationären Pflegeeinrichtungen sein“. Dadurch könnte es gelingen, „die Vorsorge zu verbessern und den Pflegebedürftigen etwa Doppeluntersuchungen zu ersparen“ [16]. Die beteiligten Krankenhäuser sollen ein verbessertes Entlassungsmanagement gewährleisten (u. a. Mitgabe der Entlassungsunterlagen bei Entlassung, Mitgabe von Medikamenten für 2 Tage). Die Effekte werden zurzeit evaluiert.

Ähnliche Initiativen werden in **Witten, Frankfurt, Offenbach, Eisenhüttenstadt und Mecklenburg-Vorpommern** erprobt. Über deren Konditionen erfährt man mehr aus einer Rahmenvereinbarung zwischen der KV und der AOK in Mecklenburg-Vorpommern zu einem IV-Vertrag nach § 140 SGB V [17]. Hiernach sollen pro Heim für die Versicherten der AOK zwei Hausärzte („Hausärzte-Team“) vertraglich eingebunden werden. Diese sollen „wöchentlich mindestens eine feste Sprechzeit vor Ort“ durchführen und eine Rufbereitschaft in und außerhalb der Sprechzeiten täglich von 7.00 Uhr bis 21.00 Uhr mit „ständiger telefonischer Erreichbarkeit“ vorhalten. Ferner ist – ohne weitere Präzisierung – von „Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team“, „gezielter und wirtschaftlicher Arzneimitteltherapie“, „Optimierung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ und „Einbindung komplementärer

Facharztgruppen“ die Rede. Pro Quartal erhält jeder Arzt des „Teams“ pro Versicherten eine Koordinationspauschale von 12,50 Euro.

Diskussion

Die Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohner bringt eine Reihe typischer Herausforderungen mit sich. Diese Patientengruppe weist in der Regel multiple geriatrische Morbiditäts- und Risikokonstellationen auf. Oft bestehen sehr individuelle medizinische (und sonstige) Versorgungsbedarfe, die auch ethische und die individuelle Belastbarkeit berücksichtigende Versorgungsentscheidungen erfordern. Pflegeheimbewohner haben vielfach nur begrenzte Chancen, ihre Interessen und Bedürfnisse selbst wahrzunehmen. Entsprechend hoch ist die Abhängigkeit der Bewohner nicht nur von Pflegeleistungen, sondern auch von präventiver Risikoeinschätzung und kontinuierlicher, qualifizierter ärztlicher Kontrolle ihres gesundheitlichen Status. Ferner sind Pflegeheimbewohner in ihrer Versorgung in hohem Maße auf „Komm“-Strukturen angewiesen, da alternativ oft nur der Transport ins Krankenhaus bleibt.

Die in diesem Aufsatz knapp dargestellten Modelle aus Nachbarländern geben konzeptionell unterschiedliche Antworten auf diese Herausforderungen. Gemeinsam ist ihnen aber die Festlegung spezieller hausärztlicher Aufgabenbeschreibungen und Qualifikationsanforderungen, entweder in Form eines spezialisierten Hausarztes mit eigenem Berufsbild (Niederlande) oder durch die Zuweisung von koordinierenden und qualitätssichernden Aufgaben an einzelne, hierfür speziell fortgebildete und motivierte Ärzte (Belgien und Frankreich). Grundsätzlich verfolgen auch die skizzierten deutschen Ansätze (Berliner Modell, bayerische Pflegetetze etc.) einen solchen Ansatz [19].

Aus den Ergebnissen der Bilanz der derzeitigen ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern [1], den hier vorgestellten in- und ausländischen Versorgungskonzepten und der obigen Beschreibung der besonderen Situation von Pflegeheimbewohnern lassen sich 3 zentrale Anforderungen an die Versorgung von Heimbewohnern ableiten.

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche ...

... geboren 1945. Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin im Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Vorstandsmitglied des Kompetenznetzes Degenerative Demenzen des BMBF. Sprecher des BMBF-Forschungsverbundes „Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung“. Arbeitsgebiete: Demenz, Multimorbidität, Strukturen und Berufe des Gesundheitswesens

1. Qualifikation: Gemeint ist die Sicherung der fachlichen Qualität der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung der typischen geriatrischen Problematiken dieser Patienten z. B. mittels geriatrischer Fortbildung für die Hausärzte, die Patienten in Heimen versorgen.
2. Kommunikation und Dokumentation: Dies betrifft die Verbesserung der Kommunikation und Kooperation sowohl zwischen den behandelnden Ärzten als auch zwischen den Ärzten und dem Heimpersonal z. B. mittels einheitlicher Verfahren der gegenseitigen Information, Dokumentationsstandards, gemeinsamen Visiten, Medikationsleitlinien etc.
3. Behandlungskontinuität: Hier geht es um die Gewährleistung einer größtmöglichen hausärztlichen Versorgungskontinuität, d. h. eine Versorgung „aus einer Hand“. Hierzu gehören z. B. regelmäßige Visiten im Heim und die Erreichbarkeit eines hausärztlichen Bereitschaftsdienstes auch außerhalb der Sprechstundenzeiten.

