

# Gute Kooperation ersetzt den Heimarzt

→ **Ärztliche Versorgung** Das Konzept der CBT für die Zusammenarbeit mit Ärzten und Krankenhäusern hat sich bewährt.

Text: Franz J. Stoffer

Ist die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte von Menschen in Betreuungseinrichtungen geprägt durch Konflikte und Defizite? Tatsächlich werden in der aktuellen Diskussion regelmäßig folgende Mängel benannt: Häufige Krankenhausaufenthalte, Einsatz von Notärzten in Abendstunden und am Wochenende sowie fehlende fachärztliche Behandlung.



## KVen setzen sich für Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten als Alternative zum Heimarzt-Modell ein.

Als Gründe für diese Mängel werden genannt: Bewohner erhalten keine bedarfsgerechte Versorgung; Hausärzte machen keine oder selten Hausbesuche; Hausärzte stehen nur während der Praxiszeiten zur Verfügung; Einsatz von Notärzten vorwiegend außerhalb der Sprechzeiten in Praxen; Krankenhauseinweisungen vorwiegend am Abend und Wochenende; Krankenhauseinweisungen wären durch regelmäßige und adäquate medizinische Versorgung zu reduzieren; Fachärzte stehen kaum zur Verfügung. Diese Probleme ha-

ben auch die kassenärztlichen Vereinigungen erkannt. Sie einigten sich auf erste Grundsätze für ein gemeinsames, bundesweites Versorgungskonzept: „Die flächendeckende Versorgung von Heimbewohnern soll hauptsächlich durch niedergelassene Ärzte gewährleistet werden, verschiedene Kooperationsformen von niedergelassenen Ärzten sollen als Alternative zum angestellten Heimarzt-Modell bevorzugt umgesetzt werden.“ (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) startet mit KVen Initiative zur besseren Versorgung in Pflegeheimen, Presseinformation vom 10. 12. 2009)

Die CBT-Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH-Köln (CBT), einer der großen Träger in NRW, begrüßt die Initiative. Denn sie sieht nicht im so genannten Heimarzt-Modell die Lösung, sondern im quartierbezogenen, wohnortnahen Hausarzt-Modell. Die Bewohner in den CBT-Häusern bringen sozusagen ihren Hausarzt mit. Seit 30 Jahren verfolgt die CBT erfolgreich diesen Ansatz im Sinne von Selbstbestimmung, Teilhabe und Normalität des Lebens älterer Menschen in Pflegeheimen.

Die CBT begleitet in ihren 14 Wohnhäusern bzw. Pflegeheimen 1755 ältere Menschen. 76 Prozent der Bewohner stammen aus dem unmittel-

### DIE CBT-REGELN FÜR DIE KOOPERATION VON PFLEGE UND MEDIZIN

#### Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Mitarbeiter ist an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- Der Bewohner ist mit Behandlungsmaßnahme und Durchführung durch Pflegekräfte einverstanden
- Die Maßnahme ist vom Arzt verordnet
- Die Art des Eingriffs macht das persönliche Handeln und Anwesenheit des Arztes nicht erforderlich
- Die ausführende Pflegekraft ist zur Durchführung der Maßnahme befähigt
- Die Pflegekraft ist zur Ausführung der ärztlichen Aufgabe bereit, sofern nicht ausnahmsweise eine entsprechende Verpflichtung besteht.
- Ärztliche Behandlungsmaßnahmen müssen vom Arzt verordnet werden, eigenmächtige Behandlung durch Pflegekräfte ist unzulässig.
- Die Verordnung muss präzise sein und immer schriftlich erfolgen. Telefonische Veranlassungen sind außer in Notfallsituationen unzulässig.
- Grundlage für die Kooperation zwischen Arzt und Pflegekräften ist in der CBT, dass Pflegekräfte nur dann ärztliche Verordnungen ausführen, wenn sie in der Pflegedokumentation niedergelegt und abgezeichnet wurden (Ausnahmen per Fax).



