



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Pflege und Ärzte – Perspektiven der Zusammenarbeit

Deutsches Pflege Forum
Berlin, 12. September 2012

**Dr. Köhler, Vorsitzender des Vorstandes der KBV
(Vortrag übernommen durch Dr.B.Gibis, Dez. 4)**

Agenda

1

Ausgangslage

2

Maßnahmen des Gesetzgebers

3

Initiativen der KBV

4

Zusammenfassung und Diskussion

Agenda

1

Ausgangslage

2

Maßnahmen des Gesetzgebers

3

Initiativen der KBV

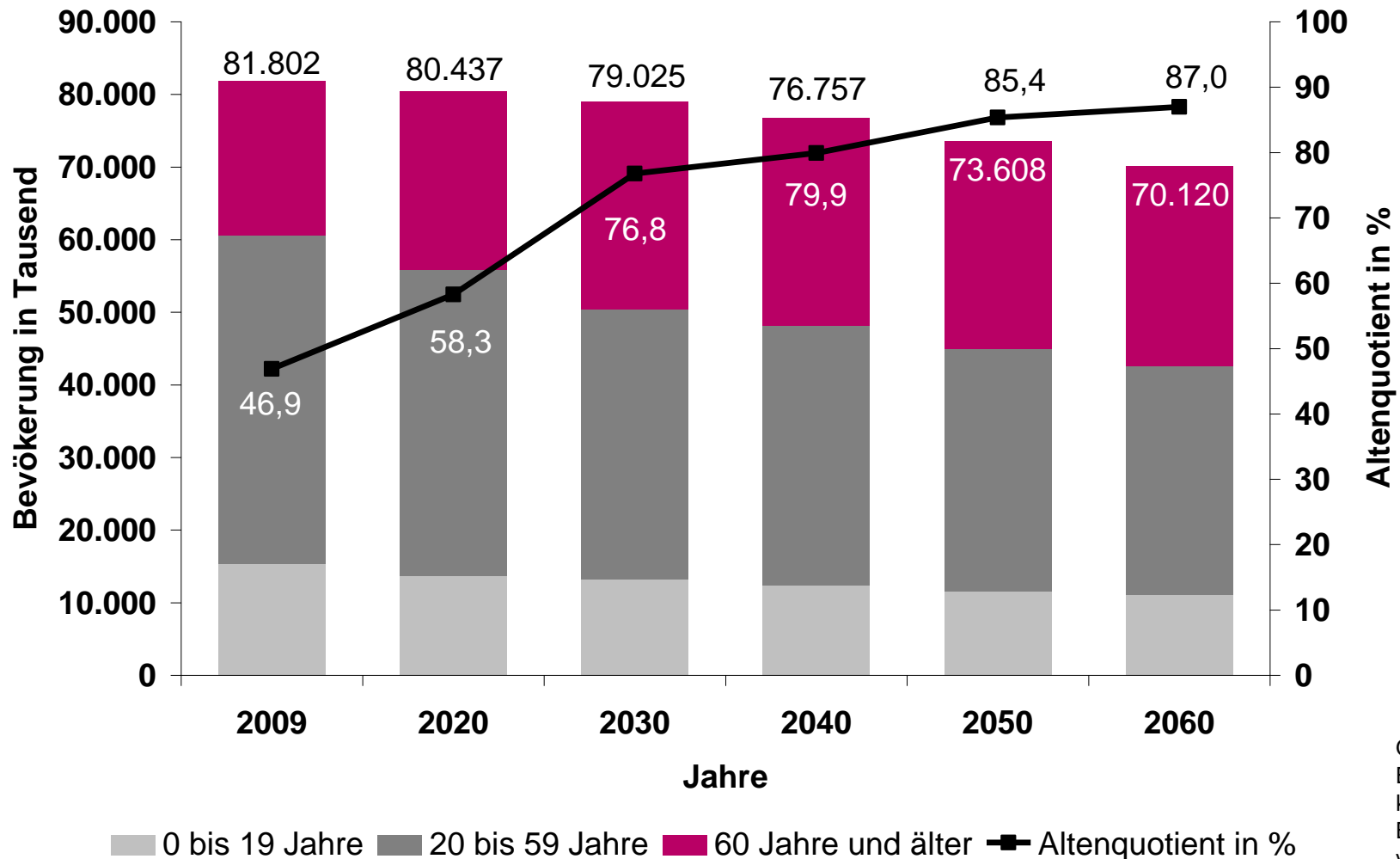
