



den. Eine Auflistung der wichtigsten Strukturen, die Mitte der 90er Jahre und in jüngster Vergangenheit entstanden sind, zeigt beispielhaft eine zusammenhängende und umfassende ambulante Notfallversorgung auf. Hieraus wird auch das vielfältige Angebot für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ersichtlich. Dieses reicht von Beratungs- und Schulungsangeboten bei verschiedenen Krankheitsbildern oder behandlungs- und grundpflegerischen Leistungen bis zu Unterstützungsleistungen, in neuen Pflegesituationen ein bedarfsgerechtes Angebot heraus zu suchen. Hierzu gehören u.a.:

- 1996 - die Verbände der freien Wohlfahrtspflege bieten seit dem 1.1.1997 den Münchener-Pflegenotruf an, um den gesetzlichen Anforderungen nach §75 SGB XI nachzukommen (Protokoll Arge vom 19.11. 96, Top 5).
- 1997 - Pflegetelefon der Laimer Wohlfahrtsverbände und Klientenbörse der ÖAG Giesing, Harlaching (Beschluss des Sozialhilfeausschusses vom 03.07.1997)
- 2001 - Pflegeplatzbörse im Internet seit 1.8.2001 unter der Leitung des Sozialreferates (Beschluss des Sozialhilfeausschusses vom 31.1.2001)
- 2001 - Pflegeinformationszentrum am Krankenhaus München-Neuperlach - PIN (Beschluss des Gesundheits- und Krankenhausausschusses vom 15.2.2001)
- 2002 – Einrichtung der ersten Leitstellen häusliche Versorgung beim ASD oder in einem Sozialbürgerhaus (Beschluss des Sozialhilfeausschusses vom 29.11.2001)
- 2002 – Einrichtung von 6 Stellen für Angehörigenarbeit und psychosozialer Beratung im Netzwerk ambulanter Pflege bei Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege (Beschluss des Sozialhilfeausschusses vom 29.11.2001)
- 2002 – Zentrum für Weiterversorgung mit Pflegenotruf Telefon im Krankenhaus München-Schwabing
- 2002 – Pflegeberatungszentrum im Krankenhaus München-Bogenhausen - Pflegepartner KMB
- 2003 – Einrichtung von 4 Fachstellen Pflege-Case-Management an den städtischen Krankenhäusern München-Bogenhausen, München-Harlaching, München-Neuperlach und München-Schwabing (Beschluss des Gesundheits- und Krankenhausausschusses vom 21.11.2002)

### **1.1 Pflegeruf**

Mit Beschlussfassung über das "Gesamtkonzept der Versorgung alter Menschen" 1995 wurde das Sozialreferat beauftragt, "das Konzept für den Aufbau eines Telefondienstes zu erarbeiten, darin die Trägerschaft und die Finanzierung darzustellen und dem Stadtrat zur Billigung vorzulegen". Am 15.05.1997 wurde vom Stadtrat das "Rahmenkonzept zum Aufbau eines Telefondienstes zur Vermittlung von Pflege- und Hilfsleistungen" beschlossen. Das Konzept Pflegeruf - Kooperationsprojekt vor Ort sah vor, dass in den geplanten Sozialregionen jeweils eine gemeinsame Telefonnummer dazu dient, Auskunft über die in der Region tätigen ambulanten Pflege- und Hilfsdienste zu geben und ggf. die notwendigen Hilfen für den Einzelfall zu koordinieren. Nach Auffassung der Leistungsanbieter (Wohlfahrtsverbände und private Träger von ambulanten Diensten) besteht hierfür kein Bedarf. Die Begründung hierfür war, dass durch das Pflegeversicherungsgesetz die Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies, dass die Pflegekassen über in Frage kommende Pflegedienste informieren. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen nach § 72 Abs. 5 SGB XI eine Bera-

tung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Zudem stehen für den Personenkreis, der nicht unter das Pflegeversicherungsgesetz fällt, Beratungsstellen (z. B. Psychosoziale Fachberatung und Hilfenvermittlung der Abt. Altenhilfe des Sozialreferates, die Außenstellen des Allgemeinen Sozialdienstes und die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände) zur Verfügung. Das Sozialreferat konnte deshalb diese Planung nicht mehr weiter verfolgen (vgl. Gesamtkonzept der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen in München: Bericht über die Umsetzung und Fortschreibung, Beschluss des Sozialausschusses vom 18.07.2000).

