



GESETZ ZUR STÄRKUNG DES PFLEGE- PERSONALS

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REGIERUNGSENTWURF VOM
24. SEPTEMBER 2018
DRUCKSACHE 19/4453

4. OKTOBER 2018

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten des Regierungsentwurfs für ein Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)) vom 24. September 2018 (Drucksache 19/4453) wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

§ 60 Absatz 1 SGB V

Die Vereinfachung des Antragsverfahrens für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen durch Einführung einer Genehmigungsfiktion kann zur Entlastung des Pflegepersonals in der stationären Pflege und auch der häuslichen Pflege beitragen und ist daher grundsätzlich zu begrüßen.

Die Beschränkung der Vereinfachung des Genehmigungsverfahrens für Krankenfahrten nur auf Fahrten in die Praxis des Facharztes und Zahnarztes und der damit verbundenen Beibehaltung des Genehmigungsverfahrens für Fahrten zu Hausärzten wird jedoch aus mehreren Gründen als problematisch angesehen. Trotz ggf. vereinbarter Kooperationsverträge nach § 119b haben in stationären Pflegeeinrichtungen lebende mobilitätseingeschränkte Patienten die freie Arztwahl und können die hausärztliche Versorgung außerhalb des Pflegeheimes beanspruchen. Für diese Pflegeheimbewohner und auch für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben, ist ebenso auch die Krankenfahrt zur hausärztlichen Behandlung von großer Relevanz. Dies wäre jedoch nach dem aktuellen Gesetzentwurf nicht von der Genehmigungsfiktion umfasst.

Eine Unterscheidung dahingehend, ob eine Krankenfahrt zur haus- oder fachärztlichen Versorgung erfolgt, ist nicht sachgerecht. Auch im Rahmen der hausärztlichen Versorgung bedarf es ggf. einer räumlichen und technischen Ausstattung für diagnostische und therapeutische Leistungen, die weder im Pflegeheim noch im Zuge der Betreuung in der Häuslichkeit zur Verfügung stehen und somit nicht im Rahmen von Hausbesuchen umgesetzt werden können. Darüber hinaus werden sowohl von Fachärzten für Innere Medizin, die hausärztlich tätig sind, als auch von Fachärzten für Allgemeinmedizin Schwerpunkttätigkeiten ausgeübt, die ansonsten Fachärzten zugeschrieben werden könnten (z.B. Diabetologie, Onkologie, HIV-Schwerpunktversorgung).

Darüber hinaus wäre eine Differenzierung von Genehmigungsvorbehalt und Genehmigungsfiktion abhängig von haus- bzw. fachärztlicher Versorgung mit erheblichen Umsetzungsproblemen bei der Unterscheidung der Fachgruppen verbunden, die auch haftungsrechtliche Folgen nach sich ziehen könnte.

Weder in der aktuellen Version des Formulars zur Verordnung von Krankenförderung (Muster 4) noch in der zwischen KBV und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) bereits konsentierten überarbeiteten Version des Formulars (geplantes Inkrafttreten 2. Quartal 2019) ist für den Patienten, den Angehörigen oder den Pflegedienst erkennbar, welcher Fachgruppe der Arzt angehört, der Ziel der Krankenfahrt ist. Da Verordnungen von Krankenfahrten zur fachärztlichen Behandlung auch von Hausärzten ausgestellt werden können, lässt sich auch durch den Arztstempel kein Rückschluss auf die Fachgruppe des Arztes schließen, der Ziel der Krankenfahrt ist.

Sofern die Krankenfahrt von dem Arzt ausgestellt wird, der auch das Ziel der Krankenfahrt ist, kann die Fachgruppenzugehörigkeit nur dem Vertragsarztstempel entnommen werden. Die erforderliche Unterscheidung zwischen Haus- und Facharzt, die der Pflegenden, seine Angehörigen bzw. das Pflegepersonal zu

treffen hätte, ist unter Umständen schwer einzuschätzen und wäre zudem mit haftungsrechtlichen Folgen verbunden.