4

Zusammenfassung und Diskussion

Ausgangslage

1) Demografische Entwicklung

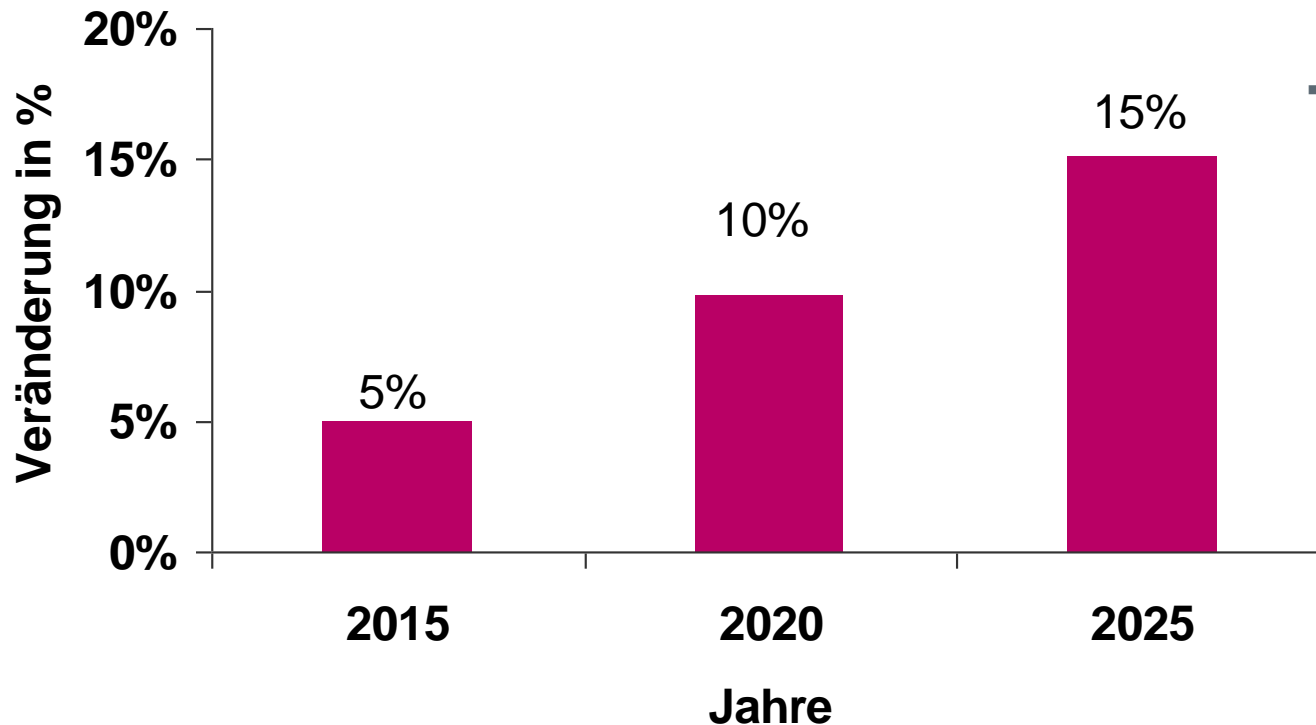
In Zukunft geht die Bevölkerung weiter zurück, der Anteil Älterer steigt.



Ausgangslage

2) Entwicklung der Morbidität

Anstieg der Morbiditätslast der GKV-Versicherten im gesamten Bundesgebiet im Vergleich zum Basisjahr 2010



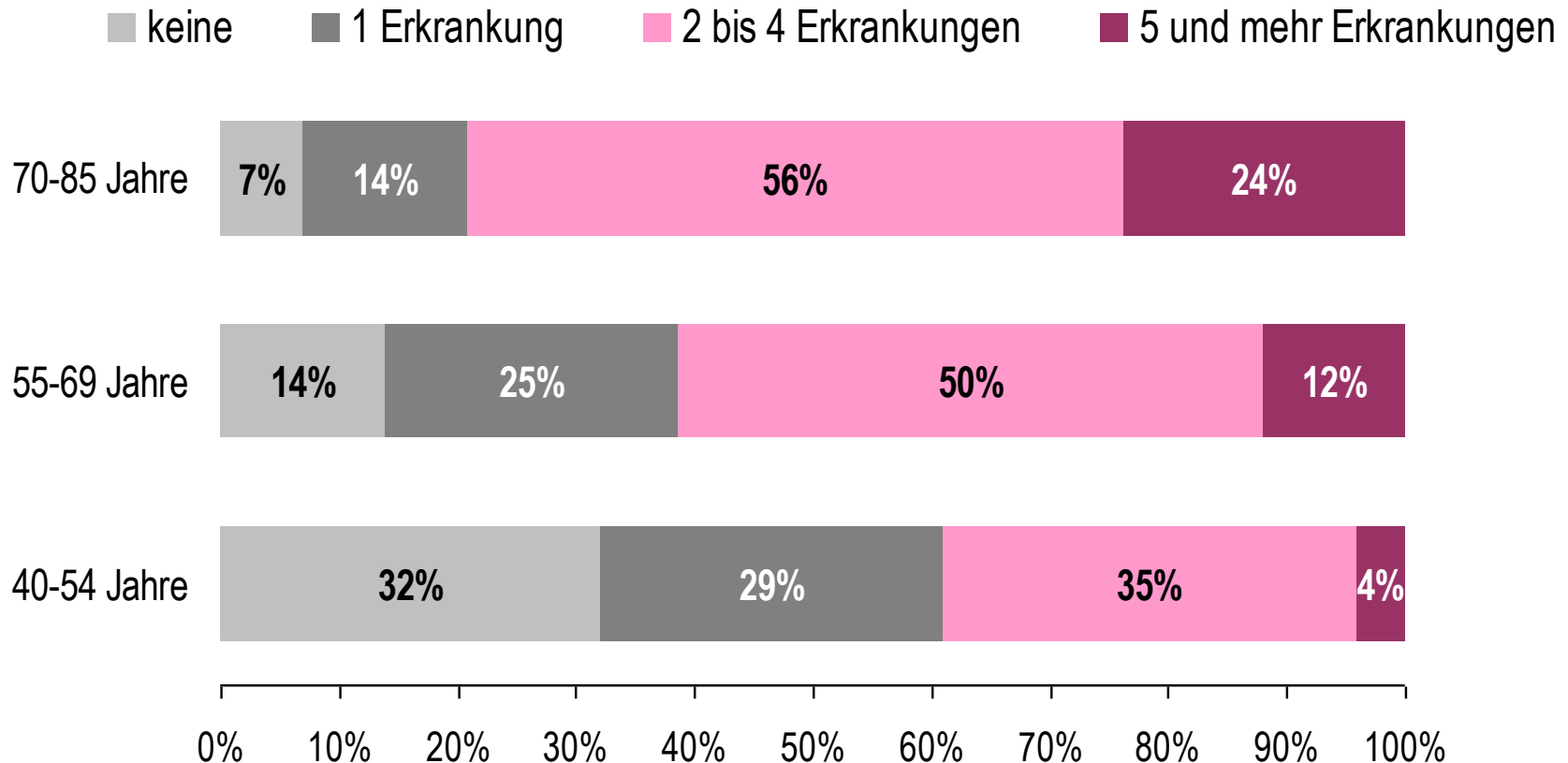
→ Auch bei rückläufigen Bevölkerungszahlen bleibt der Bedarf an Ärzten hoch.

