

Die Mär vom mehr ...

DGPPN Pflegekongress 2008

Michael Theune, 1. Vorsitzender

Bundesinitiative

Ambulante

Psychiatrische

Pflege e.V.

www.bapp.info

Was bisher geschah ...

§ 92 SGB V häusliche Pflege für psychisch Kranke
(1.7.2007)

Richtlinie des GBA

- Einschränkungen durch die Diagnoseliste @
- Prinzipieller Erstverordnungsrahmen von 14 Tagen
- Bürokratische Hürde des Behandlungsplanes
– Pflegeplanungen werden nicht akzeptiert
- Beschränkung von APP (HkP Psych) auf max. 4 Monat
- Begriffe „Rückzugspflege“ / „abnehmende Frequenz“

Ausgestaltung der Verträge nach § 92 SGB V durch die Krankenkassen die signifikantesten „Stilblüten“

- die „Rückzugspflege“
- mal 3, mal 6, mal 8 Fachpflegekräfte als Voraussetzung zur Zulassung
- kein bundeseinheitlicher Rahmenvertrag
- jeder Pflegedienst muss einzeln mit den Kassen um Zulassung und Vertrag verhandeln

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz

vom Juni 2008

- Die nähere Festlegung von Tätigkeiten zur Übertragung von Heilkunde auf Pflegeberufe ist dem GBA übertragen worden !
- wieder keine direkte Beteiligung der Pflege !
- maßgeblicher § 63 Abs.3 SGB V / XI
- Die Krankenkassen und ihre Verbände vereinbaren Modelvorhaben in der GKV

Pflegeweiterentwicklungsgesetz

1. Modellversuchsklausel:

- die Verordnung von Verbands- und Pflegehilfsmittel soll selbstständig durch Pflegende möglich sein ...
- sowie die inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung der HKP durch Pflegedienste erprobt werden können.
(hier darf es sich nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde handeln)

2. Modellvorhaben zur Übertragung ...

der ärztlichen Tätigkeiten, die in der Ausbildungsordnung des Krankenpflege und des Altenpflegegesetzes Niederschlag finden sollen... (§4 Abs.7 KrPflG)

Pflegeweiterentwicklungsgesetz

Falls HEUTE mit einem solchen Modell angefangen werden sollte ist mit einem Ergebnis in Form von entsprechend ausgebildeten und damit selbstständigkeitsberechtigten Pflegekräften frühestens 2011 oder 2012 zu rechnen!

Fazit:

Damit hängt die berufsrechtlich Qualifikation von Pflegekräften von Modellen ab, die die Krankenkassen durchführen !!!

Wer das nicht glauben kann oder will
darf dies gerne Nachlesen im aktuellen

Gutachten des DPR

„Weitere öffentliche – rechtliche Regulierungen
der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeiten“

Urban & Vogel

Wo stehen wir heute ?

- Wir stehen einem Wildwuchs von vertraglichen Einzel – und Willkürlösungen gegenüber
- Die Krankenkassen formulieren selbstgerecht
 - Zulassungsvoraussetzungen für Pflegedienste
 - Vergütungssysteme (z.B. Pauschalen oder Zeitindexe)
 - Prozessregelungen (z.B. Behandlungspläne, Vo, Fristen)

denen sich die Leistungserbringer (Pflegedienste) anpassen und unterordnen müssen.

Wo stehen wir heute ?

- Andere Kassen (vorrangig Ersatzkassen), ignorieren vertrags- und leistungsrechtlich den Anspruch ihrer Versicherten auf die Versorgung z.B. nach § 92 SGB V
= sie lehnen entsprechende Verordnungen einfach ab.
(Wo kein Betroffener klagt, gibt's auch kein Problem)
- Paradoxe Weise hängen Ablehnung oder Genehmigung von der jeweiligen Region in Deutschland ab ...

Wo stehen wir heute ?

