

Neue Wettbewerber: AGnES, VERAH & MoPra – eine Gefahr für die Häusliche Pflege?

„Ärzte bleiben am Steuer“



Ärzte erhalten pauschal 17 Euro für von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen erbrachte Leistungen in der Häuslichkeit des Patienten.

Foto: Werner Krüper

Im Jahr 2002 zeichnete sich aufgrund der Altersstruktur der bis dato niedergelassenen Hausärzte ein dramatisch zunehmender Hausarztmangel in den (nord-)östlichen Bundesländern ab. Den kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die den Sicherstellungsauftrag für die hausärztliche Versorgung haben, gelang es trotz finanzieller Anreize nicht, die Mediziner dazu zu bewegen, sich als Hausärzte niederzulassen. Denen waren die Rahmenbedingungen zu schlecht, sie konnten in Städten oder in anderen Bundesländern mehr verdienen. Andere Facharztbereiche wie Augenheilkunde, Orthopädie bzw. Radiologie oder Laboratoriumsmedizin waren wesentlich attraktiver, zumal man hier kaum Notdienste und Hausbesuche machen muss.

Das Institut für Community Medicine (ICM) der Universität Greifswald entwickelte „zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung“ das Konzept der „Community Medicine-Nurse“, die den Hausarzt unter anderem bei Haus-

besuchen, Primär- und Sekundärprävention insbesondere in der älteren Bevölkerung unterstützen sollte: „AGnES“ (Arzt-entlastende, Gemeindefahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) war geboren. 2005 startete AGnES in Mecklenburg-Vorpommern als Modellprojekt.

Analog zum dem System der ehemaligen „DDR-Gemeindeschwester“ entlasten AGnES-Fachkräfte die Hausärzte von Hausbesuchen. Dabei stehen vorbeugende, beratende, betreuende sowie Therapie überwachende Tätigkeiten im Vordergrund, die nach Anweisungen der teilnehmenden Ärzte in den Wohnungen der Patienten erfolgen. Ausgestattet mit Notebook und telemedizinischer Technik können die Fachkräfte eine Audio/Videoverbindung zum Hausarzt aufbauen oder medizinische Daten übermitteln. Der Gesundheitszustand geeigneter Patienten wird zusätzlich durch Telecare-Geräte (RR-Messung, BZ-Messung, EKG) überwacht. Ein weiteres Modul ist

Seit dem 1. April 2009 können Praxisassistentinnen unter bestimmten Voraussetzungen ärztlich angeordnete Hilfeleistungen in der Häuslichkeit von Patienten erbringen. Gleichzeitig ist es den Ärzten durch Lobbyarbeit gelungen, eine Kompetenzerweiterung der Pflege (§ 63 Abs. 3 c SGB V) auf Modellversuche zusammenzuzustutzen.

Von Gerd Nett

die Medikamentenanamnese: Vom Hausarzt und gegebenenfalls von weiteren Ärzten verschriebene sowie alle freiverkäuflichen Medikamente, die der Patient zu Hause aufbewahrt, werden erfasst. Von einer Apotheke kann dann ein Interaktionscheck durchgeführt und/oder notwendige Änderungen durch den Hausarzt, gegebenenfalls in Rück-

► Problem + Lösung

Problem: Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen werden zu neuen Wettbewerbern für Pflegedienste im Bereich der Häuslichen Krankenpflege.

Lösung: Private und freigemeinnützige Pflegeverbände sind aufgerufen, gemeinsam ihre Lobbyarbeit weiter zu verstärken, um die Kompetenzen der Pflege zu erweitern. Ein konkretes Ziel sollte sein, die Beschränkung des § 63 Abs. 3 c SGB V auf Modellprojekte aufzuheben.

sprache mit den anderen Ärzten, vorgenommen werden.

Den im Projekt beteiligten Hausärzten entstanden keine Kosten, die notwendige Technik und die AGnES-Fachkräfte wurden zunächst mit Fördermitteln des Sozialministeriums und (später) des Europäischen Sozialfonds (ESF) bezahlt. Trotz des politischen Widerstands der Ärzteschaft startete das Projekt im August 2005 in der Region Rügen/Saßnitz. Die wissenschaftlich begleitete Evaluation übernahm dabei das ICM. Gleichzeitig wurde mit weiteren Fördermitteln die Entwicklung des Curricula für die Ausbildung der zukünftigen AGnES-Fachkräfte begonnen.

Wegen des Erfolges wurde AGnES später auch in Brandenburg und Sachsen-Anhalt gestartet. Die notwendigen Finanzmittel kamen entweder aus dem ESF oder von Ministerien.