Quelle: ZI-Studie
„Auswirkungen der
demografischen Entwicklung
auf die MGK - Ergebnisse
einer Projektion“

Ausgangslage

2) Entwicklung der Morbidität

Ältere Menschen haben mehrere Erkrankungen.

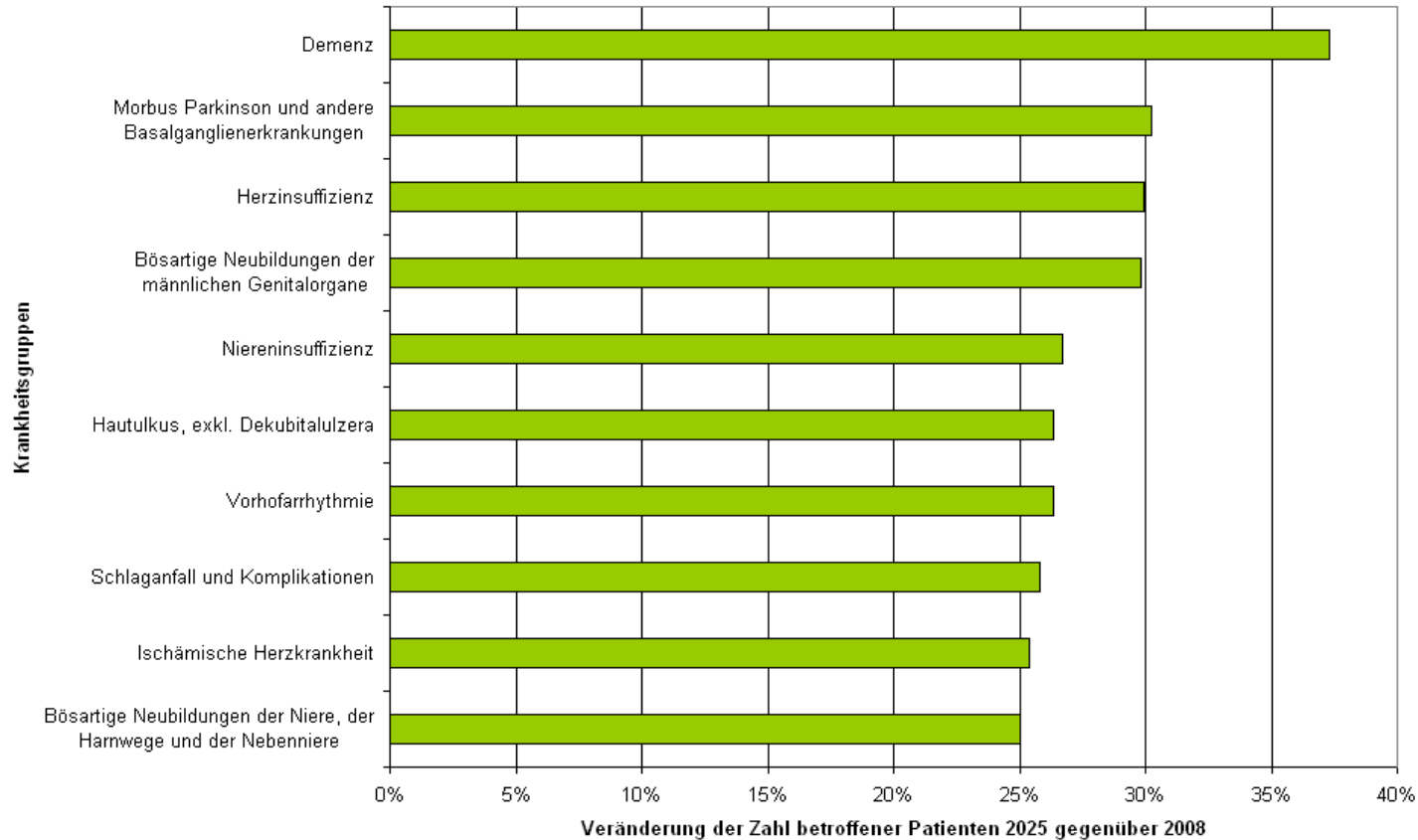


(Quelle: Alterssurvey, 2005)

