

## Unser ethischer Auftrag: Ein selbstbestimmtes Leben im Alter

Der oftmals diskutierte demografische Wandel prägt unsere Gesellschaft auf vielfältige Art und Weise. Ganz konkret manifestiert er sich in einem gestiegenen ambulanten Behandlungsbedarf. Denn eine alternde Gesellschaft ist vor allem auch dadurch geprägt, dass immer mehr multimorbide und chronisch kranke Patienten versorgt werden müssen.

Diese Entwicklung stellt eine große Herausforderung für unser Gesundheitssystem dar. Nicht nur was die finanziellen Auswirkungen anbelangt, sondern vor allem auch, da durch diese Entwicklung die Inanspruchnahme der knappen ärztlichen und pflegerischen Ressourcen stetig zunimmt.



Gleichzeitig aber stehen wir vor dem ethischen Auftrag, den Menschen in Deutschland ein selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Sterbehilfedebatte hat der Deutsche Bundestag – auch auf persönliches Betreiben des damaligen Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe hin – in der letzten Legislaturperiode zahlreiche regulatorische Maßnah-

men zur Verbesserung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung verabschiedet. Für den ärztlichen Bereich ist an dieser Stelle insbesondere das **Hospiz- und Palliativgesetz** zu nennen.

Wichtig ist, dass der Wille des Gesetzgebers an dieser Stelle auch umgesetzt wird: Die Betreuung älterer und insbesondere schwer kranker Menschen ist sehr zeitaufwendig. Bereits heute versorgen die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ihre Patienten mit großem Engagement, auch wenn dieses nicht immer entsprechend vergütet wird. Dass sinnvolle Regelungen und attraktive Konditionen tatsächlich zu einer Verbes-

serung der Versorgung in diesem sensiblen Bereich führen, lässt sich auch daran ermes- sen, dass sich die ambulante Versorgung in Pflegeheimen seit 2016 deutlich zum Positi- ven verändert hat. Mehr dazu in diesem IMPULS. Diese Entwicklung sollte Vorbild sein, um die ambulante Palliativversorgung sowie die geriatrische Versorgung wirkungs- voll zu verbessern.

### Editorial

Eine der großen Herausforderungen in unserer Gesellschaft ist es, der zunehmenden Anzahl an multimorbiden und chronisch kranken Menschen ein selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen. Um dieses Ziel zu erreichen, be- darf es neben vielen anderen Aspekten vor allem einer guten ambulanten ärztli- chen und psychotherapeutischen Versor- gung. Die Betreuung hoch betagter Pati- enten ist oft sehr zeitintensiv und erfor- dert die Kooperation mit der Pflege und die Beratung der Angehörigen.

Selbstverständlich wird diese wichtige Auf- gabe von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten mit sehr viel Engage- ment geleistet. Oftmals aber fehlen sei- tens der Politik die Anreize und die Bereit- schaft, diese anspruchsvolle Tätigkeit adäquat zu vergüten. Gerade die telefoni- sche Erreichbarkeit und die Koordinations- leistungen sowie die zeitintensive Betreu- ung wurden nicht entsprechend honoriert.

Mit den Änderungen im Hospiz- und Palli- ativgesetz konnte dies im Bereich der Be- treuung von stationären Pflegeeinrichtun- gen positiv geändert werden. Damit dient die Pflegeheimversorgung als Vorbild. Auch die Betreuung geriatrischer und pflege- bedürftiger Patienten sowie die Betreu- ung Sterbender verlangt den behandeln- den Ärzten und Psychotherapeuten viel ab. Wir appellieren deshalb an die Politik, dieses Engagement ebenso zu würdigen, damit auch hier Verbesserungen erreicht werden können.

*Ihr Vorstand der KVB*

# Kooperative Pflegeheimversorgung auf dem Vormarsch

Was für die Zahnärzte bereits seit einigen Jahren gilt, hat im Juli 2016 Einzug in die Vergütung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten gehalten. Für die koordinierende und kooperative Pflegeheimversorgung wurden bundesweite Rahmenbedingungen und eine einheitliche Vergütungsregelung geschaffen.