Widerstände und Alternativpläne der Ärzteschaft

Die örtlichen KVen und deren Bundesvereinigung (KBV) sowie die Bundesärztekammer (BÄK) standen dem Projekt sehr skeptisch gegenüber. Sie sahen darin den Beginn des Verlustes der „Steuerungs- und Therapiehoheit“ der Ärzte. Denn etwa gleichzeitig wurden Pläne zur Änderung des § 63 SGB V bekannt. Demnach sollte eine generelle Übertragung gewisser „ärztlichen Tätigkeiten“, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, an andere Gesundheitsberufe erlaubt werden. Also „ärztliche Tätigkeiten“, die dann keiner Anordnung eines Arztes mehr bedurft hätten und damit

► **Tabelle 1: Erforderliche Zusatzqualifikation** (Fortbildungsdauer in Stunden)

Dauer der Berufstätigkeit (in Jahren)	Theoretische Fortbildung*/**	Praktische Fortbildung (ärztlich begleitete Hausbesuche)	Notfallmanagement Erweiterte Notfallkompetenz (alle 3 Jahre)
weniger als 5	200	50	20
weniger als 10	170	30	20
mehr als 10	150	20	20

* **Fortbildungsthemen** (Mindeststunden): • „**Berufsbild**“ (15)

- „**Medizinische Kompetenz**“ (110) – schriftliche Prüfung
- „**Kommunikation/Dokumentation**“ (25)

** Für Kräfte mit einem qualifizierten Berufsabschluss nach dem Krankenpflegegesetz, die in den letzten zehn Jahren mindestens vier Jahre in diesem Beruf tätig waren, reduziert sich die theoretische Fortbildung auf 80 Stunden.

in Selbstverantwortung der Pflege erfolgt wären (nicht zu verwechseln mit der Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege – HKP). Eine solche Ausnahme vom Arztvorbehalt gab es bis dato nur für einige Tätigkeiten von Hebammen.

Getreu dem Motto „Wenn ich etwas nicht verhindern kann, mache ich mit und versuche es in meine Richtung zu beeinflussen“ beteiligte sich die KBV und begann mit eigenen Projekten wie VERAH (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Versorgung – bundesweit) und MoPrA (Mobile Praxisassistentin – Brandenburg). Dabei haben sie ihre Hauptkritikpunkte Delegation versus Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, Grundqualifikation und Weiterbildung der Kräfte (AGnES versus VERAH), sowie die „zukünftige Finanzierung“, ganz nach ihrem Sinne lösen können:

- Statt Pflegefachkräfte (AGnES) wollte die Ärzteschaft medizini-

sche Fachangestellte (Arzthelferinnen, VERAH) einsetzen, da diese „den Patienten schon vertraut wären“, „sie sich besser mit den Praxisabläufen auskennen“ und es sich um „klassische Aufgaben, die sie aus der regelmäßigen Begleitung ärztlicher Hausbesuche kennen“ handeln würde. Spezifische Weiterbildungen zu bestimmten Aspekten wie Häuslicher Pflege wären aber sinnvoll und würden als kostengünstige Weiterbildungsmodul über die BÄK und die KBV angeboten. Eine 600-stündige AGnES-Weiterbildung lehne man ab, diese sei nicht finanzierbar.

- Man schaffte es, den § 63 SGB V Abs. 3 c so zu ändern, dass die „Übertragung ärztlicher Tätigkeiten“ auf Modellprojekte beschränkt wurde.
- Der § 87 Abs. 2b SGB V wurde ebenfalls im Sinne der Ärzte geändert, wonach „Regelungen zu treffen (sind), nach der ärztlich

Konzept zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung entwickelt

DIE PERFEKTE PARTNERSCHAFT



PVS
PRIVATÄRZTLICHE
VERRECHNUNGSSTELLE



MEFA
MEDICAL FACTORING
Ein Unternehmen der PVS Manfred Reiss GmbH

Info-Hotline Tel. 07731/9901-50

WWW.PVS-REISS.DE & WWW.MEDICAL-FACTORING.DE



Abrechnungsdienstleistungen für ambulante Pflegedienste & stationäre Pflegeeinrichtungen

Kunden von PVS/MEFA erhalten die SWING Software kostenlos!



Ihr kompetenter Partner rund um die EDV

PROGRAMME:



Ambulant



Hausnotruf



Stationär



Rechnungswesen

www.swing.info



► **Info: Aufgabenprofil**

Arztunterstützendes **Aufgabenprofil der nicht-ärztlichen Praxisassistentin**, soweit

Leistungen im Einzelfall vom Arzt angeordnet und nicht durch andere nicht-ärztliche Leistungserbringern erbracht werden:

- Ausführung von durch den Arzt angeordneten Hilfeleistungen, soweit diese delegiert werden können, inkl. fakultativer Leistungen der hausärztlichen Versichertenpauschale; (Arzt hat Anleitungs- und Überwachungspflicht),

- standardisierte Dokumentation der Patientenbeobachtung, standardisierte Erfassung der verschriebenen und der selbst erworbenen freiverkäuflichen Medikamente und des Einnahmeverhaltens,
- Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defizite mithilfe standardisierter Tests,
- Testverfahren bei Demenzverdacht zur Erfassung von Hirnleistungsstörungen,
- Bestimmung von Laborparametern vor Ort (z. B. Glucose, Gerinnung),

- Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung,
- Anlegen von Langzeit-EKG-Elektroden,
- arztunterstützende Abstimmung mit Leistungserbringern.