An der Gewährleistung dieser zentralen Anforderungen werden sich alle Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland messen lassen müssen.

Bei Überlegungen zum Transfer ausländischer Versorgungskonzepte auf das deutsche Gesundheitssystem sind zwei Aspekte von besonderer Bedeutung: der Sicherstellungs- und Qualitätssicherungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die ambulante und damit auch die Heimversorgung und das Prinzip der freien Arztwahl.

Ansätzen zu einer strukturellen Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohner wird oftmals eine Verletzung des Rechts auf freie Arztwahl entgegen gehalten. Dies erstaunt. Zum einen zeigen die vorliegenden empirischen Untersuchungen [1], dass nur ein geringer Prozentsatz der Pflegeheimbe-

wohner in der Lage ist, das Recht auf freie Arztwahl tatsächlich auszuüben. In der Regel muss das Heim das wohlverstandene Interesse des Bewohners wahrnehmen. Wenngleich die Fortführung einer langjährigen Hausarztbeziehung fraglos ein wichtiges Gut ist, scheitert deren Realisierung auch oft daran, dass für die Wahl des Pflegeheimes andere Kriterien als die Erreichbarkeit des bisherigen Hausarztes maßgeblich sind. Zum anderen ist die Wahl des Arztes auch bei anderen ambulanten Versorgungsleistungen, z. B. bei vielen apparativen Leistungen, aber auch bei der psychosomatischen Grundversorgung auf die Wahl aus dem Kreis derjenigen Leistungserbringer beschränkt, die entsprechende Qualitätsanforderungen der KV nachweisen. Es ist schwer nachzuvollziehen, warum dies in der Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohner nicht ebenfalls denkbar sein soll.

Akzeptiert man diese Argumentation, so ist zunächst die KV in der Verantwortung, eine Versorgungsqualität sicherzustellen, die den besonderen Bedarf dieser Versichertengruppe angemessen ist. So sieht es auch der Gesetzgeber im neuen § 119b SGB V, der erst bei Nichterfüllung dieses Versorgungsauftrags den Heimen die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ihrer Bewohner z. B. durch Anstellung eines eigenen Heimarztes erlaubt bzw. nahelegt. Analog zur Erbringung anderer ambulanter Leistungen könnte die KV bestimmte fachliche Qualifikationsanforderungen und einheitliche Dokumentationsstandards für diejenigen Vertragsärzte festlegen, die an diesem Teil der ambulanten Versorgung teilnehmen wollen. Die Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen würde dann auch eine entsprechend höhere Vergütung dieser Versorgungsleistungen rechtfertigen.

Von hausärztlicher Seite ist es daher sinnvoll, stärker als bisher Standards für die Versorgung von Heimbewohnern zu entwickeln. Vor dem Hintergrund der

im vorangegangenen Beitrag [1] festgestellten medizinischen Versorgungsdefizite und in Anbetracht der Diskussion um deren Verortung in mangelnder fachärztlicher Präsenz in Pflegeheimen oder eher unzureichenden spezifisch geriatrischen Qualifikationen der hausärztlichen Versorgung sollten die Schwerpunkte auf der Ebene der Strukturqualität hierbei primär in einem Ausbau zusätzlicher geriatrischer Kompetenzen der Hausärzte liegen (Umgang mit gerontopsychiatrischen Auffälligkeiten, kognitiven Beeinträchtigungen, Inkontinenz, Sturzrisiken, Schwindel, Ernährungsproblemen, Multimedikation etc.). Dies fordert § 119b SGB V zumindest in Form einer Soll-Bestimmung auch für angestellte Heimärzte. Impulse zur geriatrischen Fortbildung der Hausärzte könnten auch durch Qualitätszirkel und andere Fortbildungsmaßnahmen im Zusammenhang mit hausarztzentrierten (§ 73b SGB V) und vergleichbaren Versorgungsverträgen (der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c oder der Integrierten Versorgung nach § 140a) gesetzt werden. Angesichts der demografischen Entwicklung würden solche Qualifikationen auch der ambulanten Patientenversorgung außerhalb von Pflegeeinrichtungen zugute kommen.

Die KV würde bei diesem Ansatz selbst eine Koordinations- und Qualitätsprüfungsfunktion übernehmen, die dem Aufgabenbereich eines Koordinators aus dem oben beschriebenen Modell 3 entspräche. Soweit Versorgungsverträge nicht mit der KV, sondern mit anderen Organisationen abgeschlossen werden, übernehmen diese die hier für die KV beschriebene Qualitätssicherungsfunktion. Auf diese Weise würden bereits wichtige derzeitige Versorgungsprobleme pflegebedürftiger Heimbewohner aufgegriffen, ohne das Prinzip der freien Arztwahl unter Berücksichtigung von Qualitätskriterien einzuschränken.

