

**(Fach-)ärztliche Versorgung in
vollstationären Pflegeeinrichtungen in München**

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 00310

1 Anlage

Beschluss des Sozialausschusses vom 05.06.2014 (SB)
Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin

Mit Beschluss des Sozialausschusses vom 30.04.2009 (Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 01936) wurde das Sozialreferat beauftragt, gemeinsam mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) ein Fachgespräch durchzuführen, in dem die Ergebnisse der Umfrage zur ärztlichen Versorgung in Münchner Pflegeheimen vorgestellt und das weitere Vorgehen geklärt werden sollte. Weiter sollte das Sozialreferat gemeinsam mit dem Referat für Umwelt und Gesundheit (RGU) dem Stadtrat erneut über die Situation der ärztliche Versorgung in den Münchner Alten- und Pflegeheimen berichten.

Aufgrund der Novellierung des Pflegeversicherungsgesetzes (Pflege-Neuausrichtungsgesetz) sowie der weiter andauernden Diskussion über die Umsetzung der Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben (§ 63 Abs. 3c Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V) vom 20.10.2011 erfolgt der Bericht erst zum jetzigen Zeitpunkt.

Es werden nun im Folgenden zunächst die Ergebnisse des Fachgesprächs vorgestellt. Um dem Stadtrat ein aktuelles Bild über die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflege in München zu geben, werden dann die derzeit praktizierten Modelle der ärztlichen Versorgung in den Münchner Pflegeheimen kurz beschrieben sowie die Stellungnahmen der AOK Direktion München, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der Geschäftsführungen der in München tätigen Heimbetreiberinnen und Heimbetreiber zu diesem Thema dargestellt.

Zuletzt wird auf die geplanten Änderungen des Pflegeversicherungsgesetzes bezüglich der Qualität der ärztlichen Versorgung in den Pflegeheimen sowie auf die daraus folgenden Konsequenzen eingegangen.

1. Durchführung des gemeinsamen Fachgesprächs

Unter dem Thema „Ärztliche und fachärztliche Versorgung in Münchner Alten- und Pflegeheimen - Fachgespräch“ fand am 14.04.2010 im RGU das Fachgespräch in Kooperation von RGU, Sozialreferat und Gesundheitsbeirat mit rund 80 Teilnehmenden statt. Es richtete sich an Heimträger in München, Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen, Heimbeirätinnen und Heimbeiräte, Heimfürsprecherinnen und Heimfürsprecher, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Stadtratsmitglieder, Mitglieder des Seniorenbeirats und des Behindertenbeirats, FQA/Heimaufsicht sowie Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege. Unter der Moderation von Frau Prof. Dr. Constanze Giese (Katholische Stiftungsfachhochschule München) wurden u.a. folgende Fragen diskutiert:

- Welche Formen der Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen bewähren sich? Wie können sich Heimträger und Einrichtungsleitungen für eine verbesserte ärztliche Versorgung einsetzen?
- Welche Möglichkeiten ergeben sich für Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns?
- Welche Forderungen sind aufzustellen?

Die Expertenrunde bestand aus Herrn Robert Schurer (AOK Gesundheitskasse, Direktion München), Herrn Dr. med. Peter Scholze (Kassenärztliche Vereinigung Bayern), Herrn Dr. med. Wolfgang Hell (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern, MDK), Herrn Klaus Bode (Seniorenbeirat der Landeshauptstadt München) sowie für die Heimbetreiber Herrn Gerd Peter (MÜNCHENSTIFT GmbH), Herrn Jürgen Salzhuber (Arbeiterwohlfahrt München) und Herrn Dr. Stefan Arend (Kuratorium Wohnen im Alter).

Fazit des Fachgesprächs war:

- Jede Form von funktionierender Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Ärztinnen/Ärzten führt zu einer Verbesserung der Versorgungssituation der Bewohnerinnen und Bewohner.
Dazu zählen u.a. abgesprochene Präsenz, vereinbarte Hausbesuche (Visiten), Bereitschaftsdienste bzw. Erreichbarkeit auch in Abendstunden und an Wochenenden.
- Entsprechende Strukturen in den Heimen sind Voraussetzung für die gute ärztliche Versorgung.
- Die Regelung in § 119b SGB V sieht zunächst für die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner die Verantwortung der Heimträger vor.
- Es gibt hierbei keinen „Königsweg“ im Sinne von Modellen und Konzepten, wichtig ist die Sensibilisierung der Verantwortlichen und deren entsprechendes Handeln.

In der 60. Münchner Pflegekonferenz am 22.04.2010 konnte zusammen gefasst werden, dass sich über das Fachgespräch alle Beteiligten in ihren Standpunkten angenähert haben.

2. Weiterentwicklungen in Gesetzgebung, Politik und Praxis

Zwischenzeitlich gibt es auch einige Weiterentwicklungen in der Politik und Gesetzgebung, die hier kurz dargestellt werden.

