



Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. zur Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V (Anlage 27) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) eine Vereinbarung getroffen, die zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen versicherten in stationären Einrichtungen stellt. Die Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind lediglich ins Benehmen zu setzen. Die Möglichkeit, zu der geeinten Vereinbarung eine Stellungnahme abzugeben, nehmen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege gerne wahr und geben eine gemeinsame Stellungnahme im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) ab.

Der einzelnen inhaltlichen Kommentierung der Vereinbarung werden grundsätzliche Anmerkungen vorangestellt:

- Bereits heute gibt es eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel einer guten Versorgung der Bewohner. Jedoch ist die ärztliche, aber vor allem die fachärztliche Versorgung in den Einrichtungen nicht immer ausreichend. Die Pflegeeinrichtungen gehen bereits gegenwärtig aktiv auf Ärzte zu, um die Problematik einer unzureichenden gesundheitlichen Versorgung durch ein Miteinander der Gesundheitsberufe Medizin und Pflege zu lösen, obwohl der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung nicht bei den Pflegeeinrichtungen liegt.
- Der jetzt vorgelegte Vertrag nach § 119b SGB V ist ein Vertrag zwischen KBV und GKV-SV und wird ohne echte Beteiligung der Träger abgeschlossen. Dieser Punkt wurde von den Verbänden bereits in den Stellungnahmen zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz seitens der Leistungserbringer kritisch kommentiert.
- Ebenso wurde kritisch angemerkt, dass der Mehraufwand einer Kooperation nach § 119b SGB V nur bei dem Kooperationspartner „Arzt“ monetär berücksichtigt wird, beim Kooperationspartner „Pflegeeinrichtung“ dagegen nicht. Die BAGFW würde es begrüßen, wenn KBV und GKV-Spitzenverband sie bei der Forderung an den Gesetzgeber, den § 119b SGB V entsprechend nachzujustieren, unterstützen würden.

Eine weitere redaktionelle Anmerkung sei vorausgeschickt: An verschiedenen Stellen der Rahmenvereinbarung ist von „pflegebedürftigen Versicherten“ die Rede. Diese Formulierung schließt Bewohner/innen ohne Pflegestufe aus. Daher sollte im Text durchgängig von „in einer Pflegeeinrichtung lebenden Versicherten“ oder „in der Pflegeeinrichtung lebenden Menschen“ gesprochen werden.

Stellungnahme zu den einzelnen Paragraphen der Vereinbarung

§ 1 Gegenstand, Ziele und Geltungsbereich

Absatz 2: Abschluss von Vereinbarungen

Die ärztliche und pflegerische Koordination und Kooperation ist auch heute schon Praxis, ohne dass formale Kooperationsverträge bestehen. Daher begrüßt die BAGFW die Aussage, dass der Abschluss von Kooperationsverträgen freiwillig erfolgt.

Absatz 3: Förderung einzelner Maßnahmen

Aus Sicht der BAGFW ist es wichtig, dass für die Koordination und Kooperation zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung ein Gesamtkonzept besteht. Daher soll ein Vergütungszuschlag nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V nur gezahlt werden, wenn alle Maßgaben der Vereinbarung erfüllt sind und nicht, wenn nur einzelne der in den §§ 2 bis 6 beschriebenen Maßnahmen vereinbart wurden.

Absatz 4: Weitergehende Regelungen im Rahmen von regionalen Besonderheiten

In Absatz 4 wird ausgeführt, dass in den Verträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V im Rahmen von regionalen Besonderheiten weitergehende Regelungen zur Verbesserung der Versorgung getroffen werden können.

Der Begriff der „weitergehenden Regelung“ lässt einen weiten Interpretationsspielraum zu. Da die Regelungen nach § 119b Abs. 2 SGB V für die Pflegeeinrichtung bindend sind und sich daraus unmittelbare Verpflichtungen ableiten lassen, ist dieser Absatz zu streichen.

Absatz 5: Einhaltung von Mindeststandards der pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI

In Absatz 5 wird geregelt, dass die Pflegeeinrichtungen zur Erfüllung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten die Mindeststandards der pflegerischen Versorgung einhalten müssen sowie die Erfüllung der in den Pflegesätzen nach § 84 vereinbarten personellen Ausstattung sowie die Qualitätssicherung nach den §§ 112 und 113 SGB XI zu gewährleisten haben.

Absatz 5 ist ersatzlos zu streichen.

