



## Medizinische Betreuung in Pflegeheimen

# Zusammen Lücken schließen

**Wenn Hausärzte und Pflegeheime gut zusammenarbeiten, lässt sich die Versorgung für Heimbewohner wesentlich verbessern. Doch wie ist diese Zusammenarbeit am besten zu realisieren? In einer Reihe von Modellprojekten werden verschiedene Ansätze in der Praxis getestet.**

**M**enschen im Pflegeheim haben in der Regel mehrere Erkrankungen gleichzeitig. Ihr Gesundheitszustand kann sich schnell verschlechtern – und das passiert auch zu Zeiten, in denen der behandelnde Arzt gerade nicht erreichbar ist. Oft kommt es dann zu notfallmäßigen Einweisungen ins Krankenhaus. Dort sind Ärzte, die den Patienten und seine Krankheitsgeschichte nicht kennen, in vielen Fällen gezwungen, eine umfangreiche und für den Patienten belastende Diagnostik durchzuführen und therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Oft hätte der Gesundheitszustand schneller stabilisiert werden können,

wenn der behandelnde Arzt vor Ort gewesen wäre. Diese mangelnde Nähe von Arzt und Pflegeheim ist eine der Ursachen, warum die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen vielfach nicht optimal ist – auch wenn der Pflege-report der BARMER GEK zeigt, dass Heimbewohner durchschnittlich einmal im Quartal von einem Hausarzt besucht werden.

Wenn ein Arzt ein Pflegeheim besucht, ist es sinnvoll, dass er gleich mehrere Patienten betreut – das leuchtet ein. Auf der anderen Seite ist aber auch das Vertrauensverhältnis wichtig, das die Patienten in der Regel zu ihrem behandelnden Arzt aufbauen. Wie lässt sich beides vereinbaren?

Vielversprechend scheint da der Ansatz einer kombinierten Versorgung. Es geht um die Lebensqualität der Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben und die strukturierte Vernetzung zwischen Hausärzten und Pflegeeinrichtungen. Bereits 2006 startete dazu das Modellprojekt Geriatriischer Praxisverbund (GPV). Partner sind hier die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB), die AOK Bayern und die BARMER GEK. In diesem Modell schließen sich Haus- und Fachärzte zu einem Praxisverbund bezogen auf ein Pflegeheim zusammen. Neben dem Geriatriischen Praxisverbund gibt es eine ganze Reihe ähnlicher Modellprojekte, einige davon stellen wir Ihnen als Links im Internet vor (Webtipp).

### Webtipp

Hinweise auf aktuelle Projekte zur Versorgung von Patienten in Pflegeheimen finden Sie hier: [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)  
>Arzt und Praxis > Info Praxisteam

### Geteilte Zuständigkeit

Die GPV-Ärzte teilen sich den Bereitschaftsdienst während und außerhalb der Sprechstundenzeiten, so steht dem Pflegeheim abends und an den Wochenenden jeweils ein Verbundarzt als Ansprechpartner zur Verfügung. Außerdem bieten die teilnehmenden Hausärzte im GPV

regelmäßige Visiten an. Eine gegenseitige Vertretung ermöglicht kontinuierliche Betreuung und sichert die medizinische Versorgung auch dann, wenn dem „eigenen“ Hausarzt ein Besuch im Heim nicht möglich ist. Da alle GPV-Ärzte die Heimbewohner und deren Krankengeschichte kennen, können sie auftretende Schwierigkeiten, Komplikationen oder Akutsituationen schnell und kompetent einschätzen. Sie können beurteilen, was sich im Heim behandeln lässt und ab wann eine Krankenhauseinweisung notwendig ist.

### Teamarbeit ist gefragt

Durch enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal soll eine medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen auf einem hohen Niveau angestrebt werden. Dazu sind interdisziplinäre Besprechungen zwischen allen an der Versorgung Beteiligten vorgesehen, in regelmäßigen Fallkonferenzen wird dabei die individuelle Situation der Patienten besprochen. Durch die zusätzliche Begleitung der ärztlichen Visiten soll sichergestellt werden, dass das Pflegepersonal bestmöglich über den medizinischen Zustand und die Behandlung sowie die Medikation der Patienten informiert ist. Fort- und Weiterbildungen stärken darüber hinaus die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte.

