

Möglichkeiten der Neuausrichtung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Sicherstellung der
vertragsärztlichen Versorgung
auf der Grundlage des § 119 b SGB V

Kasseler Initiative
zur Verbesserung der
medizinischen Versorgung
in stationären Pflegeeinrichtungen

Peter Ludwig Eisenberg
Diplom-Sozialgerontologe

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

Inhalt

Überblick	0
1. Ambulante medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen - Ausgangssituation:	2
2. Die Bedeutung des § 114 SGB XI für die anerkannten stationären Pflegeeinrichtungen bei der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung.....	6
3. Die Vereinbarung für den Bereich der vertragsärztlichen/fachärztlichen ambulanten Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	7
3.1 Allgemeine Ziele	7
3.2 Vorstellung für eine multiprofessionelle Zusammenarbeit	9
3.3 Die Bedeutung der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte.....	10
3.4 Aufgaben und Pflichten der Fachärzte bei der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	11
3.5 Gewährleistung der Zusammenarbeit der kooperierenden Vertragsärzte.....	11
3.6 Empfehlungen für die Gestaltung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung	12
3.7 Kriterien für eine verbesserte Vergütung der ärztlichen Leistungen	13
3.8 Gesetzlich vorgeschriebene Evaluation des Versorgungsgeschehens	13
4. Die Ausgestaltung der Regelungen aus § 119 b SGB V im Bereich der zahnärztlichen Versorgung	14
4.1 Allgemeine Ziele der vertragszahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger	15
5. Schlussbemerkung.....	17
6. Impressum:.....	21

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

1. Ambulante medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen - Ausgangssituation:

Seit 2010 versucht die **Kasseler Initiative** auf bestehende strukturelle Unzulänglichkeiten in der medizinischen Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen aufmerksam zu machen. Aus ihren früheren Erfahrungen als von der Heimaufsichtsbehörde eingesetzte Heimfürsprecher versuchen die beiden Initiatoren im Anschluss an diese Tätigkeiten die in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommenen Versorgungsdisparitäten zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung transparenter zu machen. In Kontakten mit Leistungserbringer der Kranken- und Pflegeversicherung, Kostenträger, Pflegeberater, Altenhilfeplaner, Gesundheitsverwaltung, Betreuungsbehörden, Betreuungsaufsicht und Seniorenvertretungen geht es darum, auszuloten, wie notwendige Veränderungen zu erreichen sind¹.

Die Ursachen für die unzulänglichen Situationen bei der gesundheitlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sind vielfältig. So weist Wingefeld² im Versorgungs-Report 2012 – Schwerpunkt: Gesundheit im Alter – auf den Wandel der Bewohnerstruktur in der stationären Langzeitpflege hin. So sei generell festzuhalten, dass im höheren Lebensalter die chronischen Erkrankungen zunehmen, die eine große Herausforderung an die Ärzte darstelle³. Verbesserte Behandlungsmöglichkeiten in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie haben Einfluss auf die Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten und erweitern somit das Aufgabenspektrum in stationären Pflegeeinrichtungen. Hierdurch würden die Pflegeeinrichtungen vermehrt mit konzeptionellen und organisatorischen Anpassungsformen konfrontiert. Nach Ansicht von Doblhammer und Dethloff müsse sich das Gesundheitswesen rechtzeitig auf diesen Trend einstellen⁴.

Um die Ausgangslage der Abhandlung, die sich ausschließlich auf die ambulante medizinische Versorgung in dem genannten Arbeitsfeld bezieht, sachgerecht einordnen zu können, werden einige Erläuterungen zur derzeitigen medizinischen Versorgungsstruktur im stationären Pflegebereich auf der Grundlage sozialrechtlicher Vorgaben vorangestellt werden:

Bis heute bestehen für anerkannte stationäre Pflegeeinrichtungen⁵ keine gesetzlichen oder verwaltungsrelevanten Regelungen darüber, nach welchen Kriterien die medizinische Behandlung der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne der Vorgaben des Krankenversicherungsgesetz (SGB V) mit den Regelungen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) strukturell zu verknüpfen sind. Insofern werden solche Erwartungen der Bewohnerin-

¹ Eisenberg, Peter Ludwig/Schleicher, Rolf: Kasseler Positionspapier der Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen,

² Näheres: Wingefeld, Klaus: Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege, in: , in: Günster, Klose, Schmacke 2012 Versorgungs-Report – Schwerpunkt Gesundheit im Alter, Schattauer 2012 Teil 6

³ Näheres: Wurm, Susanne/Saß, Anke Christine: Gesundheit im Alter; in: Pro Alter Heft 01//40. Jahrgang, Seite 12 – 15; Hrsg. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)

⁴ Vgl. Doblhammer, Gabriele/Detloff, Andreas: Die demografische Entwicklung in Deutschland als Herausforderung für das Gesundheitswesen, in: Günster, Klose, Schmacke 2012 Versorgungs-Report – Schwerpunkt Gesundheit im Alter, Schattauer 2012, Teil 1

⁵ §§ 71, 72 SGB XI

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

nen und Bewohner (aber auch deren Angehörige, Betreuer, Bevollmächtigte) nicht erfüllt, die unterstellen, dass mit der Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung sowohl die pflegerischen als auch die medizinischen Belange geregelt sind.

Die jetzt bestehenden Diskrepanzen zwischen dem Versorgungsbereich der stationären Pflege und medizinischen Versorgung bestehen seit der Verabschiedung des SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz). Der Gesetzgeber hat hier systemfremd für den Bereich der stationären Pflegeeinrichtung in § 43 AGB XI Abs. 2 eine Regelung aufgenommen, dass für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen **die Pflegekassen** im Rahmen pauschaler Leistungsbeträge (Pflegegesetz) neben den pflegerischen Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung zugleich die **Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege** zu übernehmen haben⁶. Das bedeutet, dass mit dieser Regelung der individuelle gesetzliche Leistungsanspruch zur **Behandlungspflege** aus dem Leistungsbereich des Krankenversicherungsgesetzes (SGB V) nach Abschnitt V – Leistungen bei Krankheit – herausgenommen wurde. Hierbei wurde übersehen, dass nach dem Krankenversicherungsgesetz Leistungen der Behandlungspflege **grundsätzlich eine ärztliche Verordnung** voraussetzen. Die **Behandlungspflege** im Sinne von § 43 SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz) sieht jedoch diese ärztliche Verordnung bei der Behandlungspflege **nicht** vor. Um dieses rechtliche Dilemma verfahrensrechtlich zu beheben, verständigten sich **Bund und Länder** bei der Umsetzung der Pflegeversicherung dahin gehend, dass in stationären Pflegeeinrichtungen **eine Behandlungspflege** immer individuell von dem **behandelnden Arzt der Pflegeheimbewohnerin bzw. des Pflegeheimbewohners (freie Arztwahl⁷) vorher angeordnet** sein muss. Hierbei wurde unterstellt, dass die ambulante ärztliche Mitwirkung durch den „freigewählten“ Arzt (Hausarzt) bei allen Fragen der medizinischen Behandlung stets gewährleistet sei.