Eine Pflegeeinrichtung darf nur betrieben werden, wenn sie Maßnahmen der Qualitätssicherung und ein internes Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Maßnahmen und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 SGB XI durchführt. Die Einhaltung dieser Standards wird durch die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI überprüft. Eine stationäre Pflegeeinrichtung ist zudem nach § 84 Abs. 6 SGB XI verpflichtet, mit der in den Pflegesatzvereinbarungen vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. Die Pflegesätze umfassen dabei die vollstationären Pflegeleistungen.

gen, die soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege. Grundsätzlich davon nicht erfasst sind die unterschiedlichen und im Rahmen der Kooperation mit den Vertragsärzten erforderlichen Koordinationsleistungen der stationären Pflegeeinrichtung mit den Vertragsärzten. Eine Refinanzierung dieser Leistungen ist grundsätzlich wünschenswert, bisher jedoch über den Pflegesatz nicht abbildbar, denn nach § 84 Abs. 1 SGB XI dürfen in den Pflegesätzen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen. Da die in Absatz 5 genannten Anforderungen ohnehin von den Pflegeeinrichtungen im Rahmen ihres Versorgungsauftrags nach § 72 SGB XI zu erfüllen sind, ist die Regelung redundant zu streichen. Sie kann insbesondere nicht Gegenstand von § 1 (Gegenstand, Ziele und Geltungsbereich der Vereinbarung) sein.

Absatz 6: Regelungen zur multiprofessionellen Zusammenarbeit

Wesentlich für die multiprofessionelle Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen ist ein engmaschiger und zielgerichteter Informationsaustausch und Regelungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. In der Vereinbarung genannt sind hier insbesondere, aber nicht abschließend: Visiten und Fallbesprechungen, feste Ansprechpartner in der stationären Pflegeeinrichtung sowie geregelte Kommunikationsstrukturen und –zeiten.

Visiten und Fallbesprechungen sowie die Nennung fester Ansprechpartner in der stationären Pflegeeinrichtung sind aus Sicht der BAGFW zwei wesentliche Voraussetzungen für eine koordinierte und kooperative pflegerische und ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Näher in der Vereinbarung zu spezifizieren ist aus Sicht der BAGFW jedoch, was unter „geregelten Kommunikationsstrukturen und –zeiten“ zu verstehen ist. Dieser Begriff sollte durch „regelmäßige und feste Sprechzeiten in der Pflegeeinrichtung“ ersetzt werden. Des Weiteren erfordert der Informationsaustausch zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen, dass die für die Pflegekräfte relevanten Informationen in die Pflegedokumentation eingetragen werden. Dazu hat die Pflegeeinrichtung die Pflegedokumentation bereitzustellen. Dieser Punkt sollte konkret unter den Spiegelstrichen aufgenommen werden. Es reicht nicht aus, wenn in § 5 allgemein formuliert wird, dass sich Vertragsärzte und die stationäre Pflegeeinrichtung über die Dokumentation der ärztlichen Leistungen, Befunderhebungen und Anweisungen verständigen sollen und eine gemeinsame Dokumentationsform und –aufbewahrung vereinbaren sollen.

Absatz 7: Unnötige Inanspruchnahme des Rettungsdienstes

Die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes erfolgt in der Regel in unvermeidbaren Notfällen. Sinnvoll erscheint der BAGFW an dieser Stelle hingegen der Hinweis auf die vermeidbare Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Absatz 8: Entwicklung und Förderung von Strukturen für eine koordinierte und abgestimmte Behandlung zwischen den Versorgungsangeboten

Die Ziele der Reduzierung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte, der koordinierten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen sowie die Sicherstellung der indikationsgerechten Heil- und Hilfsmittelversorgung und der Wegfall unnötiger Doppeluntersuchungen entsprechen

den Vorstellungen der BAGFW zu erforderlichen Qualitäts- und Versorgungszielen. Hinsichtlich der Arzneimittelversorgung sollte ergänzt werden, dass es nicht nur um eine Arzneimitteltherapie, sondern um ein Arzneimittelmanagement geht, das auch Kontraindikationen und Wechselwirkungen umfasst.

Zu begrüßen ist, dass in der Vereinbarung ausdrücklich die Förderung der Versorgung mit Allgemeiner und Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung aufgenommen ist. Unklar ist, was unter einer „geriatrischen Komplexbehandlung“ zu verstehen ist. Wesentlich wäre, in die Liste der Ziele ein „geriatrisches Basisassessment“ und den Hinweis auf die Einleitung geeigneter rehabilitativer Maßnahmen aufzunehmen.

