

## Prognose aus Trägersicht

# Der Heimarzt bleibt bis auf weiteres Vision

Von der Möglichkeit, einen Heimarzt anzustellen, machen Einrichtungen aus finanziellen und haftungsrechtlichen Gründen bisher kaum Gebrauch. Sie suchen Wege, die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten zu verbessern.

Von Dr. Stefan Arend

**D**er Münchner Zahnarzt Dr. Cornelius Haffner machte seinem Ärger Luft: „Es ist eine Sauerrei, was da passiert“, polterte der Mediziner beim Münchner Pflegestammtisch Ende März 2009, als er um eine Stellungnahme zur fachärztlichen Versorgung in vollstationären Einrichtungen gebeten wurde. Was in Pflegeheimen in Sachen Zahnmedizin alles nicht geschehe, könne er nur – gelinde gesagt – mit völligem Unverständnis quittieren, sagte Haffner.

## Die Option zur Anstellung eigener Ärzte wird kaum genutzt

Nicht nur die zahnärztliche Versorgung von Bewohnern von Senioreneinrichtungen, auch die allgemeine Betreuung durch Fachärzte und Allgemeinmediziner ist derzeit – wieder einmal – Gegenstand einer öffentlichen Diskussion und hat die Auseinandersetzung in Fachzirkeln schon lange verlassen. Bereits die Veröffentlichung der SÄVIP-Untersuchung (Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen), der ersten umfassenden Untersuchung dieser Art in Deutschland, hatte 2005 die Defizite offenbart und gleichzeitig die Desiderate bei der medizinischen Betreuung von Bewohnern formuliert.

### Versorgungsdefizite sind längst bekannt, passiert ist bisher wenig

Strukturelle Verbesserungen sind aber bis heute nicht greifbar, was mit Blick auf den GEK-Pflege-report 2008 (Gmünder Ersatzkasse), die Untersuchung zu Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) oder das Grundlagenpapier der Diakonie zur ärztlichen Versorgung im Pflegeheim vom Juni 2007 deutlich wird.

Wie kann man die Situation verbessern? Welches ist der richtige Weg? Ist die bisherige Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte

noch zeitgemäß, und entspricht sie den heutigen Qualitätsanforderungen? Sollen die Heime selbst Ärzte einstellen, um eine medizinische Versorgung sicherzustellen? Oder führt eine bessere, intensivere Kooperation zwischen niedergelassenem Arzt und Heim zum Erfolg?

Waren die Handlungsmöglichkeiten der Heime in Sachen ärztliche Versorgung der Bewohner eher bescheiden, so ermöglicht der neue § 119b SGB V stationären Einrichtungen, selbst zu gestalten. Heime können demnach einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Kommen solche Kooperationsverträge nicht zustande und ist die ärztliche Versorgung im Heim nicht gesichert, kann die Einrichtung eigene Ärzte, so genannte Heimärzte, einstellen. Dabei gilt aber weiterhin das Recht auf freie Arztwahl der Bewohner. Zudem ist der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt [...] bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden.

Der Gesetzgeber hat diese Möglichkeiten geschaffen, um nach eigenen Worten die gelegentlich als unzureichend beschriebene ambulante ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zu verbessern, Schnittstellenprobleme abzubauen und gleichzeitig der gesetzlichen Krankenversicherung unnötige Transport- und Krankenhauskosten zu ersparen.

Diese Gestaltungsmöglichkeiten werden in der Branche intensiv diskutiert. Jüngst hat das Sozialreferat der Stadt München die Heime im Stadtgebiet mit Blick auf die ärztliche Versorgung befragt. Von den 30 Einrichtungen, die sich an der Befragung beteiligten, antworteten 24, dass die Versorgung gut bis sehr gut sei. 17 Heime brachten jedoch auch zum Ausdruck, dass sie festangestellte Ärzte in den Heimen als allerbeste Versorgungsform ansähen.