### **1.2. Münchner-Pflegenotruf**

Der Münchner-Pflegenotruf nach SGB XI, der seit dem 01.01.1997 unter der Einsatzleitung des Bayerischen Roten Kreuzes besteht, hat sich etabliert. Mittlerweile haben sich 31 Sozialstationen angeschlossen, die Patientinnen und Patienten im Notfall versorgen können.

Der Münchner-Pflegenotruf gewährleistet die Sicherstellung der Qualitätskriterien des Pflegeversicherungsgesetzes, wonach eine persönliche Erreichbarkeit und Einsatzfähigkeit jeder Pflegeeinrichtung für ihre Patientinnen und Patienten gewährleistet sein muss. Diese Pflicht bezieht sich allerdings ausschließlich auf Patientinnen und Patienten, die nach SGB XI in eine Pflegestufe eingestuft sind. Die pflegerische Notfallversorgung aller Münchner Bürgerinnen und Bürger kann dadurch nicht gewährleistet werden. Der Krankenpflege-Notfalldienst nach SGB V kann nur als freiwillige und zusätzliche Leistung erbracht werden oder muss privat von dem Betroffenen gezahlt werden. Die Krankenkassen sehen auch nach nochmaliger Anfrage keine Finanzierungsmöglichkeit.

### **1.3 Pflegenotdienst**

Ein Pflegenotdienst wird von diversen ambulanten Pflegediensten in München angeboten. Ausschlaggebend für die Einrichtung eines Pflegenotdienstes rund um die Uhr war die Situation, dass Notrufe von Patienten bei der Feuerwehr eingingen, die keiner Krankenhausweisung bedürfen. Diese Leistung kann derzeit von den Pflegediensten nicht mehr als abrechenbare Leistung angeboten werden. Die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V sowie das Pflegeversicherungsgesetz sehen diese Leistung nicht vor. Hier schließt sich ein weiteres Problem an. Häusliche Krankenpflege kann aufgrund des Leistungsrechtes ausschließlich auf ärztliche Verordnung erfolgen. Ein Pflegedienst benötigt nach einem eingegangenen Notruf eine Verordnung vom jeweiligen Hausarzt.

Ein weiterer Aspekt ist die evtl. Überleitung der Patientinnen und Patienten von der Notfall- in die Regelversorgung. Diese Übernahme ist ein sehr komplexer und kostenintensiver Aufgabenbereich. Keine der dem Münchner-Pflegenotruf angeschlossenen Hilfsorganisationen verfügt über ein flächendeckendes Netz an Sozialstationen, so dass auch keine Übernahmegarantie von Notfallpatienten in die Regelversorgung gegeben werden kann. Die Krankenkassen sehen für diesen Aufwand generell keine Kostenerstattung vor. Ein übergreifendes Konzept im Hinblick auf die pflegerische Erst- und Weiterversorgung ist wegen der hohen Vorhaltekosten, der fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten nach SGB V und der vorhandenen dezentralen Strukturen nicht realisierbar. Arztpraxen und ambulante Pflegedienste leisten an den Wochenenden, nachts und in Urlaubszeiten erweiterte Dienste. Ebenso ist es gängige Praxis, dass ambulante private Dienste mit Hausärzten Kooperationsvereinbarungen für Einsätze rund um die Uhr getroffen haben.

## 2. Notfallpflege

Laut Antrag 1339 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN vom 29.07.93 sollte das Gesundheitsreferat in enger Kooperation mit der AOK München, den Ersatzkassen, dem Sozialen Dienst und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ein Modell für eine krankenhausersetzende medizinische Hauskrankenpflege erarbeiten. Der Antrag wurde mit Beschluss Gesamtkonzept der Versorgung alter Menschen vom 20.07.1995 aufgegriffen. Im Beschluss Gesundheit 2000 – Kommunikation der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen des Gesundheits- und Krankenhausausschusses vom 12. Juni 1997 wurde die Entwicklung des Konzepts Notfallpflege zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen in Zusammenarbeit mit dem Sozialreferat und mit dem Kreisverwaltungsreferat beschlossen.

Die Ausgangsüberlegung, eine Notfallpflege einzurichten, begründet sich dadurch, dass durch den Ausfall der Pflegeperson, häusliche Krisen oder leichtere Erkrankungen Pflegenotfälle entstehen können, d.h. hilfsbedürftige Personen benötigen aufgrund einer akuten Problemkonstellation pflegerische Hilfe. Um im Pflegenotfall die Versorgung sicherzustellen, werden Patientinnen und Patienten vom Rettungsdienst oder vom ärztlichen Notdienst in ein Krankenhaus eingewiesen, auch wenn kein akutstationärer Behandlungsbedarf besteht, da anderweitig geeignete Versorgungsmöglichkeiten nicht zur Verfügung stehen bzw. nicht kurzfristig abgerufen werden können.