2.1 Gesetzliche Krankenversicherung -Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)

Laut Bundesministerium für Gesundheit ist Ziel des GKV-VStG u.a. die Reform des vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Vergütungssystems im Hinblick auf eine zukunftssichere Versorgung.

Ärztliche Versorgung

§ 119b SGB V regelt in überarbeiteter Form die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen stringenter als bisher. Demnach können Pflegeeinrichtungen einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung entsprechende Verträge zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärztinnen/Ärzten zu ermächtigen (Genehmigung des Zulassungsausschusses).

Die Erteilung der Genehmigung setzt die Eintragung der Ärztinnen/der Ärzte, die geriatrisch fortgebildet sein sollen, in das Arztregister voraus; auf den Grad der Versorgung im Planungsbereich kommt es hierbei nicht an. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt.

Durch die Neufassung des § 119b Abs. 2 SGB V aufgrund des Pflegeneuausrichtungsgesetzes haben der GKV-Spitzenverband¹ und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Aufgabe erhalten, Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in einer Vereinbarung zu definieren. Diese Vereinbarung ist nun konsentiert, eine Veröffentlichung ist im Internet erfolgt².

¹ Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland

² www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php

Zahnmedizinische Versorgung

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde die Aufnahme einer neuen Leistung für die aufsuchende Betreuung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen beschlossen, in § 87 SGB V wurde ein neuer Absatz 2 i eingefügt. Danach ist im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen“ eine zusätzliche Leistung für das Aufsuchen von Versicherten in Pflegeeinrichtungen vorzusehen, die einer Pflegestufe nach Sozialgesetzbuch Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung, SGB XI, zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch Sozialhilfe, SGB XII, erhalten und die Zahnarztpraxis nicht aufsuchen können. Neue Vergütungsanreize sollen die Bereitschaft für niedergelassene Zahnärztinnen/Zahnärzte, in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationen zahnärztliche Leistungen zu erbringen, verbessern.

Wenngleich die Gesetzesreform die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen verbessert hat, so fehlt hierbei ein zahnärztliches Präventionsmanagement mit zusätzlichen vorsorgeorientierten Leistungen, wie es in Bayern die AOK vorbildlich bis zum 31.03.2014 finanziert hat.

Das Modell der Patenzahnärztinnen/Patenzahnärzte wird in den bayerischen Regierungsbezirken regional umgesetzt (Bayerische Landeszahnärztekammer). In München erfolgte seit dem Herbst 2005 im Rahmen eines Modellvorhabens eine wiederkehrende zahnmedizinische Betreuung älterer Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Ein zahnärztliches Präventionsteam von „Teamwerk“ besuchte einmal im Quartal die AOK-Versicherten und reinigte die Zähne oder/und den Zahnersatz. Besonders hervorzuheben ist das Engagement, mit dem sich bislang leider ausschließlich die AOK Bayern dieses Themas intensiv annahm.

Modellvorhaben sind gemäß der Bestimmungen des § 63 Abs. 5 SGB V längstens auf acht Jahre zu befristen. Das Modellvorhaben mit zwischen der AOK Bayern und "Teamwerk" zur zahnmedizinischen Betreuung älterer Menschen in Münchner Pflegeeinrichtungen ist - mit Zustimmung des Ministeriums nach zweimaliger Verlängerung - zum 31.03.2014 ausgelaufen. Dies betrifft alle teilnehmenden Münchner Pflegeheime.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) und dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) hat der Gesetzgeber - nicht zuletzt auf Grund der im Modellvorhaben gemachten Erfahrungen - reagiert und die Möglichkeit eröffnet, die zahnärztliche Versorgung im Pflegebereich auf eine neue Basis zu stellen. So hat der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen die Aufnahme eines Zuschlags nach § 87 Abs. 2j SGB V für die kooperative und koordinierte zahnärztliche pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Einrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags sowie die Aufnahme und die Anpassung weiterer Leistungen in den bzw. im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA) beschlossen. Die Umsetzung der gesetzlichen

Vorgaben durch das PNG in den §§ 87 Abs. 2j und 119b Abs. 2 SGB V erfolgte zum 01.04.2014.

Einen zusätzlichen, über die gesetzliche Norm hinausgehenden Gestaltungsbedarf sieht die AOK Bayern derzeit daher laut Information vom 28.04.2014 nicht.

Themenspezifische Schulungen gibt es wiederkehrend für beruflich Pflegende und die Angehörigen, sie werden dabei direkt in die Pflegemaßnahmen mit einbezogen. Diese besondere Betreuung ist kostenlos. Mit 15 Unterrichtsterminen gibt es Schulungsangebote in den Berufsfachschulen für Altenpflege sowie den Berufsfachschulen für Krankenpflege über drei Jahre.

Wird darüber hinaus ein zahnärztlicher Behandlungsbedarf festgestellt erfolgt zeitnah eine schriftliche Information an die bzw. den die Pflegeeinrichtung betreuende Patenzahnärztin/betreuenden Patenzahnarzt, sodass - wenn möglich ebenfalls vor Ort - die Zähne repariert werden können. In Kooperation mit dem Städtischen Klinikum Harlaching kann auch eine Zahnsanierung in Narkose angeboten werden.