Es gibt immer noch keinen

bundeseinheitlichen Rahmenvertrag

zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen

bemerkenswert auch im Sinne des Gleichbehandlungsgrundsatzes

Art. 3 Abs. 1 GG

Sonderbar...

auch die völlig unterschiedliche Auslegung von Handlungs- und Leistungsspielräumen der Pflegeberufe innerhalb des deutschen Gesundheitssystems:

- im **SGB V § 132 a** (Delegations- und ärztl. Vorbehaltsaufgaben)
= sehr eng keine Autonomie
- im **SGB V § 140** Integrierte Versorgung
= sehr offen / freie Gestaltung
- im **SGB XI** Begutachtungen bzw. Gutachten nach 37.3
= Einschätzung der Pflege entscheidet über Geldleistung der Pflegekassen an die Versicherten

Vom Umgang mit der Pflegedie Strategien...

Vorlage beim BMG zur Verfahrensordnung
der

**Gesetzlichen Krankenversicherungen zur Sicherung und
Weiterentwicklung der Pflege (hier im SGB XI)**

(vom 30.09.2008)

= **Pflegequalitätsstandards !**

- Krankenkassenvertreter und
Vertreter der überörtlichen Sozialhilfeträger (Träger = Arbeitgeber)
werden benannt, um die Qualität von Pflege zu definieren.
- Der AOK Bundesverband hat diese Verfahrensordnung völlig selbstherrlich
erstellt und eingereicht.

...vom Umgang mit der Pflege ...

Weder **DPR** noch **DNQP**
 (Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege)
 oder Pflegelehrstühle an Universitäten
 (z.B. Witten –Herdecke)
 wurden miteinbezogen oder vorab informiert

Welche Intension darf man da wohl annehmen?



Vom Umgang mit der Pflegedie Ärzteorganisationen...

- **Der Marburger Bund** in Person seines ehemaligen Vorsitzenden Frank Ulrich Montgomery* lässt unter erhobenem Zeigefinger den Geist der **Sicherheitsgefährdung der Patienten** aus der Flasche.
- Kuno Winn vom **Hartmann-Bund** lässt im Deutschen Ärzteblatt klarstellen, dass die Ärzteschaft das Monopol auf die Definition elementarer **Eckpfeiler** im Gesundheitswesen keinesfalls aufgeben werde
- Kuno Winn spricht auch von Großzügigkeit bei der Übertragung reiner Verwaltungsakte und von **Entlastungen von bürokratischen Abläufen durch nichtärztliche Berufe**.
- *Jetzt stellv. Vors. Bundesärztekammer



Vom Umgang mit der Pflegedie Ärzteorganisationen...

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung **KBV**
 veranstaltete am 30.10.2008 eine Tagung unter dem Titel

„Wird die Schwester bald zum Doktor ?“

Auszüge aus anschließenden Presseerklärungen :

Dass genau dies nicht gewollt ist, machte Köhler gleich zu Beginn klar. Denn Modelle wie die Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention (AGnES) oder die Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (Verah) sollen den Arzt zwar entlasten, ihn aber auf keinen Fall ersetzen. „Das würde mit Sicherheit zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung führen“, so Köhler.



Vom Umgang mit der Pflegedie Ärzteorganisationen...

...Die Kassenärztliche Bundesvereinigung **KBV**
„Wird die Schwester bald zum Doktor ?“

Auszüge aus anschließenden Presseerklärungen :

„Wir möchten die Schnittstellenproblematik im Alltag deutlich verbessern. Denn viele Schnittstellen bedeuten für den Arzt auch Bürokratie“, sagte der KBV-Vorstand.



Vom Umgang mit der Pflegedie Ärzteorganisationen...

...Die Kassenärztliche Bundesvereinigung **KBV**
„Wird die Schwester bald zum Doktor?“

Auszüge aus anschließenden Presseerklärungen :

*Die Diagnose- und Verordnungshoheit müsse beim Arzt bleiben, betonte dagegen Dr. Carl-Heinz Müller:
„Wir wollen gar nicht in die Pflege rein. Wir wollen den Arzt entlasten und die Kommunikation zwischen ihm und dem Pflegedienst durch qualifiziertes medizinisches Personal verbessern.“*



Vom Umgang mit der Pflegedie Ärzteorganisationen...

