

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

von Miriam Räker¹

ABSTRACT

Die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen stellt alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Grund dafür sind neben der hohen Morbidität und den spezifischen Versorgungsbedarfen der Pflegebedürftigen auch die gegebenen Versorgungsstrukturen. Im Fokus steht dabei neben dem derzeit vielfach konstatierten Pflegenotstand die haus- und fachärztliche Betreuung. Trotz unterschiedlicher Reformbemühungen sowie der Einführung von § 119b SGB V im Jahr 2008 zur ambulanten Behandlung in stationären Einrichtungen bestehen weiterhin Versorgungsdefizite mit starker regionaler Varianz. Kritisch zu hinterfragen ist, ob durch die bestehenden Versorgungsstrukturen eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung von stationär Gepflegten sichergestellt werden kann und welche möglichen Stellschrauben zum Nach- oder Neujustieren zur Verfügung stehen. Es zeigt sich, dass der Status quo stärker denn je zu hinterfragen ist und systematische Lösungen mit höherer Verbindlichkeit als bisher erforderlich sind.

Schlüsselwörter: ambulante ärztliche Versorgung, Pflegebedürftige, Pflegeeinrichtungen

Providing medical care to care-dependent people in nursing homes constitutes a great challenge for all parties involved. This is due not only to the high level of morbidity and the specific care needs of those in need of long-term care, but also to the existing health care structures. On the one hand there is a current crisis in nursing care mainly due to staff shortages, on the other hand primary care and specialist care are in the focus of attention. Despite various reform efforts and the introduction of § 119b SGB V “ambulatory treatment in inpatient nursing homes” in 2008, there are persistent deficits in care characterized by strong regional variations. It must be asked whether the existing care structures are suitable for securing adequate medical care for inpatients. Possible (re)adjustments should be considered. Deeper analysis shows that one should question the status quo strongly and find systematic and more binding solutions.

Keywords: outpatient medical care, nursing home, care-dependent people

1 Bedeutung der Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung

In Deutschland waren zum Jahresende 2018 rund 3,6 Millionen Menschen nach § 14 SGB XI pflegebedürftig; von diesen wurde knapp ein Viertel in Pflegeeinrichtungen vollstationär versorgt. Rund 2,1 Millionen Pflegebedürftige waren Frauen, und mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (51,5 Prozent) war 80 Jahre und älter (BMG 2018). Besonders ab einem Alter von 85 Jahren steigt der Anteil von Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen deutlich. Aufgrund der sich

verändernden Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung wird die Zahl an Pflegebedürftigen weiter steigen (GBE-Bund 2015).

Stationär Gepflegte sind durch Multimorbidität und diverse Gesundheitsprobleme stark beeinträchtigt. Während nur 16 Prozent der ambulant Versorgten schwerste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, sind es bei stationär versorgten Pflegebedürftigen 49,2 Prozent (Tsiasioti et al. 2019). Dies manifestiert sich oft in Immobilität, Irritabilität (Verwirrtheit, Demenz), Instabilität (Sturzneigung) und Inkontinenz und geht mit weiteren somatischen, kognitiven und af-

¹Dr. PH Miriam Räker, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Str. 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462584
E-Mail: miriam.raeker@wido.bv.aok.de

fektiven Einschränkungen einher (unter anderem *Freund 2017*). Im Mittel leiden sie an vier bis fünf Erkrankungen gleichzeitig (*Balzer et al. 2013*), die komplexe Arzneimittelregime zur Folge haben (*Kleina et al. 2017*). Auch sind viele Pflegebedürftige zumeist nicht in der Lage, ihre Beschwerden adäquat zu äußern, und rund zwei Drittel der Bewohnerschaft gelten als dement (*Schwinger et al. 2017*).

Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen weisen daher einen komplexen pflegerischen und ärztlichen Versorgungsbedarf auf, der intra- und interprofessionelle Kommunikation sowie die Präsenz von spezifisch qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Personal erfordert (*Balzer et al. 2013; Schwinger et al. 2018; Broge et al. 2018*). Eine gute Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen ist sehr wichtig, etwa in Form von verbindlichen Absprachen und möglichst wenigen festen Ansprechpersonen mit klaren Zuständigkeitsregelungen und guter Erreichbarkeit (*Karsch-Völk et al. 2015; Fleischmann et al. 2016*).