Ausgangslage

2) Entwicklung der Morbidität

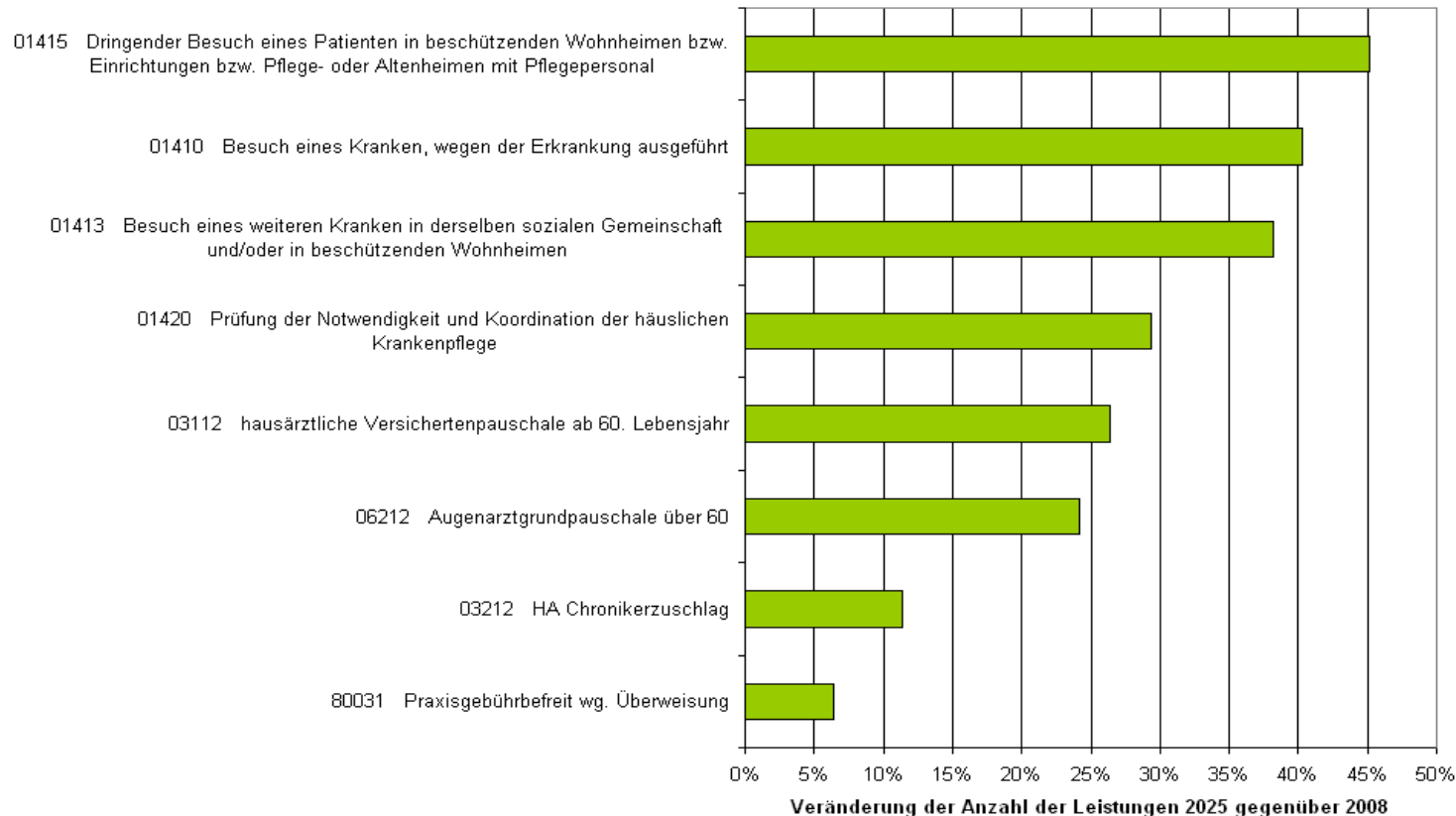
Veränderung der Anzahl von Patienten mit ausgewählten Erkrankungen bis 2025 gegenüber 2008



Ausgangslage

2) Entwicklung der Morbidität

Veränderung der Häufigkeit abgerechneter EBM-Positionen 2025 gegenüber 2008



Ausgangslage

Treibende Faktoren aus ärztlicher Sicht

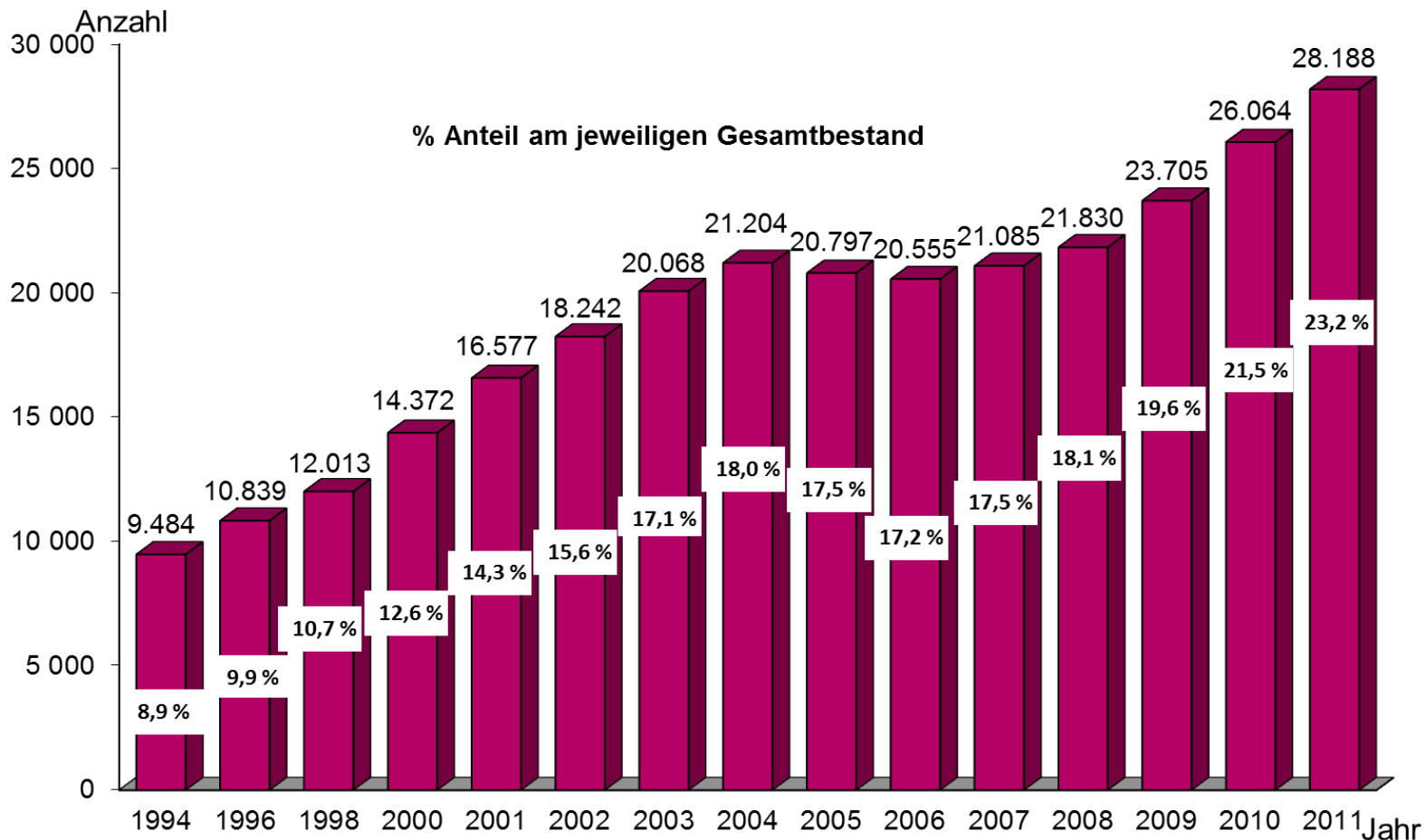
Der demographische Wandel, aber auch eine veränderte Berufseinstellung von Ärztinnen und Ärzten sowie die Auswirkungen des technischen Fortschritts verknappen ärztliche Kapazitäten