Man muss hierzu wissen, dass für den Personenkreis der gesetzlichen Krankenversicherten in stationären Pflegeeinrichtungen die ärztliche resp. zahnärztliche Behandlung ausschließlich im Rahmen der **ambulanten kassenärztliche bzw. kassenzahnärztlichen Versorgung** durch anerkannte Vertragsärzte sichergestellt wird⁸. Im Rahmen dieses Tätigwerdens besteht somit kein Vertragsverhältnis zwischen dem zur Versorgung zugelassenen Vertragsarzt bzw. Vertragszahnarzt und der stationären Pflegeeinrichtung. Der Behandlungsvertrag kommt ausschließlich zwischen dem behandelnden Arzt und seinem Patienten zustande. Insofern steht die Pflegeeinrichtung vor dem Problem, eine Abstimmung der Behandlungsmaßnahmen mit einer Vielzahl von Ärzten organisieren zu müssen. Aufgrund der vertragsärztlichen Regelungen über Vertretungen der Kassenärztlichen Vereinigungen können sich diese Ärzte nicht in der Einrichtung gegenseitig vertreten, sofern dies nicht durch die generelle Praxisvertretungsregelung festgelegt ist. (Auf das zusätzliche aktuelle Problem der **Versorgungssicherheit** wegen fehlender Ärzte/Fachärzte, insbesondere im ländlichen Raum, soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.)

In der täglichen Arbeit stationärer Pflegeeinrichtungen hat sich im Laufe der Jahre die Praxis entwickelt, dass der jeweils behandelnde Arzt oder Zahnarzt vonseiten des Heimes „gebeten“

⁶ § 43 SGB XI

⁷ Freie Arztwahl gemäß § 76 SGB V

⁸ Näheres siehe § 72 ff SGB V

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

bzw. „angehalten“ wird, die individuell von ihm **angeordnete Behandlungspflege** und andere medizinische Verordnungen (Medikamente) seines Patienten in der Pflegedokumentation schriftlich festzuhalten. Es gibt zu diesen Verfahren bisher keine rechtlich verbindliche Regelungen über dieses Zusammenwirken der Vertragsärzte – Vertragszahnärzte mit der Pflegeeinrichtung. **An die Umsetzung dieser ärztlichen Anordnung ist jedoch die Pflegeeinrichtung gebunden**, obgleich der behandelnde Arzt/Zahnarzt keine Fachaufsicht hierüber gegenüber der Pflegeeinrichtung wahrnimmt. Nach den bisherigen formalen Regelungen ist eine Pflegeeinrichtung „nur“ verpflichtet, Vorkehrungen zu treffen, dass die angeordneten Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die üblicherweise an Pflegefachkräfte oder Pflegekräfte delegiert werden kann und nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden muss, von der Pflegeeinrichtung umzusetzen ist.

Diese beschriebene Vorgehensweise wird in den länderspezifischen **Rahmenverträgen über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für die Pflegeeinrichtungen festgeschrieben. So ist beispielsweise in dem zurzeit gültigen Rahmenvertrag für das Land Hessen** ausgeführt⁹:

„Medizinische Behandlungspflege.

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Rahmen der ärztlichen Anordnung erbracht. Sie umfassen Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die üblicherweise an Pflegefachkräfte oder Pflegekräfte delegiert werden können und nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden. Sie dienen dazu, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Diese werden vom behandelnden Arzt angeordnet und verantwortet. Die ärztliche Anordnung und die Durchführung sind in der Pflegedokumentation festzuhalten. Analoge Grundlage für den Inhalt der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen sind die für Hessen geltenden Leistungsbeschreibungen der Vereinbarungen nach § 132a SGB V (häusliche Krankenpflege gem. § 37 Abs. 2 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie auf den stationären Bereich anwendbar sind“¹⁰.

Mit diesen vertraglichen Festlegungen in den Rahmenverträge zur Sicherstellung der vollstationären Pflege sind jedoch keine verbindlichen Regelungen über die Umsetzung weiterer ambulanter Behandlungsformen, beispielsweise ärztlich verordneter Behandlungsmaßnahmen (§ 32 SGB V) im Bereich der **physikalischen Therapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Podologie** auf der Grundlage des Heilmittelkatalogs einbezogen. Für den Personenkreis, der stationäre Pflegeleistungen bezieht, müssen diese jeweils ärztlich verordneten Behandlungen von ambulanten anerkannten Praxen gesondert organisiert und in Eigenregie erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil des **Leistungsangebots der Pflegeeinrichtung**. Die in einer Pflegeeinrichtung fest angestellten Fachkräfte aus dem Bereich der physikalischen Therapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Podologie erbringen somit

⁹ Siehe Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen vom 01.05.2009

¹⁰ Welche konkreten Maßnahmen nach den Leistungsbeschreibungen zur häuslichen Krankenpflege für den stationären Bereich nicht anwendbar sind, wird in dem Rahmenvertrag nicht näher erläutert.

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

keine Leistungen der medizinischen Krankenbehandlung auf der Grundlage des Krankenversicherungsgesetzes und sind daher Bestandteil der ärztlichen Behandlungsmaßnahmen. Diese Angebotsformen sind Bestandteil der „**sozialen Betreuungsangebote der Pflegeeinrichtung**“. Die hiermit verbundenen Kosten fließen nach den Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes in den Pflegesatz der Pflegeeinrichtung mit ein. Soweit der hieraus entstehende Kostenanteil für medizinische Behandlungspflege, Pflege und soziale Betreuung den von der Pflegekasse zu zahlenden Kostenanteil für stationäre Pflege übersteigt, werden diese Mehrkosten den Pflegebedürftigen als Eigenleistung aufgebürdet¹¹. Eine so geartete „Verlagerung“ von individuellen Leistungsansprüchen aus dem Bereich der Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung muss in der Diskussion um die Absicherung von individuellen Leistungsansprüchen größere Bedeutung beigemessen werden.

Aufgrund der in den vergangenen Jahre erfolgten Kritik an der unzureichenden medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, die sowohl aus dem Bereich der Ärzteschaft¹², Zahnärzteschaft¹³ als auch von den Betroffenenverbänden¹⁴ oder dem Bereich der Selbsthilfegruppen kamen, haben zu Gesetzesänderungen im Bereich der Krankenversicherung¹⁵ und der Pflegeversicherung¹⁶ geführt. Zu nennen sind:

- die **Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung (SAPV)** auch in stationären Pflegeeinrichtungen¹⁷, und
- die **Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation** in stationären Pflegeeinrichtungen, sofern die ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht¹⁸.

¹¹ Soweit der leistungsberechtigte auf Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII) angewiesen ist wirkt sich diese Kostenverlagerung entsprechend auf die von den Gemeinden aufzubringende Sozialhilfekosten aus.

¹² Beispielsweise: Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigungen Bund: „Initiative Pflegeheim – Gemeinsam für eine gute medizinische Versorgung in Pflegeheimen, 2010, S. 11 - 13

¹³ Beispielsweise: Versorgungskonzeptes mit dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“, der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBZV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) gemeinsam mit Wissenschaftlern der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO)

¹⁴ So: Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) „Positionspapier zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen“ Bonn 2001 Punkt 10 und 12

¹⁵ Beispielsweise: Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011

¹⁶ Beispielsweise Pflegeeneuausrichtungsgesetz (PNG) vom 29. Juni 2012

¹⁷ § 37 b SGB V **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Abs. 1 Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. 2Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle

Abs. 2 Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung...

¹⁸ § 40 Abs. 1 SGB V

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

Die Umsetzung dieser gesetzlichen Leistungen setzen aber vertragsrechtliche Vereinbarungen zwischen dem Leistungserbringer und den Krankenkassen voraus¹⁹, die bisher die stationären Pflegeeinrichtungen nicht erfüllen.

In den Neuregelungen zum Pflegeversicherungsgesetz (§ 114 SGB XI) zur „**Qualitätsprüfung**“ und zum Krankenversicherungsgesetz (§ 119 b) „**Regelungen zur Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen**“ geht es um Gesetzesänderungen, die es ermöglichen könnten, die genannten Strukturprobleme konkreter zu erfassen.

Auf diese Neuregelungen soll, soweit hier strukturelle Sachverhalte angesprochen sind, soll im Folgenden näher eingegangen werden.

2. Die Bedeutung des § 114 SGB XI für die anerkannten stationären Pflegeeinrichtungen bei der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung

Der Gesetzgeber hat im Rahmen der geänderten Vorgaben zur **Qualitätsprüfung** die stationären Pflegeeinrichtungen in § 114 SGB XI verpflichtet, dass sie ab 01.01.2014 den Landesverbänden der Pflegekassen nach einer Regelprüfung darüber zu informieren haben, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in ihrer Einrichtungen geregelt sind. Sie sollen insbesondere hinweisen auf:

- „den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze sowie den
- Abschluss von Vereinbarungen mit den Apotheken.“

Hierbei hat er offensichtlich erwartet, dass die Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren verstärkt von der gesetzlichen Möglichkeit des § 119 b SGB V Gebrauch machen würden, sich selbst an der vertragsärztlichen bzw. kassenzahnärztlichen Versorgung im Sinne des § 72 SGB V ff zu beteiligen, sofern die Sicherstellung einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in ihrer Einrichtung nicht gewährleistet ist. Die Erfahrungen mit den Möglichkeiten des § 119 b SGB V zeigen jedoch, dass sich die **Pflegeeinrichtungen** nicht in dieser **Regelungspflicht** sehen. Sie stellen argumentativ darauf ab, dass sich die Bewohner mit ihrem Recht auf freie Arztwahl (§ 76 SGB V) selbst um die ärztliche Versorgung zu bemühen haben. So läge es ausschließlich in der individuellen Klärung zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren selbst gewählten Vertragsärzten, wie diese ihren Behandlungsvertrag erfüllen. Des weiteren verweist man auf den o. a. Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI, wonach sie **nur** verpflichtet seien, „durch organisatorische Maßnahmen die Krankenbehandlungen und die Durchführung ärztlich verordneter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu ermöglichen“ (Beispiel Hessen)²⁰. Angesichts der immer deutlich werden Probleme einer unzureichenden

¹⁹ Siehe SGB V Elfter Abschnitt

²⁰ Näheres siehe o. a. FN 9 Rahmenvertrag § 12 Abs. 3

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

strukturell abgesicherten medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen, kann diese Auffassung und Zurückhaltung nicht länger akzeptiert werden.

Leider gibt es heute nur wenige wissenschaftlich abgesicherte Untersuchungen über die medizinische Versorgungsrealität in stationären Pflegeeinrichtungen, die hierzu konkreten Daten liefern könnten. Man sollte sich aber ins Gedächtnis rufen, dass bereits die im Jahre 2005 vorgelegte SÄVP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen u. a. erhebliche Mängel in der fachärztliche Versorgung ausgemacht hat. So fehle die Versorgung mit Frauenärzten, Augenärzten und HNO-Ärzten fast völlig. Die Betreuung durch Urologen und Orthopäden sei unzureichend. Von Neurologen und Psychiatern würden nur 1/3 der Bewohner erreicht. Die Zahnärztliche Betreuung sei vielfach nicht sichergestellt²¹.

In den zeitnah zur Verfügung stehenden Berichten über aufsichtsrechtlichen Prüfungen des **Medizinischen Dienstes der Krankenkassen**²² oder der **Aufsichtsbehörden nach den Landesheimgesetzen**²³ werden diesen Fragen deshalb nicht behandelt, weil hierfür entsprechende Rechtsgrundlagen fehlen. Dies gilt auch für Interventionsregelungen für den Fall eines festgestellten, auf die Einrichtung bezogenen strukturellen Versorgungsmangels.

So gesehen stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit der bloßen Mitteilungspflicht nach § 114 SGB XI. Trotz dieser kritischen Anmerkungen kann man aus unserer Sicht auf der Grundlage des jetzigen Regelwerks erste verbindliche Kriterien entwickeln und festlegen, was künftig unter der Sicherstellung einer ärztlichen/fachärztlichen sowie zahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verstehen und somit vorzuhalten ist. Hierzu soll aus dem Blickwinkel der Initiative einige Denkanstöße gegeben werden.

3. Die Vereinbarung für den Bereich der vertragsärztlichen/fachärztlichen ambulanten Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

3.1 Allgemeine Ziele

Der Gesetzgeber hat in § 119 b SGB V (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen) vorgegeben, bis spätestens 30. September 2013 **Anforderungen** an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrich-

²¹ Näheres in: Hallauer, Johannes/ Bienstein, Christel/ Lehr, Ursula/Rönsch, Hannelore: SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, © VINCENTZ NETWORK Marketing Service, Hannover 2005

²² Vgl. Richtlinien des GVK-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches

²³ Beispiel Hessen: Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht: Leitfaden für Prüfungen nach § 16 Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen, Ziff. 4.8

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

tungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene²⁴ insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung **zu vereinbaren**.

Diesem Auftrag des Gesetzgebers wurde in der „**Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag)**“ zwischen der Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin und der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K. d. ö. R., Berlin, als Bestandteil des **Bundesmantelvertrages** als Anlage 27 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ Rechnung getragen. Diese Vereinbarung enthält **verbindliche Vorgaben** für eine verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (nach § 71 Abs. 2 SGB XI i. v. m. § 72 Abs. 1 SGB XI). Danach verfolgen die **Vertragsärzte und Pflegeeinrichtungen gemeinsam** das Ziel, die an der Versorgung der Versicherten beteiligten Berufsgruppen miteinander zu vernetzen sowie die Kommunikation und Zusammenarbeit zu stärken. Hierfür werden **konkrete Anforderungen** definiert.

