

Gut versorgt? Zur medizinischen Situation in Berliner Pflegeheimen

Ergebnisse des 2. Gesundheitsforums der Berliner Landesgesundheitskonferenz



Bessere Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Pflegekräften, mehr qualifiziertes Personal und eine Ausweitung des „Berliner Modells“: Dies sind die zentralen Forderungen, die auf dem zweiten Gesundheitsforum der LGK zur medizinischen Situation in Berliner Pflegeheimen diskutiert wurden.

Dr. Stefan Etgeton, Leiter des Fachbereichs Gesundheit und Ernährung des Verbraucherzentrale Bundesverbandes, begrüßte die über 250 Teilnehmer/innen, die am 15. Juni 2009 zum Austausch in der Urania zusammen gekommen waren. Neben Angehörigen und interessierten Bürger/innen nahmen zahlreiche Akteure aus Politik, Krankenkassen, von Pflegedienst- und Heimleitungen sowie Ärzt/innen verschiedener Fachrichtungen an der Veranstaltung teil. Im Anschluss an einen einführenden Beitrag von Dr. Angelika Prehn diskutierte Senatorin Katrin Lompscher gemeinsam mit weiteren Vertreter/innen aus Wissenschaft, Patientenvertretung und Pflegeheimen gute Ansätze und Probleme der medizinischen Situation in den rund 280 Berliner Pflegeheimen.

Gut kooperiert? Die Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Pflegeheimen

Angelika Prehn stellte eine Umfrage der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin aus dem März 2008 vor, in der die KV niedergelassene Ärzt/innen befragt hatte, wie sich die Versorgungssituation in Pflegeheimen aus deren

Sicht darstellt. Dieser Umfrage war eine Studie der Berliner Senatsverwaltung für Integration und Soziales vorausgegangen, welche die Sicht der Pflegeheime auf die haus- und fachärztliche Versorgung abgefragt hatte. Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung war es, mögliche Problemfelder zu erkennen sowie den Blickwinkel der Haus- und Fachärzt/innen, die die Versorgung in Pflegeheimen übernehmen, der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Der Fragebogen wurde von 392 Ärzt/innen beantwortet, die durchschnittlich etwa 90 Patient/innen betreuen.

Als wichtigste Ergebnisse der Umfrage stellte Angelika Prehn heraus, dass die Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen von den Ärzt/innen an sich als gut bewertet werde, dass allerdings zu wenig Pflegepersonal vorhanden sei. Die Kommunikation mit den Pflegekräften wurde ebenfalls als gut eingestuft, jedoch sei das Personal häufig unterqualifiziert. Besonders treffe dies auf die psychologische Ver-

sorgung und die Versorgung nach Operationen zu. Die Kompetenz der Pflegekräfte wurde von Ärzteseite nur mit der Durchschnittsnote 2,7 bewertet. Häufige Personalwechsel erschwerten zudem eine kontinuierliche, nachhaltige Zusammenarbeit. Je höher die Position der Pflegekräfte sei, desto schlechter funktioniere der Austausch.

Doch auch die Zusammenarbeit der Ärzt/innen untereinander gestaltet sich noch nicht optimal. So berichtete Angelika Prehn, dass nur 39 Prozent der Fachärzte und 25 Prozent der Hausärzte die Kooperation innerhalb der Ärzteschaft als gut bis sehr gut ansehen. Vor diesem Hintergrund plädierte sie für ein umfassendes Pflegekonzept, das eine ärztliche Rundumversorgung einschließt und so Wechsel zwischen der gewohnten Umgebung in der Einrichtung und dem Krankenhaus erspart. Konkret zielte sie darauf, die Idee des Berliner Modells (siehe Kasten) weiter zu entwickeln und für weitere Heime zu eröffnen.

Mängel in der ärztlichen Versorgung

Professorin Vjenka Garms-Homolová, Pflegewissenschaftlerin der Alice Salomon Hochschule Berlin, bewertete die ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen als sehr problematisch. Anhand von Studien zeigte sie auf, dass die ärztliche Versorgung und das therapeutische Angebot in Heimen unzureichend seien. Besonders trifft dies ihr zufolge auf das ergo-, physio-, sprach- und psychotherapeutische Angebot zu. Ebenfalls sei die fachärztliche Versorgung, beispielsweise durch Gynäkolog/innen, Zahnärzt/innen und Orthopäde/innen, für viele Heimbewohner/innen unerreichbar. Präventivmaßnahmen, von denen Hochbetagte gemäß wissenschaftlichen Empfehlungen profitieren, fehlen nach Aussage von Vjenka Garms-Homolová ebenso. Dazu kommt noch, dass bestimmte Heimbewohnergruppen, etwa Personen mit Demenzen, ihr zufolge besonders benachteiligt sind.