Noch offen bliebe möglicherweise das Problem der Sicherstellung einer qualifizierten Rund-um-die-Uhr-Versorgung. Soweit die üblichen vertragsärztlichen Systeme (z. B. KV-Notdienste) sich als für Heimbewohner nicht ausreichend erweisen würden, kämen je nach regionaler Situation gemäß § 119b SGB V ergänzende Versorgungskonzepte wie in Modell 1 (angestellter Heimarzt) oder

2 (vertraglich verbundene Hausärzte) in Betracht. Wenn vorhanden, könnten auch geriatrische Krankenhausabteilungen einbezogen werden.

Zusammenfassend betrachtet stehen nach SGB V eine Vielzahl vertragsrechtlicher Möglichkeiten zur Umsetzung innovativer Konzepte zur Optimierung der Versorgung von Pflegeheimbewohnern zur Verfügung [20]. Im Prinzip sind damit auch regional unterschiedliche Angebotsstrukturen denkbar. Als grundsätzlich problematisch sind allerdings regionale Versorgungsstrukturen anzusehen, die sich je nach Kasse voneinander unterscheiden. So gelten Verträge der Integrierten Versorgung (wie

bspw. bei den AOK-Pflegenetzen) nur für die Mitglieder der jeweiligen Kasse, und zwar auch nur für solche, die sich einschreiben. Für die anderen Bewohner bleibt es bei einer Versorgung „as usual“. Hier besteht die Gefahr von unübersichtlichen Parallelstrukturen für die Pflegeheime und ihre Bewohner und unterschiedlichen Leistungs- und Dokumentationsanforderungen für die Hausärzte, was neue Versorgungsprobleme aufwerfen dürfte.

Interessenkonflikte: Sandie-Christine Schröfel und Christoph Löschmann sind Mitarbeiter des eqs-Instituts. Das eqs-Institut ist eine 100%ige Tochter der

Marseille-Kliniken AG. Hendrik van den Bussche erhielt vom eqs-Institut ein Honorar für seine Mitwirkung bei der schriftlichen Befragung der Pflegedienstleitungen in den Pflegeheimen. Weitere Autoren: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
E-Mail: bussche@uke.uni-hamburg.de

Literatur

1. van den Bussche H, Lübke N, Schröfel SD, Dietsche S. Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2009; 85 (6): 240–246
2. Hoek JF, Ribbe MW, Hertogh CM, van der Vleuten CP. The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. *Int J Geriatr Psychiatr* 2003; 18: 244–249
3. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst – College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisartsgeneeskunde (Hrsg.). Eisen voor de Opleiding tot Verpleeghuisarts. Besluit CHVG n0.3 – 2000. Ohne Ort
4. Spijkers KFJ, Francke AL, Schols JMGA. Indicatoren voor medische zorg in verpleeg-huissettings. NIVEL, Utrecht 2007
5. <http://www.vvio.nl> und www.gerion.nl (15.2.2009)
6. <http://www.nvva.artsennet.nl/search/verpleeghuisarts> (13.3.2009)
7. Belgisch Staatsblad, 28.10.2004: Koninklijk Besluit 2004-4246 vom 21.9.2004
8. Ministerieel besluit van 28 mei 2001 tot wijziging van het ministerieel besluit van 19 mei 1992 tot vaststelling van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen.
9. De Lepeleire J, Leirman W. Poor effect of family practice physician training at the organizational level in long-term care facilities in Flanders. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2006; 7 (7): 470
10. Décret no 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 312-12 du code de l'action sociale et des familles (JORF no 123 du 28 mai 2005, p. 9363)
11. Décret no 2005-560 (Anm. 10); Rigaud A-S. Docteur Dominique Bouchard. Vv. Ms. Université René Descartes – Paris V. Paris 2007
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins – Modèle de contrat de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Session de 1er et 2ème février 2001. MAJ d'octobre 2005
13. <http://www.ehpapad.org/Formation> (15.4.2009)
14. Persönliche Mitteilung Dr. G. Dahlhoff, AOK Bayern (3.2.2009)
15. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/by/ivp> (1.2.2009)
16. http://www.aok-bv.de/presse/preseservice/psgthema/index_12869.html (29.12.2008)
17. Rahmenvereinbarung zwischen der KVMV und der AOK MV für eine optimierte ambulante medizinische Versorgung von Versicherten der AOK MV in vollstationären Pflegeeinrichtungen in MV (einschl. Protokollnotiz) vom 14.02.2008 – gültig ab 01.11.200. http://www.kvmv.info/aerzte/15/30/Pflegeheim_Plus/index.html (29.12.2008)
18. http://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2007/10/30_titelthema/kvbk.html (15.2.2009)
19. Hibbeler B. Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. *Dtsch Arztebl* 2007; 104 (48): A-3297
20. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg). *Ärztliche Versorgung im Pflegeheim*. Reihe Diakonie Texte. Stuttgart 2007