Somit werden über 7000 pflegebedürftige Menschen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen Münchens erreicht.

2.2 Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG)

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 144 SGB XI sind die vollstationären Pflegeeinrichtungen seit dem 01.01.2014 verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Sie sollen insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze sowie den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken hinweisen. Zudem sind den Landesverbänden der Pflegekassen wesentliche Änderungen hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung innerhalb von vier Wochen zu melden. Die Pflegekassen haben dann sicherzustellen, dass die Informationen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet (im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen in den Transparenzberichten) veröffentlicht und in anderer geeigneter Form zur Verfügung gestellt werden. Die Regelungen zielen darauf ab, die pflegebedürftige Person bzw. den Angehörigen - im Sinne des Verbraucherschutzes - Informationen über wesentliche Aspekte zur ärztlichen Versorgung zu geben.

2.3 Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf beruflich Pflegende

Mit Inkrafttreten des Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG) von 2008 wurden mit dem Ziel der „Weiterentwicklung der Versorgung“ zwei Regelungen zu erweiterten Tätigkeiten für Altenpflegerinnen/Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger zur Erprobung in Modellversuchen in das SGB V (§ 63 Abs. 3b, c) aufgenommen.

Vorgesehen ist u.a., dass die ärztlichen Tätigkeiten, die in der Richtlinie vorgegeben sind, auf Pflegefachkräfte zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Durchführung übertragen und modellhaft erprobt werden können. Die Ausübung beinhaltet die Übernahme fachlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Verantwortung. Grundsätzlich verbleibt die Diagnose- und Indikationsstellung als Aufgabe bei den Ärztinnen und Ärzten.

Welche Aufgaben konkret von beruflich Pflegenden mit welcher Qualifikation übernommen werden können, wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss als oberstem Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland in einem Katalog vorgegeben.

Angehörige der oben genannten Berufe sollen die Verordnung der Verbandsmittel und Pflegehilfsmittel sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich der Dauer vornehmen können. Die Aufgaben stehen unter einem Qualifikationsvorbehalt, zudem darf es sich hierbei nicht um heilkundliche Tätigkeiten handeln.

Der gesetzliche Rahmen für die hierzu notwendige, weitergehende Qualifikation ist 2008 durch eine Ergänzung der bestehenden Berufegesetze der Alten- und Krankenpflege geschaffen worden. Formal kann die Zusatzqualifikation auf Hochschul- und Fachschulebene angeboten werden. Die Ausgestaltung der Regelung nach § 63 Abs.3c SGB V war dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen worden, der eine entsprechende Richtlinie nach mehrjähriger Diskussion und Einholung von Stellungnahmen am 20.10.2011 beschlossen hat.³

Das Referat für Gesundheit und Umwelt wurde beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem Sozialreferat und der Akademie des Städtischen Klinikums München GmbH einen Modellversuch zur Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten auf Pflegende zu entwickeln und die Finanzierungsfragen zu klären⁴. Zwar ist im SGB V eine Modellklausel dazu eingerichtet worden, doch es fehlte bislang an der Unterstützung auf verschiedenen Ebenen. Letztlich ist die Finanzierungsfrage über die Krankenkassen noch nicht geklärt. Das RGU konnte in einer aktuellen Recherche

³ Siehe BAnz. Nr. 46 (S. 1128) vom 21.03.2012

⁴ „Neue Entwicklungen in der Pflege“ Bekanntgabe in der Sitzung des Sozialausschusses vom 10.01.2013 Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 10761

noch keine veröffentlichten Modellprojekte nach § 63 c SGB V bzw. Absichtserklärungen für die Einrichtung eines Modellversuchs in Deutschland finden.

2.4 Versorgungskonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur „ärztlichen Teambetreuung in Pflegeeinrichtungen“

Im April 2012 hat die KBV ein Konzept erarbeitet, bei dem ein Team von Haus- und Fachärztinnen/Haus- und Fachärzten (z.B. für Urologie, Gynäkologie, Neurologie oder Nervenheilkunde) in Zusammenarbeit mit den beruflich Pflegenden eine „zukunftsichere und qualitativ hochwertige Versorgung in Pflegeeinrichtungen sicherstellen soll“.⁵

Die KBV greift mit der Vorstellung dieses Versorgungskonzeptes bereits einen im Pflege-Neuausrichtungsgesetz verankerten Auftrag auf, wonach sie gemeinsam mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung eine Vereinbarung zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeeinrichtungen schließen. Dies wird im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene erfolgen. Durch eine fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen/Ärzten und beruflich Pflegenden soll die Versorgung optimiert werden und durch eine engere Abstimmung soll es auch direkte Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner mit einer erweiterten Visitenrufbereitschaft geben. Ziel ist eine verbesserte Kommunikation unter den behandelnden Ärztinnen/Ärzten u.a. hinsichtlich der Medikamentierung sowie die Reduktion auf unvermeidbare Krankenhausaufenthalte.