Das RGU hat das Thema Notfallpflege bereits von 1995 an ausführlich behandelt. Auf Empfehlung des Arbeitskreises Versorgungskette des Gesundheitsbeirates von Dezember 1995 gründete sich 1996 ein Arbeitskreis mit Vertreterinnen und Vertretern des RGU's, des Sozialreferates und des Kreisverwaltungsreferates, der städtischen Krankenhäuser, der Wohlfahrtsverbände, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der örtlichen Krankenkassen zu Fragen der Notfallpflege/Kurzzeitpflege. Das RGU übernahm die koordinierende Funktion. Ziel war es, Krankenhauseinweisungen bei akutmedizinisch nicht behandlungsbedürftigen Pflegenotfällen zu vermeiden. Hierzu sollte für bestimmte Fallgruppen (Anlage 3) eine geeignete Versorgungsalternative im Notfall geschaffen werden. In der weiteren Bearbeitung ergab sich, dass ein Notfallpflegedienst wegen der hohen Bereitstellungskosten nicht rentabel geführt werden kann. Die Zahl der alternativ versorgbaren Patientinnen und Patienten ist zu gering, da die Problemlagen, die zur Notaufnahme ins Krankenhaus führen, komplex sind. Die erforderliche differenzierte Diagnostik kann nur im Krankenhaus geleistet werden. Hierbei werden nicht bekannte Krankheitsursachen aufgedeckt, die zum Notfall geführt haben. Als Fazit ergab sich, dass die Notfallpflege zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen nur möglich ist, wenn gleichzeitig auch die ärztliche Versorgung gewährleistet ist. Als Lösung für die pflegerische Notfallversorgung wurde die Einrichtung von Pflegenotrufen aufgezeigt. Drei Münchner Hilfsorganisationen - der Arbeiter-Samariater-Bund e.V., Bayerisches Rotes Kreuz und Johanniter-Unfall-Hilfe e.V - haben sich zusammengeschlossen und gemeinsam einen Pflegenotruf organisiert (Anlage 4).

Die Entwicklung des Konzeptes Notfallpflege nach o.g. Stadtratsbeschluss wurde ebenfalls vom Arbeitskreis verfolgt. Im Jahr 1997 wurde durch die Mitglieder des Arbeitskreises aufbauend auf den Münchner-Pflegenotruf ein Pilotprojekt Notfallpflegedienst für München entworfen. Das Pilotprojekt wurde vor allem für den Personenkreis der Pflegebedürftigen nach Pflegeversicherungsgesetz konzipiert. Die Umsetzung scheiterte an der Finanzierung. Die Krankenkassen hielten eine fallbezogene ebenso wie eine pauschale Finanzierung durch Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung nicht für durchführbar (Protokoll Arbeitskreis Notfallpflege vom 21.07.1997, Top 2). Diese Aussage halten die örtlichen Kranken- und Pflegekassen auch heute noch aufrecht.

### 3. häusliche Krankenpflege

In den o.g. Anträgen wird eine pflegerische Versorgung im Notfall gefordert. Dadurch soll der Verbleib in der häuslichen Umgebung bei Pflegebedürftigkeit auch im Notfall sichergestellt werden. Als Zielgruppe für den pflegerischen Notfalldienst kommen vorwiegend alte und alleinstehende Menschen in betracht, die durch ein akutes Ereignis für unbestimmte Dauer pflegerische Versorgung benötigen. Bei dieser Zielgruppe werden zur Zielerreichung überwiegend Leistungen zur häuslichen Pflege nach SGB XI benötigt. Die Leistungen zur häuslichen Krankenpflege nach SGB V – überwiegend Behandlungspflege - dienen zur Sicherung des ärztlichen Behandlungszieles oder tragen zu einer Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes bei. Diese Leistungen könnten ggf. zusätzlich benötigt werden. Eine überwiegende Versorgung mit Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V, wodurch eine Krankenhauseinweisung vermieden werden kann, ist bei einem neu eingetretenen Notfall kaum vorstellbar. Die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst nach SGB V setzt die Verordnung der entsprechenden Leistung durch den Hausarzt voraus. Wenn ein Mensch akut, ohne voran gegangene Interventionen eine Leistung im Rahmen von §37 SGB V benötigt, bedarf diese einer ärztlichen Diagnostik. Im Falle einer akuten Notsituation, vor allem bei Risikogruppen wie alte, hochbetagte oder alleine lebende Menschen ist zum Wohle des Betroffenen eine diagnostische Abklärung der Indikation zwingend notwendig. Diese wird jeder gewissenhafte ärztliche Notdienst aufgrund der nicht abwägbaren Risiken der genannten Zielgruppen und der vermutlichen Unkenntnis über den akut Kranken durch ein Krankenhaus anraten. Gerade nachts oder am Wochenende werden die Betroffenen selten von dem eigenen Hausarzt versorgt.

