



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Krombholz (Drucksache VI - 49) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) die Pflicht der Krankenkassen in den § 87a Abs. 2 SGB V aufzunehmen, Zuschläge zur Förderung der koordinierten kooperativen ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 Satz 1 SGB V zu vereinbaren.

Des Weiteren wird der Gesetzgeber aufgefordert, den § 119b Abs. 2 so zu ändern, dass die Bundesebene die Mindestanforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen festlegt und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) regionale Spielräume für die Ausgestaltung der Versorgung erhalten.

Begründung:

Der Gesetzentwurf zum PNG sieht vor, dass die Pflegeeinrichtungen ab Januar 2013 die Landesverbände der Pflegekassen darüber informieren, wie sie ärztlich, fachärztlich und zahnärztlich versorgt sind. Sie sollen insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung ihrer Einrichtung in Ärztenetze hinweisen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge anzustreben. Bundeseinheitliche Rahmenbedingungen, die bis zum 30.09.2013 festgelegt werden, sollen sicherstellen, dass alle Bewohner der Pflegeeinrichtungen gleich betreut werden und keine Abhängigkeit von einer Krankenversicherung besteht. Zu den aktuellen Versorgungszielen des PNG gehören die multiprofessionelle Zusammenarbeit in Form von Fallbesprechungen und Visiten, die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte, die ärztliche Versorgung auch nach 22 Uhr und an Sonn- und Feiertagen sowie Regelungen zur Rufbereitschaft.

Den Vertragsärzten und -psychotherapeuten entsteht durch die geplante Änderung des § 119b SGB V und die Umsetzung der Versorgungsziele ein Mehraufwand, der von allen Krankenkassen verpflichtend extrabudgetär vergütet werden muss und dem

Angenommen: Abgelehnt: Vorstandsüberweisung: Entfallen: Zurückgezogen: Nichtbefassung:

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



Einsparungen von mehr als 600 Mio. Euro pro Jahr bei Notarzteinsätzen, Krankenhausaufenthalten und -transporten gegenüberstehen. Nur so ist die Versorgung unabhängig von der Krankenkasse für alle sicherzustellen. Das zeigen auch die Erfahrungen aus den seit Jahren erfolgreich laufenden Projekten wie bspw. die geriatrischen Praxisverbände und AOK-Pflegenetze.

Der Mehraufwand entsteht bspw. für die zusätzlichen Besuche im Rahmen der gegenseitigen Vertretung sowie für präventive Besuche. Die SÄVIP-Studie hat in 2005 ermittelt, dass mehr als 65 ärztliche Besuche pro Patient und Jahr möglich sind. Die zusätzlichen Besuche würden pro Patient mehrere hundert Euro Kosten verursachen. Zudem nimmt die Abstimmung der Dienstzeiten und -pläne sowie der Austausch zwischen den Ärzten Zeit in Anspruch, die gegenwärtig nicht vergütet wird. Auch die Rufbereitschaftszeiten, die nicht innerhalb des organisierten Bereitschaftsdiensts erbracht werden, werden gegenwärtig nicht vergütet.

Es sind Spielräume für die Ausgestaltung der Versorgung vor Ort entsprechend der regionalen Besonderheiten zu gewähren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen kennen die Versorgungssituation vor Ort, können regional Einfluss nehmen und, sofern notwendig, individuelle Lösungen schaffen. Bestehende regionale Projekte, die bereits seit Jahren erfolgreich umgesetzt werden, müssen bei der Umsetzung des PNG einbezogen und die Erfahrungen genutzt werden.