Für den Verbraucher, das heißt für den leistungsberechtigten Heimbewohner, wird erstmals transparenter, wie seine ärztliche/fachärztliche Behandlung, einschließlich der ergänzenden medizinischen Behandlungsformen, in die pflegerische Versorgung der Pflegeeinrichtung integriert und ausgestaltet sein sollte. Diese Zielvorgaben müssten konsequenter Weise zur Folge haben diese erweiterte Aufgabenstellung der stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgungsstruktur in den „**Wohn- und Betreuungsverträgen**“ nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBVG) mit aufzunehmen.

Soweit sich künftig eine solche fachliche Qualität einer ambulanten ärztlichen/fachärztlichen Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht darstellen lässt, erwächst für die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Gesetzesgrundlage des §119 b SGBV zwangsläufig ein Handlungsbedarf, selbst aktiv werden zu müssen, um Vereinbarungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu erreichen. Für die Leistungserbringer ist nicht uninteressant, dass für diese vertragsärztliche Tätigkeiten in stationären Pflegeeinrichtung nunmehr **Zuschläge** nach § 87a Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz Nr. 1 und 2 SGB V **als Leistungen der Krankenkassen** vorgesehen sind²⁵. Andererseits ist gesetzlich festgelegt, dass diese Kosten **nicht zulasten der Pflegeeinrichtung** gehen dürfen. Es handelt sich gleichermaßen nicht um eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL-Leistung), die der Pflegeheimbewohner übernehmen müsste.

Trotzdem stellt sich für die Pflegeeinrichtung die Frage, welcher Mehraufwand durch zusätzliche Koordinationsaufgaben, Intensivierung von behandlungspflegerischen Maßnahmen durch das Pflegefachpersonal entstehen und wie dies für die Pflegeeinrichtung finanziell aufgefangen werden kann. Solche Entwicklungen zeigen sich schon jetzt bei der Versorgung von Versicherten mit

²⁴ Leider sind hier die beteiligten Träger nicht namentlich aufgeführt

²⁵ Die bislang für ambulante ärztliche Tätigkeiten in Pflegeheimen bestehende Abrechnungsregelung nach den Prinzipien der hausärztlichen Versorgung stand wegen der Andersartigkeit der Aufgabenstellung schon lange in der Kritik.

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen der Phase F nach § 72 SGB XI haben²⁶. Es zeichnet sich in den Pflegeeinrichtungen auch ein Trend ab, für bestimmte Bewohnergruppen, die an spezifischen Erkrankungen leiden Fachschwerpunkte zu bilden.

3.2 Vorstellung für eine multiprofessionelle Zusammenarbeit

Ein zentraler Punkt zur Verbesserung der haus- und fachärztlichen Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen soll durch die **multiprofessionelle Zusammenarbeit** der aufeinander abgestimmten medizinischen und pflegerischen Leistungen aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen erreicht werden. Hierfür sollen strukturierte Prozesse für einen funktionierenden Informationsaustausch und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den an der pflegerischen und medizinischen Versorgung der Versicherten Beteiligten entwickelt werden.

Hierzu zählen:

- **„Visiten und Fallbesprechungen,**
- **feste Ansprechpartner in der stationären Pflegeeinrichtung,**
- **geregelt Kommunikationsstrukturen und -zeiten (z.B. vereinbarte Sprechzeiten)“.**

Mit dieser Verbesserung der Versorgung, soll eine unnötige Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes vermieden werden. Davon unberührt bleibt die Versorgung von Notfällen durch den Rettungsdienst.

Es sollen Strukturen gefördert bzw. entwickelt werden, die eine koordinierte und abgestimmte Behandlung zwischen den Versorgungsangeboten (z. B. geriatrische Komplexbehandlung, allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung) vorsehen. *Es geht ferner um,*

- *die Reduzierung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte und der dazugehörigen Krankentransporte,*
- *die koordinierte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen,*
- *die indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie der Wegfall unnötiger Doppeluntersuchungen.*

²⁶ Solche Auswirkungen werden beispielsweise in richtungsweisenden Verträge nach § 132a Abs. 2 SGB V zwischen anerkannten Träger von Pflegeeinrichtungen und der AOK NORDWEST-Die Gesundheitskasse-, der BKK-Landesverband NORDWEST für die Betriebskrankenkassen, die diesen Vertrag anwenden, der IKK Nord, der Knappschaft, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), den Ersatzkassen BARMER GEK, Techniker Krankenkasse (TK), DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH HEK - Hanseatische Krankenkasse hkk, den Pflegekassen und Sozialhilfeträger für Schleswig-Holstein als Leistungen der Krankenversicherung berücksichtigt Abschluss 2014).

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

3.3 Die Bedeutung der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte

Die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte (**§ 73 Abs. 1a SGB V**) übernehmen die Durchführung und Koordination der (*ambulant – Klarstellung des Verfassers*) **medizinischen Versorgung** der Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen in Abstimmung mit der stationären Pflegeeinrichtung (*Pflegedienstleitung - Klarstellung des Verfassers*) und den ggf. beteiligten Fachärzten.

Wie dies nach Ansicht der Vertragsparteien zu geschehen ist, wird wie folgt in der Vereinbarung konkretisiert und somit fachlich **standardisiert**.

„Die Hausärzte sollen verantwortlich sein für:

- *die Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses,*
- *die Veranlassung und Durchführung und / oder Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen nach Maßgabe der in dieser Vereinbarung genannten Grundsätze einschließlich der Einbeziehung aller an dieser Maßnahme beteiligten Berufsgruppen, insbesondere des Pflegepersonals der stationären Pflegeeinrichtung,*
- *die bedarfsgerechte, regelmäßige Visite in der stationären Pflegeeinrichtung in Kooperation und Abstimmung mit den Ansprechpartnern der Einrichtung,*
- *die Sicherstellung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit und eines kontinuierlichen Informationsaustausches der beteiligten Haus- und Fachärzte sowie der beteiligten Pflegefachkräfte,*
- *Vertretung im Fall seiner Verhinderung (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit); (die Einrichtungsleitung ist über die ärztliche Vertretung in Kenntnis zu setzen),*
- *die erforderlichen Einweisungen zur stationären Krankenhausbehandlung. (Diese soll sich am Patientenwohl und am Patientenwillen sowie unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen orientieren),*
- *die Kommunikation mit den behandelnden Krankenhausärzten nach einer Krankenhaus-einweisung und nach der Entlassung“.*

Es werden aber noch weitergehende **koordinierende** Funktionen in der Vereinbarung aufgeführt:

- *„Der Hausarzt steht dem Versicherten und seinen Angehörigen bzw. Bezugspersonen **als Ansprechpartner** zur Verfügung.*
- *Der Hausarzt koordiniert bedarfsgerecht in Zusammenarbeit mit der stationären Pflegeeinrichtung patientenorientierte Fallbesprechungen und Konsile für die Versicherten der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen sowie der Pflegekräfte (ggf. auch telefonisch).*
- *Gewährleistung einer engeren und verbesserten Zusammenarbeit mit den Pflegefachkräften in der stationären Pflegeeinrichtung, bei Bedarf gemeinsame Fortbildungen, Unter-*

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

stützung der Einrichtung ggf. durch die Durchführung von Fortbildungen zu geriatrischen medizinischen Themen“.²⁷

3.4 Aufgaben und Pflichten der Fachärzte bei der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Vereinbarung enthält konkrete Aufgaben und Pflichten auch für Fachärzte für die ambulante medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. So sollen die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte, Urologie, Neurologie, Psychiatrie und weitere Vertragsärzte mit den **Hausärzten** bei der Versorgung der Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen kooperieren. Anzustreben soll die Einbindung von zusätzlicher schmerztherapeutischer und palliativmedizinischer Kompetenz soll bedarfsabhängig einbezogen sein.

