

## Presseinformation

### Ein Hilfeschrei an die Politik: Heimbewohner brauchen Ärzte

**Stuttgart / Unterhaching, 4. Februar 2016 – In Deutschlands Pflegeheimen leben rund 800.000 Menschen. Seit Jahren ist die ärztliche Unterversorgung von Heimbewohnern bekannt. Und seit Jahren machen verantwortungsbewusste Heimleiter Kopfstände, um tragbare Lösungen zu finden. Doch es will nicht gelingen. Deshalb hat KWA Kuratorium Wohnen im Alter – ein Träger von Wohn- und Pflegestiften für Senioren – zu einem Forum nach Stuttgart geladen. Die kassenärztliche Vereinigung und auch Krankenkassen haben sich der Diskussion gestellt. Geladene Politiker hingegen blieben der Veranstaltung fern. Obwohl es ohne sie nicht gehen wird. – Sind 800.000 Menschen nicht Grund genug, sich endlich des Problems anzunehmen?**

Theoretisch besteht neben der „normalen“ kassenärztlichen Versorgung für Pflegeheime die Möglichkeit zu Selektivverträgen, Kollektivverträgen und lokalen Sonderformen. Doch solche Kooperationsverträge basieren auf Freiwilligkeit – weder Ärzte noch Krankenkassen sind verpflichtet, zu unterschreiben. „Als Betreiber haben wir keine Möglichkeit, das in die Realität umzusetzen“, so KWA Vorstand Dr. Stefan Arend. „Um Bewohnern den Zugang zur ärztlichen Versorgung zu sichern, müssen die Betreiber stationärer Einrichtungen mit Ärzten Absprachen treffen, die sich nicht im Vertragsrecht wiederfinden.“

Manfred Zwick, Hausleiter des KWA Albstifts Aalen, ist an einem Punkt angelangt, wo er nicht mehr weiter weiß. Deshalb ist er froh, dass Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung zum Forum nach Stuttgart gekommen sind. – Doch was treibt den Hausleiter eigentlich um? Nun: Zwick beobachtet schon seit langem, dass sich der Allgemeinzustand von Bewohnern mit kognitiven Beeinträchtigungen durch Krankenhausaufenthalte oftmals verschlechtert – weil Krankenhäuser keine passenden Betreuungsstrukturen bieten können. So drängte sich ihm die Frage auf, ob es nicht besser wäre, Bewohner, soweit möglich, in der gewohnten Umgebung zu belassen – wenn die heimärztliche Versorgung sichergestellt wäre. Auch zwischen verschiedenen Ärzten unabgestimmte Medikamentenverordnungen bereiteten ihm Kopfzerbrechen. Doch das waren nur subjektive Eindrücke. Die wollte er objektiv untermauern und initiierte deshalb eine Studie der Hochschule Aalen. Beide KWA Vorstände gaben grünes Licht zur Finanzierung der Studie: Man wollte endlich vorankommen.

#### **Ärztliche Versorgung in Deutschland ist auf mobile, selbstständige Menschen ausgerichtet, nicht auf Heimbewohner**

Die für die Aalener Studie verantwortliche Professorin Dr. Adelheid Esslinger beschrieb – zum besseren Verständnis der Dringlichkeit, die heimärztliche Versorgung zu verbessern – den Status Quo in Deutschland: Mehr als 50 Prozent der Bewohner in Heimen sind heute älter als 80. Chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Gebrechlichkeit sowie Funktionseinschränkungen und kognitive Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz und

Alzheimer-Erkrankungen kommen zum Tragen. Die ärztliche Versorgungsstruktur in Deutschland sei jedoch eher auf den mobilen, selbstständigen Menschen ausgerichtet. Die ärztliche Betreuung in Heimen ist in der Relation geringer als im niedergelassenen Bereich. Niedergelassene Ärzte seien zudem keine Heimexperten, auch gebe es eine Schnittstellenproblematik. Zu beobachten sei auch, dass Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben, im Vergleich zu Menschen, die im häuslichen Bereich ärztlich versorgt werden, mehr Krankenhausleistungen in Anspruch nehmen – sie sind damit kumulierenden Risiken ausgesetzt, wenn man nur an MRSA und andere Krankenhauskeime denke. Die Professorin ging auch auf die Problematik von Polypharmazie ein: Medikamenteneinnahmen, die nicht optimal waren, verursachen 10 Prozent der stationären Aufenthalte.