...Die Kassenärztliche Bundesvereinigung **KBV**
„Wird die Schwester bald zum Doktor?“

Auszüge aus anschließenden Presseerklärungen :

*Die Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Pflegekräfte oder Praxisangestellte bedeute, dass der Arzt mit den erbrachten Leistungen überhaupt nichts mehr zu tun habe.
Deswegen fehle dann die notwendige fachliche Aufsicht, was zu einer schlechteren Versorgungsqualität führe.*



Vom Umgang mit der Pflegedie Ärzteorganisationen...

...Die Kassenärztliche Bundesvereinigung **KBV**
„Wird die Schwester bald zum Doktor?“

Auszüge aus anschließenden Presseerklärungen :

*„Nur ein ausgebildeter Arzt ist in der Lage, eine Diagnose zu stellen und gemeinsam mit dem Patienten eine Behandlung festzulegen, denn das ist der Inhalt seiner langjährigen Ausbildung.“
Die Palette **übertragbarer Tätigkeiten** reicht nach Ansicht Müllers von der **Anleitung** der Angehörigen zur richtigen Medikamentengabe über die **Früherkennung von Demenzen** bis hin zur **Beratung bei der Sturzprophylaxe**.*



Alles aussichtslos ?

Alle hier genannten Meinungsbilder haben unmittelbar nichts mit der Psychiatrie zu tun.

Wie sehen das Thema „Mehr Kompetenzen für die Pflege z.B. der

- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) ?
- der Berufsverband deutscher Psychiater (BVDP) ?
- die DGPPN ?

Dies sollte dringend in einem Symposium herausgefunden werden



Schlaglichter der Wirklichkeit...

- Wartezeiten der Betroffenen auf einen Termin,
- Seltsame Terminhäufungen nach Quartalswechsel
- Erlebnisse bei Fragen nach aktueller Medikation
- Verordnungspraxis bei Rezepten oder HKP Verordnungen
- Erzählungen von Patienten nach Arztterminen
- Erfahrungen bei dem Versuch direkt mit behandelnden Ärzten zu kommunizieren
- etc



Das es auch anders geht...

- Viele praktische Erlebnisse in der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflege
- Erfolge, die dem Teamwork geschuldet sind
- Etc.
- Beispiele im Europäischen Ausland
 - z.B. Liverpool



Grundsatzfragen

Wenn unsere Gesundheitspolitik wirklich und mit aufrichtiger Intension eine Verbesserung der Versorgungsrealität in Deutschland erreichen will (siehe z.B. SV Gutachten), dann **MUSS** die verantwortliche Politik der Pflege den Stuhl an die Tische der Schaltstellen rücken.

Auf eine Einladung aus bestehenden Strukturen werden wir noch lange warten.

Was Selbstverwaltung zu Stande bringt liegt offen vor uns.



noch ein Gutachten ...

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen).
Gutachten 2007.

Kooperation und Verantwortung -
Voraussetzungen einer
zielorientierten Gesundheitsversorgung.



Gutachten des Sachverständigenrates des BMG von 2007

Ein wesentlicher Auslöser zu dem Gutachten waren...

- die immer offenkundigeren **Finanzierungsprobleme** in der GKV ...
- die Suche nach **Effektivitätsreserven** in der GKV ...
- der gesetzliche Auftrag Über – Unter – und **Fehlversorgung** aufzuzeigen...
- **die Idee**, dass „zielgerichtete Gesundheitsversorgung eine entsprechende Kooperation sowohl zwischen den Leistungserbringern als auch zwischen den Krankenkassen, sowie klar geregelte Verantwortlichkeiten voraussetzt, die den fachspezifischen Qualifikationen der an den Prozessen gesundheitlicher Leistungserstellung Beteiligten Rechnung tragen.“
- **Die Diskussion**, dass „die Frage nach Kompetenzen und Kooperationen von Gesundheitsberufen nicht primär aus der Perspektive der Berufsgruppen, sondern auf Basis der zukünftigen Anforderungen an das Gesundheitssystem / d.h. aus **Patientenperspektive** zu führen ist.“