Für die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Einrichtungen liegen keine evidenzbasierten Kenngrößen von Bedarfsgerechtigkeit vor (*Balzer et al. 2013*). Bislang fehlen ausreichende wissenschaftliche Erkenntnisse, Leitlinien und Definitionen zur bedarfsgerechten Versorgung der multimorbiden Pflegebedürftigen. Ihre Versorgung erfordert jedoch ein komplexes Versorgungsmanagement, um unter anderem eine angemessene medikamentöse und therapeutische Behandlung zu ermöglichen, was für die behandelnden (Haus-)Ärzte besondere Herausforderungen darstellt (*Sinnott et al. 2013*).

2 Die ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen im Status quo

Die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen ist in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Teil der ambulanten ärztlichen Versorgung. Für diese liegt der Sicherstellungsauftrag nach § 72 SGB V bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die für die Gewährleistung der haus- und fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung und somit auch für die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen verantwortlich sind. Die ambulante Versorgung hat aufsuchenden Charakter – im Regelfall gehen Versicherte in die Arztpraxis. Heim- beziehungsweise Hausbesuche können nur bei entsprechenden gesundheitlichen Erfordernissen durchgeführt werden (§ 17 Bundesmantelvertrag Ärzte, BMV-Ä). Die ärztliche Heimversorgung ist demnach eine Ausnahme trotz der zumeist bestehenden Immobilität der Pflegebedürftigen und der mit einem Transport verbundenen Risiken, Ressourcenaufwendungen und physischen Belastungen (*Temple 2017*). Zudem verfügt nur

gut jede dritte Praxis in Deutschland über einen barrierefreien Zugang (*Deutsche Presse-Agentur 2018*).

2.1 Versorgungsdefizite

Eine Vielzahl an Untersuchungen lässt auf weitere Hürden in der ärztlichen Heimversorgung schließen. Wenngleich große Unterschiede zwischen den Pflegeeinrichtungen bestehen, sind stationär Versorgte im Bereich der orthopädischen, gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung unterrepräsentiert (*Rothgang 2017; Balzer et al. 2013; Kleina et al. 2017; Schulz et al. 2019*). Bei der Versorgung von Pflegebedürftigen mit psychischen Erkrankungen in stationären Einrichtungen wurden mehrfach Versorgungsdefizite hinsichtlich der Zahl an Kontakten zu neurologischen, nervenärztlichen oder psychiatrischen Fachärzten aufgezeigt (*Schwinger et al. 2018; Rothgang et al. 2008; Schulz et al. 2019*).

Dem stehen vergleichsweise viele Kontakte zu Hausärzten gegenüber, ebenfalls mit hoher Varianz zwischen den einzelnen Einrichtungen. Nach der Untersuchung von Schwinger et al. (2018) waren im Jahr 2015 bei 25 Prozent der betrachteten Pflegeeinrichtungen mindestens 81 Hausärzte je 100 stationär Gepflegte involviert, bei fünf Prozent der Einrichtungen sogar 124 und mehr. Dies lässt auf einen hohen Koordinierungsaufwand für das Pflegepersonal sowie auf eine erschwerte intraprofessionelle Kommunikation schließen mit möglichen Folgen für Therapie, Diagnostik und die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen (*ebenda*). Eine hohe Kontaktdichte stellt nicht unmittelbar eine bedarfsgerechte Versorgung sicher. Bei der fachärztlichen Versorgung können hingegen geringe Kontakthäufigkeiten zu negativen Konsequenzen für die Pflegebedürftigen führen, etwa bei der Arzneimittelversorgung oder der Behandlung von Kontinenzproblemen (*Kleina et al. 2017*).