**Repräsentative, wissenschaftliche Studie der Hochschule Aalen zeigt: Etwa ein Drittel der Krankenhauseinweisungen von Heimbewohnern wäre vermeidbar; große Kostenersparnis möglich**

Esslinger stellte auch die – repräsentativen – Ergebnisse der Forschungen vor, die im KWA Albstift Aalen durchgeführt wurden, auf der Basis von Arztbriefen, Einweisungsdiagnosen, Lebensläufen und Krankheitsverläufen von 91 Bewohnern, die im stationären Bereich leben. – Die wissenschaftliche Analyse und Bewertung der Krankenhausweisungen im Rahmen einer Forschungsarbeit von Birgit Heyden zeigte, dass etwa ein Drittel der Krankenhauseinweisungen vermeidbar gewesen wäre, wenn es eine Arztpräsenz und Kommunikation zwischen Ärzten gegeben hätte. So hätte man einer ganzen Reihe von Bewohnern diverses Leid ersparen können – und den Krankenkassen Kosten für Krankenhausaufenthalte und Krankentransporte. Die Polypharmazie-Problematik zeigte sich klar: Bei einem der drei Fallbeispiele, die Esslinger vorstellte, waren von verschiedenen Ärzten insgesamt 14 Medikamente verordnet.

Zur weiteren Bewertung der heimärztlichen Versorgung waren Workshops mit der Hausleitung, der Pflegedienstleitung und Hausärzten durchgeführt worden, mit dem Ziel, verbesserungswürdige Punkte zu finden. Neben vermeidbaren Krankenhausaufenthalten wurden unter anderem ausgemacht: die Koordination und Kommunikation der Versorgung, Prozessabläufe, das Medikamentenmanagement, die Einbindung von Ärzten in Abläufe, die Erreichbarkeit von Hausärzten – und: die fehlende gesetzliche Grundlage zu einer Kooperation mit Ärzten.

Auf Basis der Studienergebnisse hat das Albstiftsteam um Manfred Zwick in Zusammenarbeit mit den Wissenschaftlern und interessierten Hausärzten ein Heimarztmodell entwickelt, das neben einer Reihe von Verbesserungsmaßnahmen eine gesicherte ärztliche Versorgung, mit Bereitschaft auch an Wochenenden, vorsieht. Doch Krankenkassen und Ärzte haben den Versorgungsvertrag bisher nicht unterschrieben. Und das, obwohl Thomas Klie, Gerontologe und Jurist, im Auftrag von KWA einen Versorgungsvertrag entwickelt hat, der sich auf § 119b SGB V stützt. Auch der in der Studie ermittelten möglichen Kostenersparnis in Höhe von rund 93.000 Euro pro Jahr, allein für das KWA Albstift Aalen, durch die Reduktion von Krankenhauseinweisungen messen die Kostenträger bis dato keine Bedeutung bei.

### **Gegenläufige Interessen verhindern Versorgungsverträge zwischen Heimen, Ärzten und Krankenkassen**

Thomas Klie führte durch das Forum – und nannte die Gründe, warum er ohne gesetzliche Verpflichtung keine Unterschriften auf dem Vertrag erwartet: Die Kassenärztliche Vereinigung hat kein strukturelles und ökonomisches Interesse an der Krankenhausvermeidung. An einer effektiveren Versorgung der Patienten in Heimen besteht zwar Interesse – allerdings nicht ohne zusätzliches Geld. Kassen wiederum haben kein Interesse an der Verbesserung der Versorgung für *alle* Versicherten, sondern nur für *ihre* Versicherten. Kassen stehen ja miteinander im Wettbewerb.

Verschiedene Verträge mit verschiedenen Krankenkassen abzuschließen, sei schlichtweg unmöglich. Man könne nicht – je nach Krankenkasse – unterschiedlich abrechnen. Klies Befund: „Die Komplexität ist auch so schon hoch genug. Keiner der mächtigen Player hat jedoch ein Interesse an einer einheitlichen Lösung. Oder zwar ein Interesse, aber keine Steuerungsmöglichkeiten. Die Kultur zur Kooperation vor Ort, die mich in Aalen immer wieder beeindruckt, das Engagement und auch die Bereitschaft von Ärzten, Zeit einzubringen, um Verbesserungen zu erzielen, widerspricht der Verhandlungskultur, wo Vorsicht regiert.“ Deshalb sei „Governance“, also Lenkung, erforderlich. Doch das gelinge bisher in keinem Bundesland.