### Der Pflegereport

Wie steht es um die Pflege? Wer auf diese Frage eine Antwort sucht, greift gerne zum Pflegereport der BARMER GEK. Er gilt als eine umfassende Bestandsaufnahme des Geschehens im Bereich Pflege in Deutschland. Der Report präsentiert Auswertungen der Routinedaten der BARMER GEK, ergänzt um Ergebnisse der amtlichen Statistik. Neben der aktuellen Entwicklung widmen sich die beiden Jahressbände 2010 und 2011 schwerpunktmäßig dem Thema „Demenz und Pflege“. Alle Ausgaben des Pflegereports finden Sie zum Download unter:  
[www.barmer-gek.de/107231](http://www.barmer-gek.de/107231)

Durch eine standardisierte Dokumentation wird der Austausch zwischen Ärzten und Pflegeheim geregelt, die Einführung dieser gemeinsamen standardisierten Dokumentation obliegt dem Pflegeheim. Auch Behandlungsleitlinien können die Versorgung nachhaltig verbessern – zusammen mit einem Krankenhausüberleitungsmanagement helfen sie, den effektiven Informationsaustausch zwischen Heim, Arzt und Krankenhaus sicherzustellen. So können Patienten, die aus der Klinik zurück ins Heim kommen, bestmöglich therapiert werden.

### Leichter elektronisch dokumentieren

Vor etwa zehn Jahren war die „doppelte Buchführung“ nach solchen Besuchen im Pflegeheim noch üblich: Die MFA gab die beim „Hausbesuch“ vom Arzt erhobenen Befunde in den PC ein, einschließlich der eingeleiteten Maßnahmen und neuer Verschreibungen, die der Arzt zuvor handschriftlich festgehalten hatte.

Das geht heute einfacher: Notebooks und Tablet-Computer können mitgenommen werden und erlauben die Datenerfassung vor Ort. Ideal ist es, wenn der Laptop per VPN (Virtual Private Network) direkten Zugriff auf die Praxis-EDV bietet. Ansonsten ist eine Synchronisation der beim Heimbefund erhobenen Daten in das Haussystem erforderlich. Problematisch ist es hier allenfalls, dass für die Schwestern im Pflegeheim auch eine Dokumentation nötig ist und deshalb vieles doppelt eingetragen wird. Hier gibt es Raum für Verbesserungen, die sich viele Beteiligte vom aktuell diskutierten Pflege-Neuaustrichtungsgesetz (PNG) erwarten.

Alle Maßnahmen zielen letztlich auf eine Erhöhung der Lebensqualität der Patienten. Dazu trägt auch der wirtschaftliche Umgang mit Ressourcen einen wichtigen Teil bei, zum Beispiel durch gezielte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie, Optimierung der Heil- und Hilfsmittelversorgung, Reduzierung von Krankenhaus- und Transportkosten sowie unnötigen Doppeluntersuchungen. Wegen des steigenden Eintrittsalters der Heimbewohner wird deren Gesundheitszustand tendenziell schlechter, bereits jetzt

### Als Heimarzt unterwegs

Wenn Dr. Claus Michael Richter Freitag früh um 9.00 Uhr seine wöchentliche Visite im Haus Leonore in Berlin beginnt, kennt er alle seine Patienten: „Guten Morgen Frau Schmidt, was machen die geschwollenen Füße?“ Insgesamt 200 Patienten betreuen er und seine Kollegen von der Gemeinschaftspraxis Kaiserdamm hier im Rahmen des Projekts careplus der AOK Nordost. Dabei begleitet ihn Schwester Bonka. Sie ist so etwas wie seine MFA für diesen Tag, denn er macht seine Visiten fast immer mit ihr. „Wir sind ein Team, und wir wissen, dass wir uns aufeinander verlassen können“, sagt Dr. Richter und Schwester Bonka ergänzt: „Wir haben einen festen Ansprechpartner und eine feste Telefonnummer, die wir bei Fragen wählen können, ohne ewig warten zu müssen. Das erleichtert uns Schwestern die Arbeit erheblich.“

In der Gemeinschaftspraxis selbst arbeiten fünf Ärzte und zwölf weitere Angestellte. Zwei Arztstellen sind ausschließlich für die sechs Pflegeheime mit insgesamt 800 Patienten verplant, die die Praxis betreut. Dazu kommt eine Krankenschwester als ständige telefonische Ansprechpartnerin in der Praxis.

Aus PRO DIALOG



sind 70 Prozent der Heimbewohner in Deutschland zu einem Arztbesuch außerhalb des Pflegeheims nur noch eingeschränkt imstande. Und genau für die muss jetzt schnell eine passende Lösung gefunden werden. ■