



Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0271(25)  
gel. VB zur öAnh. am 21.5.  
12\_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz  
16.05.2012

## **Gemeinsame Stellungnahme von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer**

zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) in der Fassung vom 23.04.2012.

Berlin, 16. Mai 2012

### **Korrespondenzadressen**

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## **1. Vorbemerkungen**

Der Regierungsentwurf enthält aus der Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer sinnvolle Regelungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Er beinhaltet eine Reihe von Leistungsverbesserungen, die als Einzelmaßnahmen begrüßt werden.

## **2. Grundsätzliche Anmerkungen zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119 b SGB V**

Auf Antrag einer Pflegeeinrichtung haben Kassenärztliche Vereinigungen zukünftig Kooperationsverträge zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und vertragsärztlichen Leistungserbringern zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung nicht mehr nur „anzustreben“, sondern stringenter zu fassen. Damit bekommt diese Regelung einen verpflichtenden Charakter. Vor dem Hintergrund der bisher nicht genutzten Möglichkeit, durch stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge zu schließen, ist diese Regelung ausdrücklich zu begrüßen. Der § 119 b SGB V hat bislang kaum einen Beitrag geleistet, die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Dies verdeutlicht auch die Umfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umsetzung des § 119 b SGB V im Dezember 2011 (vgl. Anlage 1). Bislang sind keine Kooperationsverträge nach § 119 b SGB V bekannt, die die ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen regeln. In einigen Regionen existieren Kooperationsverträge im Rahmen von Integrationsverträgen, die unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung administriert werden. Es zeigt sich, dass Kassenärztliche Vereinigungen bei der Umsetzung von integrierten Versorgungsverträgen nach §§ 140 a ff SGB V eine signifikante Rolle spielen. Eine direkte Vertragsbeteiligung von Kassenärztlichen Vereinigungen an Integrationsverträgen sieht der § 140b SGB V nicht vor. Dreiseitige Verträge von Krankenkassen mit Pflegeeinrichtungen und Kassenärztlichen Vereinigungen könnten eine Voraussetzung für eine ganzheitliche ambulante Patientenversorgung sein.

Es ist davon auszugehen, dass bei der medizinischen Versorgung der rund 700.000 Heimbewohner zunehmend der Bedarf an umfassenden strukturellen Versorgungslösungen besteht. Weitere Versorgungsansätze und Organisationsformen (z. B. vertraglich gebundene niedergelassene Hausärzte oder koordinierende Hausärzte auf Basis integrierter Versorgung) konnten sich trotz einiger guter regionaler und lokaler Lösungen bisher nicht flächendeckend etablieren. Der bisher geltende § 119 b SGB V hatte die Versorgungs- und Sicherstellungsverantwortung auch explizit in die Hände der Pflegeheime gelegt. Dessen ungeachtet gab es die Initiative der Kassenärztlichen Vereinigungen, die sich ausdrücklich – auch unter der Be-

teilung einzelner großer Krankenkassen – mit der Verbesserung der Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen befasst haben. Die Notwendigkeit einer besseren Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen wurde nicht nur aus demografischen Gründen, sondern auch bei zunehmend Schwerstpflegebedürftigen und auch jüngeren Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, der steigenden Zahl von Demenzkranken und Palliativpatienten gesehen. Sie ist auch Folge einer zunehmenden Verlagerung von Krankenhausleistungen in den stationären Pflegebereich. Die in § 119 b SGB V (neu) enthaltene Regelung wird insofern begrüßt, als eine Unterstützung und Förderung dieser Vertragsabschlüsse durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen soll. Der Terminus „Vermitteln“ ist ein gewerberechtlich geprägter Begriff, der Rechtsfolgen auslöst, die durch diese Bestimmung unter Berufung auf die Gesetzesbegründung nicht intendiert sind. Kassenärztliche Vereinigungen sollen nicht als „Vermittlungsmakler“ fungieren, sondern es ist beabsichtigt, die Bestimmung stringenter zu fassen und „solche Kooperationsverträge stärker zu fördern“, deshalb sollte das Wort „vermitteln“ durch „unterstützen“ oder „fördern“ ersetzt werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mit einem eigenen Projekt in ihrer KBV-Vertragswerkstatt eine bundesweite Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen bereits angestoßen. Es besteht KV-übergreifend grundsätzlich die Verständigung, ein bundesweites, interdisziplinäres und modulares Rahmenkonzept zu entwickeln. In Zusammenarbeit mit mehreren Kassen hat die KBV das Thema aufgegriffen und bereits im Jahre 2011 ein entsprechendes Versorgungskonzept zur „ärztlichen Teambetreuung in Pflegeeinrichtungen“ entwickelt, das insbesondere den Gedanken der Vernetzung zur Optimierung der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen beinhaltet.

Eine gleichgerichtete Zielvorstellung liegt dem Papier „Kooperation in der heimärztlichen Versorgung – Eckpunkte zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimen“ zu Grunde, das in 2009 zwischen der Bundesärztekammer und dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) erarbeitet wurde. Das Konzept, das auch der vom Deutschen Ärztetag 2009 gefassten EntschlieÙung „Optimierung der heimärztlichen Versorgung (DS VIII-85) folgt, könnte ebenfalls in zutreffende Vereinbarungen auf Bundesebene Eingang finden. Insoweit wird begrüßt, dass der Gesetzgeber mit dieser Vorschrift zur praktikableren Regelung der ärztlichen Betreuung in den stationären Pflegeeinrichtungen entsprechende Forderungen des Deutschen Ärztetages zur Förderung der heimärztlichen Versorgung aufgreift.