### **Britta March von der AOK wirbt für Selektivvertrag, Rüdiger Kucher von der Kassenärztlichen Vereinigung stellt Musterverträge für Kooperationen in Aussicht**

Für das IVP Programm – das Kürzel steht für „Integrierte Versorgung Pflegeheim“ – warb Britta March, die Vertreterin der AOK Baden-Württemberg. Als Vorteile dieses Programms benannte March unter anderem eine attraktive Vergütung für Hausarzt und Pflegeheim, mehr Abstimmung zwischen Pflegeheimmitarbeitern und Ärzten, die Regelung von Urlaubsvertretung und mindestens 14-tägig Visiten. Als Herausforderungen sieht sie die hohe Komplexität und den zeitlichen Extraaufwand. – Das IVP Programm kann nur genutzt werden, wenn eine Mindestzahl der Heimbewohner bei der AOK versichert ist. Und natürlich nur für AOK Versicherte.

Referent Rüdiger Kucher brachte die Position der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden-Württemberg ein. Die Modelle, an denen sie bisher beteiligt waren, hätten gezeigt, dass sie sich nicht baden-württembergweit ausrollen lassen. Als wesentliches Problem sieht er aber die unattraktive Vergütung für Besuche im Pflegeheim. Die KV könne einen Rahmen und Empfehlungen geben, die Ärzte jedoch nicht zwingen, Kooperationsvereinbarungen einzugehen. Derzeit führe man Gespräche mit Trägern der freien Wohlfahrtspflege hinsichtlich einer Musterkooperationsvereinbarung. Diese werde die KV den Ärzten zur Verfügung stellen. Der gesetzgeberische Auftrag, Honorarzuschläge für Arztbesuche im Pflegeheim zu verhandeln, sei bisher an der Forderung der GKV nach einer Honorarumverteilung gescheitert. Das sei schwer durchsetzbar, weil man dazu ja den einen etwas wegnehmen müsse. Dennoch zeigte sich Kucher zuversichtlich, dass es zu einem positiven Abschluss der Verhandlungen auf Bundesebene kommen wird.

### **Sonja Laag von der BARMER GEK fordert Verpflichtung zur heimärztlichen Versorgung, schlägt vor, Pflegeheime regional zusammenzufassen**

Bei der abschließenden Podiumsdiskussion richtete Moderator Thomas Klie das Wort zunächst an Sonja Laag von der BARMER GEK Hauptverwaltung in Wuppertal, bat um

einen bundesweiten Blick auf die Situation. Ihre Einschätzung: Mit Freiwilligkeit werde man das Strukturproblem nicht lösen können. „Der § 119b braucht ganz klar eine Muss-Regelung.“ Die vielen Modellprojekte solle man bundesweit katalogisieren, damit sie einen Eingang ins System finden. Kooperationen verlangen jedoch viel Koordination, Organisation und Abstimmung. Das können, so Laags Einschätzung, Hausärzte nicht leisten. Sie schlug vor, Pflegeheime regional zusammenzufassen und dann von Ärzteteams versorgen zu lassen, die das machen möchten. Von Selektivverträgen mit Einschreibeprozeduren und hochkomplexen Vertragsgebilden müsse man wegkommen. Das sei hochaltrigen Pflegeheimbewohnern nicht zumutbar. Man müsse Druck auf die KV ausüben und notfalls auch aufsichtsrechtliche Schritte ergreifen, wenn nichts zustande komme.

