

**Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung
wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen**

(Stand 01.01.2011)

Präambel

Wohnungslose Menschen sind aufgrund ihrer Lebensbedingungen in besonderer Weise gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Studien haben einerseits die besonders hohen gesundheitlichen Belastungen wohnungsloser Menschen dargelegt, andererseits zeigen können, dass die Lebensumstände, fehlendes Krankheitsbewusstsein und hohe Zugangsbarrieren die Versorgung behandlungsbedürftiger wohnungsloser Menschen im Regelsystem oftmals verhindern.

Für wohnungslose Menschen in NRW sollen mit diesem Umsetzungskonzept die Voraussetzungen für die medizinische Versorgung insbesondere dadurch verbessert werden, dass mobile Dienste in den großen Städten Nordrhein-Westfalens und in den Kreisen mit vergleichbarer Problemlage aufsuchende medizinische Hilfen leisten und somit eine Reintegration dieser Personengruppe in das System der gesundheitlichen Regelversorgung vorbereiten.

Ziel des Umsetzungskonzeptes ist es, eine medizinische Erstversorgung gesundheitlich behandlungsbedürftiger und nicht anderweitig medizinisch versorgter wohnungsloser Menschen zu erreichen. Hierzu sollen so genannte Mobile Dienste für festgelegte Versorgungsregionen in NRW eingerichtet werden.

§ 1 Zielgruppe

Das Angebot der Mobilen Dienste richtet sich an Menschen, die gesundheitlich behandlungsbedürftig sind und nicht anderweitig medizinisch versorgt werden und wohnungslos sind.

Wohnungslos im Sinne dieses Umsetzungskonzeptes ist, wer in besonderen sozialen Schwierigkeiten lebt, die nicht aus eigener Kraft bewältigt werden können, und in der Regel nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügt (wohnungslose Menschen).

§ 2 Aufgaben der Mobilen Dienste

- (1) Mobile Dienste haben die Aufgabe, wohnungslose Menschen dort aufzusuchen, wo sie sich aufhalten, Kontakt herzustellen und eine medizinische Erstversorgung zu leisten. Ein wesentlicher Arbeitsauftrag ist darüber hinaus die Vermittlung in die medizinische Regelversorgung (Reintegration), wo immer dies möglich ist.
- (2) Mobile Dienste müssen die Effizianzorderungen gem. § 5 Abs. 4 dieser Vereinbarung erfüllen.

§ 3 Rahmenbedingungen

- (1) Mobile Dienste übernehmen eine Versorgungsregion in Städten mit mind. 100.000 Einwohnern und in Kreisen, wenn diese eine vergleichbare Problemlage aufweisen.
- (2) Für die Festlegung der Versorgungsregionen bildet das „Mengengerüst für die Ermittlung der Finanzierungspauschalen der Mobilen Dienste“ (Anlage 1) den Orientierungsrahmen. In Abhängigkeit von regionalen Gegebenheiten werden sich Verbundlösungen auf freiwilliger Basis zwischen zwei oder mehr Gebietskörperschaften anbieten.

- (3) Die Versorgungsregionen sollen in der Regel hinsichtlich der Größe so definiert sein, dass die Zielgröße von mindestens 110 Pauschalen je Quartal und Teammitglied (Vollzeitäquivalent) zur Abrechnung kommt. In begründeten Einzelfällen ist eine Unterschreitung der Zielgröße möglich. Dabei sollte eine Mindestgröße von 50 Pauschalen nicht unterschritten werden. Außerdem muss sichergestellt sein, dass die Effizienzanforderungen gem. § 5 Abs. 4 erfüllt sind.
- (4) Ein nach § 4 finanzierter Mobiler Dienst wird nur in den Versorgungsregionen eingerichtet, in denen die Städte und Landkreise dieser Versorgungsregion an diesem Umsetzungskonzept teilnehmen.