Damit trug der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einer politischen Festlegung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) Rechnung. Durch das HPG wurde die vorherige Kann-Regelung gemäß Paragraph 119b SGB V zum Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzten in eine Soll-Regelung umgewandelt und dadurch verpflichtend festgeschrieben. Außerdem wurde festgelegt, dass der zusätzliche ärztliche Aufwand von den Krankenkassen entsprechend zu vergüten ist. Die daraufhin vereinbarten extrabudgetären Zuschläge und Leistungen des Kapitels 37.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ermöglichen seit 1. Juli 2016 endlich eine flächendeckende Förderung der kooperativen Versorgung für alle gesetzlich Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

## **Voraussetzung: Kooperationsvereinbarung mit der stationären Pflegeeinrichtung**

Standardisierte Kooperationen zwischen Vertragsärzten untereinander und mit der Pflegeeinrichtung sind Voraussetzung für die Abrechnung der zusätzlichen Leistungen. Gemäß den Anforderungen der Anlage 27 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) werden über die Kooperationsvereinbarung Regeln zur Zusammenarbeit, zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Präsenz und Erreichbarkeit sowie zu regelmäßigen Visiten und Fallbesprechungen vereinbart. Die Anlage 27 BMV-Ä macht konkrete Vorgaben und lässt gleichzeitig individuelle Handlungsspielräume. So können unter anderem Regelungen zur Erreichbarkeit der Ärzte geschaffen werden, beispielsweise über Dienstpläne oder eine einheitliche Rufnummer, die die Vertragsärzte den stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stellen.

## **Bayerns Ärzteschaft engagiert sich verstärkt für die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern**

In Bayern verfügen bereits rund 40 Prozent aller stationären Pflegeeinrichtungen über Kooperationsvereinbarungen mit insgesamt mehr als 1.200 niedergelassenen Ärzten. Die über 700 beteiligten stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzte zeigen so ihr

Interesse an einer Versorgung mit verbindlichen Absprachen und bekannten Ansprechpartnern. Die Kooperationen nach Paragraph 119b SGB V schaffen zudem Sicherheit für alle Beteiligten. Die stationären Pflegeeinrichtungen können ihrer Informationspflicht nachkommen und dem Landesverband der Pflegekassen nachweisen, wie sie medizinisch versorgt sind.

## **Geriatrischer Praxisverbund – ein bayerisches Erfolgsprojekt**

Kooperationen zwischen Vertragsärzten und stationären Pflegeeinrichtungen gibt es modellhaft bereits seit vielen Jahren. Seit 2006 hatten bayerische Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten die Möglichkeit, sich in einem ärztlichen Netzwerk – dem sogenannten Geriatrischen Praxisverbund (GPV) – zusammenzuschließen. Über 40 Verbände in Bayern haben den gemeinsamen heimbezogenen Versorgungsauftrag in ihren Regionen übernommen und so über Jahre die Versorgung der Pflegeheimbewohner auf hohem Niveau sichergestellt. Nach über elf erfolgreichen Jahren wurde der GPV dank der bundeseinheitlichen Regelungen gemeinsam mit den teilnehmenden Krankenkassen sukzessive in die neue kassenübergreifende Systematik überführt. Auch das ebenfalls 2006 vom Bayerischen Hausärzterverband und der AOK Bayern etablierte Modell der AOK-Pflegenetze wurde so erfolgreich abgelöst.

## **Einschränkung der Definition stationärer Pflegeeinrichtungen**

Ein fortbestehendes Problem ist, dass nur sogenannte stationäre Pflegeeinrichtungen von der Neuregelung erfasst werden (siehe Anlage 27 BMV-Ä: Einrichtungen nach Paragraph 71 Absatz 2 SGB XI in Verbindung mit Paragraph 72 Absatz 1 SGB XI). Entwicklungen, wie sie beispielsweise in der außerklinischen Intensivpflege der Fall sind, zeigen, dass bessere Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung nicht nur auf die stationären Pflegeeinrichtungen entsprechend der aktuell strengen Definition der Anlage 27 BMV-Ä beschränkt sein dürfen.