### **Arzt Michael Maas fordert funktionierendes Vertragswerk**

Diskussionsteilnehmer Michael Maas, ein niedergelassener Hausarzt, der Hausbesuche im KWA Albstift Aalen macht und sich bei den Workshops engagiert hatte, kann sich vorstellen, dass vier Praxisteams das Gros der Albstiftsbewohner versorgen könnten – allerdings ohne Zwang. Für 12,50 Euro pro Stunde mache er zwar keine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft. Doch bei angemessenen Zuschlägen könne „der Löwenanteil der Zeit“ abgedeckt werden. Maas vertritt die Meinung, dass es in den meisten Gegenden „irgendeinen Zwick und irgendeinen Maas“ gibt, die gut kooperieren, weil Verbesserungen ja auch zu mehr Zufriedenheit im Arbeitsalltag führen. Sie bräuchten jedoch „funktionierendes Vertragswerk“. AOK-Referentin Britta March kann sich vorstellen, Insellösungen auszuweiten und auch an anderen Stellen anzubieten. Doch auch Modellen auf der Basis von § 119b steht sie aufgeschlossen gegenüber: „Ich wäre dafür, Lösungen auszuprobieren.“ Genau wie der Arzt sprach March sich gegen Zwang aus. Die Vertreterin der Hochschule Aalen Birgit Heyden betonte, dass sie gute Erfahrungen gemacht hätte mit der Kooperationsfähigkeit von Ärzten. Doch für junge Ärzte müsse man Anreize schaffen, um sie für die Zusammenarbeit mit Pflegeheimen zu gewinnen. Rüdiger Kucher sieht Diskussionsbedarf auf Bundesebene. Es gebe die Möglichkeit, Zuschläge zu zahlen, doch es müsse geklärt werden, woher das Geld kommt. Er sei jedoch zuversichtlich, dass es eine größere Anzahl von Kooperationsverträgen geben wird – und verwies auf die Musterkooperationsverträge, die in Vorbereitung seien. In einem Punkt pflichtete er Laag bei: Die heimärztliche Versorgung sei keine Spielwiese für Selektivverträge. – Zur Flankierung sinnvoller regionaler Kooperationsmodelle sei auch ein Innovationsfonds denkbar.

### **Zur Lösungsfindung von Thomas Klie vorgeschlagen: auf der Basis von § 90a, SGB V Einberufung des Landesgremiums; § 119b, SGB V als Arbeitsgrundlage**

Alle Teilnehmer signalisierten Gesprächsbereitschaft im Hinblick auf einen Versorgungsvertrag für das KWA Albstift Aalen, und auch im Hinblick auf § 119b. Thomas Klie formulierte zum Abschluss eine Botschaft in Richtung Sozialministerium: Das „90a-Gremium“ – mit Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft auf der Basis von SGB V § 90a – könne auch zur Verbesserung der heimärztlichen Versorgung genutzt werden.

Anlage: 3 Fotos

Bildnachweise: KWA Kuratorium Wohnen im Alter

**KWA\_Forum\_Stuttgart\_2016\_Podiumsdiskussion**

Bildinfo: von links: Sonja Laag (Barmer GEK Wuppertal), Britta March (AOK BW), Thomas Klie (Gerontologe und Justiziar), Michael Maas (niedergelassener Arzt), Birgit Heyden (Hochschule Aalen), Rüdiger Kucher (Kassenärztliche Vereinigung)

**KWA\_Forum\_Stuttgart\_2016\_Arend**

Bildinfo: KWA Vorstand Dr. Stefan Arend

**KWA\_Forum\_Stuttgart\_2016\_Esslinger**

Bildinfo: Dr. Adelheid Susanne Esslinger, Leiterin der Studie zur Verbesserung der Versorgungsqualität

**KWA Kuratorium Wohnen im Alter** ist ein gemeinnütziges Dienstleistungsunternehmen im Bereich der Altenhilfe und Altenpflege. Als Träger von 14 Altenwohnstiften, zwei Pflegestiften, einer Klinik für Neurologische und Geriatrische Rehabilitation sowie einem Bildungszentrum mit staatlich anerkannten Berufsfach- und Fachschulen ist KWA in mehreren Bundesländern vertreten. KWA ist Mitglied im Paritätischen. Durch Publikationen, Foren und Symposien zu aktuellen Fachthemen beteiligt sich KWA an der öffentlichen Diskussion. Mit wissenschaftlich fundierten Konzepten entwickelt KWA sich nachhaltig weiter.

**Pressekontakt:**

KWA Kuratorium Wohnen im Alter  
Sieglinde Hankele  
Biberger Str. 50  
82008 Unterhaching

Tel. 089 66558-565  
Fax 089 66558-547  
E-Mail: [hankele-sieglinde@kwa.de](mailto:hankele-sieglinde@kwa.de)  
Website: [www.kwa.de](http://www.kwa.de)