Vorschlag:

§ 119b wird wie folgt geändert:

„Das Wort „anzustreben“ in Absatz 1 Satz 2 wird durch die Wörter ‚zu unterstützen‘ ersetzt.“

**a) § 119 b Absatz 2 SGB V (neu)**

Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 SGB V sollen im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung bis spätestens 30. September 2013 Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vereinbaren.

Hierfür hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits mit ihrem Versorgungskonzept zur „Ärztlichen Teambetreuung in Pflegeeinrichtungen“ die Grundlage für eine entsprechende Vereinbarung als Anlage zum Bundesmantelvertrag erstellt. Das Konzept verfolgt für die Bewohner in Pflegeeinrichtungen einen ganzheitlichen Versorgungsansatz. Die Versorgungsqualität soll durch eine interdisziplinäre und fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften optimiert werden. Dabei steht die Kooperation und Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Ärzten im Mittelpunkt. Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Visiten, Rufbereitschaft und gegenseitige Vertretung sollen unnötige Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen verhindern. – Auch das o.g. Papier der BÄK und bpa (Anlage 2 – auf der Homepage eingestellt) bietet in 10 Punkten eine Zusammenstellung wichtiger Ansatzpunkte für konkrete Verbesserungen auf organisatorischer Ebene, mit denen Ärzte und Heime gemeinsam die drängendsten praktischen Probleme im Rahmen einer abgestimmten Patientenversorgung lösen könnten, von der Vernetzung der betreuenden Hausärzte über gemeinsame Besprechungen zwischen Ärzten und Pflegekräften bis hin zur Organisation von Besuchen in der Arztpraxis einschließlich des Krankentransportes. Über die Vereinbarung als Anlage zum Bundesmantelvertrag wird die Möglichkeit gesehen, den bürokratischen Aufwand zu vermeiden, der durch den Abschluss von Einzelverträgen entsteht. Von diesem nicht auf Einzelverträgen beruhenden Versorgungskonzept können alle Versicherten profitieren.

**b) §87 a Absatz 2 Satz 3 SGB V (Regionale Euro Gebührenordnung, Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)**

Nach Abschluss einer Vereinbarung nach § 119 b Absatz 2 SGB V können Zuschläge auch zur Förderung der koordinierten kooperativen ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119 b Absatz 1 Satz 1 SGB V vereinbart werden.

Diese Regelung ist zu begrüßen, denn der bisher notwendige Versorgungsaufwand in stationären Pflegeeinrichtungen bedarf einer angemessenen Honorierung von ärztlichen und pfe-

gerischen Leistungen. Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist zu erwarten, dass sich dieser zusätzliche finanzielle Aufwand durch Einsparung aus verringerten Kosten in Folge von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustransporten finanzieren wird. An die Vereinbarung entsprechender Zuschläge ist die Einhaltung der Bedingungen aus der Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages nach § 119 b Absatz 2 SGB V verpflichtend. In dieser Vereinbarung sind die Anforderungen, Aufgaben sowie Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele und Regelungen zur Vergütung festzuhalten; hinsichtlich der zu vereinbarenden Qualitäts- und Versorgungsziele ist die Bundesärztekammer stellungnehmend zu beteiligen.

In der Gesetzesbegründung werden die allgemeinen Versorgungsziele näher beschrieben. Dies sind neben einer multiprofessionellen Zusammenarbeit und dem Informationsaustausch, die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und damit verbundene Krankentransporte, die Schaffung von Regelungen zur Rufbereitschaft auch die Vorgabe, die ärztliche Versorgung nach 22:00 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen sicher zu stellen. Diese Anforderung bereitet in der Umsetzung Schwierigkeiten, da ein Anspruch auf eine ärztliche Versorgung rund um die Uhr zu einer Belastung der beteiligten Vertragsärzte führt. Ausreichend ist es, wenn für diese Zeiten Regelungen zu Rufbereitschaft bestehen bzw. der organisierte Notfalldienst, der ebenfalls von den Kassenärztlichen Vereinigungen sicher zu stellen ist, in Anspruch genommen werden kann. Durch die Formulierung in der Gesetzesbegründung wird allerdings suggeriert, dass der nach § 119b SGB V beteiligte Vertragsarzt auch die Versorgung zu diesen Zeiten sicher zu stellen und zu übernehmen hat. Um zu vermeiden, dass die Akzeptanz und die Bereitschaft, Verträge mit stationären Pflegeeinrichtungen zu schließen verloren geht, wird angeregt, dass der Hinweis auf das Versorgungsziel, die ärztliche Versorgung auch nach 22:00 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen sicher zu stellen, aus der Gesetzesbegründung gestrichen wird. Der Hinweis ist angesichts der organisierte Notfalldienstes entbehrlich und missverständlich und könnte in den Verhandlungen nach § 119b Absatz 2 SGB V eingefordert und ggf. über das Schiedsamt mit Verweis auf die Gesetzesbegründung durchgesetzt werden. Damit könnte das mit § 119b Abs. 2 und § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V verfolgte Ziel in unnötiger Weise gefährdet werden.