

Stellungnahme zum Schreiben der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

In diesem Brief (*Anm.: an das Bundesministerium für Gesundheit*) nehmen wir Stellung zu einem Schreiben das die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen am 15.01.2007 an das Bundesministerium für Gesundheit richtete. In diesem Schreiben bezieht sich die Arbeitsgemeinschaft auf die ersten Erfahrungen mit der fachpsychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Das Bundesministerium hatte eine entsprechende Anfrage gestellt und die Arbeitsgemeinschaft diese an die anhörungsberechtigten Organisationen zur Stellungnahme weitergeleitet.

In ihrem Schreiben beantworten die Spitzenverbände die Anfrage, indem sie die Antworten der anhörungsberechtigten Organisationen, wie sie schreiben, einfließen lassen. Aus unserer Sicht werden diese Positionen aber in die eigene Richtung uminterpretiert.

So behauptet die Arbeitsgemeinschaft, dass aus den Antworten deutlich würde, dass die Einbettung der fachpsychiatrischen häuslichen Krankenpflege vielfach nicht verstanden ist. Wir dagegen halten es für eine ziemliche Anmaßung, die vielfältige Kritik an den Richtlinien und deren Umsetzung als mangelndes Verständnis ab zutun. Allein diese erste Argumentation des Briefes zeigt schon, wie wenig die Meinung der anhörungsberechtigten Organisationen hier wirklich gefragt ist. Die Spitzenverbände stellen sich hier leichtfertig über die langjährige Erfahrung und Kompetenz von pflegerischer Praxis und Wissenschaft.

Nachfolgend werden wir in kursiver Schrift aus dem Schreiben der Spitzenverbände zitieren und dann unsere Position dazu formulieren.

„Aus unserer Sicht ist es selbstverständlich, dass diese Leistung (Anm.: häusliche fachpsychiatrische Krankenpflege) die bereits vorhandenen Ansprüche ... nicht verdrängen.“

Die Arbeitsgemeinschaft erwähnt hierbei z.B. die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und die Soziotherapie. Häusliche fachpsychiatrische Krankenpflege oder Ambulante Psychiatrische Pflege (APP), wie wir sie nennen, soll auch aus unserer Sicht keine anderen Ansprüche verdrängen. Die Stärke der APP liegt gerade darin, die trotz dieser Angebote vorhandenen Versorgungslücken zu schließen. So ist gerade Soziotherapie eine Versorgungsform, die sich gut mit der APP ergänzen ließe. Deutlichstes Argument sollte hierbei der Umstand sein, dass in der Soziotherapie 120 Zeitstunden in 3 Jahren das Maximum bilden, bei APP allerdings akut mehrfache Kontakte täglich möglich sind.

Institutsambulanzen und APP können sich schon wegen per Definition deutlich unterschiedlichen Klientels und Aufgabenstellung nicht gegenseitig ersetzen aber trefflich ergänzen. Ziel hierbei ist wieder die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten (ambulant vor stationär!).

„Der Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz bedürfen Personen, bei denen einerseits in der Regel langfristige, kontinuierliche Behandlung medizinisch notwendig ist ... Langfristige, kontinuierliche Behandlung ist indiziert bei psychischen Krankheiten mit chronischem oder chronisch rezidivierendem Verlauf. Dazu gehören insbesondere

Schizophrenien, affektive Störungen und schwere Persönlichkeitsstörungen, ferner auch Suchtkrankheiten mit Komorbidität und gerontopsychiatrische Krankheiten.“¹

Gerade diese Patientengruppe ist im Katalog der verordnungsfähigen Diagnosen für APP praktisch nicht vorhanden. Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und chronische Verläufe insgesamt finden dort keine Berücksichtigung. Obwohl die Krankenkassen an der Erstellung beider Vorgaben beteiligt waren und daher wissen müssten, dass sich diese sozusagen ausschließen, kommen sie jetzt zu folgender fragwürdigen Meinung:

„Gerade im Bereich der psychiatrischen Institutsambulanz bestehen zahlreiche Einrichtungen ..., die eine umfassende Betreuung auch in der häuslichen Umgebung gewährleisten und daher den Handlungsrahmen für fachpsychiatrische häusliche Krankenpflege einschränken.“

Bezüglich der Kritik an der Beschränkung auf bestimmte Diagnosegruppen, verweisen die Spitzenverbände auf Prof. Dr. Gäbel, der *„die Diagnosediskussion für unnötig bezeichnet und die Bedeutung der Fähigkeitsstörungen als Prüfmaßstab für die Leistungsvoraussetzungen betont“*.

Dieser Argumentation können wir uns nur anschließen. Gerade dies macht die Beschränkung der Diagnosen absolut unsinnig. Es werden Menschen mit bestimmten Erkrankungen von vorne herein, völlig unabhängig von ihren Fähigkeitsstörungen, ausgeschlossen. Aus fachlich kompetenter Sicht und mit professioneller Erfahrung weiß man, dass die Diagnose für die Fähigkeitsstörung als solche nachrangig ist. Der Hinweis von Prof. Dr. Gäbel untermauert die Kritik an der Diagnosenbeschränkung.