Die dem Arztstempel zu entnehmende Fachgruppenzugehörigkeit kann zum einen durch die auf dem gleichen Feld zu tätige Arztunterschrift erschwert werden. Darüber hinaus ist es für denjenigen, der die Genehmigung einholt, nicht immer eindeutig, dass es sich bei der dem Arztstempel zu entnehmenden um einen Hausarzt handelt (z.B. hausärztlich tätiger Facharzt für Innere Medizin). Sofern z.B. das Pflegepersonal fälschlicherweise zu der Einschätzung käme, dass die Verordnung einen Facharzt betrifft, würde die Verordnung nicht mehr der Krankenkasse vorgelegt werden. Die Krankenkasse würde dadurch ihres Genehmigungsvorbehaltes enthoben werden und könnte Einwände gegen die Verordnung, die sie im Genehmigungsverfahren geltend gemacht hätte (Änderung auf ein „günstigeres“ Transportmittel) nicht mehr vor Fahrtantritt einbringen. Hierfür könnte die Krankenkasse den zu Patienten, seine Angehörigen bzw. das Pflegepersonal oder u. U. auch den Transporteur in Haftung nehmen. Dies hätte wiederum zur Folge, dass Verordnungen „sicherheitshalber“ grundsätzlich zur Genehmigung vorgelegt würden und sich die mit der Regelung intendierte Vereinfachung nicht einstellt.

Eine Beschränkung des vereinfachten Genehmigungsverfahrens nur auf die ambulant zahnärztliche oder ambulant fachärztliche Behandlung kann deshalb ausdrücklich nicht befürwortet werden.

Mit der Unterstellung einer Genehmigungsfiktion für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung würde das Risiko für die verordnenden Ärzte steigen, in Wirtschaftlichkeitsprüfungen einbezogen zu werden, da die Krankenkassen auch hier keine Einwände gegen die Verordnung vor Fahrtantritt einbringen können. Gesteigerte Regressrisiken ziehen in der Regel ein stringenteres Ordnungsverhalten nach sich. Daher sollte eine Genehmigungsfiktion die gleiche Wirkung haben, wie eine erteilte Genehmigung, mit allen Folgen, die auch eine erteilte Genehmigung hätte. Hierzu ist in der zwischen dem GKV-SV und der KBV vereinbarten Anlage 3 (§ 1 Satz 2) der „Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015“ folgendes festgelegt:

„Verordnungen, die durch die Krankenkassen genehmigt wurden, sind nur insoweit in die Einzelfallprüfung einzubeziehen, als begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Ordnungsverhaltens im jeweiligen Ordnungsbereich insgesamt vorgebracht werden.“

Wir schlagen daher eine Klarstellung in § 60 Absatz 1 SGB V vor, dass die Genehmigungsfiktion auch in Bezug auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b SGB V dem Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkasse nach § 60 Absatz 1 Satz 4 gleichgestellt ist.

Änderungsvorschlag

In der vorgesehenen Ergänzung des § 60 Absatz 1 SGB V sollte die Formulierung „ambulant fachärztlichen Behandlung“ durch „ambulant ärztlichen Behandlung“ ersetzt werden und eine Regelung zum Umgang in Wirtschaftlichkeitsprüfungen aufgenommen werden.

Die Ergänzung sollte wie folgt gefasst werden:

„Für Krankenfahrten zur ambulanten zahnärztlichen oder ambulant ~~fachärztlichen~~ Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,
2. eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder
3. eine den Nummern 1 und 2 vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach Maßgabe der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12.“

Die Genehmigung nach Satz 5 (neu) ist im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b SGB V dem Genehmigungsvorbehalt nach Satz 4 gleichgestellt.“

§ 87 Absatz 2a Satz 17-20 SGB V

Der Ausbau der Videosprechstunde als innovatives Element einer zeitgemäßen Form der Arzt-Patientenkommunikation ist zu begrüßen. Bisherige Limitationen in der Anwendung sowohl struktureller (z. B. Indikationseinschränkung) als auch finanzieller Art sollten insbesondere im Nachgang zur Überarbeitung des Berufsrechtes (Modifikation Fernbehandlungsverbot) beseitigt werden.

