

**Thesen zur gemeinsamen Tagung von
KBV, KZBV und Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)**

**„Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen weiterentwickeln - Ärzte,
Zahnärzte und Freie Wohlfahrtspflege stellen sich den gemeinsamen Herausforderungen“**

am 27. April 2015 in Berlin

Vorbemerkung/Hintergrund

Anteil und absolute Zahl älterer Menschen mit Pflegebedarf werden durch den demographischen Veränderungsprozess in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Die erhöhte Lebenserwartung ist verbunden mit einem vermehrten Auftreten von Multimorbidität, Mobilitätseinschränkungen und Demenz. Mit den demographischen Veränderungen sind Herausforderungen für die medizinische, zahnmedizinische und pflegerische Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen verbunden.

Ziel ist dabei, ein Leben im vertrauten häuslichen Umfeld solange wie möglich zu gewährleisten. Da, wo ältere Menschen dabei auf Unterstützung angewiesen sind, sind geeignete subsidiäre Maßnahmen zu ergreifen. Soziale, pflegerische und ärztliche Leistungen müssen dabei eng aufeinander abgestimmt ineinander greifen. Hierbei ist auch die besondere Situation der pflegenden Angehörigen mit in den Blick zu nehmen. Ist eine zufriedenstellende Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit auch mit Unterstützung nicht mehr möglich, besteht das Angebot einer wohnortnahen Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Wegen eingeschränkter Mobilität und wegen einer erforderlichen Begleitung sind viele pflegebedürftige Menschen auf ärztliche und zahnärztliche Hausbesuche angewiesen. Für pflegebedürftige Menschen bedeutet der Transport zu einer ambulanten Behandlung oft eine unzumutbare Belastung, die unterhalb der Pflegestufe 2 auch mit erheblichen Kosten verbunden ist. Pflegebedürftige ältere Menschen verzichten nicht selten auf einen notwendigen Besuch bei einem niedergelassenen Arzt oder wenden sich am Wochenende an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. den Rettungsdienst. Dies führt zu einer Unter- und Fehlversorgung einer Bevölkerungsgruppe, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf eine umfassende medizinische Versorgung angewiesen ist.

Die bisherigen Gesetzesänderungen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung zielen einseitig auf die Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen. Gezielte Versorgungsverbesserungen für ältere pflegebedürftige Menschen außerhalb von Einrichtungen sind jedoch ebenso dringend erforderlich.

Die Leistungen der gesetzlichen Versicherungssysteme müssen deshalb an die veränderten Bedarfe und Strukturen angepasst werden.

Kooperationspotenziale erkennen und fördern

Die Behandlung multimorbider pflegebedürftiger Menschen erfordert ein abgestimmtes interdisziplinäres Konzept der medizinisch-kurativen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Die Angehörigen der unterschiedlichen Gesundheitsfachberufe wirken in aller Regel mit einer hohen intrinsischen Motivation mit hohem Verantwortungsbewusstsein in der ambulanten Versorgung zusammen und sind an einer guten Patientenversorgung interessiert. Das bewährte und kooperative Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen im Gesundheitsbereich, sollte weiter ausgestaltet werden. Konzepte integrierter Versorgung müssen ausgebaut und praxisgerechter gestaltet werden. Zahnmedizinisch werden pflegebedürftige Menschen bis auf wenige Ausnahmen durch freiberuflich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte versorgt. Nennenswerte Schnittmengen mit der ambulant ärztlichen und der stationären Versorgung gibt es nicht. In der ärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Pflegeheim haben sich Praxisnetze und Praxisverbände bewährt. Sie tragen durch eine arbeitsteilige Versorgung außerhalb der Sprechzeiten und durch eine bessere Organisation des Notdienstes zu einer Reduzierung von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen bei. Die Potenziale von Praxisnetzen und Praxisverbänden müssen stärker ausgeschöpft werden. Kooperative Versorgungsformen sowohl in der Praxis selbst als auch in Praxisverbänden sollten vor allem in ländlichen Strukturen in enger Vernetzung mit den lokalen Krankenhäusern weiterentwickelt werden und stärker an die Stelle der segmentierten Versorgung treten.