„Das kann nur erreicht werden, wenn der Patient in der Lage ist, mit Hilfe der psychiatrischen Pflegefachkraft die aktuellen Fähigkeitsstörungen und Einschränkung zu kompensieren. Dieses Therapieziel ist ... nur dann umsetzbar, wenn Ressourcen, Fähigkeitsstörungen, ... nach ärztlichem und pflegefachlichem Ermessen eine realistische, deutlich positive Prognose erlauben.“

Wie diese Beschreibung auf die Diagnosegruppe der Demenzen, die immerhin etwa ein Drittel der verordnungsfähigen Diagnosen ausmacht, anwendbar sein soll bleibt fraglich. Wir sind durchaus der Meinung, dass APP auch für Menschen mit Demenz nützlich und wichtig sein kann, sehen aber anhand dieser Beispiele, wie weit die Formulierungen der Richtlinien an der Realität und deren Notwendigkeiten vorbei gehen.

Zielprognosen, negative und positive, an eine Diagnose zu binden, ist nicht nur fachlich falsch, sondern sinnlos und unmenschlich.

Die Behauptung, dass die *„dargestellten Diagnosen den behandlungsbedürftigen Personenkreis unter Berücksichtigung der durch die Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke angestrebten Ziele umfassend abbilden“*, ist eine Fehleinschätzung von großer Tragweite.

Die Frage, ob durch die Beschränkung der Leistung auf eine Dauer von vier Monaten Versorgungslücken auftreten, verneinen die Spitzenverbände. Diese Meinung stützen sie unter

¹ aus: Vereinbarung gemäß § 118 Absatz 2 SGB V zwischen den Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

anderem auf Zahlen, die aufzeigen, dass etwa 51% der Leistungsfälle bereits nach zwei Monaten abgeschlossen waren. *„Damit werden die ... zugrunde gelegten internationalen Erkenntnisse bestätigt, dass die fachpsychiatrische Begleitung in der häuslichen Umgebung regelmäßig innerhalb von drei Monaten abgeschlossen sein kann.“*

Der Zusammenhang zwischen Argumentation und Folgerung bleibt hierbei verborgen. Selbst wenn entsprechend viele Fälle nach zwei bzw. drei Wochen abgeschlossen sind, kann doch daraus nicht geschlossen werden, dass eine Dauer über vier Monaten unnötig ist. Im übrigen berücksichtigt diese Darstellung nicht die Beendigungen durch Ablehnung der Kostenträger.

Die zweite Darlegung, dass die Zeiten „als Empfehlung für den Regelfall zu verstehen sind, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann“, geht völlig an der Realität vorbei. Aus Rückmeldungen, wissen wir definitiv, dass eine große Mehrheit von Fällen nicht länger als für vier Monate genehmigt wurden, ohne dass auch nur die Möglichkeit bestand dieses Ansinnen zu begründen. Teilweise wurden Folgeverordnungen abgelehnt, weil nicht rechtzeitig vor Ablauf der vier Monate, die Reduktion der Einsatzfrequenz zu erkennen war. In diesem Punkt haben Theorie der Spitzenverbände und Praxis der Krankenkassen wenig miteinander zu tun.

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände sieht das einzige Problem bei der Realisierung der APP, in der Tatsache, dass der Bundesbeauftragte für Datenschutz (BfD) das von ihnen mitentwickelte „Muster 12P“ zur Verordnung von APP beanstandet hat. Das Papier hatte MDK-relevante Daten schon für die Sachbearbeiterebene abgefragt. Da die Sachbearbeiter der Krankenkassen in den allerwenigsten Fällen qualifizierte Vorerfahrungen in den Bereichen Psychiatrie oder Krankenpflege haben, sind diese Daten für sie völlig irrelevant. Die Bedenken des BfD sind insbesondere im Zusammenhang mit psychiatrischen Problemen absolut berechtigt.

Außerdem ist die Aufgabe der Sachbearbeiter primär in der Überprüfung der formellen Anspruchsberechtigung zu sehen. Eine inhaltliche Prüfung muss dem MDK vorbehalten bleiben. Hier wäre in der Tat durch eine bundeseinheitliche Regelung ein Wildwuchs an Bürokratie abzubauen, der sich zwischenzeitlich bei den einzelnen Krankenkassen in diesem „künstlichen Vakuum“ entwickelt hat.

Abschließend bleibt die Erkenntnis, dass auch dieses Schreiben den Eindruck zementiert, dass von Seiten der Krankenkassen, kein wirkliches Interesse an einer bedarfsgerechten, individuellen und professionellen ambulanten psychiatrisch-pflegerischen Versorgung besteht. Die Unzugänglichkeit gegenüber einer Vielzahl fachlich korrekter Kritikpunkte, lässt nur den Schluss zu, dass hier auf Kosten der psychisch Erkrankten Interessenspolitik betrieben wird.

BAPP e.V., August 2007