Die Zahl der medizinisch betreuungsintensiven, pflegebedürftigen Patienten nimmt stetig zu und beschränkt sich nicht nur auf den Personenkreis der „Pflegebedürftigen“ gemäß SGB X. Neue Behandlungsmethoden ermöglichen es Patienten, die früher ausschließlich in Kliniken intensivmedizinisch betreut wurden, ambulant intensivpflegerisch zu versorgen. Es fehlen jedoch entsprechende Rahmen-

bedingungen für die medizinische Versorgung durch Vertragsärzte. Patienten mit Pflegebedarf dürfen nicht benachteiligt und schlechter gestellt werden, wenn sie nicht von stationären Pflegeeinrichtungen gemäß der engen Definition versorgt werden. Dies gilt vor allem, da den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten bei der Betreuung ein vergleichbarer, wenn nicht sogar ein höherer Aufwand entsteht. Eine Beschränkung der besseren Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung auf stationäre Pflegeeinrichtungen ist daher nicht nachvollziehbar.

Die flächendeckende Versorgung von Pflegeheimpatienten ist in Bayern auf einem guten Weg. Wenn die Attraktivität für stationäre Pflegeeinrichtungen und niedergelassene Ärzte sowie Psychotherapeuten stetig erhöht und auf weitere Leistungsbereiche der Pflege (ambulant, stationär, intensivmedizinisch etc.) ausgeweitet wird, ist auch in Zukunft mit einer Verbesserung zu rechnen. Dazu sollte auf die Erfahrungen aus der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zurückgegriffen und die Möglichkeiten auf weitere Leistungsbereiche der Pflege ausgeweitet werden.



### Ein guter Anfang – aber Optimum noch nicht erreicht

Die Neuregelungen, die durch das HPG initiiert wurden, zeigen bereits erfreuliche Auswirkungen. Die Honorierung der zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsaufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen führt zu einer kontinuierlichen Versorgung durch vertraute Ärzte, eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Vertragsärzten und einer besseren Kommunikation mit Pflegern, Patienten und Angehörigen. Dies bewirkt eine Stärkung der medizinischen Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen, wie es der Gesetzgeber intendiert hat. Die Leistungen sind ein gelungener Anfang für eine bessere Gestaltung und Honorierung der medizinischen Behandlung.

Insgesamt zeigen die Verbesserungen der Versorgung von Pflegeheimpatienten bereits jetzt, dass durch sinnvolle gesetzliche Regelungen und eine angemessene Honorierung des hohen Behandlungsaufwands in der ambulanten Versorgung auch in diesen anspruchsvollen Bereichen deutliche Fortschritte erreicht werden können. Insofern dient diese Entwicklung durchaus als Vorbild für die Verbesserung der Palliativversorgung und perspektivisch auch für Verbesserungen bei der geriatrischen Versorgung sowie der Versorgung aller Patienten mit Pflegebedarf. So kann der gesellschaftliche Auftrag zur Versorgung einer alternden Bevölkerung auch in Zukunft gut erfüllt werden.

## „Das Hauptaugenmerk auf die Weiterentwicklung der Basisversorgung legen.“

Interview mit Dr. Markus Beier, niedergelassener Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin in Erlangen. Berufspolitisch widmet sich der Gesellschafter des hausärztlichen SAPV-Teams „Palliativa GmbH“ unter anderem dem Thema „Allgemeine ambulante Palliativversorgung in Hausärztlehand“.



**Herr Dr. Beier, haben Sie als erfahrener Allgemein- und angehender Palliativmediziner bereits mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge nach Paragraph 119b SGB V geschlossen?**

Ja, meine Kollegen und ich haben die bereits gelebte Zusammenarbeit mit den Einrichtungen aus der Region vertraglich fixiert und weiter ausgebaut. Mit den zusätzlichen Abrechnungsmöglichkeiten ist es uns niedergelassenen Haus- und Fachärzten nun möglich, noch individueller auf die pflegebedürftigen Patienten einzugehen.