Tatsächlich werden die Möglichkeiten des § 119b SGB V zur Anstellung eigener Ärzte aber



Zurzeit dominieren scheinbar die wirtschaftlichen Gesichtspunkte in der Ärzteschaft, denn die Klagen darüber, dass Ärzte Hausbesuche ablehnen, mehrten sich.

Foto: Krückeberg

praktisch noch nicht genutzt. In einem Schreiben des Geschäftsführers der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Dr. Gerhard Timm, an das Bundesgesundheitsministerium vom 30. April 2009 werden dafür vor allem ungeklärte finanzielle und haftungsrechtliche Fragen genannt. Zudem sei die Anstellung eines Heimarztes nur als letzter in einer Reihe von Schritten zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Heimbewohner zu sehen.

Die Klagen über die ärztliche Versorgung im Heim und das Ringen um eine Verbesserung der Zustände vor Ort kommen nicht von ungefähr. Zum einen ist das Zusammenwirken von Ärzten, Pflege und Begleitung eine der (schon immer aus vielfältigen Gründen) am schwierigsten zu gestaltenden Schnittstellen. Noch immer betrachten viele Ärzte Pflege als Assistenzdisziplin der Medizin.

Diese Einstellung kollidiert verständlicherweise in den Einrichtungen mit dem heute völlig normalen Selbstverständnis von Pflege als selbständiger Profession, die auf gleicher Augenhöhe mit Medizin agiert. Zudem versteht sich moderne Pflege zunächst vor allem als Assistenz der zu Pflegenden, und moderne Einrichtungen verabschieden sich konsequent von medizin- und krankenhausorientierten Konzepten. Dieses Spannungsfeld hat sich aufgrund neuer Probleme bei der Vergütung ärztlicher Leistungen aktuell noch einmal verschärft. Der Arzt als selbständiger Unternehmer ringt mit dem Mediziner, der sich der Heilung und Linderung von Krankheiten verpflichtet sieht. Zurzeit dominieren offensichtlich die wirtschaftlichen Gesichtspunkte, denn die Klagen darüber, dass Ärzte ihre Leistungen zum Teil drastisch einschränken, Hausbesuche nur noch sporadisch abstaten oder sogar ablehnen, mehrten sich. Ganz zu schweigen von vielen Fachärzten, die mit dem Hinweis, nicht zu Hausbesuchen verpflichtet zu sein, Visiten in Heimen so gut wie gar nicht anbieten.

Der Sozialverband VdK Bayern kritisierte diese unzureichende ärztliche Versorgung von Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Die VdK-Landesvorsitzende Ulrike Mascher wurde mit den Worten zitiert: „Wir haben keinerlei Verständnis für Ärzte, die aus finanziellen Gründen Besuche bei Patienten in Pflege- und Altenheimen verweigern. Honorarstreitigkeiten dürfen nicht auf dem Rücken der Schwächsten ausgetragen werden.“ Gleichzeitig plädierte Mascher für eine Heimarztlösung. Auch nach Meinung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gehört „ein Allgemeinmediziner mit geriatrischer Ausbildung [...] in jede Einrichtung.“