Ausgangslage

3) Fachkräftemangel: Ärzte

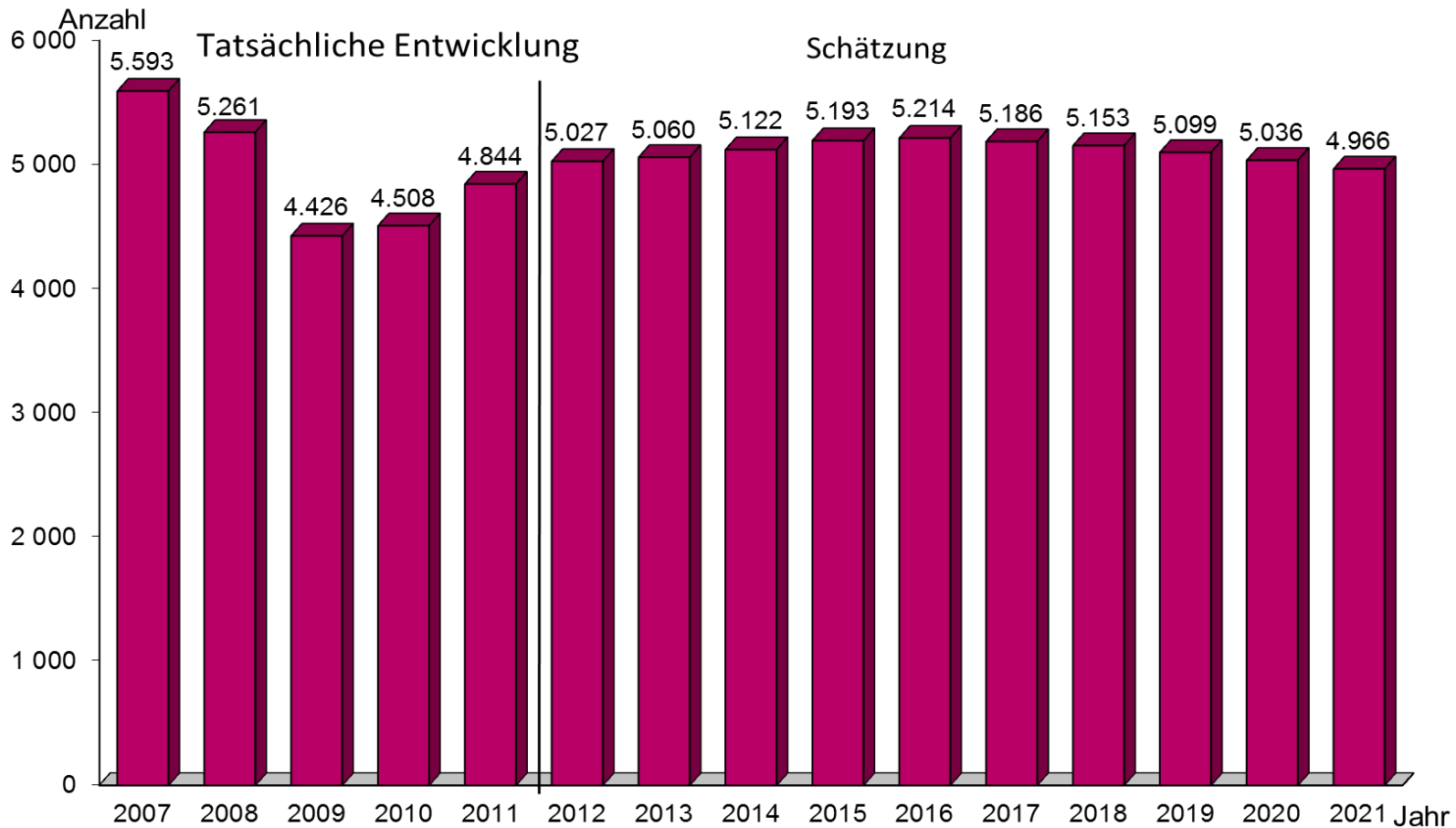
Bestand an Vertragsärzten, die zum jeweiligen Jahresende 60 Jahre oder älter sind



Ausgangslage

3) Fachkräftemangel: Ärzte

Entwicklung der Bruttoabgänge bei Vertragsärzten



Ausgangslage

3) Fachkräftemangel: Ärzte

Ersatzbedarf an Ärzten im deutschen Gesundheitssystem

Arztgruppe	Abgang 2012 bis 2016	Abgang 2012 bis 2021
Krankenhausärzte	7.645	19.560
Vertragsärzte	25.616	51.056
darunter Hausärzte	10.690	21.509
Fachärzte	14.926	29.548
Summe	33.261	70.616



ABER:

Pflegeberufe können das Defizit nicht kompensieren, da auch sie vom Fachkräftemangel betroffen sind ...

Fachkräftemangel: Pflege

Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012)

- Die Pflege steht vor den gleichen gesellschaftlichen Herausforderungen wie andere Gesundheitsberufe.
- Sie befindet sich in einer Umbruchsituation im Hinblick auf Professionalisierung und Akademisierung.
- Der Zuwachs an Vollzeitstellen in den Jahren 2000–2009 ist in allen Pflegeberufen wesentlich geringer als der Anstieg der Beschäftigtenzahlen.
- Es findet eine Umschichtung der Beschäftigungsstrukturen in Richtung Teilzeit statt.