2.5 Arbeitsgruppe mit Bayerischen Ministerien

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration hat mit dem Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, dem jetzigen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, eine Unterarbeitsgruppe eingerichtet, in der KVB, die ARGE der Bayerischen Krankenkassenverbände, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK), Herr Prof. Dr. Schneider (Lehrstuhl Allgemeinmedizin in der Technische Universität München) und Vertragsärztinnen/Vertragsärzte die Optimierung der ärztlichen Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern untersuchen. Dabei stehen die genannten Modelle Pflegenetze und Praxisverbünde im Fokus.

Alle bisherigen Erfahrungen sprechen dafür, dass die medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen immer dann verbessert werden kann, wenn

- die Pflegeeinrichtung mit den an der Behandlung der Patientinnen und Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten strukturiert zusammenarbeitet,
- regelmäßige Visiten zur Behandlung pflegebedürftiger Patientinnen/Patienten stattfinden,

5 http://www.kbv.de/html/298_399.php

- die Ruf- und Dienstbereitschaft für erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner auch in den sprechstundenfreien Zeiten gewährleistet ist,
- ein regelmäßiger Informationsaustausch im Sinne von gemeinsamen Fallbesprechungen - und nicht nur in "Krisensituationen" - zu den medizinischen, therapeutischen Fragen und zur Arzneimitteltherapie erfolgt.

Der Forschungsauftrag wird fortgeführt.

3. Versorgungsmodelle in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Über unterschiedliche Modelle gelingt bereits eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung in der vollstationären Pflege in Bayern bzw. in München.

AOK Pflegenetze⁶

Die Grundkonzepte der AOK Pflegenetze umfassen den „...Zusammenschluss von Leistungserbringern unterschiedlicher Bereiche zur koordinierten und ganzheitlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in einem Netzwerk, Verbesserung der Versorgungsqualität in allen beteiligten Bereichen, Optimierung des notwendigen Ressourceneinsatzes, insbesondere Reduktion von Krankenhauseinweisungen durch präventive Maßnahmen...“. Acht AOK Pflegenetze gibt es in 73 Pflegeeinrichtungen in sieben bayerischen Städten – außer München - mit ca. 160 Ärztinnen/Ärzten, ca. 1.800 Bewohnerinnen/Bewohnern und zehn Krankenhäusern.

Geriatrische Praxisverbünde (Kassenärztliche Vereinigung Bayern)

Seit 2006 fördert die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) Geriatrische Praxisverbünde (GPV). Alle großen Krankenkassen in Bayern unterstützen hierbei (AOK Bayern, die BKKen, LKK, Barmer GEK, die Knappschaft und andere). Der Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner kann somit von einem GPV betreut werden. Ziel dieser Verbünde ist unter anderem, durch die Kooperation der Haus- und Fachärztinnen/Haus- und Fachärzte eine Versorgung auch außerhalb der Sprechzeiten sicherzustellen. In Bayern gibt es 40 GPV mit ca. 400 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und über 3.000 Patientinnen/Patienten.

Modell „Festangestellter Arzt im Heim“

Über die Situation des fest angestellten Arztes im Heim in München (Arbeiterwohlfahrt München, Haus der AWO, Gravelottestraße) wurde zuletzt in der Beschlussvorlage vom 19.04.2007 (Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 09536) berichtet. Diese Versorgungsform stellt in Bayern nach wie vor eine Sondersituation dar, die u.a. die AOK ermöglicht hat. Der Arzt ist derzeit aufgrund einer Institutsermächtigung, die in der Regel alle zwei Jahre durch die KVB verlängert wird, bis 31.12.2014 tätig. Finanziert wird er laut Arbeiterwohlfahrt München zum Großteil über einen Kooperationsvertrag

zur Integrierten Patientenversorgung nach den §§ 140a ff SGB V, der mit der AOK Bayern mit unbefristeter Laufzeit abgeschlossen wurde. Nach Auskunft der Arbeiterwohlfahrt München kann dieses erfolgreiche Modell dankenswerter Weise mit Unterstützung der AOK weiter fortgeführt werden.