Zu den Leistungen gemäß Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege, bei denen es denkbar wäre, dass diese im Notfall benötigt werden könnten, z.B. Dauerkathetereinlage, Blutzuckermessungen, kann i.d.R. davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen bereits durch einen Pflegedienst versorgt werden. Wenn zu der besagten Zeit – außerhalb der Praxisöffnungszeiten – ein Patient eine der Leistungen häusliche Krankenpflege als Notfallleistung benötigt, liegt bereits eine Verordnung von dem Hausarzt vor und die Durchführung der Pflegeintervention stellt i.d.R. kein Problem dar. Dieser Patient wird unabhängig von der Tageszeit oder dem Wochentag den Hausarzt verständigen oder falls eine Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst stattfindet, wird die bekannte Pflegekraft zur Hilfe gerufen. Sollten beide Ansprechpartner nicht zu erreichen sein, können Betroffene sich an den Zentralruf Münchner Pflegedienste e.V. (Tel.: 4483 111) oder an den Münchner Pflegenotruf wenden.

Leistungen die im Notfall benötigt werden könnten, um den Verbleib in der Häuslichkeit zu sichern, wie Sauerstoffabgaben oder Tag- und/oder Nachtwache, gehören nicht zum Leistungskatalog häusliche Krankenpflege nach SGB V. Dieses sind Leistungen der Pflegeversicherung.

Beide Anträge beabsichtigen den Verbleib in der häuslichen Umgebung bei Pflegebedürftigkeit sicherzustellen, wenn Probleme mit der Pflege oder dem Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen auftreten und Angehörige überfordert sind. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Aufgaben, die den Leistungen nach SGB XI zugeordnet werden können. Es kann davon ausgegangen werden, dass Patientinnen und Patienten, die bereits im Sinne des SGB XI pflegebedürftig und vom MDK in eine Pflegestufe eingestuft sind, von einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Alleinstehende, vor allem alte und hochbetagte Betroffene, die nicht die Kriterien der Pflegebedürftigkeit erfüllen und neu in eine pflegeri-

sche Notfallsituation kommen, ist zur Risikominimierung eine stationär pflegerische und medizinische Abklärung anzuraten. Von dort aus kann dann auch innerhalb kürzester Zeit eine bedarfsgerechte häusliche Versorgung organisiert werden.

#### **4. häusliche pflegerische Versorgung**

Aus heutiger Sicht besteht kein Defizit bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten, da diese dezentral gut versorgt werden. Die fachgerechte Notfallpflege für bisher nicht bekannte Patientinnen und Patienten erfolgt in München von Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten, die sich auf freiwilliger Basis zusammengeschlossen haben und rund um die Uhr abrufbar sind. Die anfallenden Regiekosten der Ärzte werden nach Auskunft der Hausärztekreise im AK Versorgungskette von den Krankenkassen nicht übernommen. Zusätzlich bestehen Kooperationsprojekte, in denen sich trägerübergreifend Dienste und Einrichtungen zusammengeschlossen haben, um die Informationen über die einzelnen Dienste und um deren telefonische Erreichbarkeit zu verbessern. Außerdem werden die notwendigen Hilfen für den jeweiligen Einzelfall in gegenseitiger Absprache koordiniert. Als Beispiel kann hier die Klientenbörse in Giesing/Harlaching genannt werden, die zudem seit 1995 auch eine Pflegeplatzbörse vorhält.