Fachkräftemangel: Pflege

Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012)

- Wie in der ärztlichen Versorgung sind auch in der Pflege regional unterschiedliche Entwicklungen zu berücksichtigen.
- „Abgesehen davon, dass es in Deutschland bislang wenige entsprechende Berufsbilder bzw. Qualifikationsmöglichkeiten gibt, dürfte eine solche Delegation, schon aufgrund des sich auch in diesen Berufen (*Anmerkung KBV: gemeint sind nichtärztliche Gesundheitsberufe*) entwickelnden Nachwuchsmangels, zukünftig nicht einfach zu realisieren sein“ (SVR-Gutachten 2012, S. 86).



Fachkräftemangel: Pflege

Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012)

- Wie in der ärztlichen Versorgung sind auch in der Pflege regional unterschiedliche Entwicklungen zu berücksichtigen.
- „Abgesehen davon, dass es in Deutschland bislang wenige entsprechende Berufsbilder bzw. Qualifikationsmöglichkeiten gibt, dürfte eine solche Delegation, schon aufgrund des sich auch in diesen Berufen (*Anmerkung KBV: gemeint sind nichtärztliche Gesundheitsberufe*) entwickelnden Nachwuchsmangels, zukünftig nicht einfach zu realisieren sein“ (SVR-Gutachten 2012, S. 86).





Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012)

Fachkräftemangel auch in der Pflege – Ergebnisse verschiedener Studien

Autor (Jahr)	Versorgungseinrichtungen	Beruf	Status	Morbiditätsentwicklung	Mangel an Pflegekräften (Jahr) in VZÄ
Afentakis und Maier (2010)*	Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen	Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Altenpfleger	nur ausgebildete Pflegekräfte	SQ**	193 000 (2025)
				MK***	135 000 (2025)
			inkl. an-/ungelernte Pflegekräfte	SQ**	112 000 (2025)
				MK***	55 000 (2025)
Ostwald et al. (2010)****	ambulante und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens	Gesundheits- und Krankenpfleger	–	k.A.	128 400 (2020) 393 100 (2030)
		Gesundheits- und Krankenpflegehelfer	–	k.A.	36 400 (2020) 84 634 (2030)
Hackmann (2010)	ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen	“Altenpflegekräfte“	–	SQ	430 000 (2050)

Tabelle 4: Fachkräftemangel in der Pflege – Ergebnisse verschiedener Studien

* Dargestellt sind die Ergebnisse bei einer Fortschreibung der Beschäftigungsstruktur wie in Deutschland im Jahr 2005. Die Autoren haben auch Effekte bei Anpassung der Beschäftigungsstrukturen auf das Niveau von Ost- bzw. Westdeutschland (unterschiedliche Teilzeitquoten) dargestellt.
 ** Status quo-Prognose.
 *** Prognose unter der Annahme einer Morbiditätskompression.
 **** Bei Ostwald et al. werden für ambulante und stationäre Einrichtungen getrennte Prognosen ausgewiesen. Zur vereinfachten Darstellung ist hier eine Summe gebildet.

Quelle: Afentakis/Maier 2010; Ostwald et al. 2010; Hackmann 2010. Gutachten des Sachverständigenrates 2012, S. 83

Agenda

1

Ausgangslage

2

Maßnahmen des Gesetzgebers

3

Initiativen der KBV

4

Zusammenfassung und Diskussion

Maßnahmen des Gesetzgebers

1) Die Heilkundeübertragungs-Richtlinie

(§ 63 Abs. 3c SGB V)

Beschluss des GBA vom 20. Okt. 2011

Regelungsinhalte:

- Ärztliche Tätigkeiten (abschließender Katalog) können im Rahmen von Modellvorhaben auf Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde übertragen werden.
- Dazu zählen sowohl prozedurenspezifische Leistungen (z. B. Blutentnahme), als auch diagnosebezogene Versorgungskonzepte (z. B. Diabetes Mellitus).
- Diagnose und Indikationsstellung verbleiben in ärztlicher Hand. Die Kranken- und Altenpflege ist daran gebunden.
- Pflegekräfte dürfen vertragsärztliche Überweisungen veranlassen, nicht aber selbst durchführen.

Maßnahmen des Gesetzgebers

1) Die Heilkundeübertragungs-Richtlinie

(§ 63 Abs. 3c SGB V)

Regelungsinhalte:

- Es besteht die Möglichkeit zur Verordnung von bestimmten, im Rahmen der Modellvorhaben zu definierenden Medizinprodukten und von Hilfsmitteln sowie in der Richtlinie abschließend aufgeführten Heilmitteln.
- Die Richtlinie beinhaltet die Regelungsbestandteile der Modellvorhaben (z. B. sachliche, personelle und organisatorische Voraussetzungen).
- In den Modellvorhaben sollen Regelungen zur Einbeziehung der Pflege in die ärztliche Versorgung getroffen werden.
- Modellvorhaben werden von einzelnen Kassen finanziert

Maßnahmen des Gesetzgebers

1) Die Heilkundeübertragungs-Richtlinie

(§ 63 Abs. 3c SGB V)

Bewertung:

- Die Richtlinie ist ein Kompromiss (z. B. diagnose- und prozedurenbezogener Katalog).
- Sie ist ein Schritt zu mehr Kooperation und Zusammenarbeit.
- Sie kann ein Instrument sein, um Versorgung bedarfsgerecht zu gestalten.
- Es liegen klare Schnittstellen und Aufgabenzuteilungen vor (z. B. abschließender Katalog, der Art und Umfang der übertragenen ärztlichen Tätigkeiten und die erforderliche Qualifikationen regelt).
- Die Richtlinie hat keine nachhaltige Wirkung, wenn sich keine breite Überführung in die Regelversorgung anschließt.
- Unbenommen davon hat sie symbolische Bedeutung aufgrund des mit ihr verbundenen Paradigmenwechsels.