Die Arbeiterwohlfahrt München gemeinnützige Betriebs-GmbH (AWO) weist in ihrer Antwort vom 05.09.2013 auf die eigene Auswertungsstatistik hin: „Nach der Auswertungsstatistik der AWO, die sich auf die Jahre 2003 bis 2011 bezieht, liegt die Einweisungsquote ins Krankenhaus im Haus der AWO um 30 Prozent niedriger als in den 7 Vergleichsheimen der AWO. Weitere Indikatoren für den Qualitätsvorteil eines festgestellten Heimarztes sind die Anforderungen von Not- und Bereitschaftsärzten, die den akut kranken Bewohner nicht kennen und in der Regel eine Klinikeinweisung veranlassen. Durch die vorbeugend wirkende Präsenz des Heimarztes belegt die Statistik auch hier geringere Anforderungen von „Fremdärzten“ mit der Chance, medizinisch nicht notwendige und für den Bewohner belastende Einweisungen zu vermeiden: Im Haus der AWO werden Klinikeinweisungen durch Bereitschaftsärzte mit einem Anteil von 8% (22% bei den Vergleichsheimen) und Klinikeinweisungen durch Notärzte mit einem Anteil von 9% (17% bei den Vergleichsheimen) vorgenommen. Das bedeutet, dass im Haus der AWO die Klinikeinweisungen in 4 von 5 Fällen durch Heim- oder Hausarzt veranlasst werden. Aus diesen Vorzügen für das Wohlbefinden des Bewohners ergibt sich auch ein beträchtlicher wirtschaftlicher Nutzen für die Krankenkassen mit Einsparungen bei der kostenträchtigen klinischen Behandlung geriatrischer Patienten.“

Modelle der Heimträger

Einige Heimträger wie beispielsweise die MÜNCHENSTIFT GmbH haben eigene Modelle zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung der von ihnen geführten vollstationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt. Ziel ist auch hier eine verbesserte Qualität der ärztlichen Versorgung. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Ausgestaltung werden diese hier nicht im Einzelnen ausgeführt.

4. Stellungnahmen von AOK München und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns (KVB)

Das RGU befragte die AOK München sowie die KVB zur Umsetzung der Projekte und zu grundsätzlichen Anmerkungen.

AOK Bayern, Direktion München

In seinem Schreiben antwortete der Direktor, Herr Robert Schurer, dem RGU, dass es in München-Stadt 14 Pflegeheim-Verbünde gibt. Wegen „...der Konkurrenz zu anderen Modellen (...) der fehlenden Unterstützung der dafür notwendigen Partner in München...“ wurde seitens der AOK nach anfänglichen und intensiven Bemühungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) der Vorrang mit den Geriatrischen

Praxisverbünden eingeräumt.

Die AOK sieht seit dem Jahr 2005 die zahnmedizinische Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern von mittlerweile 60 Münchner Alten- und Pflegeheimen vor, bei dem mobile Praxisteams die Patientinnen und Patienten bis zu drei Mal jährlich besuchen. Kleinere zahnerhaltende Maßnahmen werden durch „Patenzahnärztinnen/ Patenzahnärzte“ durchgeführt.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)

Zur Umsetzung der Geriatrischen Praxisverbünde (GPV) wird im Antwortschreiben der KVB berichtet, dass sich die teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte zur Teilnahme an anerkannten geriatrischen Fortbildungen bzw. Fortbildungen der Bayerischen Landesärztekammer zur besseren Behandlung von geriatrischen Patientinnen/Patienten verpflichten und dies gegenüber der KVB nachweisen. Derzeit existieren Vereinbarungen mit der AOK Bayern, der Barmer GEK, dem Bayerischen Landesverband der Betriebskrankenkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse und der Knappschaft über die hausärztliche ambulante Versorgung der Patientinnen/Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen. Die am GPV teilnehmenden Hausärztinnen/ Hausärzte erhalten eine Vergütung entsprechend der EBM-Bestimmungen⁷ sowie einmalig pro Quartal eine Pauschale in Höhe von 25,00 € für die Behandlung und Betreuung eigener Patientinnen/Patienten, wobei diese nur von einer Verbundärztin/einem Verbundarzt abgerechnet werden kann. Eine Fachärztin/ein Facharzt erhält 17,50 €.

Eine ähnliche Vereinbarung gibt es für die medizinische Behandlung in Abstimmung mit der hausärztlichen Versorgung durch Fachärztinnen/Fachärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, die derzeit durch die Barmer GEK, Siemens Betriebskrankenkassen und Knappschaft unterstützt wird.

Im April 2014 gibt es insgesamt 41 Geriatrische Praxisverbünde, davon sind 12 in München. Insgesamt nehmen weiterhin ca. 400 Ärztinnen und Ärzte teil und versorgen ca. 3000 Bewohnerinnen und Bewohner.

Das Versorgungskonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde zeitlich nach dem Konzept der Geriatrischen Praxisverbünde entwickelt - in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, aufbauend auf den bereits bestehenden regionalen Erfahrungen. Somit lehnt sich dieses Konzept inhaltlich auch an das Konzept des GPV der KVB an. Unverändert beträgt die Pauschale für eine Hausärztin/einen Hausarzt 25,00 €, eine Fachärztin/ein Facharzt erhält 17,50 €.

Zur Zufriedenheit der Ärztinnen/Ärzte in den GPV wird grundsätzlich festgestellt: „... - die Visiten werden effizienter, die Arbeitszeiten werden vorhersehbarer, die Zahl der unvorhergesehenen Rufe sinkt, gegenseitige Vertretung führt zur Entlastung aller

Beteiligten, der Arzt steht seltener vor der Abwägung, sich zwischen der Versorgung eines akuten Bedarfsfalls in einer Pflegeeinrichtung und der Behandlung der Patienten in seiner Praxis entscheiden zu müssen...“.