## 24-Stunden-Betreuung bieten auch niedergelassene Ärzte

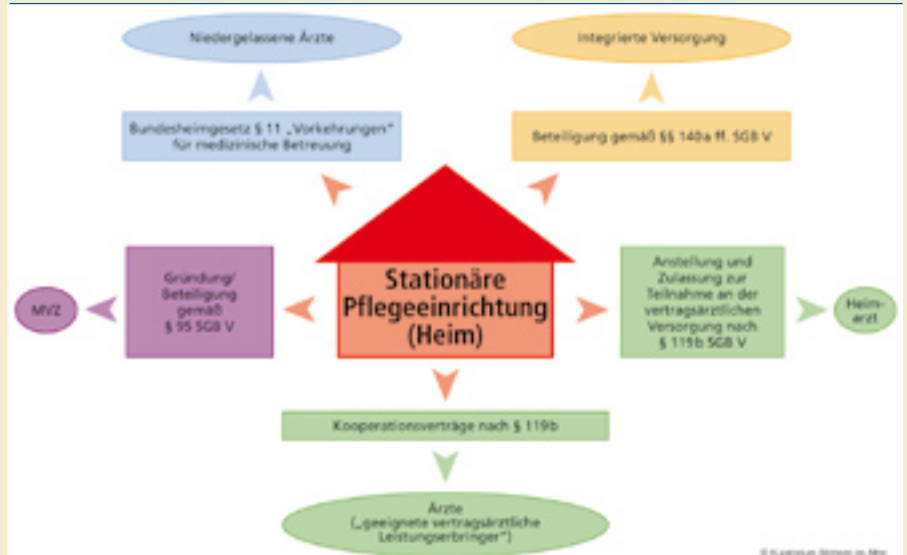
Bei einer AOK-Diskussionsveranstaltung in Berlin im Frühjahr bekräftigte die Ministerin noch einmal ihre bereits im Vorfeld der Pflegereform vertretene Position, die dann aber nicht mehrheitsfähig war. „Ich hätte gern eine ganz klare Regelung gehabt, dass Heime berechtigt sind, Ärzte anzustellen“, sagte Ministerin Schmidt. Bereits 2007 hatte der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Kuno Wimm, die Pläne der Ministerin zum Heimarzt als eine „reine Phantomdiskussion“ bezeichnet. Angesichts des bereits jetzt dramatischen Ärztemangels sei nicht zu erwarten, dass es Pflegeheimen gelingen werde, Ärzte für eine Beschäftigung an ihren Häusern zu gewinnen. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung lehnte in Ihrer Stellungnahme vom 10. Januar 2008 zur Pflegeversicherungsreform den Heimarzt ab. „Dafür besteht keine Notwendigkeit“, heißt es im entsprechenden Papier.

Die andere Seite: Nach einer aktuellen Studie der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Berlin klagt jeder dritte Arzt bei der Zusammenarbeit mit Pflegeheimen über unzureichende Kommunikation, d. h. zu wenig oder zu viele unqualifizier-



Integrierte Versorgung, Kooperationsverträge nach § 119b SGB V, Anstellung eines Heimarztes: Heime haben einige Möglichkeiten, mit Ärzten zusammenzuarbeiten.

Grafik: Kuratorium Wohnen im Alter



→ te Ab- und Rücksprachen. Ein Viertel der Ärzte bemängelt, dass die Visiten nicht ausreichend vorbereitet seien und keine Pflegefachkraft zur Verfügung stehe. Doch das Gesamturteil der Ärzte über Heime fällt bei aller Kritik nicht nur negativ aus. Die Grundpflege in den Heimen bewerten 55 Prozent der Fachärzte und fast 70 Prozent der Hausärzte als gut oder sehr gut. Noch besser wird die Behandlungspflege beurteilt. Knapp 400 Ärzte, die regelmäßig Heimpatienten versorgen, haben sich an der Befragung der KV beteiligt. Dabei treten nicht nur die Probleme zwischen Arzt und Heim zutage, auch die Schwierigkeiten in der Kooperation der Ärzte untereinander werden of-

Vereinigung (KV) Berlin bereits vor über zehn Jahren gemeinsam mit verschiedenen Krankenkassen und Kliniken ins Leben gerufen hat. 38 Pflegeheime kooperieren dabei mit niedergelassenen oder angestellten Ärzten. Ziele sind eine ganzheitliche Rund-um-die-Uhr-Betreuung und eine intensiviertere pflegerische und medizinische Betreuung der Heimbewohner.

Die niedergelassenen Ärzte sind rund um die Uhr erreichbar, halten mindestens einmal pro Woche eine Regelvisite ab und nehmen an Fallbesprechungen mit dem Pflegepersonal teil. Dafür erhalten sie eine zusätzliche Vergütung. In Bayern werden derzeit in einem AOK-Pflegenetz Erfahrungen gesammelt, zudem gibt es das Heimarzt-Modell der AWO München, dessen Finanzierung bis zum Sommer 2009 gesichert ist.