Die Videosprechstunde wurde auf der Basis der Vorgaben des eHealth-Gesetzes durch den Bewertungsausschuss zum 1. April 2017 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Die Vorgabe bot dem Bewertungsausschuss seinerzeit einen weitreichenden Gestaltungsspielraum, auf dessen Basis der mit dem vorgelegten Referentenentwurf geforderte weite Umfang bereits hätte erfolgen können. In den seinerzeitigen Beratungen des Bewertungsausschusses scheiterte jedoch ein weiterer Umfang für die Anwendung der Videosprechstunde an der Frage nach der Finanzierungsgrundlage.

In der Begründung des vorgelegten Referentenentwurfs vom 25. Juni 2018 geht der Gesetzgeber davon aus, dass die Ausweitung der Videosprechstunde mit einem mittleren zweistelligen Millionenbetrag zusätzlich zu fördern ist. Die Verankerung des gesetzlichen Auftrages zur Ausweitung des Umfangs in § 87 SGB V ist nicht verknüpft mit einer Gesetzesvorschrift zur Finanzierung dieser Ausweitung. Dem Bewertungsausschuss ist mit dem vorgelegten Referentenentwurf kein Spielraum gegeben, den Umfang der Anwendung der Videosprechstunde den Erwartungen zum Finanzierungsvolumen des Gesetzgebers anzupassen. Anstelle der Vorgabe an den Bewertungsausschuss, wie der weite Umfang für den Einsatz der Videosprechstunde zu realisieren ist, würde eine Vorgabe zur Finanzierung der Videosprechstunde durch den Gesetzgeber einen zielgerichteten Anreiz bedeuten. Daher wird vorgeschlagen, dem Bewertungsausschuss keine konkrete Regelung vorzugeben, um den Gestaltungsspielraum aufrecht zu erhalten. Der direkte Bezug auf eine aktuelle EBM-Regelung im Gesetzestext erweckt den Eindruck, als ob Detailregelungen der Selbstverwaltungspartner durch den Gesetzgeber selbst bestimmt werden. Im Übrigen ergeben sich hierdurch auch Zweifel an der Bestimmtheit der Regelung. Die in Bezug genommene Regelung ist dem Wandel unterworfen und es ist nicht sicher, dass die Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes noch den gleichen Regelungsinhalt hat, wie zum Zeitpunkt des Entstehens des Referentenentwurfs. Der Eingriff in die Regelungskompetenz anderer Normgeber wirft darüber hinaus auch kompetenz- und verfassungsrechtliche Fragen auf.

Änderungsvorschlag

Streichung Satz 2 in Artikel 7 Nr. 6. Um die Videosprechstunde als finanziell förderungswürdige Leistung zu qualifizieren, sollte eine Anpassung in § 87a Abs. 3 SGB V erfolgen:

§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V ist nach den Wörtern „Gemeinsamen Bundesausschusses“ wie folgt zu ergänzen: „und Zuschläge für die Durchführung von Videosprechstunden auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g“.

§ 119b Absatz 1 Satz 2 SGB V

Die Verkürzung der Vermittlungsfrist auf drei Monate setzt nicht an den Versorgungsproblemen zugrunde liegenden strukturellen Problemen an. Sowohl apparative Erfordernisse insbesondere der fachgebietsbezogenen Diagnostik und Therapie erschweren die Behandlung in den Räumlichkeiten einer Pflegeeinrichtung. Die häufig unzureichende personelle und organisatorische Ausstattung von Pflegeeinrichtungen führt zudem dazu, dass Ärzte, bei gleichzeitig hoher Terminnachfrage in den Praxen, für die Versorgung der Patienten in diesen Einrichtungen oft nur schwer zu gewinnen sind. Ohne Verbesserung dieser unzureichenden Bedingungen können kassenärztliche Vereinigungen nicht wirksam als Vermittler auftreten. Weiterhin wird der Transport von Bewohnern von Pflegeeinrichtungen durch Krankentransportrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als auch einem Mangel an Begleitpersonal häufig verunmöglicht. Ausgerechnet an der Stelle der ohnehin schwerfälligen Einzelvertragslösung Arzt/Pflegeeinrichtung des §119b SGB V anzusetzen, zeigt an, dass eine Lösung der strukturellen Probleme der Versorgung von Pflegeeinrichtungen nicht wirklich angedacht wird.