Pflegekräfte klagen laut Garms-Homolová, dass sie von Ärzt/innen nicht ernst genommen würden, dass nur selten gemeinsame Visiten

Das „Berliner Projekt“

Die enge Zusammenarbeit von Pflegekräften und Therapeuten mit fest angestellten oder niedergelassenen Ärzten in 38 Berliner Pflegeheimen ist der Kern des „Berliner Projekts – Die Pflege mit dem Plus“. Das Berliner Projekt wird gemeinsam getragen von verschiedenen Krankenkassen, dem Senat, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Berliner Krankenhausgesellschaft. Gemeinsames Ziel ist es, die medizinische Situation durch eine integrierte ärztliche, therapeutische und pflegerische Versorgung qualitativ zu verbessern.

Ausführliche Informationen zum „Berliner Projekt“ finden sich im Artikel „Pflegequalität – Heimärzte sind gefragt“ im Fachstellen-Newsletter 01-09.



und Fallbesprechungen stattfänden und dass die Ärzt/innen häufig untereinander nicht kooperierten. Die mangelnde medizinische Versorgung sei oft auch die Ursache dafür, dass Bemühungen der Pflegekräfte um bessere Pflege vergeblich bleiben. Weiterhin gebe es Beschwerden von Seiten des Pflegepersonals, dass Ärzt/innen auch in Krisensituationen schlecht erreichbar seien, was häufig zu unnötigen Krankenseinweisungen führe. Garms-Homolová's Untersuchung von über 200 alten, multimorbiden Personen, die aus drei Berliner Akutkrankenhäusern entlassen wurden, zeigte, dass in nur drei Monaten knapp die Hälfte der Patient/innen erneut eingewiesen wurden. Jede/r Achte/r der Untersuchten musste gar bis zu neunmal innerhalb eines Quartals stationär behandelt werden.

Als Gründe für die gemeinhin schlechte Beurteilung der fachärztlichen Versorgung nannte Vjenka Garms-Homolová unter anderem fehlende materielle Anreize für die Ärzt/innen, komplizierte Mehrfachmedikationen, fehlende geriatrische Kompetenz der Ärzt/innen, Zeitmangel und strukturelle Probleme. Besondere Strukturprobleme sind Transportschwierigkeiten, ausbleibende Hausbesuche und die ungünstige Lage von Arztpraxen in höheren Stockwerken.

Als positiven Ansatz benannte Garms-Homolová das Berliner Modell. Im Vergleich von ausgewählten Daten des Berliner Modells mit zwei Stichproben von Heimen in Sachsen und in NRW, die nicht über eigene Ärzt/innen verfügen, schnitt das Berliner Modell deutlich besser ab. Beispielsweise betrug der Anteil von Personen, die in den letzten zwei Wochen vor der Erhebung nicht ärztlich untersucht wurden, im Berliner Modell 7,8 Prozent, in der NRW-Stichprobe jedoch 61 Prozent.

Um eine flächendeckende Qualität der medizinischen Versorgung in den Einrichtungen sicherzustellen, forderte Garms-Homolová eine eindeutige politische Entscheidung. Auf dieser Grundlage könnten dann verschiedene Einzelmaßnahmen umgesetzt werden. So sollte der im Berliner Modell erprobte Ansatz umfassend implementiert werden, vermehrte Motivations- und Qualifizierungsangebote für Ärzt/innen geschaffen werden, kooperative Versorgungspfade mit Krankenhäusern etabliert und die multidisziplinäre Zusammenarbeit von

Pflege, Ärzteschaft und Therapie erlernt und erprobt werden.

Ärzt/innen und Pflegekräfte sitzen in einem Boot

Elimar Brandt, Lenkungsausschussvorsitzender des Berliner Projekts und Vorstandsvorsitzender der Immanuel Diakonie Group, bemerkte, dass Angelika Prehn mit der Distanz von Ärzt/innen und Pflegekräften bereits ein zentrales Problem aufgezeigt habe. Das Besondere am Berliner Projekt sei die Überwindung dieser Distanz, indem ärztliche und pflegerische Versorgung eng verknüpft werden. Beide Bereiche sitzen laut Brandt in einem Boot und haben gemeinsam Sorge für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu tragen. Zu diesem Zweck müssten gegebenenfalls auch einmal die engen Grenzen bürokratischer Regelung überschritten werden.