Vielfach wurde öffentlich diskutiert, dass es zwar eine flächendeckende aber keine bedarfsgerechte Versorgung in München gibt. Mit Einrichtung der Fachstellen häusliche Versorgung entsteht ein weiterer Baustein zur bedarfsgerechten Versorgung. Die geplante personelle Besetzung der Fachstellen durch Fachkräfte aus dem Sozial- und Pflegebereich zeigt, dass die Gewährleistung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung auch im Notfall eine große Bedeutung hat. Eine umfassende Versorgung auch am Wochenende oder Nachts kann durch diese Optimierung der vorhandenen regionalen Strukturen erreicht werden. Die Anbindung der Fachstellen in die regionalen Versorgungsnetzwerke bestehend aus ambulanten Pflegediensten, Krankenhaus, ASD, Regsam und Hausärztenetzen macht eine Notfallpflege überflüssig. Die bereits vorhandenen Koordinierungsstrukturen können genutzt werden, so dass ein 24 Stunden Service an 7 Tagen die Woche sowie eine sofortige Hilfe gewährleistet ist. Für Menschen, die durch ein unvorhergesehenes Ereignis pflegebedürftig werden, können durch die sofortige Kontaktaufnahme mit der Fachstelle häusliche Versorgung die entsprechenden Hilfen organisiert werden.

Die Einrichtung einer Notfallpflege würde in der Sozialregion Münchens zu einer Doppelstruktur führen, die zusätzliche Kosten verursacht. Die Verbesserung der pflegerischen Versorgung im nichtmedizinischen Notfall ist ein wesentlicher Faktor, der bei der Einrichtung der Fachstellen mit berücksichtigt wird.

Zur weiteren Verbesserung der häuslichen Versorgungssituation nach einem Krankenhausaufenthalt richten die städtischen Krankenhäuser derzeit sektorenübergreifende Fachstellen Pflege-Case-Management ein. Hierdurch sollen die Aktivitäten im Rahmen der Weiterversorgungsplanung zu einem Prozess zusammengeführt und optimal koordiniert werden, damit die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten sowie deren Familien auch zu Hause sichergestellt ist. Da diese Fachstellen eine sektorenübergreifende Funktion haben, sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch nach der Krankenhauserlassung weiter Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten. Durch die neue Form der Patientenbegleitung in der nachstationären Versorgung werden zum einen Versorgungslücken geschlossen, zum anderen kann den Betroffenen dadurch die Sicherheit vermittelt werden, im

akuten Notfall nicht alleine zu sein, sondern zuverlässige Hilfe von einem bekannten Ansprechpartner zu bekommen.

Eine weiterreichende ambulante Betreuung im Regel- oder Notfall durch Pflegekräfte aus den Krankenhäusern ist aufgrund der sektoralen Finanzierung und der fehlenden Flexibilität der Kostenträger für Modellprojekte nicht möglich. Auch lässt die Personalkapazität momentan eine Ausweitung der Pflegeleistung in den ambulanten Bereich nicht zu. Trotzdem bieten gerade die städtischen Krankenhäuser hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen Unterstützung in o.g. Form an, um die vielschichtigen Probleme in der häuslichen Versorgung zu minimieren.

Die Beschlussvorlage ist mit den Pflegedirektionen der städtischen Krankenhäuser München Bogenhausen, Harlaching, Neuperlach und Schwabing abgestimmt.

Die Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Stadträtin Dr. Anker, hat einen Abdruck der Vorlage erhalten.

## **II. Antrag des Referenten**

1. Da die ambulante pflegerische Versorgung in München gesichert ist, besteht keine Notwendigkeit, einen zusätzlichen Dienst aufzubauen.
2. Der Antrag Nr. 96-02 / A 02779 von Frau StRin Elisabeth Schosser und Frau StRin Eva Maria Caim vom 11.04.2001 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
3. Die Empfehlung Nr. 116 der Bürgerversammlung des 19. Stadtbezirkes Bezirksteil Thalkirchen-Solln vom 06.12.2001 ist damit satzungsgemäß erledigt.

## **III. Beschluss**

nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der/Die Vorsitzende

Der Referent

Ober/Bürgermeister/in

Joachim Lorenz  
Berufsmäßiger Stadtrat

## **IV. Abdruck von I mit III.**

an die/den Vorsitzende/n und die Fraktionssprecher/innen  
des Bezirksausschusses 19 Thalkirchen-Obersendling-Forstenried-

Fürstenried-Solln (5fach)

z. K.

- V. Abdruck von I mit IV.  
über den stenographischen Sitzungsdienst  
an das Revisionsamt  
an die Stadtkämmerei  
an das Direktorium - Dokumentationsstelle  
an das Direktorium – D-HA II/V 2 – G III, Az. 022/53-419 E-01/116 (3fach)  
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-K  
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-GLS-SB  
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-GB  
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-KMB  
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-KMH  
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-KMN  
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-KMS  
an den Bezirksausschuss 19

- VI. Wv Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-K