Neben Defiziten im Bereich des Schmerzmanagements sowie Fehlversorgungen mit Antipsychotika beziehungsweise einer nicht leitliniengerechten Versorgung von Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen (unter anderem *Schwinger et al. 2018; Balzer et al. 2013; Thürmann 2017*) werden für stationär Gepflegte eine Vielzahl an potenziell vermeidbaren Hospitalisierungen, Krankenhausfälle, die durch eine adäquate Versorgung im ambulanten Sektor vermeidbar gewesen wären, berichtet. Für Letzteres werden primär strukturelle Ursachen herangezogen, wie die Schnittstellenproblematik durch die ärztlich-pflegerische Performanz (*Schwinger et al. 2018*).

Im Versorgungsalltag stellen sich besonders die Kommunikation und Kooperation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal sowohl allgemein als auch bei Notfällen sowie die Dokumentation von erbrachten Leistungen und Ab-

sprachen als problematisch dar (Laag et al. 2014; Karsch-Völk et al. 2015). Die Einrichtungen monieren die unzureichende Erreichbarkeit der Ärzte, es fehlen oftmals feste Absprachen oder Visitenzeiten. Bestehen doch feste Visitenzeiten, werden außerhalb der festgelegten Zeiten Vertretungs- oder herbeigerufene KV-Notärzte aktiv. Damit steigt potenziell die Diffusität der Versorgung – für alle Beteiligten. Der Ärzteschaft fehlen qualifizierte Ansprechpersonen in den Einrichtungen, wodurch eine gute Zusammenarbeit und Absprachen erschwert werden. Außerdem erfolgen zu oft vermeintlich unnötige Legitimationsabfragen im Sinne einer Absicherungsmentalität (KBV 2018; Laag et al. 2014).

2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Um den Versorgungsdefiziten entgegenzuwirken, wurde 2008 die ärztliche Pflegeheimversorgung mit § 119b SGB V erstmals sozialrechtlich verankert. Laut Gesetzesbegründung sollte dadurch Pflegebedürftigen in Einrichtungen eine angemessene und ganzheitliche medizinisch-therapeutische sowie pflegerische Versorgung durch pflegerisches, ärztliches und therapeutisches Personal ermöglicht werden (Deutscher Bundestag 2007). Die Norm selbst sowie weitere sozialrechtliche Bestimmungen unterlagen seit ihrer Einführung unterschiedlichen Novellierungen und Verschärfungen, um mehr Verbindlichkeit seitens der Akteure zu schaffen. 2018 wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) bereits die sechste Gesetzesänderung verabschiedet. Seitdem sind Pflegeeinrichtungen verpflichtet, bei drohendem oder bestehendem Mangel in der ärztlichen Versorgung einen Kooperationsvertrag mit geeigneten – in der Regel geriatrisch fortgebildeten – vertragsärztlichen Leistungserbringern abzuschließen. Ursprünglich wurde § 119b SGB V als Kann-Regelung eingeführt, 2015 zur Soll- und 2018 zur Muss-Regelung verschärft.

Kommt kein Kooperationsvertrag zustande, können Pflegeeinrichtungen vom Zulassungsausschuss ermächtigt werden, geriatrisch qualifizierte Leistungserbringer anzustellen. Der Sicherstellungsauftrag bleibt davon unberührt. Die Ausgestaltung der Muster-Kooperationsverträge ist auf Bundesebene im BMV-Ä mit Blick auf Leistungsinhalte, Personal, Ausstattung, Qualitätssicherung, Kooperationsinhalte und -formen detailliert geregelt. Nach Abschluss eines Kooperationsvertrages sowie bei Einhaltung der seit 2014 in Kapitel 37 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) genannten Anforderungen erhalten Leistungserbringer extrabudgetäre Zuschläge für die Behandlung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen. Die Evaluation der Auswirkungen der neuen Vergütungsmöglichkeiten führt der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen durch, die abschließenden Ergebnisse hingegen stehen noch aus. Im Jahr 2016 wurde ergänzend das EBM-Kapitel 38 eingeführt, das es Vertragsärzten ermöglicht, Leistungen in der Häuslichkeit oder in Hei-

men an angestellte Nichtärztliche Praxisassistenten (sogenannte NäPas) zu delegieren und abzurechnen. Die Ausgestaltung des § 119b SGB V orientierte sich an dem bereits im Jahr 1998 gestarteten Modell „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ (zunächst als Vertrag nach § 73c SGB V und ab 2011 als Vertrag nach § 140a SGB V). Neben § 119b SGB V existieren und existierten eine Vielzahl an Ansätzen zur ärztlichen Versorgung. Abbildung 1 bietet eine Übersicht über die rechtlichen Möglichkeiten zur Organisation der ärztlichen Pflegeheimversorgung.