§ 4 Finanzierung

- (1) Die durch dieses Umsetzungskonzept entstehenden Kosten werden gemeinsam von den Gesetzlichen Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein einerseits und den an dieser Vereinbarung teilnehmenden Städten und Landkreisen andererseits finanziert. Mit dieser Pauschalfinanzierung werden alle ärztlichen und pflegerischen Leistungen der Mobilien Dienste abgedeckt.
- (2) Nehmen alle nach Anlage 1 in Betracht kommenden Städte und Landkreise an diesem Umsetzungskonzept teil, steht zu dessen Finanzierung ein Gesamtvolumen von 1.500.292 EUR im Jahr zur Verfügung. Dieser Betrag ist das Produkt aus der Zahl der nach Anlage 1 dieses Umsetzungskonzeptes zu versorgenden wohnungslosen Menschen in den hierin aufgeführten Versorgungsregionen in NRW und einer Pauschale von 157 EUR je Quartal. Für die jeweilige Versorgungsregion wird demnach maximal ein Betrag in Höhe der nach Anlage 1 für diese Versorgungsregion ausgewiesenen Zahl der Pauschalen je Quartal (multipliziert mit 157 EUR) zur Verfügung gestellt, soweit keine Ausnahme im Sinne des Absatzes 4 Satz 2 vorliegt.
- (3) Die teilnehmenden Städte und Landkreise sowie die Gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe (Finanzierungspartner) tragen die Behandlungspauschale von 157 EUR –

maximal für 2.389 Fälle von Wohnungslosen – nach folgendem Aufteilungsschlüssel:

- Ein Finanzierungsanteil von 40 EUR wird von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen aus der Gesamtvergütung,
- der verbleibende Finanzierungsanteil von 117 EUR
 - zu je einem Viertel (29,25 EUR) von den GKV- und KV-Finanzierungspartnern und
 - zur Hälfte (58,50 EUR) von den teilnehmenden Städten und Landkreisen übernommen.

Der Finanzierungsanteil der Städte und Landkreise kann auch ganz oder teilweise durch Personalgestellung oder verpflichtende Einbindung ehrenamtlich tätiger Fachärztinnen und Fachärzte erbracht werden. Davon unberührt bleiben die Finanzierungsanteile der GKV und der KV. Einzelheiten regelt der Vertrag nach Abs. 6.

- (4) Nehmen nicht alle Kommunen an diesem Umsetzungskonzept teil, reduziert sich das Finanzierungsvolumen nach Abs. 2 i. V. m. Abs. 3 entsprechend der nach Anlage 1 für diese Region angenommenen Anzahl der Behandlungsbedürftigen. Versorgt ein Mobiler Dienst tatsächlich mehr Wohnungslose, als sich aus der Anlage 1 für seine Versorgungsregion ergibt, kann die Behandlungspauschale auch für diese Wohnungslosen gezahlt werden, soweit innerhalb des betreffenden Landesteiles die nach Abs. 2 i. V. m. Abs. 3 begrenzten Finanzierungsmittel noch nicht ausgeschöpft sind.
- (5) Die Rechnungslegung gegenüber den Finanzierungspartnern erfolgt für den jeweiligen Landesteil durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Die Kostenanteile werden nach Maßgabe der Anlage 1 b auf die einzelne Kassenart umgelegt und vor dem Zahlungstermin den zuständigen Finanzierungspartnern in Rechnung gestellt. Diese leisten ihre Zahlung am 15. Juli eines jeden Kalenderjahres an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Werden die Finanzierungsmittel nicht ausgeschöpft, sind diese anteilig an die Finanzierungsträger zurückzuführen.

- (6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Mobilien Diensten gesonderte Verträge über die Honorierung der Leistungen.

§ 5 Anforderungskriterien¹

(1) Strukturelle Anforderungen

- (1.1) Mobile Dienste können in unterschiedlicher Trägerschaft geführt werden. Auch Verbundlösungen sind möglich.
- (1.2) Der Mobile Dienst orientiert sich an einem gestuften Versorgungskonzept, das den unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen innerhalb der Zielgruppe gerecht wird. Hierzu gehören in Abhängigkeit vom regionalen Bedarf eine aufsuchende Arbeit auf der Straße (medical streetwork), Versorgung im Ambulanzfahrzeug, Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und in Ambulanzräumen, Behandlung und Pflege in Krankenwohnungen.
- (1.3) Der Mobile Dienst ist in der Regel hauptamtlich und in Vollzeit tätig; er kann aber auch mit ehrenamtlich Tätigen besetzt sein. Die Besetzung des Mobilien Dienstes ist auch mit Teilzeitkräften möglich, sofern hierdurch die vollständige Versorgung der Zielgruppe in der teilnehmenden Stadt bzw. dem teilnehmenden Landkreis erreicht werden kann. Dies gilt auch bei der Einbindung ehrenamtlich Tätiger. Der Mobile Dienst gewährleistet eine gute Erreichbarkeit des Angebotes durch räumliche Nähe zu sozialen Einrichtungen und zeitliche Ausrichtung an deren Öffnungszeiten. Bei medizinischer Straßenarbeit findet eine Orientierung an den Lebensgewohnheiten der Zielgruppe, ggf. auch außerhalb der üblichen Arbeitszeiten z. B. in den Abendstunden, statt.