Gutachten des Sachverständigenrates

„Veränderungen werden sich nur durch einen Mix verschiedener Formen beruflicher Rollenveränderungen vollziehen. Tätigkeiten können von einer Berufsgruppe auf eine andere übertragen werden.“ (Stichworte: Delegation / Substitution)

(.....) „Wenn eine Tätigkeitsübertragung im Delegationsverfahren hinreichend lange stattgefunden und sich als zieladäquat erwiesen hat, sollte eine dauerhafte Übertragung an den bisherigen Delegationsempfänger zur Diskussion stehen.“



Konkrete Forderungen der BAPP

1. Sicherstellung der Versorgung psychisch Erkrankter

- Auslösen von Regelversorgungsleistungen durch alle im Gemeindepsychiatrischen Verbundsystem handelnden Personen / Institutionen MUSS möglich sein.

Alle beratenden, orientierenden Gespräche zur Inanspruchnahme der APP (Erstgespräche), müssen als Leistung anerkannt werden.



Konkrete Forderungen der BAPP

2. Mitsprache bei Behandlungszielplanung

- Patient, Arzt und APP planen und erstellen partnerschaftlich die Behandlungsziele der ambulanten psychiatrischen Versorgung.
- APP und Patient erstellen im Rahmen dieser Behandlungszielsetzung gemeinsam den pflegerischen Behandlungsplan.



Konkrete Forderungen der BAPP

3. Handlungsautonomie innerhalb der Verordnung

Methodische Umsetzung ...

- des Inhaltes,
- der Maßnahmen,
- des Zeitrahmens,
- der Lokalisation und
- der Frequenz der Behandlung

... werden vom Fachpflegedienst geplant



Konkrete Forderungen der BAPP

4. Anerkennung des pflegerischen Behandlungsplanes

- Anerkennung des BAPP Behandlungsplanes als mitgeltendes Dokument im Antrags- und Genehmigungsverfahren der Regelversorgung (nachrichtlich an den behandelnden Facharzt)



Konkrete Forderungen der BAPP

5. Einbezug der Pflege in die medikamentöse Behandlung

- Definition pflegerisch steuerbarer Handlungsspielräume im Rahmen der o.g. Behandlungszielplanung (Medikamentendosierung, Bedarfsmedikation, Krisenbehandlung)
- Fortbildungsselbstverpflichtung der ambulant psychiatrischen Pflegedienste zur Thematik der Pharmakotherapie



Konkrete Forderungen der BAPP

6. Einbezug der APP in die weitere Versorgungs- und Fallsteuerung = soziale Sicherung

- Die Fallsteuerung der bedürfnisgerechten und sozial angemessenen Anschlussversorgung wird vom ambulant psychiatrischen Pflegedienst aus der Regelversorgung heraus organisiert



Konkrete Forderungen der BAPP

7. Krankenkassen und APP sind direkte Verhandlungspartner über Umfang und Dauer der Regelversorgung

- Disposition über Umfang und Dauer der Regelversorgung sollte direkt zwischen Kostenträger und Leistungserbringer stattfinden



Konkrete Forderungen der BAPP

8. Direkte Widerspruchsmöglichkeit für die APP bei Ablehnung der Regelleistung

- Pflegedienst bekommt Einspruchsrecht
- MDK – Stellungnahme muss nachrichtlich der APP zugehen.
- Es kann direkt mit dem Kostenträger nachverhandelt werden



Konkrete Forderungen der BAPP

9.

Wir fordern
einen bundesweiten Rahmenvertrag
der die Leistungen und Vergütungen der
ambulanten psychiatrischen Pflege regelt



Achtung !

Wir können mehr als man uns lässt !

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit !