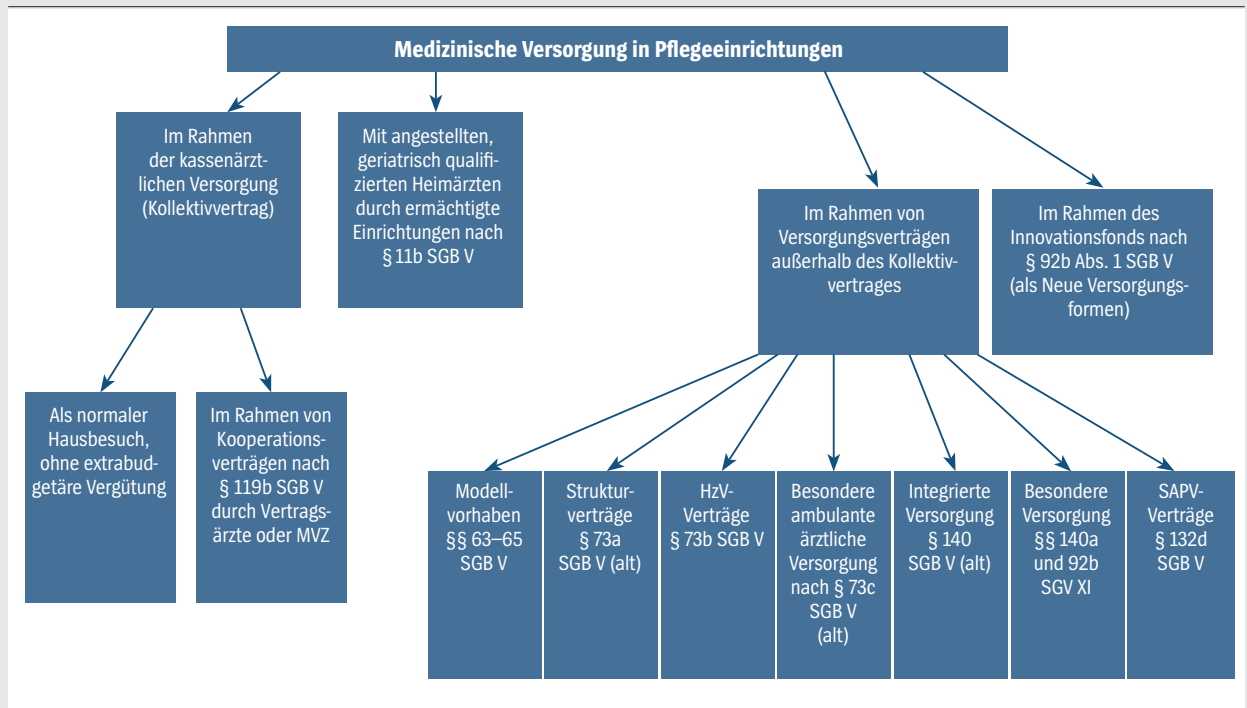
Die Modelle unterscheiden sich primär durch den Kreis der beteiligten Leistungserbringer, Kostenträger und Leistungsempfänger, Art und Höhe der Honorierung, Dokumentations- und Qualitätsstandards, Qualifizierungsanforderungen, Art und Umfang der interdisziplinären Zusammenarbeit, Umfang der Visiten und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die Überwachung der Medikation sowie den Einsatz von Telemedizin, den zugrunde liegenden Rechtsrahmen und ihre Laufzeit. Die Mindeststandards gehen zumeist über die Vorgaben zur Abrechnung der extrabudgetären Zuschläge nach EBM-Kapitel 37 hinaus. In vielen Modellen sind Kooperationsverträge nach § 119b SGB V aus Abrechnungsgründen fester Bestandteil. Sowohl § 119b SGB V als auch die anderen Verträge sind Add-on-Verträge zur kollektivvertraglichen Regelversorgung mit Regelungen zu inhaltlichen und monetären Aspekten. Im Rahmen des Innovationsfonds werden derzeit weitere Ansätze zur ambulanten Pflegeheimversorgung erprobt, unter anderem mit den Schwerpunkten Telemedizin, Medikation und Kooperation. Die Projektabschlüsse und Überführungen in die Praxis stehen noch aus (Bohm und Dudey 2019). Für die Pflegebedürftigen ist die Teilnahme an allen Versorgungsansätzen freiwillig.