**Die CBT setzt bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Mitarbeiter einen lückenlosen Informationsfluss voraus. Dafür werden auch feste Strukturen zur Prozesssteuerung vereinbart.**

*Foto: Krückeberg*

baren Umfeld. Die CBT arbeitet mit 463 Haus- und Fachärzten zusammen. Im Vordergrund steht das Recht auf freie Arztwahl und das Wissen um ein langjähriges, vertrauensvolles Miteinander zwischen Patient und Arzt, das durch einen Umzug nicht aufgegeben werden soll.

Das Durchschnittsalter der Bewohner beträgt 85 Jahre. Rund 52 Prozent der Bewohner leiden an einer Demenz. Etwa 80 Prozent sind zur Aufrechterhaltung ihrer Mobilität auf individuelle Hilfsmittel angewiesen. Somatische und psychische Erkrankungen sind vielfältig, so dass medizinische und pflegerische Unterstützung regelmäßig bei 100 Prozent der Bewohner gegeben ist, Art und Umfang differieren individuell und situativ. Die durchschnittliche Wohndauer liegt bei 3,2 Jahren, etwa 35 Prozent der Bewohner versterben im Jahr. Palliative Pflege und Begleitung gehören zur Regelleistung.

Die Bezugspflege in kleinen Organisationseinheiten ist Grundlage der individuellen Pflege. Klare Aufgabenprofile, eindeutige Kompetenzen, feste Kommunikationsstrukturen und flexible Dienstplanung sind Rahmenbedingungen in jedem CBT-Haus.

Jeder Mitarbeiter im Pflegedienst gehört einem Begleitungsteam an, das für eine Gruppe von Bewohnern die Verantwortung trägt. Begleitung ist Assistenz: Sie führt nach Möglichkeit zu eigenen Entscheidungen, hilft bei Problemlösungen und berät bei Konflikten.

Die Leistungen der allgemeinen Pflege werden nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse erbracht. Leistungen der speziellen Pflege sind Aufgaben aus dem ärztlichen Verantwortungsbereich, für deren Veranlassung der behandelnde Arzt zuständig ist. Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Mitarbeiter ist an ganz bestimmte Voraussetzungen geknüpft (siehe Info-Kasten). In der Altenpflege sind Risiken und Gefahren bei speziellen Behandlungen besonders gewissenhaft zu prüfen, und das persönliche Tätigwerden des Arztes ist mehr als im Krankenhaus geboten, da ein Einschreiten bei Komplikationen nicht kurzfristig möglich ist.

#### **Die CBT-Regeln für Kooperation von Pflege und Medizin**

Die Pflegefachkräfte müssen für die Ausführung von Maßnahmen im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen qualifiziert sein. Vom tatsächlichen Wissen und Können muss sich nicht nur die Einrichtung überzeugen, sondern auch der delegierende Arzt. Die Pflegekräfte müssen vor Übernahme der Aufgabe prüfen, ob sie die geforderte Tätigkeit beherrschen und die erforderlichen Informationen für die Behandlung und über den Bewohner besitzen. Ein für alle Beteiligten eindeutiger, nachvollziehbarer und lückenloser Informationsfluss ist zu gewährleisten. Die Verständigung auf einheitliche Instrumente ist ebenso wichtig wie feste bzw. den Situationen angemessene Strukturen zur Kommunikation und

→

Prozesssteuerung: Vereinbarungen zu Ansprechpartnern, Erreichbarkeit, Kommunikationsmitteln, Gesprächs- und Besuchszeiten etc.

Zu folgenden Themenbereichen als Merkmale der medizinischen Versorgung der Bewohner in den CBT-Häusern wurde eine Befragung durchgeführt: Arztkontakte der Bewohner, Zusammenarbeit der Mitarbeiter mit den Ärzten und Krankenhauseinweisungen. Die Datenerhebung erfolgte in den 14 CBT-Häusern im Zeitraum 1. Juli bis 30. August 2009 durch einen bewohnerbezogenen, von der Bezugspflegefachkraft zu bearbeitenden Fragebogen. Es wurden Daten von 1.233 Bewohnern erfasst. Die medizinische Versorgung wird von 361 Hausärzten erbracht. Die Zahl je Wohnhaus reicht von elf bis zu 41 Hausärzten, dies verdeutlicht, mit wie vielen Ärzten Absprachen und Regelungen getroffen werden müssen.



### Pflegende können ärztliche Verordnungen dann ausführen, wenn sie in der Dokumentation niedergelegt sind.

Die freie Arztwahl ist ein hohes Gut und wird den Bewohnern der CBT-Häuser zugesichert. Die Anzahl regelmäßiger Hausbesuche durch Hausärzte wird in der o. g. Evaluation festgestellt:

Jeder fünfte Bewohner hat durch wöchentlichen Hausbesuch kontinuierlichen Kontakt zu seinem Hausarzt. Mindestens monatlich erhalten 57 Prozent der Bewohner Besuch ihres Hausarztes. Zusätzlich kommen Fachärzte zu Hausbesuchen in die Häuser. Innerhalb von zwei Monaten erhielten 27 Prozent der Bewohner einen Hausbesuch des Neurologen, acht Prozent den Besuch eines Dermatologen, neun Prozent eines Psychiaters, sieben

Prozent eines Urologen, vier Prozent eines Augen- und fünf Prozent eines Zahnarztes, sieben Prozent der Bewohner erhielten den Hausbesuch eines Internisten. Weniger als fünf Prozent der Bewohner erhielten in zwei Monaten Hausbesuche von HNO-Ärzten, Chirurgen, Gynäkologen und Orthopäden. Zusätzlich suchten zehn Prozent der Bewohner innerhalb eines Monats die Praxis ihres Hausarztes z. T. mit Begleitung auf. Die Barrierefreiheit der Arztpraxen wurde in der Erhebung nicht untersucht.

**69 Prozent der Pflegenden beurteilt die Zusammenarbeit mit Ärzten gut bis sehr gut** Zur Erreichbarkeit geben die Pflegekräfte an, dass Hausärzte von 32 Prozent der Bewohner sehr gut und 46 Prozent gut zu erreichen seien. In den meisten Fällen werden die Ärzte telefonisch kontaktiert. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten wird von den Mitarbeitern für 69 Prozent der Bewohner als gut bis sehr gut, als ausgesprochen schlecht wird die Zusammenarbeit mit Ärzten von zwei Prozent der Bewohner angegeben. Mitarbeitende begründen ihre Beurteilung z. B. mit folgenden Aussagen: Zuverlässig, gute Absprachen; immer erreichbar, kommt regelmäßig zu Hausbesuchen, auch bei Bedarf; die Meinung des Pflegepersonals ist ihm wichtig; Informationsweitergabe sehr gut; geht auf Bedürfnisse von Bewohnern ein, sucht bei Hausbesuchen keinen Kontakt zur Bezugspflegefachkraft; unkooperativ, reagiert nicht auf Informationen.

Im Erhebungszeitraum von drei Monaten wurden 230 Krankeneinweisungen veranlasst. Die Kliniken liegen in der Regel im nahen Umfeld des Wohnhauses. In 13 Prozent der Einweisungen war der Aufenthalt geplant. Die Entscheidung für die Krankenhauseinweisung trifft mit 28 Prozent der Hausarzt, bei 25 Prozent ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt. Die meisten Einweisungen erfolgen zwischen neun und elf Uhr wochentags. Bei 20 Prozent ging ein unmittelbarer Hausbesuch des Hausarztes voraus. Gründe für die stationäre Behandlung liegen in mehr als einem Drittel in unklarer Verschlechterung des Allgemeinzustandes, meist lösten akute Befunde und Ereignisse die Einweisung aus.