Maßnahmen des Gesetzgebers

1) Die Heilkundeübertragungs-Richtlinie

(§ 63 Abs. 3c SGB V)

Perspektiven:

- Wie wird die Zusammenarbeit von Pflege und Vertragsarzt ausgestaltet? (neue Schnittstelle?)
- Was bedeutet die Übernahme von fachlicher, rechtlicher und wirtschaftlicher Verantwortung konkret (z. B. Wirtschaftlichkeit, Haftpflicht ...)?
- Wie soll der Mangel an Pflegekräften zukünftig gedeckt werden?
- Welche Auswirkungen hat die u.a. durch die Richtlinie beförderte zunehmende Spezialisierung innerhalb der Pflege?
- Entstehen Delegationskaskaden?
- (Grundkonflikt Grund- und Behandlungspflege)

Maßnahmen des Gesetzgebers

2) Bund-Länder-Arbeitsgruppe

Eckpunktepapier Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe (Vorbereitung für neues Pflegeberufegesetz)

- Vereinheitlichung der Pflegeausbildung zu einem generalistischen Ansatz
- Ergänzung/Ausbau eines akademischen Zweiges an Hochschulen
- In dieser Ausbildung soll die Qualifikation für die Erprobung der Modellprojekte im Rahmen der Heilkundeübertragungs-RiLi erworben werden.
- Ziel: Übernahme von delegierten Tätigkeiten

Nota bene: Wissenschaftsratsgutachten zur Akademisierung der Pflege

Maßnahmen des Gesetzgebers

3) Im Rahmen des Versorgungsstruktur-Gesetzes

§ 28 SGB V:

„Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum 30. Juni 2012 für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

Aktueller Stand:

BÄK und KBV erarbeiten Katalog mit beispielhaften Leistungen. Dieser muss abschließend mit GKV-SV abgestimmt werden. Voraussichtlicher Abschluss Ende 2012.

Maßnahmen des Gesetzgebers

4) Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

29. Juni 2012: Beschluss des Bundestages

21. Sept. 2012: 2. Durchgang im Bundesrat

01. Jan. 2013: Inkrafttreten

Ziele und Inhalte u. a.:

- Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen
- KVen sollen verpflichtet werden, Kooperationsverträge zwischen Vertragsärzten und Pflegeheimen zur ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger zu vermitteln (stringentere Fassung des § 119b).
- GKV-Spitzenverband u. KBV sollen im Benehmen mit den Pflegeverbänden auf Bundesebene bis 30. Sept. 2013 Anforderungen an eine kooperative u. koordinierte Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen erarbeiten.
- Zur Förderung solcher Kooperationen können Honorarzuschläge vereinbart werden.

Maßnahmen des Gesetzgebers

4) Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)



KBV

Gemeinsame Stellungnahme der BÄK und der KBV (Mai 2012):

- Regelungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen werden grundsätzlich begrüßt.
- Verpflichtender Charakter von Kooperationen ist positiv, da Kooperationen bislang nur in Einzelfällen existieren (im Rahmen von Integrationsverträgen).
- KVen sollten direkt in Form von dreiseitigen Verträgen nach §§ 140a ff SGB V zwischen Krankenkassen, Pflegeeinrichtungen und KVen beteiligt werden, um ganzheitliche ambulante Versorgung zu gewährleisten.

Agenda

1

Ausgangslage

2

Maßnahmen des Gesetzgebers

3

Initiativen der KBV

4

Zusammenfassung und Diskussion

Initiativen der KBV

Konzepte der KBV-Vertragswerkstatt (u. a.):

- Ärztliche Teambetreuung in Pflegeeinrichtungen (nach § 119b neu nach PNG)
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)
- Ambulante geriatrische Rehabilitation

Vorgehen und Ziele:

- Dezernatsübergreifende (Qualität, Honorar, Recht, Kommunikation, Versorgung) Entwicklung gemeinsam mit Kassenärztlichen Vereinigungen, Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen
- Ergänzung des Kollektivvertrags um spezifische Versorgungsangebote für bestimmte Zielgruppen
- Stärkung einer kooperativen, interdisziplinären Versorgung
- Patientenorientierung
- Qualitätssicherung und -management