Das Kuratorium Wohnen im Alter (KWA) baut weitgehend auf eine intensive Kooperation zwischen den Einrichtungen und der niedergelassenen Ärzteschaft. Die Bewohner werden von Hausärzten im Heim aufgesucht. Damit erfüllen die KWA-Einrichtungen die Anforderungen aus § 11 Abs. 3 Bundesheimgesetz, die sich in ähnlicher Form in den neuen landesrechtlichen Bestimmungen wiederfinden. Danach müssen Heime die ärztliche und gesundheitliche Betreuung der Bewohner sicherstellen. Die Art und Weise der Erfüllung bleibt den Einrichtungen überlassen. In einigen Bundesländern fordern die Heimaufsichtsbehörden eine schriftliche Erklärung niedergelassener Ärzte, die Bewohner auch in Notfällen zu versorgen und für Kollegen einzuspringen, wenn diese verhindert sind. Neben dieser Basis- bzw. Regelversorgung erprobt das KWA aber auch neue Formen.

Am Standort Konstanz beispielsweise erprobt das KWA derzeit intensiviertere Sprechstunden von Haus- und Fachärzten. Die Ärzte statuen ihre Hausbesuche in gewohnter Form ab. Sie können jetzt aber auch Räume des Wohnstifts nutzen, um Untersuchungen und Beratungen vor Ort abzu-

## Studie: Jeder dritte Arzt klagt über schlechte Zusammenarbeit

fensichtlich. So bewerten knapp 40 Prozent der Fachärzte, aber nur ein Viertel der Hausärzte, die Zusammenarbeit mit Medizinern anderer Fachrichtungen als gut oder sehr gut.

### Mediziner bemängeln Kooperation mit Heimen und Fachkollegen

Der Wunsch nach einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Heime wird nicht nur von den Heimen vorgetragen, sondern auch von Ärztevertretern. Doch baut man hier vor allem auf eine fachliche Kooperation. So machte Berlins Kassenarztchefin Dr. Angelika Pohn in einer Presseerklärung Mitte Februar 2009 deutlich: „Wir brauchen eine engere Kooperation zwischen Heimpersonal und niedergelassenen Ärzten.“ Als Beispiele nannte sie eine 24-Stunden-Rufbereitschaft für Ärzte und regelmäßige Visiten. Grundlage dafür wäre allerdings die Bereitschaft der Krankenkassen, aufwändige Heimbefuche besser und „extrabudgetär“ zu zahlen.

Vorbild für eine solche Kooperation könne das „Berliner Projekt“ sein, das die Kassenärztliche

- Strukturelle Verbesserungen sind derzeit nicht greifbar.
- § 119b SGB V: Heime können einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen und ggf. einen Arzt anstellen.
- Das Recht auf freie Arztwahl bleibt unangetastet, und der im Heim tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisung von Nichtärzten gebunden.
- Aus finanziellen Gründen halten einige Ärzte ihre Visiten im Heim nur noch sporadisch ab oder streichen sie ganz.
- Ärzte bemängeln an Pflegeheimen fehlende Kommunikation und schlecht vorbereitete Visiten, beurteilen Grund- und Behandlungspflege z. T. aber sehr positiv.
- Die ärztliche Versorgung kritisieren der VdK Bayern und Ministerin Ulla Schmidt. Der Hartmannbund verweist auf den Ärztemangel, und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht für Heimarzte keine Notwendigkeit.
- Die Berliner Kassenärzte fordern eine engere Kooperation zwischen Heimpersonal und niedergelassenen Ärzten.
- Im „Berliner Projekt“ der KV Berlin arbeiten 38 Pflegeheime mit niedergelassenen oder angestellten Ärzten zusammen; in Bayern gibt es ein AOK-Pflegenetz und das Heimarzt-Modell der AWO München.
- Das KWA erprobt in Konstanz intensivierete Sprechstunden von Haus- und Fachärzten, die für ihre Termine Räume des Wohnstifts nutzen können. Im KWA-Kurstift Bad Dürkheim entsteht ein Medizinisches Versorgungszentrum.
- Die enge Verzahnung zwischen Pflege und Medizin erfordert die Einführung gemeinsamer Qualitätsstandards – die auch die Vergütung ärztlicher Leistungen im Heim neu regeln könnte.