**Die medizinische Versorgung in den CBT-Wohnhäusern kann als gut bezeichnet werden** Ein großer Anteil der Bewohner wird durch Hausärzte regelmäßig besucht, ergänzt durch Besuche bei Bedarf, auch abends und an Wochenenden. Die hohe Zufriedenheit der Mitarbeiter in der Pflege mit der Kooperation der Hausärzte zeigt, dass

ohne zusätzliche Verträge und Systemveränderungen eine gute medizinische Versorgung erzielt werden kann. Die Evaluation bestätigt eine gute Kooperation von Medizin und Pflege in den CBT-Wohnhäusern. Verbunden mit hoher Kundenzufriedenheit und guten Ergebnissen interner und externer Qualitätsprüfungen, kann davon eine gute medizinische und pflegerische Versorgung der Bewohner abgeleitet werden. Hinweise auf Verbesserungspotentiale werden in die Weiterentwicklung eingebunden.

#### **Gute Kooperation ersetzt den Heimarzt, denn:**

Die Einrichtung Heimarzt löst Probleme der medizinischen Versorgung von Menschen in Betreuungseinrichtungen nicht. Sie löst neue aus, z. B. die Vertretung des Heimarztes und seine Finanzierung. Wichtig ist, die Finanzierung der medizinischen Versorgung über die Krankenkassenversicherung SGB V zu sichern; der schleichende Prozess, Kosten in die Pflegeversicherung SGB XI (s. Beispiel Behandlungspflege) zu verschieben, muss gestoppt werden, damit medizinische Leistungen – auch des Heimarztes – nicht zu Lasten der Begleitungs- und Pflegeleistungen finanziert werden. Betreuungseinrichtungen müssen Rahmenbedingungen schaffen, die die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege fördern.

Auf dieser Grundlage sind optimale medizinische Leistung und Behandlung für alte Menschen in Pflegeheimen durch die Haus- und Fachärzte einzufordern. Unterstützt werden müssen Haus- und Fachärzte von der Kassenärztlichen Vereinigung. Sie müssen Möglichkeiten erhalten zu Fort- und Weiterbildung sowie zu mobilen Behandlungsmethoden und -techniken vor Ort (Hausbesuche bei Mobilitätseinschränkungen).

Gleichzeitig sollte die Leistungsberechnung für Ärzte unabhängig vom Wohnort des Patienten (eigene Häuslichkeit oder Einrichtung) erfolgen, um eine Benachteiligung von Bewohnern in Betreuungseinrichtungen abzustellen. Fachärzte sind zu motivieren, bei Bedarf Hausbesuche unabhängig von der Wohnsituation anzubieten und durchzuführen.

Für die Versorgung der Regionen mit Neurologen und Psychiatern – Spezialgebiet Gerontologie/Geriatrie – ist zu sorgen, um heutigen und zukünftigen medizinischen Herausforderungen gerecht zu werden.

Letztlich gilt, im Dialog mit allen Beteiligten eine medizinisch optimale Behandlung und Versorgung gerade der alten Menschen zu sichern, die in das System jahrzehntelang eingezahlt haben. Nur auf der Grundlage eindeutiger ärztlicher Diagnosen und Therapien ist eine individuelle bewohnerbezogene optimale Pflege zu gewährleisten. Es gilt, den Dialog Medizin und Pflege zu gestalten, nicht ihn zu beschränken auf die Einführung einer neuen Heimarzt-Struktur. Zur Selbstbestimmung, Normalität und Teilhabe als unverzichtbare Elemente einer heutigen und erst recht zukünftigen individuellen Lebensbegleitung in Betreuungseinrichtungen gehört die bewohnerbezogene kompetente medizinische Versorgung durch den eigenen Hausarzt in guter Kooperation mit den Pflegefachkräften. ➤

---

#### **MEHR ZUM THEMA**

**Buch:** A. Enders, R. Schmidt, *Heimärztliche Versorgung in der stationären Pflege: Gravierende Versorgungsprobleme*, in: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, Nr. 2 /2008

**Buch:** Klie, Thomas: *Rechtskunde – Das Recht der Pflege alter Menschen*, Vincentz Network, Hannover 2009

**Weitere Beiträge:** *Altenheim* 7/2009: *Ärztliche Versorgung im Heim: Experten melden Alarmstufe rot*



**Franz J. Stoffer ist Geschäftsführer der CBT in Köln. [www.cbt-gmbh.de](http://www.cbt-gmbh.de)**