§ 2 Aufgaben und Pflichten der Hausärzte

Absatz 1: Aufgaben des Hausarztes

Dem Hausarzt kommt im vorgesehenen Vereinbarungsentwurf eine tragende Rolle für die Koordination der ärztlichen Leistungen vor. Ihm wird in § 2 Absatz 1 aufgegeben, „ggf.“ auch die Koordination mit den beteiligten Fachärzten zu regeln. Da dem Hausarzt als Primärversorger eine tragende Rolle in der gesundheitlichen Versorgung der Patient/innen zukommt, z.B. durch Überweisungen zu Fachärzten, sollte das Wort „ggf.“ gestrichen werden. In der Rahmenvereinbarung soll ausdrücklich klargestellt werden, dass für die kooperierende Pflegeeinrichtung kein Kooperationsaufwand entsteht. Der Hausarzt soll den multiprofessionellen Behandlungsprozess steuern und koordinieren, sowie die kontinuierliche Zusammenarbeit sowie den Informationsausfluss mit den beteiligten Fachärzten und Pflegefachkräften sicherstellen. Die weiteren in der Auflistung genannten Aufgaben hält die BAGFW für sachgerecht.

Änderungsbedarf sieht sie in den folgenden Spiegelstrichen:

- In Spiegelstrich 2 sind nach dem Wort „therapeutischen“ die Wörter „sowie rehabilitativen“ zu ergänzen.
- In Spiegelstrich 6 ist nach dem Wort „Patientenwohl“ das Wort „und Patientenwille“ zu ergänzen.
- In Spiegelstrich 7 ist zu ergänzen, dass auch die Kommunikation mit den behandelnden Krankenhausärzten nach der Krankenhausesentlassung und nicht nur nach der Krankenhauseinweisung zu gewährleisten ist.

Absatz 3: Patientenorientierte Fallbesprechungen

Es ist aus Sicht der BAGFW selbstverständlich, dass Fallbesprechungen patientenorientiert erfolgen müssen. Das Wort „patientenorientiert“ ist daher zu streichen. Bei den „notwendigen Fachdisziplinen“ ist das Wort „ärztlichen“ zu ergänzen. Fallbesprechungen können auch telefonisch stattfinden; dies sollte allerdings die Ausnahme sein. Daher ist im Klammerzusatz das Wort „ggf.“ zu ergänzen.

Absatz 4: Gemeinsame Fortbildungen

Gemeinsame Fortbildungen von Vertragsärzten und Pflegefachkräften werden von der BAGFW ausdrücklich begrüßt. Im Vereinbarungstext sollte hier ergänzt werden, dass es sich um gemeinsame Fortbildungen zu ausgewählten Versorgungsthemen handelt.

§ 3 Aufgaben und Pflichten der Fachärzte

Viele Studien, u.a. die SÄVIP-Studie (2005) haben festgestellt, dass es in der stationären Pflegeeinrichtung vor allem am Besuch einzelner Facharztgruppen mangelt. Sehr wichtig für die Versorgung der Heimbewohner sind die Arztgruppen der Urologen, Neurologen und Psychiater, die im Vereinbarungstext ausdrücklich genannt werden. In die Aufzählung aufgenommen werden sollten jedoch aufgrund der hohen Bedeutung des Sehvermögens, auch mit Blick auf die Sturzhäufigkeit, die Augenärzte sowie aufgrund der hohen Bedeutung des Hörvermögens sowie der Schluckfähigkeit auch die HNO-Ärzte. Neben den Urologen sollten auch die Gynäkologen erwähnt werden. Begrüßt wird, dass in der Vereinbarung ausdrücklich die Hinzuziehung von Schmerztherapeuten im Bedarfsfall hingewiesen wird.

Sehr wichtig ist eine gute Kooperation zwischen dem behandelnden Hausarzt und den behandelnden Fachärzten. Eine schriftliche Information des Facharztes an den Hausarzt sollte jedoch nicht nur bei einer Änderung des Befundes, der Diagnose oder Therapie erfolgen, sondern grundsätzlich bei jeglicher Diagnosestellung und Behandlungsmaßnahme.

Die Vereinbarung sieht, wie im Bereich der Hausärzte, ebenfalls gemeinsame Fortbildungen von Fachärzten und Pflegefachkräften vor. Dies ist zu begrüßen.

§ 4 Zusammenarbeit der kooperierenden Vertragsärzte

Die Vereinbarung bestimmt, dass die kooperierenden Ärzte (Arztgruppen und Arztnetze) einen Koordinationsarzt bestimmen sollen. Sinnvoll wäre es, einleitend zu erläutern, auf welche Kooperationsformen Bezug genommen wird. So bleibt unklar, ob pro Arztgruppe (z.B. Hausärzte, Neurologen) ein Koordinationsarzt zu bestimmen ist oder insgesamt ein Arzt, der die Koordinationsfunktion wahrnimmt. Die Konstruktion des § 2 legt andererseits nahe, dass dem/den Hausärzten die Koordinationsfunktion zukommt. Da in der Regel mehrere Hausärzte in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, stellt sich hier die Frage, welcher Hausarzt Koordinationsarzt werden soll. Es stellt sich des Weiteren die Frage, welche Aufgabe dem Koordinationsarzt nach § 4 zukommen soll: Soll er vor allem für die Regelung des Bereitschaftsdienstes zuständig sein? Soll er regeln, welche Ärzte an welchen Tagen zu welchen Zeiten in die Einrichtung kommen? Hier lässt der Vereinbarungstext viele Interpretationsmöglichkeiten zu. Für die Praxis der stationären Pflegeeinrichtungen ist wichtig, dass ihr durch die Koordination der ärztlichen Tätigkeiten untereinander kein Aufwand entsteht. Sinnvoll ist es aus Sicht der BAGFW daher, dass die Kassenärztliche Vereinigung die Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes regelt.

§ 5 Zusammenarbeit zwischen den kooperierenden Vertragsärzten und den stationären Pflegeeinrichtungen

Absatz 1: Dokumentation

Absatz 1 regelt die Dokumentation der ärztlichen Leistungen, der Befunderhebungen und der Anweisungen an die Pflegekräfte. Zu diesem Zweck sollen sich die Vertragsärzte und die Pflegeeinrichtungen über eine gemeinsame Dokumentationsform und –aufbewahrung verständigen. Sorgfältige Einträge in die Pflegedokumentation sind für die stationären Pflegeeinrichtungen von essentieller Bedeutung, denn die

Pflegefachkräfte müssen die Befunde kennen und klare Anweisungen für die Durchführungen der Behandlungspflege im Wege der Delegation erhalten. Sie benötigen schriftliche Informationen über die verordneten Medikamente und eventuelle Wechselwirkungen sowie über die Notwendigkeit der Konsultation weiterer Fachärzte. All diese Informationen müssen zwingend in der Pflegedokumentation niedergelegt werden. Daher soll im Vereinbarungstext klar niedergelegt werden, dass die kooperierenden Vertragsärzte ihre Informationen und Verordnungen in die Pflegedokumentation schreiben müssen.

Absatz 2: Informationspflichten

Die Einrichtung soll ein Verzeichnis führen, in dem alle kooperierenden Vertragsärzte aufgeführt sind. Der Hinweis auf die Informationspflichten gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen sowie bezüglich der Übermittlung der Informationen an die Krankenkassen ist für die Vereinbarung zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrags ohne Belang und daher zu streichen.

§ 6 Empfehlungen für die Gestaltung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen

§ 6 enthält eine Reihe von Soll-Bestimmungen, über die sich die Vertragspartner der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V verständigen sollen. Bereits in § 1 Absatz 6 der Vereinbarung ist klargestellt, dass die Pflegeeinrichtung feste Ansprechpartner benennen soll. § 6 Absatz 1 ist daher redundant und zu streichen. Insbesondere soll es der Einrichtung überlassen bleiben, wen sie mit dieser Aufgabe betraut, auch wenn es im Regelfall die Wohnbereichsleitung bzw. Schichtleitung sein wird. Auch § 6 Absatz 2 ist redundant und zu streichen, da § 4, zweiter Spiegelstrich, bereits den Bereitschaftsdienst regelt. Sinnvoll ist es dagegen, Regelungen über die Teilnahme von Pflegefachkräften bei ärztlichen Visiten bzw. an den Fallbesprechungen zu regeln. Aber auch diese Regelung kann in § 1 Absatz 6 der Vereinbarung erfolgen. Das Gleiche gilt für die Arzneimittelverordnungen, die in allgemeiner Form bereits in § 1 Absatz 8 geregelt wurde. § 6 Absatz 4 kann somit beispielsweise gestrichen werden. Wir empfehlen den § 6 nochmals aufgrund der vielen Doppelungen zu überdenken. Auch an dieser Stelle bitten wir zu bedenken, dass auch ein zeitlicher Aufwand für die Einrichtungen entsteht, der nicht nur für die Ärzte zu vergüten ist.

Berlin, 13.12.2013