halten, zu denen der Bewohner ansonsten in die Praxis hätte kommen müssen. Bisher nutzen diese enge Kooperation bereits acht Mediziner: ein Allgemeinmediziner, ein Internist, eine Augenärztin, ein Allergologe, ein Orthopäde, ein HNO-Arzt und zwei Zahnärzte.

Der nächste Schritt könnte ein Erlaubnisverfahren zur Einrichtung oder Gründung von Zweig-Praxen sein oder weitergehende Kooperationsverträge, die vielleicht auch in Regelungen zur Integrierten Versorgung nach den §§ 145a ff. SGB V münden könnten. Derzeit werden Daten zur Wirksamkeit dieser Zusammenarbeit erhoben, um Argumente für einen weiteren Ausbau zu sammeln.

Im KWA-Kurstift Bad Dürkheim geht man einen anderen Weg. Hier entsteht in den Räumen des Wohnstifts ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit den Schwerpunkten Orthopädie und Allgemeinmedizin. Das KWA tritt dabei als Vermieter auf, der sich bewusst auf die Suche nach einem Mieter begeben hat, der das Leistungsspektrum der Einrichtung erweitern kann. Nachdem man bereits über einen längeren Zeitraum gute Erfahrungen mit einer Augenarztpraxis gesammelt hat, entschied man sich für eine umfassende Zusammenarbeit mit einem schon per Gesetzesdefinition multiprofessionellen MVZ unter dem gemeinsamen Dach. Neben der damit einhergehenden intensiven Zusammenarbeit in medizinischen Fragen wurden auch künftige Schnittstellen zwischen Medizin und Pflege definiert.

### Neue Standards für Kooperation zwischen Heim und Arzt sind überfällig

Die enge Verzahnung zwischen Pflege und Medizin, die sich auch zum Beispiel bei der Begutachtung des MDK in Sachen Pflegequalität manifestiert, wird es nötig machen, dass vollstationäre Einrichtungen künftig klar definieren, welche Leistungen sie von der Ärzteschaft erwarten.

Unterschiedliche Qualitätsstandards in der ganzheitlichen Pflege, Betreuung und Begleitung von älteren Menschen können und dürfen nicht mehr State of the Art sein.

Von daher gilt es, gemeinsame Verpflichtungen und Qualifikationen zu entwerfen, die für beide Seiten bindend sind, um so die Ergebnisqualität in stationären Einrichtungen signifikant zu steigern, beispielsweise durch geringere Krankenhauseinweisungen. Diese Qualitätsverbesserungen und die damit verbundenen Kosteneinsparungen eröffnen dann auch die Möglichkeiten für eine neue Vergütungsregelung ärztlicher Leistungen im Heim. Denn diese ist überfällig.

> [www.kwa.de](http://www.kwa.de), GEK-Pflegereport 2008 unter [www.gek.de](http://www.gek.de); die vollständige Literaturliste des Beitrags finden Sie unter [www.altenheim.vinc-entz.net](http://www.altenheim.vinc-entz.net) in: Aktuelle Ausgabe, Zusatzinfos



Dr. Stefan Arend, Vorstand Wohnen im Alter, Unterhaching.

### Altenheim TV Online

#### Der Arzt im Heim

Auf [www.altenheim.vinc-entz.net](http://www.altenheim.vinc-entz.net) sehen Sie ein Interview zum Thema mit Rechtsanwalt Ronald Richter, Hamburg.

**tetronik**  
Kommunikationstechnik

Mehr Sicherheit  
durch Schutz von  
desorientierten  
Bewohnern



[www.FN6000.de](http://www.FN6000.de)