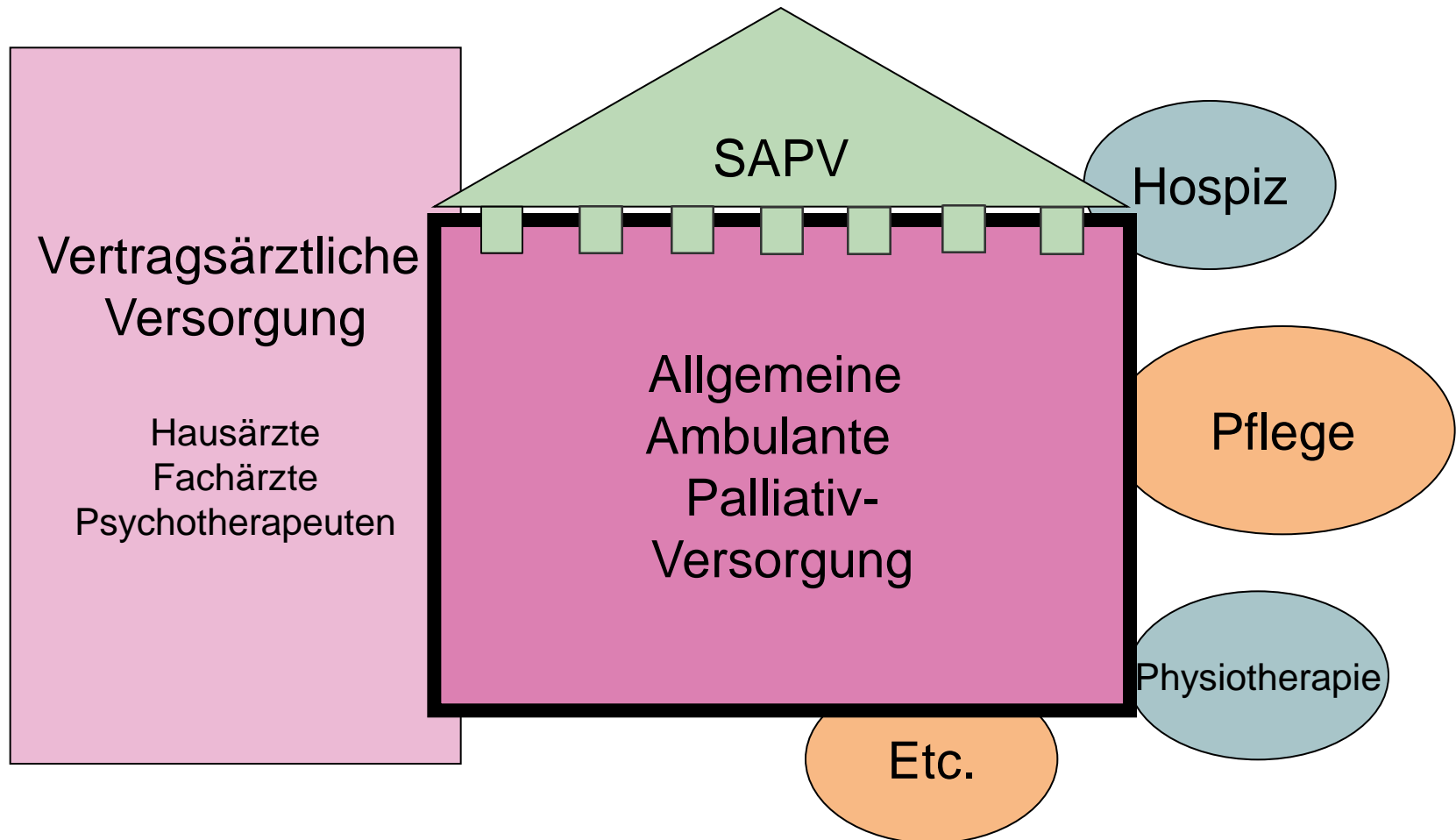
Problem:

- Kassen müssen Verträge abschließen, sonst keine Umsetzung oder nur „Flickenteppich“

Initiativen der KBV

Beispiel Palliativversorgung

Ziel bzw. „Vision“: Palliativversorgung mit definierten Schnittstellen



Agenda

1

Ausgangslage

2

Maßnahmen des Gesetzgebers

3

Initiativen der KBV

4

Zusammenfassung und Diskussion

Zusammenfassung und Diskussion

- Zusammenarbeit von Ärzten und Pflege ist kein Selbstzweck, sondern dient bestimmten Zielen, z. B.
 - Verbesserung der Patientenversorgung
 - Entlastung der Ärzte
 - Aufwertung der Pflege
- Wir stehen vor gemeinsamen Herausforderungen:
 - einerseits zunehmender Versorgungs- und Kooperationsbedarf aufgrund der demografischen Entwicklung, damit Arbeitsverdichtung
 - gleichzeitig wachsender Ärzte- und Fachkräftemangel und Veränderung von Arbeitszeitmodellen
 - In ärztlich unterversorgten Gebieten führt Delegation nicht zwangsläufig zu einer verbesserten Versorgung, da in denselben Regionen oft auch ein Mangel an Pflegekräften herrscht.

Zusammenfassung und Diskussion

Deshalb: Grabenkämpfe führen nicht weiter!

- Ärztliche Spitzenorganisationen bekennen sich grundsätzlich zur Delegation (siehe gemeinsame Resolution vom 23. Feb. 2012).
- Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V sind zwar ein erster Schritt, werden aber aufgrund der langen Dauer von der Realität überholt werden.
- Schon im Juli 2010 hat die KBV gemeinsam mit Pflegeverbänden auf Bundesebene den Entwurf eines Eckpunktepapiers für eine Kooperationsvereinbarung verabschiedet.
- KBV hat Pflegeverbänden das Angebot zur Wiederaufnahme der Gespräche unterbreitet (anvisierter Termin: 5. Nov. 2012)

Zusammenfassung und Diskussion

Zu klärende Fragen / Vorschläge für Diskussion

Praxisbeispiel: Rückmeldung eines Arztes an die KBV

„Der Pflegenotstand führt zur Pflegeheimbesetzungen mit sehr variablen Kompetenzen, die wenig Eigenverantwortung übernehmen und überaus häufig den betreuenden Arzt hinzuziehen. Oftmals beschränken sich die Fragen auf Formalitäten oder einfachen Mitteilungen („Ich wollte Ihnen nur sagen dass...“/ „Es tut mir leid, dass ich störe, aber ich muss mich hier absichern...“/ „Ich brauche hier eine schriftliche Anordnung“), die medizinisch von geringer Relevanz sind, aber enorme zeitliche Kapazitäten erfordern, sei es aus Dokumentationsgründen oder weil ein Besuch vor Ort erwartet wird.“

Daraus folgt ...

Zusammenfassung und Diskussion

Zu klärende Fragen / Vorschläge für Diskussion:

- Akademisierung der Pflegeberufe dient auch deren Attraktivitätssteigerung.
- Aber: „Grundversorgung“ muss sowohl in der ärztlichen als auch der pflegerischen Betreuung durch qualifizierte Fachkräfte auf der jeweiligen Stufe gewährleistet bleiben -> Vermeidung von Delegationskaskaden
- Regelungsbedarf vor allem bei Delegation außerhalb der Praxis (innerhalb im Bundesmantelvertrag geregelt), z. B. in Bezug auf Haftungsfragen
- Wann braucht wer welche Qualifikationsvoraussetzungen?
- Versorgung geht nur im Verbund: Wer koordiniert?
- Substitution, die Gelder nur umverteilt, bringt nichts.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit