

Impulsreferat 4:

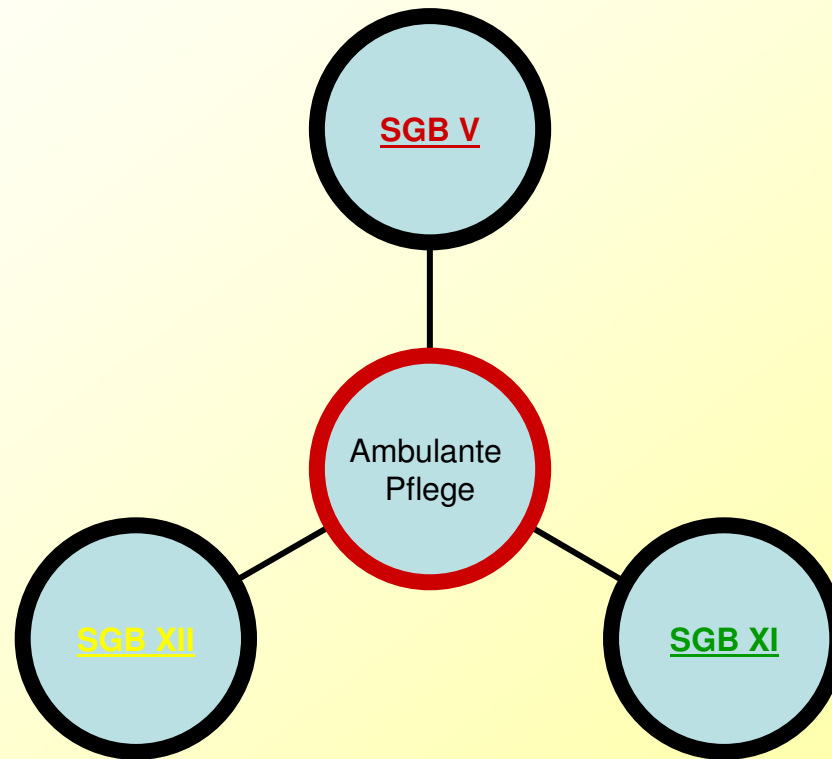
Teilhabe aus Sicht der ambulanten Pflege - Defizite und Lösungsansätze

Thomas Meißner

Anbieterverband qualitätsorientierter
Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (AVG)
Berlin



1. Jede Leistung hat andere Kostenträger – alles ist reglementiert!



I. Anforderungen und Realität

I. SGB V §§ 132,132a,37,1+2

✓ SGB XI §§ 80, 112,113,114

✓ PQSG

✓ Prüfrichtlinie des MDK (1996,Oktober 2000,
November 2005)

✓ Rahmenverträge nach § 75 SGBXI

✓ nach § 132 SGB V

✓ nach § 75 SGB XII



Das Potperie der Leistungen mit strengen Auflagen

grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung

Anleitung zur GP,
Ausscheidungskontrolle
Kontinenztraining, Ernährung
Körperpflege, Duschen, Baden,
Waschen, Mundpflege, An- und Auskleiden, ggf. pflegerische
Prophylaxen, Kontraktur, Obstipation
Parotitis, Pneumonie, Thrombose,
Hornhautaustrocknung

behandlungspflegerische (ärztlich delegierbare) Leistungen

Absauen, Bronchialtoilette, Anleitung Behandlungspflege,
Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräten,
Blasenspülung, RR, BZ, Decubitusbehandlung, Drainagen
versorgen, überprüfen, Einlauf Klüßchen/ Klyma,
Inhalationen, Injektionen i.m., s.c., Instillationen,
Kältepacker auflegen Katheterisierung,
Krankenbeobachtung, Legen einer Magensonden,
Medikamentengabe, Augentropfen, Behandlungen des
Mundes, Versorgung PEG, Stomabehandlung
Trachealkanülenwechsel, ZVK, Verbände
Kompressionsverbände, Kompressionsstrümpfe,
Infusionen



Die Verordnungsrichtlinie nach § 92 Absatz 7 SGB V

- o Krankenhausvermeidungspflege
- o **Krankenhausverkürzungspflege** (gibt es praktisch nicht)
- o Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung
- o Wenn Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar ist



Unter § 1 Grundlagen (VR HKP §92,7 SGB V)

- **Die häusliche Krankenpflege umfasst**
 - a. Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können (Behandlungspflege),
 - b. Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und
 - c. Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (hauswirtschaftliche Versorgung).



Unter Körperpflege Nr.4 letzter Punkt

- Mobilität, Hilfe zur Verbesserung der (im Rahmen der aktivierenden Pflege z. B.: Aufstehen aus liegender oder sitzender Position in Form von Aufrichten bis zum Stand, Gehen und Stehen, Treppensteigen, Transfer / Umsetzen, Hinsetzen und Hinlegen, Betten einer immobilen Patientin oder eines immobilen Patienten, Lagern, allgemeine Bewegungsübungen).
- Alle Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung des folgenden Verzeichnisses sind ausschließlich im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 Absatz 1 SGB V oder als Satzungsleistung zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nach § 37 Absatz 2 SGB V verordnungsfähig.
- (Unter Vorbemerkungen des Leistungskataloges)



Häusliche Krankenpflege unter Kassenaufsicht

- Fast jede 3. ärztliche Verordnung wird von Kassen angezweifelt oder hinterfragt.
- Aufforderungen der Pflegedienste zu Datenmissbrauch (Medikamentenpläne, Wundprotokolle, RR & BZ – Protokolle usw.)
- Ständige Nachfragen bei Ärzten und Angehörigen
- Ablehnung von Leistungen
- Einforderung von Begründungen für die Verordnung
- Ständig neue Verordnungen bei Notwendigkeit neuer Leistungen



2. Teilhabe – was ist nötig, was ist möglich ?

Wir brauchen:

- unterstützende Maßnahmen zur Rehabilitation (Erweiterung des Leistungsverzeichnisses SGBV RL)
- Netzwerke und Anreize zur Zusammenarbeit – weg vom „Selbstbudgetdenken“ – kein Kompetenzgerangel
- bessere Ausbildung / Weiterbildungen im Bereich Rehabilitation



Aus dem Positionspapier der Dvfr

- Es gehört zu den Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation für alte Menschen, dass sie es aufgrund häufig vorliegender Multimorbidität mit sehr individuellen Behinderungsprofilen zu tun hat. Multimorbidität meint hier das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Krankheiten und Krankheitszustände nebeneinander. Daraus ergibt sich ein besonderer Bedarf an spezieller Diagnostik und Therapie, der in der Disziplin der Geriatrie seine besondere fachliche Entsprechung findet. Diese spezielle Disziplin bzw. dieser spezialisierte Ansatz bei der Rehabilitation ist erforderlich, damit eine möglichst früh beginnende und ausreichend lang durchgeführte geriatrische Rehabilitation umfassend die Potenziale des alten Menschen erkennen und nutzen kann. Sie setzt dabei an den physischen, psychischen und sozialen Ressourcen des alten Menschen an. **Ihre Schwerpunkte liegen in der aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie** und in physio-, ergo-, sprach- und schlucktherapeutischen, ernährungstherapeutischen sowie psychologischen Maßnahmen, auch im Sinne von sekundärer und tertiärer Prävention in Verbindung mit den jeweils notwendigen kurativen Maßnahmen.
- **Behandlungsziel ist es, dem alten Menschen wieder zu weitgehender Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und somit weitest möglicher sozialer Teilhabe zu verhelfen. Insbesondere der Wiedereingliederung in das vertraute Wohnumfeld kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu.**



Aus dem Positionspapier der Dvfr

- Zudem ist auch die Verteilung von Kosten und Nutzen der geriatrischen Rehabilitation zwischen den Sozialversicherungsträgern nicht geeignet, vorhandenes Rehabilitationspotenzial in vollem Umfang auszuschöpfen. Die geriatrische Rehabilitation und damit ihre Kostenträgerschaft fällt in den Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung.



Was bringt das PNG – 01.01.2013?

Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

- Stärkung von Rehabilitation, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden
- Mit Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet Pflegekasse gesonderte Rehabilitationsempfehlung des MDK oder eines anderen Beauftragten dem Versicherten zu
- Inhalt: Empfehlung zur Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation
 - Information über Rehabilitationsmöglichkeiten
 - Antragsverfahren
 - sowie Finanzierung
- Pflegekassen müssen von 2013 bis 2015 jährlich über die Erfahrungen mit dem Umgang dieser Verfahrensweise berichten (Anzahl der Empfehlungen, Anzahl der Anträge, Anzahl der genehmigten und abgelehnten Entscheidungen, Anzahl der tatsächlichen durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen)



Auswirkungen

- Einbeziehung der Reha - Empfehlungen in die Pflegeplanung
 - Beratung der Patienten
- Unterstützende Maßnahmen – Zusammenarbeit mit Therapeuten/ Ärzten
 - Informationsaustausch



Wir brauchen:

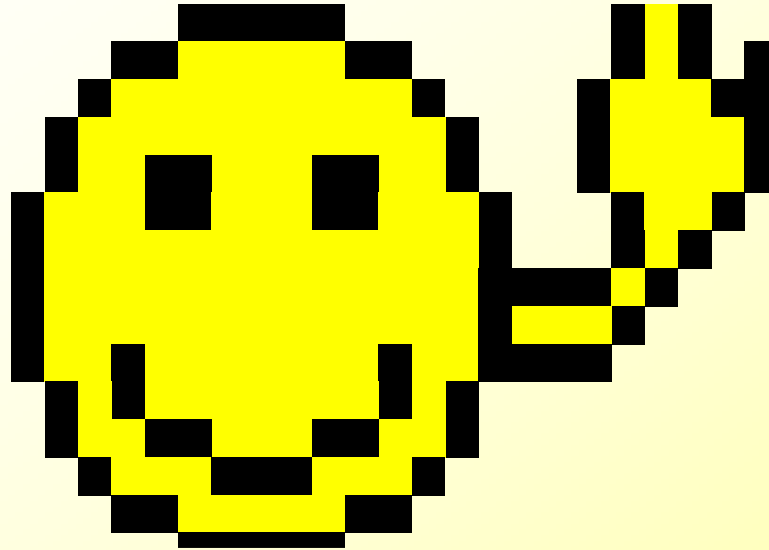
- klare Abgrenzungen zwischen den Kostenträgern, kein Verschiebebahnhof
- Ambulante Pflege, kann Rehabilitation unterstützen, nicht ersetzen



3. Nur wer Flexibilität will, kann diese auch gestalten – mit kleinen Änderungen zur großen Wirkung!

- Veränderung der Verordnungsbegründungen ... nicht Verkürzung von Krankenhausaufenthalten, sondern Sicherstellung der nachstationären Versorgung
- Erweiterung des HKP Kataloges – z-B. gezielte Mobilisationsübungen usw.
- Entbürokratisierung des Genehmigungs- und Antragsverfahrens
- elektronische Dokumentation
- Aufhebung der Obergrenze 3mal täglich
- Orientierung am Bedarf und medizinischer Notwendigkeit / Vernetzung mit ambulanter Reha und Physiotherapie usw.
- Ende der Spardiktate
- Leistungsgerechte Vergütung





Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit!

Thomas Meißner
Vorstand - AnbieterVerband
qualitätsorientierter Gesundheitseinrichtungen e.V. (AVG)