Die KBV plädiert deshalb weiterhin für die Streichung der Einzelvertragslösung, dieser kommt eher die Funktion einer bürokratischen Hürde zu. Erst seit der Einführung finanzieller Anreize ist ein erheblicher Anstieg der ärztlichen Pflegeeinrichtungsbesuche zu verzeichnen, das Potenzial ist jedoch noch nicht im gewünschten Rahmen ausgeschöpft (siehe Anlage). Weitere reglementierende, verpflichtende Maßnahmen können diese Entwicklung eher behindern als erleichtern. Von weitergehender und wesentlicher Bedeutung ist das Angehen ursächlicher, struktureller Probleme. Hierzu gehört die Erleichterung des Krankentransportes in Arztpraxen genau so wie die bessere Verzahnung der Errichtung von Pflegeeinrichtungen mit der ärztlichen Versorgung und schließlich auch die dauerhafte extrabudgetäre Vergütung spezifischer Leistungen. Die damit notwendigerweise einhergehenden Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen sind dabei zu berücksichtigen und abzugelten.

Unbenommen davon ist zu prüfen, ob der Rahmen dieser extrabudgetären Vergütung auch auf andere Formen der Heimversorgung wie von Intensivpflegeeinrichtungen, sozialtherapeutischen Einrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe oder auch private Einrichtungen zu erweitern ist.

§ 119b Absatz 1 Satz 2a und 2b (neu) SGB V

Telemedizinische Möglichkeiten versprechen ein wesentliches Potenzial für eine verbesserte ärztliche Versorgung von Pflegeeinrichtungen. Die Förderung der Videosprechstunde in Pflegeeinrichtungen und die Etablierung von Schnittstellen der sicheren Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten sind deshalb zu begrüßen.

ANHANG: Positionen der KBV zur Pflegeheimversorgung vom 6. Juli 2018

Ihre Ansprechpartner:

Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation
Tel.: 030 4005-1036, politik@kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 165.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.



Pflegeheimversorgung

POSITIONEN DER KBV

6. JULI 2018

Positionen der KBV zur Pflegeheimversorgung

Sachverhalt:

Von 2,9 Millionen Pflegebedürftigen wurden 2015 2,1 Millionen Bürgerinnen und Bürger (73 %) in der Häuslichkeit, 783.000 (27 %) in 13.600 Pflegeheimen (und 730.000 Beschäftigten) versorgt (Destatis). Die ärztliche Versorgung wird dabei von Vertragsärzten sichergestellt. Immer wieder wurden Probleme der ärztlichen Verfügbarkeit in Pflegeeinrichtungen berichtet, wobei quantitative Untersuchungen nur in geringem Umfang vorliegen und die Erkenntnislage den Berichten von Verbänden und einzelnen Pflegeeinrichtungen entspricht. Berichtet wird, dass insbesondere die Verfügbarkeit fachärztlicher Expertise Schwierigkeiten bereiten kann.

Schon zuvor, jedoch intensiviert seit dem Jahr 2008, hat es deshalb wiederkehrende Reformversuche gegeben, die Pflegeheimversorgung zu fördern. Neben der Möglichkeit für Pflegeeinrichtungen, Verträge mit einzelnen Ärzten schließen zu können, wurde die Institution des „Heimarztes“ geschaffen. Sofern keine Verträge mit einzelnen Vertragsärzten abgeschlossen werden können, hat das Pflegeheim das Recht, per vertragsärztliche Ermächtigung eigene Heimärzte zu beschäftigen. Vor dem Hintergrund knapper werdender ärztlicher Ressourcen sowie auch der freien Arztwahl in Pflegeeinrichtungen hat sich dieses Modell als nicht praktikabel und unwirtschaftlich herausgestellt. Daneben wurden kontinuierlich die Verbindlichkeiten für Pflegeeinrichtungen verschärft: Pflegeeinrichtungen sollen Kooperationsverträge abschließen, Kassenärztliche Vereinigungen haben Verträge innerhalb von 6 Monaten zu vermitteln. In dem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz ist vorgesehen, für Pflegeeinrichtungen aus der Soll- eine Muss-Regelung zu machen sowie die Zeit für die Vermittlung von Verträgen durch die KV auf 3 Monate zu verkürzen.