Hierbei wird in der Vereinbarung folgender Regelungsbedarf gesehen (§ 3):

- „bedarfsgerechte, regelmäßige Besuche bzw. Konsile der Versicherten möglichst in Absprache mit dem Hausarzt, Fallbesprechungen mit den Hausärzten und der stationären Pflegeeinrichtung, fachübergreifende Kommunikation mit den Hausärzten und der stationären Pflegeeinrichtung,
- bei Änderung des Befundes, der Diagnose oder Therapie schriftliche Information an den Hausarzt über die Diagnosestellung und Behandlungsmaßnahmen.
- bei Bedarf soll der Facharzt die Einrichtung ggf. durch die Durchführung gemeinsamer Fortbildungen zu geriatrischen medizinischen Themen In gemeinsame Fortbildungen unterstützen.“

3.5 Gewährleistung der Zusammenarbeit der kooperierenden Vertragsärzte

Die Vereinbarung enthält wichtige strukturelle Regelungen über eine verbindliche Gewährleistung ärztlicher Präsenz. So ist festgelegt (§ 4 der Vereinbarung), dass die kooperierenden Vertragsärzte **mit den stationären Pflegeeinrichtungen** Regelung vereinbaren für:

- „die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, ärztlichen Präsenz,

²⁷ Aus hiesiger Sicht erstaunt dieses umfangreiche Aufgabenspektrum für den Hausarzt. Ein formelles Zusammenwirken mit der Pflegeeinrichtung auf der Verantwortungsebene der Pflegedienstleitung bedarf u. E. einer verbindlichen weiteren Abklärung. Es müssen zum Schutz der Leistungsempfänger (Verbraucher) Lösungen zu Fragen einer gemeinsamen Gesamtverantwortung bei Durchführung von Maßnahmen der Behandlungspflege erreicht werden. Dies gilt auch für die Einbeziehung ambulanter Praxen, die ärztlich verordnete Behandlungsmaßnahmen, wie physikalischen Therapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie nach der Heilmittelverordnung in stationären Pflegeeinrichtungen durchführen.

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

- *die Versorgung nach 22 Uhr, an Wochenenden und an Feiertagen. Dabei können auch Regelungen zur Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes getroffen werden,*
- *die Gewährleistung der telefonischen Erreichbarkeit,*
- *die Bestimmung eines Koordinationsarztes durch die kooperierenden Ärzte (Arztgruppen und Arztnetze)“.*

Die Vertragsparteien konkretisieren Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen den kooperierenden Vertragsärzten und den stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 des o.a. Vereinbarung).

Die ärztliche und pflegerische Versorgung von Versicherten verpflichte zur engen, kooperativen und vertrauensvollen Zusammenarbeit. Dies könne beispielsweise die Festlegung von Kommunikationsleitfäden und Prozessabläufen beinhalten. Zur Optimierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Versicherten sollen zeitnah die Informationen ausgetauscht werden. Dieser Prozess soll durch den Aufbau einer gemeinsamen Informationsplattform verfestigt werden. Die kooperierenden Vertragsärzte und die stationäre Pflegeeinrichtung sind gehalten, sich insbesondere über die Dokumentation der ärztlichen Leistungen, Befunderhebungen und Anweisungen zu verständigen, hierzu zählt auch die Vereinbarung über eine gemeinsame Dokumentationsform und -aufbewahrung unter Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht sowie des Datenschutzes.

3.6 Empfehlungen für die Gestaltung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung

Die stationären Pflegeeinrichtungen sollen ein Verzeichnis der kooperierenden Vertragsärzte führen, in dem alle **vertraglich eingebundenen Vertragsärzte** aufgeführt sind. Dieses Verzeichnis gilt als Grundlage der Informationspflicht der Pflegeeinrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen gemäß § 114 Abs. 1 SGB XI. Über die Übermittlung des Verzeichnisses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verständigen sich die kooperierenden Vertragsärzte und die stationäre Pflegeeinrichtung gesondert.

In einer weiteren Festlegung werden „**Empfehlungen für die Gestaltung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen**“ festgelegt (§ 6 des o. a. Vertrags). Danach sollen sich die Vertragspartner verständigen über:

- *„Den Aufbau geeigneter Kommunikations- und Kooperationsstrukturen mit Hausarzt / Fachärzten sowie der Pflegeeinrichtung durch feste Ansprechpartner, z. B. Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung. Dies beinhaltet auch eine Vertretungsregelung der festen Ansprechpartner.*
- *Die Inanspruchnahme der kooperierenden Vertragsärzte außerhalb der vereinbarten persönlichen und telefonischen Erreichbarkeit für nicht aufschiebbare Fälle.*
- *Die Teilnahme von Pflegefachkräften auf Wunsch der Pflegeeinrichtung bzw. des Arztes und mit Zustimmung des Versicherten an den Visiten sowie über die Teilnahme an regelmäßig interdisziplinären Fallbesprechungen.*

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

- Die Umsetzung aktuell geänderter Arzneimittelverordnungen, z. B. Verabreichung von flüssigen und festen geteilten Darreichungsformen.
- Die bedarfsorientierte Unterstützung der kooperierenden Ärzte durch die Pflegeeinrichtung, insbesondere bei der Koordination und Durchführung von diagnostischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen.
- Die Festlegung einer Regelung bzgl. der Rücksprache mit den beteiligten Haus- und / oder Fachärzten vor Krankenhauseinweisungen sowie ggf. im Falle der Nichterreichbarkeit.
- Die Vorkehrungen und Regelungen zur Wahrung der Intimsphäre und Vertraulichkeit bei der Behandlung von Versicherten.“

3.7 Kriterien für eine verbesserte Vergütung der ärztlichen Leistungen

Die Vereinbarung enthält ferner wichtige Vorgaben für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen, die an den Anforderungen aus der Vereinbarung ausgerichtet sein müssen. Dabei sind auch Regelungen zu treffen über die Weiterleitung von Vereinbarungen zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen an die Partner der Gesamtverträge. Die Partner können Gesamterträge und Zuschläge auf den Orientierungswert nach den Vorgaben des SGB V vereinbaren. Wichtig sei, dass sich diese Vertragsgestaltung ausschließlich an den Vorgaben des SGB V orientiert, und nicht in den unmittelbaren Leistungsbereich des SGB XI fällt.²⁸ Ärzte die in einem Kooperationsvertrag mit einem Pflegeheim abgeschlossen haben, erhalten für die ärztliche Versorgung Zuschläge außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nur, wenn sie alle Kriterien der Vereinbarungen der KBV und GKV-Spitzenverbänden erfüllen²⁹.

