

Auslagerung des Versorgungsbedarfs

# Ambulantes Operieren auf dem Küchentisch

Die Krankenhausreform sieht eine Reduktion von Krankenhäusern vor. Diese Entwicklung wird unmittelbar zu höheren Gesundheitsversorgungsbedarfen in der ambulanten, also wohnortnahen Versorgung, führen. Was dies für die Versorgungsinfrastruktur bedeutet.

**A**mbulantisierung bedeutet nicht nur die Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten, auch wenn es versorgungspolitisch nur so diskutiert wird, sondern auch die Auslagerung der pflegerischen, therapeutischen, pharmazeutischen und sozialen Tätigkeiten.

Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht in der Lage, diesen neuen ausgelagerten Versorgungsbedarf zu bewältigen. Ein Blick in das IGES-Gutachten aus 2022 zum neuen AOP-Katalog (Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB Ambulantes Operieren) offenbart auf Seite 21, wie weit das deutsche Gesundheitssystem von einer modernen Versorgungsinfrastruktur entfernt ist: „In Dänemark bietet die allgemeine, kommunal organisierte pflegerische Infrastruktur ein Umfeld, das stationersetzende Ambulantisierung begünstigt. Zu dieser Infrastruktur zählen Akutpflegeteams aus Pflegefachpersonen und Pflegeassistenten, die rund um die Uhr einsatzbereit sind und eng mit Hausärzten und Kliniken kooperieren. Diese Kooperation wird durch einen hohen Digitalisierungsgrad der Kommunikation und Arbeitsabläufe erleichtert. Zur Infrastruktur zählen Einrichtungen für Kurzaufenthalte, die durch speziell ausgebildete Pflegekräfte geführt werden und sich an Patienten richten, welche keinen Krankenhausaufenthalt benötigen, jedoch nicht allein zu Hause verbleiben können [...]. Die personellen Voraussetzungen (Aus-

bildung, Weiterbildungserfordernisse der Gesundheitsberufe) sind unabhängig davon, ob die Leistung stationär oder ambulant erbracht wird.“

## Irrtum SGB XI

Deutschland ist weit von einer solchen Berufspflege entfernt, das ist schon an der Diskussion um Vorbehaltsaufgaben und am zu reitenden „toten Pferd“ Heilkundeübertragungs-Richtlinie nach § 64d SGB V erkennbar. Außerdem unterliegen Systemverantwortliche und viele, die sich für systemkundig halten dem Irrtum, dass in der Pflegeversicherung nach SGB XI v.a. Berufspflege finanziert würde. Drei Gründe sprechen dagegen:

- Nach § 33 Abs. 1 SGB XI erhalten Versicherte die Leistungen der Pflegeversicherung nur auf Antrag. Allerdings muss nach § 14 SGB XI eine Pflegebedürftigkeit festgestellt worden sein. Die Leistungen erhält demnach der Versicherte, der wiederum entscheidet, welche Leistungen er selbst konkret in Anspruch nehmen möchte. Die Ermittlung des Pflegebedarfs nach § 4 PfIBG durch eine Pflegefachperson bzw. durch die Berufspflege spielt im gesamten SGB XI keine finanzielle Rolle.
- Zwei Drittel der als pflegebedürftig Eingruppierten werden zuhause versorgt, ein Drittel im Heim. Die mit Abstand größte Leistung für die Zuhausepflege ist das Pflegegeld mit knapp 27 Prozent (SPV-Kennzahlen

– GKV-Spitzenverband). Menschen nehmen also vor allem Laienpflege in Anspruch und versorgen sich bzw. ihre Nächsten überwiegend selbst. Sie erhalten dafür ein Pflegegeld von der Pflegekasse.

- Wenn ein Pflegedienst hinzukommt, wird durch die Berufspflegenden optional das Leistungsprofil der pflegenden Angehörigen erbracht. Berufspflegende ersetzen die Laienpflege, wenn Angehörige bzw. sonstige Pflegepersonen verhindert sind. Das macht es politisch leicht zu behaupten, „Pflegen kann jeder“. Die Behandlungspflege, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden darf, kann nur nach vorheriger ärztlicher Verordnung als Arztassistentenleistung über die Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbracht werden. Wenn allerdings kein ambulanter Pflegedienst hinzugezogen wird, übernimmt etwas das Tabletten-Stellen auch die pflegende Angehörige.

Der neue AOP-Katalog kommt auf 5.355 Leistungen. Die meisten der für

## Care Share 13

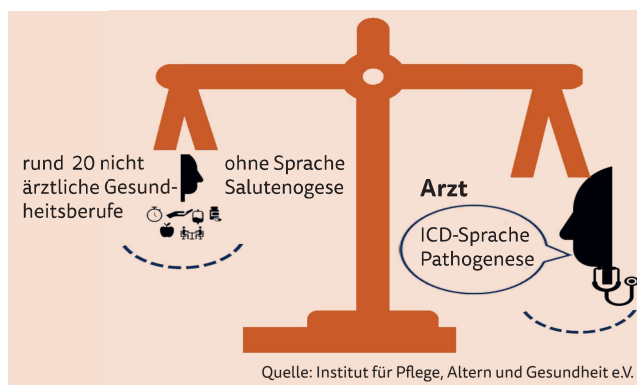
Den ausführlichen Beitrag „Entwurf für ein Public-Health-Gesundheitssystem“ finden Interessierte in der Ausgabe HCM 3/2023, Seite 28 f.