Inwieweit diese verschärfenden Regelungen die strukturellen Probleme der Pflegeheimversorgung mitigieren können, darf bezweifelt werden, zumal die strukturellen Probleme tiefer zu liegen scheinen.

Feedback aus der Versorgung:

Berichtet wird ein in der Regel zuverlässiges und langjährig eingespieltes Miteinander der Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch die Einrichtung und die betreuenden Vertragsärzte. Berichtet werden allerdings auch erhebliche Unterschiede des Organisations- und Versorgungsniveaus der Pflegeeinrichtungen. Während manche Betreiber mit einer vergleichsweise guten Personalausstattung und Management auch eine ebenso angemessene Infrastruktur bereit halten (z.B. Aktenführung, Stationsorganisation, Qualitätsmanagement), werden einige Pflegeeinrichtungen von Ärzten gemieden, da auf Grund notorischer Unterbesetzung Probleme der Pflegeheimenrichtung auf konsultierende Ärzte verlagert würden. Häufig würden Ärztinnen und Ärzte zur Legitimation auch kleinster Prozessschritte in die Pflegeeinrichtung gerufen. Gleiches gilt für das Vorhandensein fester Ansprechpartner für Ärztinnen und Ärzte im Pflegeheim. Problematisch erweist sich in der Versorgungsroutine auch der Praxisbesuch von Pflegeheimbewohnern, der insbesondere bei der fachärztlichen Versorgung aufgrund der erforderlichen apparativen Ausstattung erforderlich werden kann. Eine Hürde stellt dabei die Ausgestaltung der Krankentransportrichtlinie dar, die mit Einzelgenehmigungscharakter schon auf der Ebene der Antragstellung bei der jeweiligen Krankenkasse mit Antragsverfahren verbunden ist. Auf Grund von Personalknappheit in Pflegeeinrichtungen ist es oft zudem häufig nicht möglich, eine Begleitung für den Besuch in der Arztpraxis zu organisieren. Allgemein bemängelt wurde weiterhin, dass Investoren Pflegeeinrichtungen ohne jeglichen Kontakt zur Kassenärztlichen Vereinigung nicht selten auf der „grünen Wiese“ errichten, für die dann in häufig ohnehin nicht so einfach zu versorgenden Gebieten weitere hausärztliche Kapazitäten erforderlich werden.

Im Hinblick auf die Honorierung wird betont, dass die Organisation von Pflegeheimbesuchen aufwändig ist und in gleicher Zeit mehr Patienten in der Praxis versorgt werden können. Nicht berücksichtigt wird zudem der Pflegegrad, d. h. die Erkrankungsschwere, in der Honorierung der Versorgung.

Status Quo nach Einführung der extrabudgetären Vergütung im Jahr 2017:

Nach Einführung einer extrabudgetären Vergütung für die Pflegeheimversorgung können mittlerweile 6.200 Ärzte die Leistungen des EBM-Kapitels 37 abrechnen. Mit mehr als 4.100 Pflegeheimen wurden Kooperationsverträge geschlossen, insgesamt 13.500 einzelne Verträge (Stand 31.12.17). Als Rahmen dienen dabei die Anlage 27 des Bundesmantelvertrages sowie Musterverträge, die zusammen mit Verbänden der Pflegeeinrichtungen konzipiert wurden (Paritätischer Wohlfahrtsverband, BPA). Einzelne Gebührenordnungspositionen (GOP 37113, Zuschlag für einen Besuch in einem Pflegeheim, mit dem ein Kooperationsvertrag nach §119b SGB V besteht) wurden über 800.000 Mal im vierten Quartal 2017 abgerechnet. Gleichwohl werden derzeit von dem erwarteten Leistungsbedarf von ca. 50 Millionen Euro, bei allerdings steigender Tendenz, bislang nur 15 Millionen Euro abgerufen.