Ärztinnen/Ärzte und beruflich Pflegende berichten übereinstimmend, dass die Zahl der Krankenhauseinweisungen bei Patientinnen/Patienten im GPV sinkt. Dies kann auf Basis der Daten, die der KVB im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages zur Verfügung stehen, jedoch nicht quantifiziert werden.

Die KVB möchte anhand der positiven Erfahrungen in Bayern weitere Kassen für dieses Projekt gewinnen sowie das Projekt weiterentwickeln und eine Finanzierung „...über die besonders förderungswürdigen Leistungserbringer im Kollektivvertrag ...“ erwirken.

Hierfür wird auch politische Unterstützung benötigt. Die KVB zeigt großes Interesse daran, eine Versorgung aller Pflegeeinrichtungen in München durch GVP zu ermöglichen. Neben einer zahlenmäßigen Stärkung durch Gewinnung zusätzlicher Ärztinnen/Ärzte, Betreuung weiterer Einrichtungen oder Gründung neuer Verbünde ist geplant, das Modell um weitere Elemente zu ergänzen (intensivere Kooperation zwischen Ärzteschaft und beruflich Pflegenden, Zusammenarbeit mit Zahnärztinnen/Zahnärzten oder Kliniken).

5. Umfrage bei den in München tätigen Heimbetreiberinnen und Heimbetreibern

Das Sozialreferat befragte die Geschäftsführungen der in München tätigen Heimbetreiberinnen und Heimbetreiber. Die Fragen beinhalteten die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung sowie der fachärztlichen Versorgung, Einschätzung von Bedarfen und Möglichkeiten sowie Erfahrungen zur Vorhaltung entsprechender Behandlungsräume für die Untersuchungen bzw. Behandlungen, Gewährleistung der Absprachen zwischen Ärztinnen/Ärzten und den beruflich Pflegenden, grundsätzliche Anmerkungen bzw. Forderungen – wie etwa zur aktuellen Gesetzgebung oder im Bereich der Behandlung spezifischer Krankheitsbilder.

Im Folgenden werden zentrale Aussagen und fachliche Informationen zusammengefasst.

Hausärztliche Versorgung

Die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen bleibt in München Dauerthema. Viele Heimträger und Einrichtungen sind auf dem richtigen Weg, über entsprechende Kommunikation und Strukturen hier eine stärkere Verbindlichkeit und Präsenz der Ärztinnen und Ärzte zu erreichen.

Problempunkte sind dabei identifiziert – es geht um ein Miteinander von Ärzteschaft und Leitungskräften sowie beruflich Pflegenden in den Einrichtungen, damit die medizinische Versorgung sicher gestellt werden kann.

Inwieweit Behandlungsräume als notwendig erachtet werden, hängt von der jeweiligen Einrichtung ab, wobei der Arztbesuch im Einzelzimmer offenbar den Vorrang bei

den Bewohnerinnen und Bewohnern hat, um in vertrauter Umgebung eine entsprechende Atmosphäre zu haben.

Als wichtiger Punkt wird von den Heimbetreiberinnen und Heimbetreibern das konsequente Screening auf MRSA⁸ und andere resistente Erreger bei Krankenhausentlassung und die konsequente Sanierung bei entsprechender Infektion durch die Hausärztinnen/Hausärzte gefordert.

Das Thema Hygiene wurde in der Münchner Pflegekonferenz am 14.04.2011 aufgegriffen. Seit der gemeinsamen Auftaktveranstaltung von RGU und Sozialreferat zum „Hygienenetzwerk Pflege München“ am 08.06.2011 wurde ein regionales Netzwerk aufgebaut und Empfehlungen erarbeitet, um u.a. im Konsens mit den Einrichtungen der Pflege und der Behindertenhilfe den infektionshygienischen Schutz der Bürgerinnen und Bürger zu verbessern.

Das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.07.2011 sieht vor, dass ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Therapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem MRSA vergütet werden. Die Vergütungsvereinbarung war zunächst bis zum 31.10.2013 befristet. Seit dem 01.04.2014 sind diese Leistungen nun Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Die Vergütungsregelung wird auf zwei Jahre befristet fortgeführt.

Die Abrechnung ist weiterhin an konkrete Voraussetzungen gebunden. Diese werden künftig in einer Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA geregelt.

Fachärztliche Versorgung

Die größten Probleme bestehen nach wie vor im Bereich der fachärztlichen Versorgung, wobei hier in den Antwortschreiben auch eine entsprechende Vergütung der Tätigkeit in Pflegeeinrichtungen verlangt wird.