3.8 Gesetzlich vorgeschriebene Evaluation des Versorgungsgeschehens

Die Vereinbarung enthält Regelungen zur Umsetzung einer nach § 119 b Abs. 3 SGB V gesetzlich vorgegebenen Evaluation über die Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen durch das **Institut des Bewertungsausschusses**. Hierüber soll ein Bericht über die Ergebnisse bis zum 31. August 2015 der Bundesregierung vorgelegt werden.

Gerade Letzteres macht deutlich, dass es wichtig ist, sich umgehend gemeinsam mit der Umsetzung der neu geschaffenen Regelungen auseinanderzusetzen, um auf breiter Basis die Erfahrungen über den Vollzug der gesetzlichen Vorgaben auszutauschen und zu bewerten.

²⁸ Entsprechende Vergütungsregelung müssen auch die Berufsgruppen greifen, wenn die ärztlich verordneten ambulanten Behandlungsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen, u. a. auch wegen des höheren Zeitaufwands für Einzelfall bezogene koordinierte Abstimmung, für gemeinsame Fallbesprechungen etc., nicht mit den derzeitigen Abrechnungskriterien in Einklang stehen..

²⁹ Hibbeler, Birgit; Mehr Geld für Arztbesuche im Heim, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 10 A386, 7.März 2014

4. Die Ausgestaltung der Regelungen aus § 119 b SGB V im Bereich der zahnärztlichen Versorgung

Aus einer Pressemitteilung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vom 13.03.2014 war zu entnehmen, dass auch die zahnmedizinische Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen ab dem 1. April 2014 deutlich verbessert werden soll. Dazu hätten die **Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband** unter Mitwirkung der **Träger von Pflegeheimen** sowie der **Verbände der Pflegeberufe** eine neue **Rahmenvereinbarung** getroffen. Diese gäbe den Vertragszahnärzten die Möglichkeit, einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen abzuschließen. Dadurch würden pflegebedürftige Patienten in Zukunft direkt vor Ort systematisch betreut werden können¹⁵. Die auf Basis der Rahmenvereinbarung abzuschließenden Kooperationsverträge würden eine routinemäßige Eingangsuntersuchung sowie weitere regelmäßige Untersuchungen zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Patienten in Pflegeheimen ermöglichen. Der Zahnarzt könne für jeden pflegebedürftigen Patienten Pflegezustand und Behandlungsbedarf anhand eines vorgefertigten Formblattes dokumentieren und das Pflegepersonal entsprechend individuell instruieren. Mit der Vereinbarung und den neuen Leistungen im Bewertungsmaßstab hätten Krankenkassen und Zahnärzte nun den Weg geebnet, um den Gesetzesauftrag aus dem Pflege-neuaustrichtungsgesetz (PNG) umzusetzen. In der Vereinbarung seien Qualitäts- und Versorgungsziele aufgenommen worden, um die Versorgung der Pflegebedürftigen auf eine solide Basis zu stellen.³⁰

Trotz der erreichten Verbesserungen in der zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger bemängelt der **Kassenzahnärztliche Bundesverband**, dass auch die neuen Rahmenbedingungen den besonderen Anforderungen und Belangen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen noch nicht gerecht werde. Diese Kritik bezieht sich besonders auf zahnmedizinische Präventionsleistungen. Diese müsse besonders für den Personenkreis zum Tragen kommen, wenn die Betroffenen infolge ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung nicht in der Lage seien, die Eigenverantwortung für ihre Zahngesundheit selbst zu übernehmen³¹. Hier wäre zu prüfen, ob nicht die Länder in die Pflicht genommen werden könnten, analog zu den Konzepten der Schulzahnpflege, Projekte mit dem Ziel der zahnärztlichen Prophylaxe der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Zusammenwirken ggf. mit den zahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter zu entwickeln. Entsprechende Maßnahmen sind beispielsweise in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern bereits umgesetzt³². Auch die Landeszahnärztekammer plant ein entsprechendes Vorhaben für den Bereich der Senioren- und Alterszahnmedizin und will Bewohnerinnen und

³⁰ <http://www.kzbv.de/pressemitteilung-vom-13-3-2014.843.de.html>

³¹ Näheres hierzu: KZBV: Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, in <http://www.kzbv.de/versorgung-von-pflegebeduerftigen-und-menschen.21.de.htm>

³² Projekt **Altern mit Biss** –Für bessere Zahn- und Mundgesundheit und mehr Lebensqualität im Alter https://www.kzv-sa.de/opencms/export/sites/kzv-sa/zahnaerzteOffenPool/AuB/flyer_altern_mit_biss.pdf

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

Bewohner von Pflegeheimen in das Konzept mit einbeziehen³³. In Uelzen bietet das Gesundheitsamt unter dem Motto „Mundhygiene und Zahnprothesenpflege bei pflegebedürftigen Senioren“ eine praxisorientierte Beratung für Pflegekräfte an – und zwar direkt in den entsprechenden Senioren- und Pflegeeinrichtungen³⁴. Diese Beispiele zeigen, wie wichtig es ist, solche Prophylaxe Maßnahmen neben der unmittelbaren zahnärztlichen Behandlung zusätzlich zu etablieren.

4.1 Allgemeine Ziele der vertragszahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger

Diese neue Vereinbarung über die Anforderungen an eine kooperativen und koordinierten zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung unterscheidet sich in seiner Ausgestaltung entscheidend von der oben beschriebenen Vereinbarung zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen zwischen der Kasseler Zahnärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin und der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen). Es hat darüber hinaus den Anschein als habe bei dieser Vereinbarung der Vertragszahnarzt gegenüber der Pflegeeinrichtung eine andere **Vertragsoption**, in dem **er als Leistungserbringer** der Handelnde ist. **Er** schließt mit der Pflegeeinrichtungen einen Kooperationsvertrag zur Sicherstellung einer regelmäßigen, die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Versicherten zur vertragszahnärztlichen Versorgung ab³⁵. Eine Anwendung des § 119 b Abs. 1 SGB V, wonach stationäre Pflegeeinrichtungen einzeln oder gemeinsam **bei entsprechendem Bedarf** unbeschadet des § 75 Abs. 1 SGB V **Kooperationsverträge** mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen könne, trifft so für den zahnärztlichen Bereich nach dieser Vereinbarung nicht zu.

Trotz der anderen Ausgangslage der Vereinbarung kommt man nicht um eine verbindliche Regelung herum, was geschehen kann und soll, wenn in einer Pflegeeinrichtung eine den besonderen Bedürfnissen der Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohner zahnärztliche Versorgung nicht gewährleistet ist.