Angelika Prehn's These, wonach viele Pflegekräfte unterqualifiziert seien, hielt er entgegen, dass in den ihm bekannten Häusern mindestens 50 Prozent der Pfleger/innen ausgebildetes Fachpersonal seien. Während Angelika Prehn behauptet hatte, dass das Pflegepersonal zu oft und aus nicht nachvollziehbaren Gründen Ärzt/innen ins Heim rufe, verwies Elimar Brandt auf die Eigenmächtigkeit der Ärzt/innen. Diese setzten ohne Absprache mit der Pflege ihre Visitermine in den Heimen fest, weshalb die Pfleger/innen sich im Bedarfsfall selbst darum bemühten, die jeweils benötigten Ärzt/innen anzufordern. Von zentraler Bedeutung sei es, eine Ärztin oder einen Arzt vor Ort im Heim zu haben, am besten als Angestellte/n des Hauses, und hierüber eine enge Kooperation mit der Pflegekraft zu etablieren. Im Optimalfall, so Brandt, sollte jede Station im Heim über mindestens einen geriatrisch ausgebildeten Arzt verfügen. Zudem müsste Elimar Brandt zufolge die Palliativversorgung in den Heimen wesentlich gestärkt werden, da immer mehr Menschen in den Betreuungseinrichtungen sterben.

Die medizinische Versorgung in Pflegeheimen als vorrangiges Thema der Gesundheitspolitik

Gesundheitsministerin Katrin Lompscher unterstrich zu Beginn ihre Statements, dass der Senat die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen als vorrangiges gesundheitspolitisches Thema ansehe. Das Modell des Berliner Projekts habe mittlerweile durch die Bundesregierung auch eine gesetzliche Grundlage bekommen. Auf dem gesetzgeberischen Weg seien daher im Moment alle Mittel ausgeschöpft, das Land könne die Gesetzeslage nicht durch eigene Erlasse verbessern. Die

wesentlichen Probleme der ärztlichen und pflegerischen Versorgung im Heim seien auch bereits seit den 1990er Jahren bekannt. Eine Weiterentwicklung des Berliner Projekts und damit eine Verbesserung der Versorgung scheitere an der noch ausstehenden Einigung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenhäusern und der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Katrin Lompscher betonte, dass die Versorgungsqualität nicht an der ärztlichen Zufriedenheit, sondern an der Gesundheit der Heimbewohner/innen gemessen werden sollte. Andererseits könne die medizinische Situation nur in Zusammenarbeit mit den Ärzt/innen verbessert werden. Vor diesem Hintergrund hat der Senat die Umfrage der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Ergebnissen der Befra-



gung der Senatsverwaltung für Integration und Soziales aus dem Jahr 2005 verglichen. Die Aussagen in den beiden Umfragen, gerade hinsichtlich der organisatorischen Probleme und der fachärztlichen Versorgung, glichen sich in weiten Teilen.

Bisher wird nach Ansicht von Katrin Lompscher in der Diskussion über die Verbesserung der Situation in den Heimen zu viel über die Hürden und zu wenig über die Gemeinsamkeiten der Beteiligten gesprochen. Lompscher zufolge wird sich der Senat darum bemühen, die integrativen Potentiale des Themas zu aktivieren und auch die großen Krankenkassen in das gemeinsame Projekt einer guten Versorgung aller Heimbewohner/innen einzubinden. Um die medizinische Situation in den Heimen nachhaltig zu verbessern, wurde im Frühjahr 2009 eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Senatsverwaltungen für Gesundheit und Soziales einberufen, in der die zentralen Akteure des Handlungsfeldes mitarbeiten.

Den Beschwerden von Heimbewohner/innen und Angehörigen Gehör verschaffen

„Aktive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegediensten, aus dem Landespflegerat und von Angehörigenverbänden beklagen mit großem Nachdruck die oft unzureichende medizinische Versorgung alter Menschen in



Finanzfragen gehe. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen schieben sich ihrer Ansicht nach gegenseitig die Verantwortung zu und verhindern so eine problemorientierte Einigung. Karin Stötzner zeigte sich trotz dieser erfahrungsgesättigten Skepsis hoffnungsfroh, dass die von Katrin Lompscher vorgestellte Arbeitsgruppe der Senatsverwaltung konstruktiv wirken könne, um den Heimbewohner/innen zukünftig eine angemessene Versorgung zu ermöglichen. Zugleich rief sie Nutzer/innen und deren Angehörige auf, für ihre Interessen offensiv einzutreten. Um Beschwerden zu sammeln und gebündelt mit den Verantwortlichen zu klären, schlug sie die Einrichtung einer zentralen Meldestelle für Versorgungsprobleme vor.