Kompetenzen der Fachkräfte in der medizinischen und pflegerischen Versorgung stärken

Die Veränderungen, die sich aus dem demographischen Wandel ergeben, erfordern neue Kompetenzen aller an der Versorgung beteiligten Gesundheitsfachberufe. Teamarbeit, besondere Kenntnisse der Geriatrie und die wechselseitige, patientenzentrierte Unterstützung aller Fachberufe sind konsequent in die Qualifikationsprofile sowohl in der Ausbildung als auch in der berufsbegleitenden Qualifikation zu integrieren. Auch die Pflegeberufe haben sich in den letzten Jahren zunehmend qualifiziert und diversifiziert. Die durch den Gesetzgeber beabsichtigte gemeinsame Pflegeausbildung wird die Kompetenzen der Pflegekräfte stärken und die Ausbildung an die zukünftigen sozialen, pflegerischen und medizinischen Anforderungen anpassen. Ein nach Kompetenzen gestuftes Modell der Ausbildung einschließlich der akademischen Pflegeausbildung vermittelt ein diversifiziertes Kompetenzprofil, das zu einer Erweiterung der Befugnisse und der eigenverantwortlichen Entscheidungskompetenzen genutzt werden kann. Das ermöglicht unbürokratische und verkürzte Versorgungswege für die Patientinnen und Patienten. Gleichmaßen sind geriatrische Kenntnisse und Fertigkeiten in die Curricula der ärztlichen Aus- und Weiterbildung aufzunehmen. Entsprechende Ansätze werden im Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) und in der Reform der (Muster-)Weiterbildungsordnung für Ärzte verfolgt.

Bewährte Versorgung fördern und weiterentwickeln

Die freie Arztwahl ist ein konstitutives Element der medizinischen Versorgung, das es auch in Zukunft zu bewahren gilt. In der medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen muss der Hausarzt auch in Zukunft die ihm auch heute schon zukommende Schlüsselrolle bewahren. Dies gilt

sowohl für die Versorgung älterer Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit als auch in stationären Pflegeeinrichtungen. Die hausärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen hat sich bewährt und ist auf der Grundlage schon bestehender Kooperationsvereinbarungen auszubauen. Sofern Kooperationsverträge nach § 119b SGB V geschlossen werden, sind sowohl für den ärztlichen als auch für den pflegerischen Mehraufwand der Koordination verpflichtende Vergütungszuschläge zu vereinbaren. Schon heute übernehmen Pflegekräfte vielfältig ärztliche delegierte Aufgaben, ohne dass Haftungsfragen eindeutig und zuverlässig geklärt sind. Die Delegation ärztlicher Leistungen an Angehörige anderer Gesundheitsberufe muss zudem im Leistungskatalog der Krankenversicherung und in der Refinanzierung der Leistungserbringung eine angemessene Berücksichtigung finden. Des Weiteren ist zu prüfen, welche Aufgabenbereiche unter welchen Rahmenbedingungen künftig auch von den Pflegefachpersonen zu übernehmen sind. Grundvoraussetzung für eine zuverlässige und qualitativ hochwertige wohnortnahe ärztliche und pflegerische Versorgung sind angemessene Rahmenbedingungen. Hierzu zählen neben den notwendigen personellen und organisatorischen Strukturen auch die damit verbundenen finanziellen Ressourcen.

Mundgesundheit älterer pflegebedürftiger Menschen verbessern

Die Mundgesundheit älterer und pflegebedürftiger Menschen muss gezielt verbessert werden. Pflegebedürftige Menschen haben häufig Schwierigkeiten, ihre tägliche Mund- und Zahnhygiene ausreichend und selbständig durchzuführen, insbesondere, wenn sie motorisch oder kognitiv eingeschränkt sind. Bei der zahnärztlichen Untersuchung und Behandlung sind sie oft nicht kooperationsfähig. Eine schlechte Zahn- und Mundgesundheit hat gerade bei pflegebedürftigen Menschen gravierende Folgen für ihre Allgemeingesundheit. Der Gesetzgeber muss daher Rahmenbedingungen für einen besseren Zugang zur zahnärztlichen Versorgung und insbesondere für eine präventionsorientierte Zahngesundheit für pflegebedürftige Menschen schaffen. Die Versorgung von Patienten mit Demenz kann bei akuten zahnmedizinischen Problemen oft nur unter Narkose erfolgen, hier ist eine gesetzliche Regelung notwendig, die sicherstellt, dass erforderliche Narkosen von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung vergütet werden. Die Möglichkeiten zur aufsuchenden Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und der Versorgung in Pflegeeinrichtungen sind auszubauen, zu fördern und breit zu kommunizieren. Auch bei auftretender Pflegebedürftigkeit muss eine zahnärztliche Betreuungskontinuität gewahrt bleiben.