¹ Die Anforderungskriterien fußen weitgehend auf den von der Bundesarbeitsgemeinschaft „Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen“ in der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. im September 2000 verabschiedeten Standards in der aufsuchenden medizinischen Hilfe für Wohnungslose.

(2) Personelle Ausstattung

- (2.1) In der Regel sollen mindestens ein(e) Fachärztin/Facharzt und eine examinierte Pflegekraft bzw. in begründeten Fällen eine Angehörige/ein Angehöriger eines anderen nichtärztlichen Heilberufs einen Mobilen Dienst bilden. Bei größeren Diensten ist entweder eine paritätische Besetzung oder eine Mehrzahl an ärztlichen Mitarbeitern zu gewährleisten. In der Aufbauphase eines neuen Mobilen Dienstes ist der alleinige Einsatz eines/r Facharztes/Fachärztin möglich. Als Aufbauphase gelten die ersten 12 Monate.
- (2.2) Personalkontinuität ist zur Ausbildung tragfähiger Behandlungsbeziehungen zu gewährleisten. Nach Möglichkeit sollen sowohl Frauen als auch Männer im Team vertreten sein.

(3) Leistungsumfang

- (3.1) Die Leistungen der Mobilen Dienste umfassen ärztliche und pflegerische Hilfen sowie die Begleitung in weiterführende Hilfeangebote. Sie werden bestimmt durch die besondere Lebenssituation der wohnungslosen Menschen und der daraus folgenden mangelnden Inanspruchnahme der Regelversorgungsangebote.
- (3.2) Die Mobilen Dienste übernehmen eine zentrale Klärfunktion für notwendige und angemessene ärztliche und pflegerische Hilfen, vergleichbar der Funktion eines Hausarztes oder der ambulanten Krankenpflege. Sie leisten eine medizinische Grund- und Erstversorgung mit allgemeinmedizinischem Behandlungsspektrum.
- (3.3) Das Angebot der Mobilen Dienste dient der Heranführung an und Motivation zur Inanspruchnahme ärztlicher und pflegerischer Versorgung.
- (3.4) Die Arbeit der Mobilen Dienste ist darauf gerichtet, eine weitergehende Versorgung durch das Regelsystem zu initiieren. Für die Fälle, in denen wohnungslose Menschen keine weitergehenden ambulanten oder stationären Hilfen des Regelversorgungssystems in Anspruch nehmen, ist das vorzuhaltende Angebot an

Diagnostik und Behandlung darauf ausgelegt, eine Grundversorgung zu gewährleisten.

- (3.5) Die Mobilen Dienste schaffen nachweislich einen hohen Vernetzungsgrad mit sozialen, medizinischen und pflegerischen Einrichtungen.
- (3.6) Das Leistungsprofil orientiert sich an der „Annäherung an einen Leistungskatalog der aufsuchenden, pflegerischen und ärztlichen Versorgung für wohnungslose Menschen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen vom September 2000 (Anlage 2).

(4) Effizienzanforderungen

- (4.1) Zielgröße sind 110 versorgte wohnungslose Menschen je Teammitglied (Vollzeitäquivalent) im Quartal. § 3 Abs. 3 gilt entsprechend. Für die Zielgruppenerreichung kommt folgendes Phasenmodell zur Anwendung:

Phase 1 (1.-6. Monat)	keine Vorgabe
Phase 2 (7.-12. Monat)	mind. 50 % der Zielgröße
Phase 3 (ab 13. Monat)	max. 15 % Abweichung von der Zielgröße

- (4.2) Näheres regelt die Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Mobilen Dienst.

§ 6 Anerkennungsverfahren

- (1) Die Anforderungskriterien nach § 5 bilden die Grundlage für die Anerkennung von Mobilen Diensten.
- (2) Jede Organisation, die an der Einrichtung eines Mobilen Dienstes interessiert ist, kann bei der jeweils für die Versorgungsregion zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einen Antrag stellen. Bei kooperativen Mobilen Diensten (Verbundlösungen im Sinne des § 5 Abs. 1 Ziffer 1.1) stellt/stellen der/die Anstellungsträger der ärztlichen Mitarbeiter den Antrag. Ein gemeinsames Entscheidungsgremium aus Vertretern der GKV-, der KV- und der kommunalen Partner

prüft aufgrund des Antrages das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 5 dieses Umsetzungskonzeptes und entscheidet bei mehreren Bewerbern, wer den Auftrag erhalten soll. Der Zulassungsausschuss erteilt auf der Grundlage dieser Entscheidung eine Ermächtigung nach § 31 Abs. 1 b Ärzte-ZV.