Gemeinsam die Versorgung verbessern

Die zahlreichen Nachfragen und Diskussionsbeiträge aus dem Publikum verdeutlichten, wie vielschichtig und brisant sich das Thema gestaltet. Pflegeheimleiter berichteten beispielsweise von ihren Schwierigkeiten, bestimmte Fachärzt/innen in ihre Einrichtungen zu holen. Die Lage sei nach ihren Erfahrungen, gerade bei Hautärzt/innen, teilweise aussichtslos. Einige Angehörige berichteten von groben Mängeln in der pflegerischen Versorgung. Die vorgetragene Liste reichte von fehlenden Gesprächsmöglichkeiten der Heimbewohner/innen über völlig unangemessene Bekleidung bis hin zur Austrocknung durch ungenügende Versorgung mit Flüssigkeit. Katrin Lompscher verwies an dieser Stelle auf die Möglichkeit, Beschwerden über einzelne

Heime an die Heimaufsicht zu richten. Die Heimaufsicht ist beim Landesamt für Gesundheit und Soziales angesiedelt und hat die Aufgabe, auf Eingaben hin den ordnungsgemäßen Betrieb einer Einrichtung zu überprüfen.

Einigkeit herrschte im Kleist-Saal der Urania darüber, dass das Berliner Modell oder ähnliche Projekte in die Regelversorgung übernommen werden müssten. Der § 119 b des Sozialgesetzbuches V, der die Einbindung von Heim-



ärzt/innen erleichtern soll, bietet dafür eine gesetzliche Grundlage. In der Diskussion wurde jedoch vielfach bemängelt, dass sich die praktische Umsetzung des Paragraphen schwierig bis unmöglich gestaltet. Auch zeigen sich offenbar noch immer nicht alle Krankenkassen bereit, sich an Projekten zur Verbesserung der Versorgung zu beteiligen. Trotz dieser widrigen Rahmenbedingungen und der zunehmenden Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen äußerten alle Beteiligten ihr Interesse an einer verbesserten Versorgung. Die gemeinsame Arbeitsgruppe des Senats soll hier zu konkreten Verbesserungen führen.

Stefan Weigand

Vorbildliche Praxis 2009: Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen

Bis zum 9. November 2009 können sich Angebote und Projekte noch um den mit 1.000 Euro dotierten Preis bewerben

Soziale Benachteiligung und damit zusammenhängende schlechtere Gesundheitschancen setzen sich über die Lebensspanne bis ins Alter fort. Kommen Ausgrenzung und Einsamkeit hinzu, sind ältere Menschen mit gesundheitsförderlichen Angeboten besonders schwer zu erreichen. Erfolgreiche Gesundheitsförderung ist hier eine große Herausforderung.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wird deshalb der Preis des BKK Bun-

desverbandes „Vorbildliche Praxis 2009: Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen“ ausgeschrieben. Der Wettbewerb soll dazu beitragen, erfolgreiche Angebote und Projekte bekannter zu machen. Für die drei Gewinner stellt der BKK Bundesverband jeweils ein Preisgeld in Höhe von 1.000 Euro zur Verfügung.

Die Preisträger werden auf der Eröffnungsveranstaltung des 15. Kongress Armut und Ge-

sundheit am 4. Dezember 2009 in Berlin bekannt gegeben. Der Kongress ist mit 1.800 Teilnehmenden die größte Public-Health Veranstaltung in Deutschland.

Grundlage für die Auswahl sind die Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes.

Mehr über die Good Practice-Kriterien erfahren Sie unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice

Füllen Sie einfach bis zum 9. November den online-Fragebogen unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de aus oder fordern Sie die Unterlagen in der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes an.

Kontakt für weitere Informationen:
Marco Ziesemer, Friedrichstr. 231, 10969 Berlin
Tel.: 030 – 44 31 90 81, Fax: 030 – 44 31 90 63
ziesemer@gesundheitberlin.de,
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de