Insbesondere bei der Versorgung durch Hautärztinnen/Hautärzte, Augenärztinnen/Augenärzte und HNO-Ärztinnen/HNO-Ärzte wird eine stärkere Präsenz durch häufigere und nicht nur für Gruppen, sondern auch für einzelne Patientinnen/Patienten durchgeführte Hausbesuche gewünscht.

Eine Verbesserung wird in den Bereichen Palliativmedizin, Demenzerkrankungen, Schmerzambulanz sowie Ambulanzen für Diabetes gefordert.

Forderungen der Heimbetreiberinnen und Heimbetreiber

Als Forderungen wurden wie folgt beschrieben:

- Verbesserte Qualifikation der Ärztinnen/Ärzte hinsichtlich der geriatrischen Krankheitsbilder
- Kostenübernahme für die Krankentransporte bei einer ambulanten Versorgung im Krankenhaus oder in einer Facharztpraxis als Krankenkassenleistung
- Festlegung der Visitenzeiten zwischen der vollstationären Pflegeeinrichtung

8 Auch: Sammelbezeichnung für alle Antibiotika-resistenten Staphylococcus aureus -Stämme (Bakterien)

und den betreuenden Ärztinnen/Ärzten

- Verbindlichkeit der Pflegedokumentation (z.B. Eintragung in das Dokumentationssystem der Pflegeeinrichtung, exakte Indikation der Bedarfs-Medikamentierung)

6. Umgang mit Psychopharmaka

Die Gabe von Psychopharmaka bleibt ein Thema, das mit verschiedenen Maßnahmen der Landeshauptstadt München flankiert wird.

Im Rahmen des Programms „Personalentwicklungsmaßnahme Demenz 2012/2013“ des Sozialreferats soll berufsgruppenübergreifend fachliches Verständnis geweckt und Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen und Psychopharmaka aufgezeigt werden.

Die FQA/Heimaufsicht im Kreisverwaltungsreferat (KVR) vertiefte das Thema „Bedarfsmedikation von Psychopharmaka“ als Prüfschwerpunkt in Pflegeeinrichtungen und führte diverse Maßnahmen wie eine ausführliche Informationskampagne zu der Thematik durch.⁹

Im Auftrag der Münchner Pflegekonferenz wurde die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns angeschrieben. Es wurden die Ergebnisse der FQA/Heimaufsicht mitgeteilt und gebeten, entsprechende Handlungsempfehlungen für Ärztinnen/Ärzte zu erstellen. Im Antwortschreiben vom 31.08.2012 (Anlage) teilte die KVB u.a. mit, dass die Vertragsärztinnen/Vertragsärzte einer ständigen Pharmakotherapieberatung und Weiterbildung unterliegen; insbesondere die Arzneimitteltherapiesicherheit umfasse u.a. viele Facetten der Therapie mit Psychopharmaka. Hinsichtlich der vom KVR erhobenen Diagnosen, die zur Verordnung von Psychopharmaka geführt haben, wurde geantwortet, dass diese bis auf wenige Ausnahmen die zugelassenen Indikationsgebiete dieser Arzneimittel widerspiegeln. Die KVB empfiehlt für ein klareres Bild verzerrungsfreie Erhebungen des tatsächlichen Ist-Zustandes zur Verschreibung und Verabreichung von Psychopharmaka und benennt, sich eines entsprechenden Projektes nicht zu verschließen.

7. Fazit

In den über 50 vollstationären Pflegeeinrichtungen in München ist die Zahl der Pflegeheim-Verbünde, Geriatrischen Praxisverbünde sowie trägerspezifischer eigener Modelle angestiegen. Einen „Königsweg“ gibt es hierbei, wie das Fachgespräch des RGU und des Sozialreferats belegt, nicht.

Wie die teils beschriebenen Defizite zeigen, ist es sinnvoll, zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Ärztinnen/Ärzte und beruflich Pflegenden sowie zur Verbesserung der Versorgungs- und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner über entsprechende Modelle und Projekte eine verbesserte Struktur und

⁹ Qualitätsbericht der Münchner Heimaufsicht/FQA 2009/2010
http://www.muenchen.de/cms/prod1/mde/_de/rubriken/Rathaus/50_kvr/ordnung/heimaufsicht/infos_heimaufsicht/qualitaetsberichte/qualitaetsbericht_2009_2010.pdf

Kommunikation sowie Verbindlichkeit herzustellen. Grundvoraussetzung für das künftige Gelingen der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist also die Kooperation, Koordination und Vernetzung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und beruflich Pflegenden.

Die KVB hat in einer Presseinformation mitgeteilt, dass Kooperationen von Ärztinnen und Ärzten bestens geeignet sind, um die medizinische Versorgung von Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen „...auf hohem Niveau sicherzustellen...“¹⁰. Die KVB bezieht sich hierbei auf Ergebnisse des vom Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) vorgelegten Pflege-Qualitätsberichts. Sowohl die von GPV als auch die von AOK-Pflegenetzen betreuten bayerischen Pflegeeinrichtungen erzielten überdurchschnittliche Bewertungen hinsichtlich der medizinischen Qualität der Versorgung. „...Insgesamt zwölf durch Kooperationen von niedergelassenen Haus- und Fachärzten betreute Heime in Bayern bekamen bezüglich der medizinischen Qualität der Versorgung sogar die Bestnote 1,0...“¹¹.