**In der Palliativmedizin stehen seit 1. Oktober 2017 neue Ziffern zur Verfügung. Ist dies ein Schritt in die richtige Richtung?**

Für mich werden damit noch nicht genug Anreize gesetzt. Die Ausgestaltung der neuen Versorgungsmöglichkeiten ist stark verbesserungsfähig. Die nun geschaffene Ebene zwischen allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) war ein guter und notwendiger Schritt. Ich finde auch die Voraussetzung eines Kurses mit 40 Stunden im Bereich Palliativmedizin grundsätzlich richtig. Jedoch ist die Systematik der neuen Ziffern zu kompliziert aufgebaut und müsste – besonders beim Rufdienst und den Fallbesprechungen – deutlich aufgewertet werden. Ich habe dazu vor einigen Jahren ein Pilotprojekt in Erlangen gestartet. Ziel war die Schaffung einer Versorgungsebene zwischen der AAPV und SAPV, genau wie die neuen Ziffern auf Bundesebene. Jedoch haben wir nur vier Abrechnungsziffern und standardisierte Dokumente zur Patientenversorgung. Mit diesem System hat der behandelnde Arzt mehr Freiheiten und muss nicht aufpassen, welche Leistungen abrechenbar sind. In Erlangen können wir uns somit voll auf die Versorgung unserer Palliativpatienten konzentrieren.

**Kann sich die Politik bei der geriatrischen Versorgung etwas von den Fortschritten in der Pflegeheimversorgung abschauen?**

Ein klares „ja“! Die Versorgung geriatrischer Patienten in unserer Gesellschaft rückt immer mehr in den Fokus. Wir niedergelassenen Ärzte übernehmen weit mehr als die Basisversorgung. Gerade multimorbide, geriatrische Patienten sehen in uns mehr als nur jemanden, der sich um ihre körperlichen Beschwerden kümmert. Der Knackpunkt ist, dass wir für die aufwendige und zeitintensive Betreuung und Beratung bisher keine entsprechende Honorierung erhalten. Mein Appell an die Politik lautet daher, für eine leistungsgerechte Vergütung und Unterstützung der niedergelassenen Ärzte in Deutschland zu sorgen.

**An welchen Stellschrauben sollte die neue Bundesregierung deshalb aus Ihrer Sicht drehen?**

Die Versorgung von Pflegeheimbewohnern ist auf einem guten Weg. Ich stelle aber die Frage, warum nur ärztliche Leistungen in Zusammenhang mit einer Kooperation gefördert werden? Zudem wäre eine Ausweitung, beispielsweise auf die zunehmende Intensivpflege, sinnvoll. Es kann und darf nicht sein, dass gerade die Versorgung dieser Patienten mit intensivem medizinischen Behandlungsbedarf ausgenommen ist. In der Palliativmedizin sind durch die neuen Ziffern die ersten wichtigen Impulse gesetzt. Entscheidend ist nun, dass wir uns nicht auf den neuesten Errungenschaften ausruhen, sondern die Entwicklung der Palliativmedizin vorantreiben. In der Geriatrie stehe ich der zunehmenden Forderung nach einer spezialisierten Versorgung skeptisch gegenüber. Unterstützung durch Spezialisten benötigen wir Haus- und Fachärzte nur für Patienten mit besonders aufwendigen und komplizierten Krankheitsbildern. Deswegen sollte das Hauptaugenmerk auf der Weiterentwicklung der Basisversorgung liegen.

## Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Elsenheimerstraße 39, 80687 München, Telefon: 0 89 / 5 70 93 - 21 92, [www.kvb.de](http://www.kvb.de)

Verantwortlich: KVB Kommunikation. Bilder: Bayerischer Hausärztleverband (Seite 4), [iStockphoto.com/AlexRaths](https://www.iStockphoto.com/AlexRaths) (Titelseite), [iStockphoto.com/shironosov](https://www.iStockphoto.com/shironosov) (Seite 3)

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.