eine Erweiterung vorgeschlagenen Leistungen, rund 60 Prozent (1.482 Leistungen), sind Operationen, v.a. Operationen an Haut, Auge sowie Muskel- und Skelettsystem. Zweithäufigste Neuaufnahme mit 546 Leistungen sind diagnostische Maßnahmen wie diagnostische Endoskopien. Die Umsetzbarkeit hängt immer von einer Kontextprüfung ab, aber insbesondere vom Schweregrad des Behandlungsfalles wie auch von patientenbezogenen Merkmalen. Hierzu gehören Alter, Diagnosekontext (Haupt- und Nebendiagnosen), komplexe Multimorbidität, Frailty (Gebrechlichkeit) und soziale Begleitumstände.

### HKP-Richtlinien

Doch was bedeutet das nun konkret? Reicht die im Sinne der Arztassistenz bürokratisch entwickelte HKP-Richtlinie aus, um die gesundheits- und sozialpflegerischen Interventionen im häuslichen Bereich postoperativ durchführen zu können? Wer verordnet diese Leistungen und wie viel Aufwand entsteht dadurch für alle? Es ist überflüssig zu erwähnen, dass schon heute vielerorts ein eklatanter Pflege-notstand herrscht und Pflegedienste sich zunehmend aus wirtschaftlichen Gründen aus der HKP-Pflege zurückziehen, um mit dem noch vorhandenen Personal vorrangig die besser bezahlte SGB-XI-Pflege anzubieten. Bevor jedoch Leistungen nach SGB XI angeboten werden können, muss die Einstufung durch den Medizinischen Dienst in einen Pflegegrad erfolgt sein.

Soll ambulantes Operieren in Deutschland unter den gegenwärtigen



Ungleichgewicht ärztlicher und sogenannter nicht-ärztlicher Berufe.

Bedingungen umgesetzt werden, dann am besten auf dem Küchentisch, denn außer den Angehörigen wird niemand da sein, der sich um die postoperative Nachsorge des Patienten kümmert, sobald der Arzt den Saal verlassen hat. Was zynisch klingt, ist lediglich die zu Ende gedachte Versorgungslogik der alten Strukturen. Der Think Tank IPAG e.V. (Institut für Pflege, Altern und Gesundheit e.V.) hat mit seinem Care-Share-13-Positionspapier einen Architektorentwurf für ein interprofessionelles und integriertes Gesundheitssystem vorgestellt (Care Share 13, IPAG Expert:innenrat). Ein Kernelement ist die Tandem-Versorgung durch Medizin und Pflege als basisversorgende Professionen mit Chronic-Care-Modulen. Das als Clinical Leadership gedachte Tandem besteht aus Hausarzt und Pflegefachpersonen in ambulanter und hybrider Form. Vielen ist nicht bewusst, dass die größte Berufsgruppe in Deutschland nicht systemrelevant verankert ist, sondern einen „Nice to have“-Status hat. Würde sie als systemrelevant betrachtet, hätte sie wie im IPAG-Papier gefordert ein eigenes Berufs- und Leistungsrecht,

das ihren Wissenskörper anhand einer datengestützten einheitlichen Pflegeterminologie bzw. Pflegeklassifikationssysteme ausweist und zwar durch Pflegediagnosen (z.B. NANDA), Pflegeinterventionen und -outcomes (NIC, NOC). Diese braucht es ergänzend zu den medizinischen Diagnosen und Tätigkeiten, um auch in den Versorgungsverträgen und Vergütungssystemen adäquat abgebildet werden zu können und um Versorgungsforschung zu ermöglichen. Versuche, den Fachpflegebedarf über eine PPR 2.0 oder PeBem nach § 113c SGB XI zu kompensieren, wirken wie Schattenboxen, solange die Leistungen der Fachpflege nicht erfasst sind, sondern settingbezogen „zugerichtet“ wird. Fachpflege sowie sogenannte „nicht-ärztliche“ Heilberufe, die vor, während und nach dem pathogenetisch-ärztlichen Reparaturingriff salutogenetisch arbeiten, haben im deutschen Gesundheitssystem keine Sprache. Jedoch benötigt der Pflegeberuf dringend eine eigene Sprache im System, um endlich ein eindeutig vom ärztlichen Beruf abgegrenztes Profil zu erhalten.

Quellen liegen bei den Autorinnen.

### Prof. Dr. Martina Hasseler

Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Digitalisierung in der Pflege, Ostfalia Hochschule, **Kontakt: martina.hasseler@i-pag.de**



### Sonja Laag

Diplom-Gesundheitswirtin, Leiterin Versorgungsprogramme (integrierte Versorgung) Barmer, Wuppertal, **Kontakt: sonja.laag@i-pag.de**



### Annemarie Fajardo

Dipl.-Pflegerin (FH), Master of Science, Freie Beraterin, **Kontakt: annemarie.fajardo@icloud.com**

