

München, 21. Januar 2008

**Bundestagsanhörung „Pflege“ im Deutschen Bundestag, 23.01.2007, 16.30  
Fragen der FDP an den DFV e.V.**

1.
  - a. **Es wird häufig beklagt, dass insbesondere die fachärztliche Versorgung in den Pflegeheimen teilweise nicht besonders gut funktioniert. Worin sehen Sie die Ursachen und wie kann man Ihres Erachtens am besten Abhilfe schaffen?**
  - b. **Wie stehen Sie in diesem Zusammenhang zu in den Pflegeheimen fest angestellten Ärzten und dazu,**
  - c. **dass stationäre Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung zu ermächtigen sind, soweit eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen Arzt nicht sichergestellt ist?**
- **Niedergelassene Fachärzte können in Alten- und Pflegeheimen nur auf Anforderung des Hausarztes tätig werden. Dies ist der Hauptgrund für die mangelnde Präsenz der Fachärzte dort. Ohne einen Ruf des Hausarztes dürfen Fachärzte nur in Ausnahmefällen eine so genannte Besuchsbehandlung in Pflegeheimen durchführen. Das Prozedere ist im Bundesmantelvertrag – Ärzte § 17 (6) für Primärkassen geregelt: Fachärztliche Medizin kann demnach erst nach einem Konsil mit dem Hausarzt in Pflegeheimen ausgeübt werden. Gleiches gilt für die Ersatzkassen (Ersatzkassenvertrag § 13 (14)).**
- **Auch das Thema „Arzneimittelregress“ ist ein Facharztblocker: Die Thematik Arzneimittelregress muss entschärft werden, wenn in Pflegeheimen mehr Fachärzte tätig werden sollen. Angesichts der hohen Patientenzahl z.B. mit Demenz droht dem Facharzt, der Antidementiva verschreiben muss, ein Arzneimittelregress. Auch wenn die betroffenen Ärzte in Prüfverfahren freigesprochen werden würden – zum Prüfverfahren kommt es in jedem Falle, verbunden mit hohem bürokratischem Aufwand und dem steten Moment der Unsicherheit.**

Die erste Schlussfolgerung in diesem Zusammenhang ist daher: Die fachärztliche Versorgungsmisere ist in erster Linie ein Systemfehler, den die Fachärzte nicht zu verantworten haben.

Die zweite Schlussfolgerungen lautet: Solange der Systemfehler, Fachärzte nicht einzubinden, weiter besteht, werden alle weiteren Maßnahmen nur ein Kurieren an Symptomen bleiben. Eine Heilung ist so nicht möglich. Die systembedingte Facharzt-lücke in Pflegeheimen kann weder durch fest angestellte (Nichtfach-)Ärzte noch durch die Ermächtigung stationärer Pflegeeinrichtungen, die ebenfalls eine Facharzt-lücke aufweisen, geschlossen werden.

Fachärztliche Medizin ist ein Muss in Pflegeheimen – dies steht medizinisch außer Frage. Fachärzte werden zu Recht in Pflegeeinrichtungen vermisst. Wichtiger sind die politischen Implikationen aus denen sich folgende Forderungen ableiten:

- Fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen muss zur Regelversorgung werden. Dies bedeutet, die Versorgerfachärzte müssen ins Pflegesystem eingebunden werden. Versorgerfachärzte sind als Organfachärzte definiert, die die häufigsten Krankheitsbilder und damit ein hohes, Hunderttausende und Millionen zählendes Patientengut betreuen. Versorgerfachärzte sind Augenärzte, Chirurgen, Dermatologen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Neurologen, Orthopäden, Pneumologen und Urologen.
- Fachärztliche Versorgung in Heimen darf nicht mehr vom Zufall abhängen.
- Aufgrund der hohen Rate immobiler Patienten muss die technische Ausstattung vor Ort – in den Heimen – verbessert werden, die eine gezielte fachärztliche Diagnostik und Therapie unterstützen.
- Fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen muss angemessen vergütet und zwischen Facharztvertretern bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen abgeschlossen werden. Die zunehmend pauschalierte Vergütung ist dabei als leistungsfeindlich einzustufen.

Der zentrale Vorschlag der niedergelassenen Fachärzte lautet daher:

- Eine gesetzlich verpflichtende konsiliarische Regelversorgung durch niedergelassene Fachärzte in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Hier ist eine Zusammenarbeit mit den fachärztlichen Berufsverbänden angezeigt.

**2. Wie stehen Sie zu dem Vorschlag, dass ausschließlich von den Krankenkassen organisierte Modellvorhaben möglich sein sollen, die eine Erweiterung der Delegationsfähigkeit und eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Kranken- und Altenpfleger vorsehen?**

Die Substitution, das Ersetzen, hochspezialisierter fachärztlicher Tätigkeiten durch Kranken- und Altenpfleger ist schlicht nicht möglich. Denkbar ist ein Delegieren entsprechender Leistungen – doch medizinisch verantwortlich und damit federführend muss der Facharzt sein. Dies ist allein schon eine rechtliche Haftungsfrage. Nach der derzeitigen Situation müssten Nichtfachärzte (Hausärzte) fachärztliche Leistungen an (noch nicht einmal) nichtärztliche Berufe delegieren – dies kann nur ein Schilfbürgerstreich sein.

Wenn die Politik den Systemfehler – das künstliche Fernhalten der Fachärzte aus Pflegeeinrichtungen – nicht erkennt, kommt es überdies zu einer fehlerhaften Bindung notwendiger finanzieller Mittel. Denn alle Maßnahmen – vom fest angestellten Arzt bis zur stärkeren Einbindung nichtärztlicher Berufe – kosten zusätzlich Geld, das für die notwendige Honorierung der fachärztlichen Tätigkeit in Pflegeheimen fehlen wird. Der Systemfehler wird so weiter vertieft und bald unumkehrbar. Die Verantwortung für krasse Fehlentwicklungen in der medizinischen Versorgung würden in einem solchen Fall nicht die Fachärzte zu tragen haben.

Die Organisatoren der Pflege in Deutschland wären gut beraten, gemeinsam mit den Fach- und Hausärzten die medizinische Versorgung zu verbessern. Fachärztliche Tätigkeit muss vernetzt in die Altenpflege eingebracht werden. Fachärztliche Tätigkeit zeichnet sich durch Nachprüfbarkeit in Diagnostik und Therapie aus. Dies ist überdies ein wichtiger Beitrag, mögliche gravierende Missstände in Pflegeheimen zu vermeiden bzw. Missstände schneller aufzudecken.



[www.deutscher-facharztverband.de](http://www.deutscher-facharztverband.de)

## **Materialblatt**

### **Bundesmantelvertrag – Ärzte**

#### **§ 17**

#### **Sprechstunden, Besuche**

(1-5) (...)

(6) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. Wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

(7) (...)

### **Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen)**

#### **§ 13**

#### **Rechte und Pflichten der Vertragsärzte; Sprechstunden, Besuche**

(1-13) (...)

(14) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. Wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Versicherten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

**(Quelle: [www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/bmv-ae.htm](http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/bmv-ae.htm)  
und  
[www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/ekv/ekv.pdf](http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/ekv/ekv.pdf))**