Es bleibt abzuwarten, wie sich in den kommenden Jahren die Beschäftigung von nicht-medizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation, Bachelor of Science, (beispielsweise zur Gestaltung von interprofessionell-individuell angemessener Versorgung, wissensbasierter situationsgerechter Planung und Durchführung der Pflegeinterventionen) sowie der Umsetzung der Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben z.B. über eine Advanced Practice Nurse¹² auswirken werden. Beides könnte bewirken, dass die pflegerische Versorgung umfassender, im Pflegeprozess reflektierter und geplanter, d.h. differenzierter, erfolgt.

Zusammengefasst bedeuten die dargelegten bisherigen Maßnahmen von Politik und Gesetzgebung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen, dass neue Anreize für Verbesserungen gesetzt werden und die entsprechenden Regelungen verbindlicher gestaltet werden.

Weiter wird es aber entscheidend von den Verantwortlichen vor Ort abhängen, ob diese Möglichkeiten bedarfsgerecht genutzt werden.

Hier sind die Gremien der beiden Fachreferate geeignete Foren, um die Bereitschaft der Geschäftsführungen, Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen sowie der weiteren Beteiligten im Gesundheitswesen zu steigern.

10 Download vom 27.08.2013: <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/Presseinformation/2012/KVB-PI-120507-Aerzteverbuende-in-Pflegeheimen.pdf>

11 Ebd.

12 Akademisch ausgebildete Pflegenden mit einem grundständigen Master (Master of Science, M.sc., oder Master of Science in Nursing, MNS) an einer dafür nach dem Bologna Prozess akkreditierten Fachhochschule oder Universität

Anhörung des Bezirksausschusses

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung eines Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung).

Die Beschlussvorlage ist mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt abgestimmt.

Der Korreferentin/dem Korreferenten des Sozialreferates, der Verwaltungsbeirätin/dem Verwaltungsbeirat des Amtes für Soziale Sicherung, der Stadtkämmerei, dem Referat für Gesundheit und Umwelt, dem Seniorenbeirat, dem Behindertenbeirat, dem Behindertenbeauftragten, dem Kreisverwaltungsreferat (FQA/Heimaufsicht), dem Direktorium-Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege und dem Sozialreferat/Stelle für interkulturelle Arbeit ist ein Abdruck der Sitzungsvorlage zugeleitet worden.

II. Antrag der Referentin

1. Das Sozialreferat wird beauftragt, sich gemeinsam mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt über den Deutschen Städtetag dafür einzusetzen, dass Krankentransporte von Pflegebedürftigen, insbesondere Bewohnerinnen/Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen, für eine ambulante Versorgung im Krankenhaus oder in einer Facharztpraxis in jedem Fall von der Krankenkasse übernommen werden.
2. Das Sozialreferat wird beauftragt, sich in der Münchner Pflegekonferenz für eine weitere Verbesserung der fachärztlichen und hausärztlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in Münchner Pflegeeinrichtungen einzusetzen.
3. Das Sozialreferat wird gemeinsam mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt, dem Kreisverwaltungsreferat beauftragt, in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ein Konzept für eine Studie zur Verschreibung und Verabreichung von Psychopharmaka in vollstationären Pflegeeinrichtungen in München zu erstellen und den Konzeptentwurf inklusive der Finanzierung dem Stadtrat zur Entscheidung vorzulegen.
4. Das Sozialreferat wird beauftragt, gemeinsam mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt 2015 ein zweites Fachgespräch durchzuführen, in dem eine Bestandsanalyse erfolgt.
5. Das Sozialreferat wird beauftragt, im Jahr 2016 gemeinsam mit dem Referat für Umwelt und Gesundheit dem Stadtrat erneut über die Situation der ärztliche Versorgung in den Münchner Alten- und Pflegeheimen auch unter dem Aspekt der Weiterentwicklung der Pflegeberufe zu berichten.
6. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss

nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Die/Der Vorsitzende

Die Referentin

Bürgermeister/-in

Brigitte Meier
Berufsm. Stadträtin

IV. Abdruck von I. mit III.

über den Stenographischen Sitzungsdienst
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an die Stadtkämmerei
an das Revisionsamt
z.K.

V. Wv. Sozialreferat

1. Die Übereinstimmung vorstehenden Abdrucks mit der beglaubigten Zweitschrift wird bestätigt.

2. **An das Sozialreferat, S-III-M**
An die Frauengleichstellungsstelle
An das Kreisverwaltungsreferat
An das Referat für Gesundheit und Umwelt
An den Behindertenbeauftragten
An den Behindertenbeirat
An die Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege
An den Seniorenbeirat
z.K.

Am

I.A.