- (3) Mobile Dienste, die nach 12 Monaten weniger als 85 % der Referenzgröße erreichen, müssen gegenüber dem Anerkennungsgremium schlüssig darlegen, mit welchen Maßnahmen sie innerhalb der nächsten 6 Monate die erforderliche Zielgröße (max. 15 % Abweichung von der Referenzgröße) erreichen können. Wird diese nicht erreicht, erlöschen die Anerkennung und die Ermächtigung. Bewertet wird die Zielerreichung für den Mobilen Dienst insgesamt.

§ 7 Dokumentation und Evaluation

- (1) Zum Monitoring führt die Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) ein Mal im Jahr eine qualitative Abfrage bei den mobilen Diensten durch. Die Kriterien für das begleitende Monitoring werden durch die Lenkungsgruppe „Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW“ festgelegt. Die Lenkungsgruppe wird über die Ergebnisse informiert.
- (2) Die mobilen Dienste haben die Anzahl der Behandlungsfälle quartalsweise der regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich zu melden. Ferner verpflichten sich die mobilen Dienste, den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Verlangen Einblick in die Behandlungsdokumentation zu gewähren, die analog der vertragsärztlichen Versorgung zu führen ist.
- (3) Sofern sich 15 mobile Dienste dem Umsetzungskonzept angeschlossen haben, ist eine weitere Evaluation durch die ÄKWL vorgesehen. Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) wird die Evaluation im Rahmen seiner Möglichkeiten fördern.

- (4) Eventuelle Änderungen des Umsetzungskonzeptes sowie die Erörterung etwaiger weiterer Evaluationsergebnisse erfolgt unter Moderation des MGEPA in der Lenkungsgruppe „Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW“. Dies gilt insbesondere für Fragen der Finanzierung, worüber die Träger der Finanzierung einvernehmlich entscheiden. Entscheidungen in Finanzierungsfragen können nicht gegen die Finanzierungspartner getroffen werden.

§ 8 In-Kraft-Treten, Kündigung

- (1) Das Umsetzungskonzept tritt am 01. Januar 2011 in Kraft.
- (2) Teilnehmende Städte und Kreise können diesem Umsetzungskonzept zu jedem Quartal durch Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen beitreten. Durch ihren Beitritt sind die Städte und Landkreise verpflichtet, die in § 4 Abs. 5 genannten Fristen zur Finanzierung einzuhalten.
- (3) Die Teilnahme am Umsetzungskonzept kann von jeder Partei mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende oder aus wichtigem Grunde schriftlich gekündigt werden. Damit verliert das Umsetzungskonzept für alle anderen Parteien seine Gültigkeit. Die Parteien bemühen sich um die Verhandlung einer Anschlussregelung.
- (4) Bei Kündigung einer Stadt oder eines Landkreises für eine Versorgungsregion entfallen die Voraussetzungen für die Teilnahme dieser Stadt/dieses Kreises an diesem Umsetzungskonzept. Die übrigen Versorgungsregionen bleiben von dieser Kündigung unberührt.

Die folgenden Parteien:

AOK Rheinland / Hamburg

- Die Gesundheitskasse -

AOK NordWest

- Die Gesundheitskasse -

BKK Landesverband Nordwest

Vereinigte IKK

Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW

Krankenkasse für den Gartenbau

- vertreten durch die Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen -

Bundesknappschaft

Verband der Ersatzkassen e. V.

- Landesvertretung Nordrhein-Westfalen -

Im Umsetzungskonzept „GKV-Finanzierungspartner“ genannt,

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Im Umsetzungskonzept „KV-Finanzierungspartner“ genannt,

Städtetag Nordrhein-Westfalen

Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen

Landkreistag Nordrhein-Westfalen

als Spitzenverbände der kommunalen Finanzierungspartner,

verständigen sich im Einvernehmen mit den projektbegleitenden Partnern,

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

sowie

Ärztelkammer Westfalen-Lippe

Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

auf das vorstehende Umsetzungskonzept in der zurzeit geltenden Fassung.