Innovative, wohnortnahe Versorgungsmodelle fördern sowie die Attraktivität des Hausbesuchs erhöhen

Die haus- und fachärztliche Versorgung bildet den Kernbereich der medizinischen Versorgung. Sie muss unabhängig vom jeweiligen Wohnort gewährleistet werden. Für ältere pflegebedürftige Menschen stellen Hausbesuche ein wesentliches Element der medizinischen Behandlung dar und sie müssen im Bedarfsfall ein Anrecht auf den zeitnahen Besuch ihres Arztes am Wohnort haben. Dazu muss die Attraktivität von Hausbesuchen für niedergelassene Ärzte erhöht werden. Gleichzeitig sind

„Komm-Bring-Strukturen“ zur Verbesserung des Zugangs zur ärztlichen Versorgung auch für pflegebedürftige ältere Menschen auszubauen bzw. zu erproben.

Mehr Zeit für Behandlung

Die Entlastung von Ärzten und Pflegekräften von administrativen Aufgaben setzt Zeit für die Behandlung von Patienten frei und kann einen Beitrag zur Überwindung des pflegerischen und ärztlichen Fachkräftemangels leisten. Maßnahmen zur Entbürokratisierung, wie sie beispielsweise durch den Normenkontrollrat identifiziert wurden, sind deshalb konsequent aufzugreifen. Entlastende Momente sind auch von der Nutzung intelligenter telemedizinischer Instrumente zu erwarten. In anderen europäischen Ländern, in denen für die Versorgung von Patienten ebenfalls größere Distanzen zu überwinden sind, wie in Skandinavien, haben sich offenbar telemedizinische Strukturen und Telecare bewährt. Auch in Deutschland sollte die mobile gesundheitliche Versorgung durch den gezielten Einsatz von Instrumentarien der Telemedizin und Telecare weiterentwickelt werden. Die technischen Voraussetzungen für eine telematische Unterstützung der gesundheitlichen Versorgung müssen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden. Auf den positiven Erfahrungen aus Modellprojekten ist aufzubauen.

Drehtüreffekte vermeiden: Sektorengrenzen ambulanter und stationärer Versorgung überwinden

Die sektorierte Gesundheitsversorgung ist vielfältig durch Effizienzverluste gekennzeichnet, die sich für Patienten als inakzeptable und schwer nachvollziehbare Versorgungsbrüche äußern. Dies betrifft sowohl die ärztliche als auch pflegerische Versorgung älterer Menschen. Durch die Vernetzung der Sektoren und durch Synergieeffekte ergeben sich Einsparpotentiale, die es zu nutzen gilt. Hierzu gehört insbesondere die enge gegenseitige patientenbezogene Abstimmung niedergelassener Ärzte, ambulanter Pflegedienste, stationärer Pflegeeinrichtungen und der Krankenhäuser. Die Rolle von Krankenhausambulanzen muss dabei neu bewertet und auf diejenigen Funktionen konzentriert werden, die eine Verbesserung der Versorgung älterer Menschen erwarten lassen. Drehtüreffekte der Versorgung sowie unnötige und belastende Krankenseinweisungen sind dabei zu vermeiden. Die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung im Gesundheitswesen einschließlich der pflegerischen Versorgung müssen nahtlos gestaltet werden. Das institutionelle Überleitungsmanagement muss entsprechend weiterentwickelt werden und neben der Überleitung in den vertragsärztlichen Bereich vor allem auch die pflegerische Versorgung und die Rehabilitationspotenziale schon vor der Entlassung aus dem Krankenhaus gezielt einbeziehen.

Palliativversorgung ausbauen

Die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen führen zu einem wachsenden palliativen Betreuungsbedarf in der häuslichen und stationären Versorgung. Ziel muss es sein, dass die Menschen so weit wie möglich dort schmerzfrei und in Würde sterben können, wo sie zuletzt gelebt haben, sei es in der Häuslichkeit oder im Pflegeheim. Dazu ist die allgemeine Palliativversorgung, wie

im Eckpunktepapier zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung ausgeführt, auszubauen mit dem Ziel der Etablierung einer hospizlich-palliativen Kultur in allen Versorgungsbereichen. Eine bedarfsgerechte medizinische und pflegerische Begleitung muss für Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf sowohl im ambulanten als auch im stationären Kontext zur Verfügung stehen. Dem hohen zeitlichen Mehraufwand und dem intensiven Einsatz von ärztlichem und medizinischem Personal in den letzten Lebenstagen ist auch in der Honorierung angemessen Rechnung zu tragen.