Nach der Vereinbarung lassen sich hierzu nachfolgende Kriterien ableiten:

- „Ein regelmäßiger Besuchsturnus ohne anlassbezogene Anforderung eines Besuchs“
- *Regelungen zur Rufbereitschaft“.*

Damit sollen als gemeinsames Ziel **der stationären Pflegeeinrichtung und des Zahnarztes** folgende Qualitäts- und Versorgungsziele erreicht werden:

³³ <http://www.lzkh.de/Content/Pages/100/FOV1-000382CF/S00B89B42?FormID=96&both&listview>

³⁴ Entnommen: http://www.uelzen.de/index.htm?baum_id=3763&inhalt_id=1815518

³⁵ § 1 der Vereinbarung

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

- „Erhalt und Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestandards und damit Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (unter anderem Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen, soziale Teilhabe)
- Vermeiden, frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs
- Regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen
- Zeitnahe, den Lebensumständen des Pflegebedürftigen Rechnung tragende Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung
- Verminderung der beschwerdeorientierten Inanspruchnahme, Vermeiden von zahnmedizinisch bedingten Krankentransporten und Krankenhausaufenthalten
- Stärkung der Zusammenarbeit und Verbesserung des Informationsaustauschs zwischen den an der Pflege sowie der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen, den Bewohnern/gesetzlichen Vertretern sowie deren Angehörigen“.

Von dem Zahnarzt sollen folgende Leistungen im Rahmen der **Diagnostik und Behandlung** erbracht werden:

1. „Im Fall der **Neuaufnahme** eines Pflegebedürftigen in die Pflegeeinrichtung soll die erste Untersuchung innerhalb von acht Wochen ab der Information des Zahnarztes durch die Pflegeeinrichtung über die Neuaufnahme stattfinden.
2. Bis zu zweimal jährlich: Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, dabei Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs, des Pflegezustands der Zähne, der Mundschleimhaut sowie der Prothesen, Einbringen von versichertenbezogenen Vorschlägen für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit, einschließlich Dokumentation anhand des Formblatts nach Anlage 1. Die im Formblatt dokumentierten Informationen werden der Pflegeeinrichtung vermittelt; die Pflegeeinrichtung kann das Formblatt als Anlage zum Pflegeplan nutzen.
3. Bestätigung der zahnärztlichen Untersuchung im Hinblick auf die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 Satz 3 ff. SGB V (Bonusheft).³⁶
4. Bis zu zweimal jährlich: Anleitung (ggf. praktisch) des Pflegepersonals bei der Durchführung der ihm obliegenden Aufgaben durch versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege sowie zu Pflege und Handhabung des Zahnersatzes
5. Bedarfsorientiert: konsiliarische Erörterungen mit Ärzten und Zahnärzten; insbesondere soll dem Krankheitsbild der Xerostomie durch Hinweise auf eine Prüfung und ggf. Änderung einer möglicherweise Mundtrockenheit bewirkenden Medikation entgegengewirkt werden

³⁶ Zur Zeit verlieren viele anspruchsberechtigte Heimbewohnerinnen bzw. Heimbewohner wegen des nicht Zustandekommens zahnärztlicher Behandlung die Erhöhung eines Festzuschusses zum Zahnersatz.

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

- 6. Bedarfsorientiert: Unterrichten der Pflegeeinrichtung über festgestellte Befunde, die nicht im Rahmen der zahnärztlichen Besuchstätigkeit behandelt werden können, ggf. Empfehlung/Überweisung zur weiteren Abklärung oder Behandlung von festgestellten Befunden.*
- 7. Bedarfsorientiert: Kooperationsgespräche mit der Einrichtungsleitung /Pflegedienstleitung, dem beliefernden Apotheker und anderen an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen, sofern die Pflegeeinrichtung die Verantwortung für deren Tätigkeit nicht trägt, im Hinblick auf Strukturen und Abläufe, die der Mundgesundheit der Bewohner förderlich sind“.*

Diese fachlichen Vorgaben zu Art und Umfang der zahnärztlichen Versorgung müssen ebenfalls verbindlich als Bewertungsmaßstab für die Mitteilung der einrichtungsbezogenen Versorgungssituation im Rahmen der Mitteilungspflicht nach § 114 SGB XI festgelegt werden. Damit ergibt für die Zukunft eine Vergleichbarkeit der Versorgungssituation in allen Fachbereichen für alle anerkannten stationären Pflegeeinrichtungen.

Wenn sich bei der Auswertung dieser Mitteilungsverpflichtung Versorgungsdefizite erkennen lassen, wäre bei der vorgegebenen Rechtslage weiterhin auch **die Kassenzahnärztliche Vereinigung auf Landesebene** gefordert, ihrem gesetzlichen Versorgungsauftrag nachzukommen und die zahnärztliche Versorgung in den entsprechenden Pflegeeinrichtungen sicherzustellen.

5. Schlussbemerkung

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber mit seinen Änderungen u. a. im **Gesundheitsstrukturgesetz und in dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz**, diverse Vorschläge der Ärzteverbände und Zahnarztverbände aufgegriffen hat, die zu einer nachhaltigen Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen führen sollen. Wenngleich mit diesen Regelungen noch keine Harmonisierung der systembedingten Strukturdefizite zwischen dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) und dem Krankenversicherungsgesetz (SGB V) erreicht wurde, können diese Neuregelungen doch zur einer wesentlichen Verbesserung der medizinischen Versorgungsstruktur in stationären Pflegeeinrichtungen führen. Zumindest zeigen diese Vereinbarungen, mit welches fachlichen Niveau heute die medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen gesichert sein muss.

Nach wie vor muss gesehen werden, dass diese Strukturen der ambulanten medizinische Versorgung neben der stationären Pflege- und Betreuungsverorgung für den Verbraucher/Nutzer/Leistungsberechtigten nur schwer nachzuvollziehen ist. Dies erschwert ihm, seine Interessen in diesem Geflecht von Zuständigkeiten wahrzunehmen..

Als Kasseler Initiative liegt uns nach wie vor sehr daran, den Abbau der beschriebenen Strukturprobleme zu fordern. Dabei ist uns bewusst, dass die jetzigen gesetzlichen Veränderungen nur als ersten Schritt gewertet werden können, wie künftig auch das Zusammenwirken mit anderen

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

medizinischen Fachberufen, (wie Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik) einbezogen werden kann.

Mit der vom Gesetzgeber möglich gewordenen aktiven **Beteiligung der Pflegeeinrichtungen** an der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage des § 119 b SGB V betreten alle Beteiligte Neuland, in die man sich eingehend einarbeiten muss. Die bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Gesetzesvorgaben sind nicht gerade ermutigend.

Die **Kassenärztlichen Vereinigungen** und die **Kassenzahnärztlichen Vereinigungen** müssen auf der Grundlage der von ihnen mit umgesetzten Vereinbarungen erkennen, dass sie nach wie vor in der Pflicht stehen, ihre gesetzlichen Verpflichtung der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu erfüllen. Ein Verharren aller Beteiligten auf dem „Status quo“ ist jedoch für die Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen nicht länger hinnehmbar.