Leistungen, die Bestandteil des Versorgungsauftrags von Alten- oder Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen sind, können nicht angeordnet und nicht abgerechnet werden.

angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V), die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden“.

- Bezüglich der Finanzierung forderten die Ärzte, eine allzu lange Weiterbildung aus Kostengründen zu vermeiden und diese aus Qualitätsgründen unter die Verantwortung der BÄK zu stellen. Die Leistungen müssten unabhängig vom jeweiligen Praxisbudget (extrabudgetär) finanziert werden!

Praxisassistentin: Pauschale von 17 Euro pro Hausbesuch

Letztlich haben sich die Verhandlungspartner KBV und GKV-Spitzenverband, auf folgende extrabudgetären Vergütungen (siehe *Mehr zum Thema am Beitragsende*) ab 1. April 2009 geeinigt:

- 17,00 Euro Pauschale für von „nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen“ erbrachte Leistungen in Abwesenheit des Arztes pro Besuch in der Häuslichkeit des Patienten, inklusive Wegekosten

bzw. für einen Erstbesuch nach ambulanten Operationen.

- 12,50 Euro Pauschale für von „nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen“ erbrachte Leistungen in Abwesenheit des Arztes für einen weiteren Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder für einen Patienten in Alten- oder Pflegeheimen oder für Patienten in anderen beschützenden Einrichtungen, inklusive Wegekosten bzw. für weitere Besuche nach ambulanten Operationen.

Unabhängig hiervon hat der Deutsche Hausärzteverband im Mai 2008 mit der AOK in Baden-Württemberg folgende Vergütung in seinem Hausärztervertrag (zirka 3 000 teilnehmende Ärzte) vereinbart: zusätzlich zur Patientenpauschale gibt es pro Patient und Quartal (aktuell zirka 500 000) pauschal fünf Euro für die Anstellung einer VERAH (mindestens 0,5-Stelle).

In einer „Delegations-Vereinbarung“ zwischen GKV und KBV (siehe *Mehr zum Thema am Beitragsende*) wurden die im Folgen-

Leistungen der Praxisassistentinnen sind extrabudgetär

den aufgeführten Punkte festgelegt:

- nur Hausärzte können die Leistungen abrechnen,
- Einsatz nur in Gebieten mit bestehender oder drohender ärztlicher Unterversorgung oder in Gebieten mit einem zusätzlichen lokalen hausärztlichen Versorgungsbedarf,
- nur bestimmte ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (siehe *Info-Kasten oben*) (Delegation!) sind abrechenbar,
- Einsatz analog „Chroniker Regelung“ und gleichzeitig wenn der Patient die Praxis aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen aufsuchen kann,
- Einsatz nur von in der Praxis angestellten nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen,
- letztere müssen speziell geschult sein (siehe *Tabelle 1*, Seite 29),
- das Qualifikationsangebot muss von der Ärztekammer anerkannt sein (auf das Fortbildungscurricula der BÄK wird verwiesen).



Gerd Nett ist Arzt und Unternehmensberater, www.syspra.de

Praxisassistentin erbringt Leistung von Pflegediensten

Über die neuen Pauschalen können von Praxen Leistungen abgerechnet werden, die bislang ambulante Pflegedienste erbrachten (bzw. erbringen könnten), wie beispielsweise Blutzuckermessung, Patientenbeobachtung, Medikationserfassung oder Durchführung standardisierter Tests. Zusätzlich können viele „fakultative Leistungen der hausärztlichen Versicher-



Unternehmensberatung und Steuerberatung aus einer Hand

Sie profitieren von über 20-jähriger Erfahrung in der steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Beratung von Pflegeeinrichtungen.

Weitere Informationen erhalten Sie unter der Telefonnummer 030 - 76 71 57 - 0 und im Internet unter www.bus-stb-gmbh.de

tenpauschale“ sowie Leistungen der postoperativen Versorgung (Verbandswechsel, Drainagenkontrolle usw.) durch „nicht-ärztliche Praxisassistentinnen“ erbracht und abgerechnet werden.

Ob sich diese Leistungen für einen Arzt „rechnen“, ist vor allem vom Zeitaufwand für die Leistungen und die Wege- bzw. Personalkosten abhängig, wobei das Gehalt einer medizinischen Fachangestellten meist unter dem einer Pflegefachkraft liegt. Leistungen wie BZ-Messung, Medikamentenüberwachung und Erhebungs- und Testverfahren erscheinen jedoch bei einer Pauschale von 17,00 Euro lukrativ; aufwändige postoperative Verbandswechsel bei einem Preis von 12,50 Euro eher nicht. Die Gefahr, dass Ärzte zukünftig Rosinenpickerei betreiben und für sich lukrative Leistungen durch eigene Mitarbeiter erbringen und unattraktive Leistungen an ambulante Pflegedienste abgeben, sprich verordnen, ist nicht von der Hand zu weisen. Obwohl die Pauschalen meistens über denen vergleichbarer HKP-Positionen liegen, werden sie schon als „zu gering“ kritisiert (Ärztezeitung vom 23. April 2009).

Die beschriebenen Einschränkungen der Delegations-Vereinbarung schützen vermutlich dauerhaft nicht, denn eine Protokollnotiz besagt: „Die Vertragspartner werden die Auswirkung ... auf die Versorgung und Kostenentwicklung bis zum 31. Dezember 2011 fortlaufend analysieren und prüfen, inwieweit die Gesundheitsversorgung durch eine Änderung oder Erweiterung dieser Leistungen, gegebenenfalls auch auf weitere Fachgebiete, weiter verbessert werden kann.“ Pflegedienste haben zudem auch keinen Einfluss auf die Festlegung „von ärztlicher Unterversorgung betroffenen oder bedrohten Gebieten“.

Kompetenzen der Pflege bleiben eingeschränkt

Die Forderungen des Deutschen Pflegerates (DPR) zum „Neuzuschnitt der Aufgaben der Professionen im Gesundheitswesen“ sowie die Aussage ihrer Präsidentin Marie-Luise Müller, das Monopol der Ärzteschaft in der Ausübung der Heilkunst sei ein Modell der

Vergangenheit, wurden von der KBV als Bedrohung empfunden und passten in die Bemühungen der Gesundheitspolitik, die „Macht der Ärzte zu brechen“. In vielen ärztlichen Medien war vom „Verlust der Entscheidungs- und Therapiehoheit“ zu lesen, falls es zur Umsetzung des ursprünglich geplanten § 63 SGB V kommen würde. Die Ärzte haben darauf reagiert und sogar noch finanzielle Vorteile für sich herauschlagen können. Die hausärztliche Unterversorgung diente dabei nur als „Aufhänger“. Die Forderung des DPR nach mehr „Kompetenzen für die Pflege“ ist durch die Lobbyarbeit der Ärzte auf Modellversuche zusammengesetzt worden. Dirk Schnack, Kommentator der Ärztezeitung, schrieb am 23. März 2009 unter dem Titel „Ärzte bleiben am Steuer“ treffend: *„Die ärztliche Selbstverwaltung ... hat schnell erkannt, dass pure Ablehnung die Praxen ins Abseits und Berufsgruppen wie etwa Pflegekräften den Weg in die ambulante medizinische Versorgung geebnet hätte ... nun gute Chancen, dass auch künftig alle Fäden der ambulanten Versorgung in ihren Praxen zusammenlaufen. ... Fest steht aber, dass ohne die jetzt gefundene Lösung andere Berufsgruppen in die ambulante Versorgung eingegriffen hätten und Ärzte ihre Steuerungsfunktion verloren hätten.“*

Damit hat der DPR letztlich der ambulanten Pflege einen Bärendienst erwiesen, denn einige Ärzte werden die Vorteile von VERAH und Co. zu nutzen verstehen. Doppelstrukturen werden entstehen, sicherlich nicht zum Vorteil der ambulanten Pflege. Wenn sich VERAH anstelle von AGnES durchsetzt und darüber hinaus der Hausarztvertrag aus Baden-Württemberg bundesweit Schule macht, ist der Einsatz nicht-ärztlicher Praxisassistentinnen auch nicht mehr auf unterversorgte Gebiete beschränkt! ■

Mehr zum Thema

Im Downloadbereich von HÄUSLICHE PFLEGE www.haueslichepflege.vincenz.net können Sie die **Abrechnungsziffern**, inkl. Präambel sowie die **Delegations-Vereinbarung** herunterladen.

Perfekter Service



Mietberufskleidung – die bessere Alternative

Wirklich clever, unser Angebot. Wir beschaffen, holen, bringen und pflegen Ihre Mietberufskleidung Individuell, pünktlich. Ein Service der DBL, dem starken Verbund rechtlich selbstständiger Unternehmen der textilen Mietbranche. Bundesweit. Ganz nah. Ganz persönlich.

Freecall 0800-310 311 0
info@dbl.de

Wir ziehen Menschen an. **DBL**

Mietberufskleidung