Laufende Modellvorhaben:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind sowohl im Rahmen des Innovationsfonds als auch in direkten gesamtvertraglichen Verträgen engagiert, um die Pflegeheimversorgung auszubauen. Dies betrifft insbesondere die Projekte in Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg (CoCare¹), „SaarPhir“ im Saarland² oder das Konzept der geriatrischen Schwerpunktpraxen in Sachsen-Anhalt. Leitgedanke ist hierbei häufig die einrichtungsbezogene „Versorgergemeinschaft“. Die Modellvorhaben zeigen jetzt schon sehr deutlich, dass von beiden Seiten Verlässlichkeit eingefordert werden kann, wenn Mindeststandards erfüllt werden. Dies betrifft die Pflegeheimorganisation genau so wie auch die Verfügbarkeit von Ärzten in Randzeiten (z. B. abends oder Samstag-Vormittag). Darüber hinaus bestehen eine Reihe weiterer Pflegeheimverträge im KV-System, allen voran das Berliner Projekt nach § 73c SGB V, in Hessen zur psychiatrischen Versorgung in Altenpflegeheimen, in Mecklenburg-Vorpommern Pflegeheimverträge nach § 140a SGB V, in Niedersachsen u.a. im Rahmen von Praxisnetzen, in Nordrhein, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen ebenso.

Begleitmaßnahmen zur Prävention der Pflegebedürftigkeit:

Die KBV hat mehrere Konzepte zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit vorgestellt. Ziel ist dabei der Ausbau geriatrischer Expertise in der vertragsärztlichen Versorgung, um ein selbstbestimmtes Leben in eigener Häuslichkeit so lange wie von Patienten gewünscht und medizinisch vertretbar zu ermöglichen. Dieser Vorschlag „spezifische geriatrische Versorgung durch ein interdisziplinäres Team“ (<http://www.kbv.de/html/24744.php>) trägt auch zur Entlastung von Pflegeeinrichtungen bei. Das Versorgungskonzept für die Etablierung einer wohnortnahen spezifischen geriatrischen Versorgung (SGV), eine geriatrischen Schwerpunktpraxis, sieht die kontinuierliche Betreuung in der ambulanten Versorgung als Alternative zur stationären Versorgung vor. Dadurch sollen die positiven regionalen Entwicklungen in eine flächendeckende Versorgungsstruktur gebracht und einheitliche Qualitätsstandards für die geriatrische Rehabilitation in Deutschland etabliert werden.

Ein weiterer Vorschlag betrifft die Verankerung eines ärztlichen Beratungsmoduls in der hausärztlichen Versorgung für pflegende Angehörige (<http://www.kbv.de/html/10122.php>). Mit diesem präventiven und leitliniengestützten Versorgungsangebot rückt der pflegenden Angehörigen weiter in den Fokus der hausärztlichen Versorgung. Dabei soll insbesondere auch eine regional spezifische Information über Unterstützungs- und Hilfsangebote für pflegende Angehörige durch den Hausarzt eine wichtige Rolle spielen. Bisher ist dieser Beitrag zur strukturierten Versorgungs- und Informationsverbesserung noch nicht von potenziellen Vertragspartnern aufgegriffen worden.

Ein weiterer Ansatzpunkt bilden auch präventive Hausbesuche durch Hausärzte oder an die hausärztliche Praxis angebundene medizinische Fachangestellte oder perspektivisch auch Physician Assistants, die auf Weisung des Arztes pflegebedürftige Patienten in ihrem Zuhause aufsuchen und

¹ <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/kooperationen/cocare/>

² https://www.google.de/search?q=Pflegeheimversorgung+KV+Saarland&gws_rd=ssl

betreuen. Durch die konsequente Anbindung an die hausärztliche Praxis kann ebenfalls Pflegebedürftigkeit wenn nicht immer vermieden, so doch herausgezögert werden.

Reformvorschläge:

Reformvorschläge sollten deshalb nicht die verpflichtende Anordnung von Pflegeheimbesuchen umfassen, sondern an den strukturellen Problemen der Pflegeheimversorgung ansetzen. Dies betrifft in erster Linie und zuerst die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen, die möglicherweise durch die Pflegereform und die Einführung von Pflegeuntergrenzen im stationären Bereich sich noch weiter verschärfen wird.

Bei der Errichtung neuer Pflegeeinrichtungen ist darauf zu achten, dass vorab ein Kontakt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gesucht wird. Es wäre wünschenswert, dass neue Pflegeeinrichtungen erst dann eröffnet werden, wenn zu Beginn schon Kooperationsverträge abgeschlossen wurden.

Die dauerhafte extrabudgetäre Vergütung scheint notwendig, um den avisierten Finanzierungsrahmen von 50 Mio. Euro erreichen zu können. Zu früh einsetzende mengenbegrenzende Maßnahmen würden die derzeit zu beobachtende, positive Entwicklung genauso kontrahieren wie die Etablierung von Zwangsmaßnahmen. Für die Vorhaltung einer erweiterten Erreichbarkeit gerade in Randzeiten (z. B. Abendstunden, Samstagvormittag) ist auch die Möglichkeit einer Vorhaltepauschale zu prüfen. Hinzu kommt, dass die über verschiedene Normebenen verschachtelte Kopplung der Förderung an Kooperationsverträge eine bürokratische Hürde für Pflegeeinrichtungen und Ärzte darstellt. Deshalb sollte in Erwägung gezogen werden, wieder (ein Vorläufer gab es auf der Ebene der Gesamtvertragspartner bis zum HPG 2016) eine allgemeine Förderungsmöglichkeit jenseits von Kooperationsverträgen vergütungstechnisch zu verankern. Den Aufwänden der Pflegeeinrichtungen für die Visitenbegleitung sowie Vor- und Nachbereitung ist Rechnung zu tragen. Telemedizinische Möglichkeiten sollten konsequent ausgebaut werden, die erheblich unterbewertete Videosprechstunde sollte spezifisch für den Bereich der Pflegeheimversorgung deutlich attraktiver ausgestaltet werden. Hierzu gehört auch die Entwicklung und nachfolgende Etablierung von Schnittstellen der sicheren Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärztinnen und Ärzten. Auch sollte das Antragsverfahren für Krankentransporte für Pflegeheimbewohner vereinfacht und Mittel in niedrigschwellige qualifizierte Hol- und Bringdienste einschließlich geeigneter Begleitpersonen investiert werden. Seitens der Vertragsärzte werden gleichzeitig Delegationsmodelle weiter ausgebaut, um die knappe Ressource Arztzeit gezielter einsetzen zu können.

Zusammenfassende Bewertung:

Im Rahmen der extrabudgetären Vergütung ist ein erheblicher Anstieg der ärztlichen Pflegeeinrichtungsbesuche zu verzeichnen, das Potenzial ist jedoch noch nicht im gewünschten Rahmen ausgeschöpft. Weitere reglementierende, verpflichtende Maßnahmen können diese Entwicklung eher behindern als erleichtern. Von weitergehender und wesentlicher Bedeutung ist das Angehen ursächlicher, struktureller Probleme in der Pflegeeinrichtungsversorgung. Hierzu gehört die Erleichterung des Krankentransportes in Arztpraxen genau so wie die bessere Verzahnung der Errichtung von Pflegeeinrichtungen mit der ärztlichen Versorgung und schließlich auch die dauerhafte extrabudgetäre Vergütung spezifischer Leistungen. Unbenommen davon ist zu prüfen, ob der Rahmen dieser extrabudgetären Vergütung auch auf andere Formen der Heimversorgung wie von Intensivpflegeeinrichtungen, sozialtherapeutischen Einrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe oder auch private Einrichtungen zu erweitern ist. Darüber hinaus sind telemedizinische Möglichkeiten konsequenter zu nutzen. Dies könnte über die Förderung der Videosprechstunde in Pflegeeinrichtungen schon im bestehenden Vergütungssystem und der Etablierung von Schnittstellen der sicheren Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten bewerkstelligt werden. Seitens der Ärzteschaft werden in diesem Zusammenhang gezielt Delegationsmodelle weiterentwickelt werden, um arztentlastend eine dichtere Pflegeeinrichtungsversorgung in der Zukunft sicherstellen zu können.