Für alle Leistungserbringer werden die gesetzlichen Änderungen zu Umstrukturierungen in ihrem Arbeitsfeld führen. Ein solches kooperatives Zusammenwirken verlangt neue verbindliche Kooperationsbeziehungen zwischen der Leitung der stationären Pflegeeinrichtung insb. der Pflegedienstleitung zum medizinischen Bereich. Hierbei müssen nach Ansicht **von Schaich-Walch und David** auch Überlegungen zu neuen Versorgungsformen der **Delegation** - zur Entlastung von Ärzten durch qualifizierte Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Pflege -, der **Substitution** - durch Schaffung neuer Heilberufe verbunden mit einer Aufwertung der pflegerischen Tätigkeiten -, der **Innovation** durch Förderung und konsequente sowie schnelle Lösungen, insbesondere im Bereich der Pflege wie zum Beispiel Assistenzsysteme mit einfließen³⁷. Interessant sind auch die Vorschläge von Hoberg/Klie/ Künzel für eine Strukturreform PFLEGE und TEILHABE, die auf eine grundlegende Reform auf der Grundlage einer Differenzierung von CURE und CARE aufbauen³⁸.

Es bedarf dringend wissenschaftlicher Untersuchungen, die der Frage nachgehen, inwieweit sich die Strukturen der Pflegeeinrichtungen im Vergleich zur jetzigen Situation verändern, wenn neue vertragliche Verbindlichkeiten in Ausfluss der § 119 b SGB V bei den Arbeitsabläufen in der Pflege auftreten. Hierzu gehört, die Ursachen für die Zurückhaltung der Pflegeeinrichtung, den Weg einer Beteiligung an der vertragsärztlichen und zahnärztlichen Versorgung aufzugreifen.

Der Vorteil von neuen integrierten Versorgungskonzepten muss mit den Leistungsberechtigten (Bewohnerinnen und Bewohner) im Zusammenhang mit dem „Recht“ auf freie Arztwahl kommuniziert werden, um ihnen die Vorteile einer medizinischen Gesamtversorgung aufzuzeigen.

³⁷ Schaich-Walch, Gudrun/David, Stefan: Delegation – Substitution – Innovation: Neue medizinische Versorgungsformen für eine alternde Gesellschaft – Chancen für ein längeres Leben zu Hause; Positionspapier des Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung; 2012

³⁸ Hoberg, Rolf/Klie, Thomas/Künzel, Gerd: Eckpunkte Strukturreform PFLEGE und TEILHABE, Herausgeber AGP Sozialforschung der Evangelischen Hochschule Freiburg, 2013

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

Es erscheint geboten, dass der Bundesgesetzgeber und die Landesgesetzgeber gefordert sind, ergänzend zu regeln, dass der Betrieb einer stationären Pflegeeinrichtung in Zukunft auch von **der Sicherstellung der medizinischen Versorgung** in ihrer Einrichtung abhängig gemacht wird. Der Bundesgesetzgeber könnte beispielsweise eine solche Regelung in die Vorgaben für die Zulassung der stationären Pflegeeinrichtung in §§ 71 und 72 SGB XI aufnehmen. In den „**Landesheimgesetzen**“ sollte verankert werden, dass eine **Betriebserlaubnis** einer stationären Pflegeeinrichtung von der Gewährleistung einer medizinischen Versorgungsstruktur abhängig gemacht wird³⁹.

Es ist darüber hinaus notwendig, dass die **Rahmenverträge der Länder gemäß § 75 SGB XI** zeitnah mit den neuen gesetzlichen Regelungen des SGB XI und SGB V in Einklang gebracht werden.

Im Sinne des Verbraucherschutzes und der Betroffenenvertretungen⁴⁰ ist es unverzichtbar, dass sich auf breiter Basis Seniorenvertretungen sowohl in den Kommunen als auch auf Landes- und Bundesebene fortlaufend mit dieser Thematik auseinandersetzen und bei Vertragsregelungen in diesem Bereich eingebunden werden. Hilfreich könnte sein, dass diese Gruppierungen im Rahmen der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes und der Länder eine fortlaufende öffentliche Information über die Versorgungssituation in stationären Pflegeeinrichtungen erhalten. Die **Kassenärztlichen Vereinigung und die Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die zwischenzeitlich selbst** erkannt haben, dass an die Erfüllung ihrer Versorgungsaufträge von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen **andere fachliche Anforderungen** zu stellen sind, sollten ebenfalls im Rahmen der Gesundheitsberichtserstattung bei aufgetretenen Versorgungsdefiziten im stationären Pflegebereich erklären müssen, welche Maßnahmen sie getroffen haben, diese Unzulänglichkeiten abzustellen.

Neben den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen müssen auch die **Kostenträger** in diesen Prozess mit eingebunden werden. Detailfragen der Kostenregelungen oder Leistungsgewährung, die sich aus den jetzt geschlossenen Vereinbarungen ergeben, müssen gemeinsam präzisiert und gelöst werden. Die neue Zusammenarbeit darf nicht zu mehr bürokratischer Belastung aller Beteiligten führen. Dies gilt besonders für diverse leistungsrechtliche Genehmigungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherungen, wenn es um die Umsetzung ärztlich verordneter Behandlungsmaßnahmen auf der Grundlage der Heilmittelverordnung geht⁴¹.

³⁹ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der Regierungsentwurf des Thüringer Gesetz über betreute Wohnformen und Teilhabe (Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz - ThürWTG -) die Anforderungen an den Betrieb einer stationären Einrichtung u.a. auch von einer „angemessene Qualität der Pflege und Betreuung der Bewohner in der Einrichtung selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern,“ abhängig machen will.

⁴⁰ Näheres über die gesetzlichen Vorgaben in: §140 f (SGB V) -Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

⁴¹ Es muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass diese ambulante medizinische Behandlungsarbeit im Arbeitsfeld der Pflegeeinrichtungen, analog der neuen Vergütungsvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte, wegen der oben beschriebenen Besonderheit ebenfalls eine Anpassung der Vergütung erfahren muss.

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

Wir sehen uns als Kasseler Initiative in unserer Auffassung bestätigt, dass es schon jetzt möglich ist, weitere Verbesserungen in der Verknüpfung der ambulanten medizinischen Versorgung mit der stationären Pflege zu erreichen. Die Pflegeeinrichtungen haben mit diesen gesetzlichen Veränderungen u. E. auch einen wichtigen **Zuwachs an Mitverantwortung** bekommen. Sie stehen dafür in der Pflicht, nunmehr **der Sicherstellung der medizinischen Versorgung** ihrer Bewohnerinnen und Bewohner größeres Gewicht beizumessen.

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

6. Impressum:

Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Kassel

Kontaktadressen:

Peter Ludwig Eisenberg
Baumgartenstraße 66, 34130 Kassel
Tel. 056168847
E-Mail: eisenbergpl@t-online.de

Rolf Schleicher
Weimersgasse 26, 34130 Kassel
E-Mail: schleicherkassel@t-online.de

Kassel April 2014