

Mehr Arztvisiten im Heim – aber keiner will sie bezahlen

Mit ihrer Initiative, bundesweit flächendeckend für eine bessere medizinische Versorgung von Heimbewohnern zu sorgen, ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vorgeprescht. Allerdings stoßen die von ihr erwarteten Mehrkosten von etwa 30 Millionen Euro auf scharfe Kritik des GKV-Bundesverbandes und Unmut bei Pflegeverbänden.

Berlin (ul). Ihr Versorgungskonzept zur „ärztlichen Teambetreuung in Pflegeeinrichtungen“ präsentierte die KBV frühzeitig, um den Auftrag des Gesetzgebers im geplanten Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG; § 119b II SGB V) aufzugreifen. Danach sollen KBV, Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) und Bundesverbände der Pflege bis zum 30. September 2013 per Kollektivvertrag Vereinbarungen zur Verbesserung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Patienten in Pflegeheimen treffen.

Außerdem plädiert die KBV für regionale Öffnungsklauseln. Konkurrenz zu bestehenden teamorientierten Ansätzen der ärztlichen Versorgung in Heimen etwa der AOK Bayern oder zu integrierten Versorgungsmodellen (beispielsweise Optimedis in Südhessen) solle es nicht geben.

Einsparungen durch weniger Krankenhauseinweisungen

In Regionen mit Lücken in der Versorgung sollen laut KBV neue Vereinbarungen greifen. Teilnehmende niedergelassene Ärzte würden danach auch pflegende Angehörige anleiten, regelmäßig nach ihren kranken Familienangehörigen im Heim zu sehen und untereinander die Arzneimitteltherapie abstimmen. Gut erreichbar sollen die betreuenden Teams sein, später sogar rund um die Uhr. Ihre Vorschläge böten den Kassen Einsparpotenziale durch seltenere Krankenhauseinweisungen und

Prompt erntete die KBV scharfe Kritik der Kassenseite: Für ungerechtfertigt und nicht nachvollziehbar hält der GKV-Spitzenverband die kalkulierten Mehrausgaben der Ärzteschaft. Die ambulante Versorgung von Patienten in Heimen sei ein „selbstverständlicher Teil der Aufgaben der niedergelassenen Ärzte“, erklärte deren Sprecher Florian Lanz. Ohne weitere Forderungen sollten die Vertragsärzte daher diese Aufgaben wahrnehmen. Schließlich seien die über 30 Milliarden Euro, „die aus den Portemonnaies der Beitragszahler für Arzthonorare ausgegeben werden“, auch für die Versorgung von Heimbewohnern gedacht.

77 Millionen Euro mehr für Arztbesuche im Heim

Im PNG-Gesetzentwurf rechnet das Bundesgesundheitsministerium übrigens mit jährlichen Mehraufwendungen „insbesondere für kontinuierliche vertragsärztliche

ambulante ärztliche Versorgung von Heimbewohnern, doch auch ihre Verantwortlichen verwundern die von der KBV erwarteten Mehrkosten.

„Niedergelassene Vertragsärzte haben einen ambulanten medizinischen Versorgungsauftrag für Versicherte. Warum sie nun zusätzliche Vergütungen für die Erfüllung ihres gewohnten Auftrages für kranke Versicherte in Heimen erhalten sollen, ist nur schwer nachzuvollziehen“, sagte Andrea Kapp, Bundesgeschäftsführerin des Bundesverbandes Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad e.V.).

Dokumentationsstandard für Ärzte und Heime

„Sollten Haus- oder Fachärzte die medizinische und pflegerische Versorgung von Heimbewohnern steuern dürfen, bräuchten wir natürlich zur Qualitätssicherung einen einheitlichen Dokumentationsstandard für Ärzte und Pflegekräfte in Heimen“, forderte bad-Bundesvorsitzende Ursula Bauer. Sehr gut kann sich die Diplom-Pflegewirtin vorstellen, dass Pflegefachkräfte als Case-Managerinnen die komplette Versorgung erkrankter Heimbewohner steuern. Bauer: „Das praktizieren sie zum Teil bereits heute, und zwar ohne gesonderte Vergütung. Dafür sind viele schon ausgebildet.“

Auch der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB) sieht Nachbesserungsbedarf im Vertragsentwurf, den die KBV „in vorausweisendem Gehorsam“ vor Inkrafttreten des PNG vorgelegt habe. Bundesgeschäftsführer Thomas Knieling: „Im Gegensatz zur Pflege sollen nach dem Konzept die Ärzte für ihre Koordinierungsleistungen vergütet werden. Der Koordinierungsaufwand liegt allerdings überwiegend bei der Pflege. Es wäre deshalb angemessen, wenn die KBV die vorgeschlagene Vergütung zwischen Ärzten und Pflege aufteilen würde.“

Ansonsten hält Knieling eine Vereinbarung, die nur „im Benehmen mit den Verbänden der Pflegeeinrichtungen“ getroffen werde, für verfehlt, zumal die Einrichtungen zusätzlich über die Transparenz Rechenschaft über das Bestehen oder Nicht-Bestehen ablegen sollen. Der VDAB-Bundesgeschäftsführer: „Die Verbände der Pflegeeinrichtungen müssten deshalb auch vollwertige Vereinbarungspartner sein.“ //



Niedergelassene Vertragsärzte haben einen ambulanten medizinischen Versorgungsauftrag für Versicherte, dennoch scheint die Versorgung von Heimbewohnern nicht immer optimal zu funktionieren. Vermehrte Krankenhauseinweisungen und Krankentransporte lassen die Kosten der Krankenkassen steigen.

Foto: Krückeberg

In der Regel, so die KBV, solle künftig der Hausarzt mit dem Pflegepersonal im Heim eng kooperieren und die fachärztliche, rehabilitative und palliative Versorgung seines Patienten koordinieren. Diese Lotsenfunktion könne auch von Fachärzten wahrgenommen werden. Unter den Fachärzten will die KBV insbesondere in die vertragsärztliche Versorgung eingebundene Urologen, Gynäkologen, Neurologen, Dermatologen, Psychiater und Psychotherapeuten eingebunden wissen. Die freie Arztwahl durch Heimbewohner bleibe dabei erhalten.

Krankentransporte sowie optimierten Medikamenten- und Hilfsmiteleinsetz, wirbt die KBV für ihren Vertragsentwurf. Doch allein die ärztlichen Mehrleistungen für Teambetreuung, Koordination, Rufbereitschaft und Wegepauschalen für die bundesweit über 700 000 Heimbewohner bezifferte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler auf rund 30 Millionen Euro jährlich zusätzlich zur morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Denn im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zur Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen seien sie bislang nicht richtig abgebildet.

Besuche von Heimbewohnern“ in Höhe von etwa 77 Millionen Euro bei Einsparungen von etwa 120 Millionen Euro durch vermeidbare Krankenhauseinweisungen. Für die bundesweite zahnärztliche Versorgung von Heimbewohnern kalkuliert das BMG jährliche Mehrausgaben von rund 3,5 Millionen Euro, denen nicht bezifferbare Einsparungen durch verbesserte Zahngesundheit, vermeidbare Komplikationen gegenüberstünden.

In ersten Reaktionen begrüßten Pflegeverbände zwar die KBV-Initiative für eine flächendeckende