2.3 Versorgungsansätze in der Praxis

§ 119b SGB V adressiert zwar die konstatierten Versorgungsdefizite, erste Untersuchungsergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass die erhofften Verbesserungen (noch) ausstehen (Rädel et al. 2018; Dudey et al. 2019). Zwar konnte eine wachsende Zahl an abgeschlossenen Kooperationsverträgen erfasst werden, ebenso wie die verstärkte Nutzung der Abrechnungsmöglichkeiten. Davon lassen sich jedoch nicht automatisch erfolgreiche Kooperationen ableiten. Außerdem wurden deutliche regionale Abdeckungsunterschiede erfasst (Dudey et al. 2019; Bohm und Dudey 2019). Deutschlandweit existierten im Jahr 2017 laut Angaben des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi 2018) 4.317 Kooperationsverträge nach § 119b SGB V. Aktuelle offizielle Zahlen liegen nicht vor. Bei 11.241 Pflegeeinrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2018) bedeutet dies eine rechnerische Abdeckungsquote von 38 Prozent. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Quote deutlich geringer ausfällt, da Einrichtungen über mehrere Ko-

ABBILDUNG 1

Aktuelle rechtliche Möglichkeiten zur Organisation der ärztlichen Pflegeheimversorgung



Die medizinische Versorgung stationärer Heimbewohner ist auf vielfache Weise organisierbar, insbesondere bei Versorgungsverträgen außerhalb des Kollektivvertrages. Die Delegation an Nichtärztliche Praxisassistentinnen (NäPas) ist in allen Vertragskonstruktionen möglich (EBM-Kapitel 38).

Quelle: eigene Darstellung, Grafik: G+G Wissenschaft 2019

operationsverträge verfügen können (*ebenda*). Wie viele Ermächtigungen bislang erteilt und wie viele Leistungserbringer angestellt wurden, ist nicht bekannt. Die rein quantitative Darstellung von Abrechnungsquoten, Vertragszahlen und Ermächtigungen ist für eine Beurteilung der Versorgungsrealität und -qualität grundsätzlich unzureichend, da patientenorientierte Parameter fehlen. Des Weiteren bieten die Versorgungsverträge weitreichende Spielräume für die Vertragsparteien, etwa bei der Ausgestaltung der Visitenzeiten oder des Bereitschaftsdienstes. Fehlende Transparenz zur Umsetzung der Kooperationsverträge sowie zur Versorgung in den Einrichtungen allgemein erschweren die Beurteilung der Versorgungssituation und die darauf begründete Weiterentwicklung erheblich. Die starke Präsenz an einzelnen Hausärzten in den Einrichtungen wird durch den Abschluss von Kooperationsverträgen weiter manifestiert, sodass ein hoher Koordinierungsaufwand mit Folgen für die Versorgungsqualität bestehen bleibt.

Die Vielzahl an existierenden Verträgen neben dem bereits seit 2008 bestehenden § 119b SGB V macht deutlich,

dass die Regelversorgung in der aktuellen Fassung als nicht ausreichend angesehen wird. Gleichzeitig kamen viele der Verträge nicht über einen Modellcharakter hinaus und verschwanden nach wenigen Jahren aus der Versorgungslandschaft oder wurden mit einer geringen Zahl an Versicherten und Einrichtungen fortgeführt. Die Gründe dafür sind in den meisten Fällen nicht bekannt und dürften divers sein. Eine verlässliche und vollständige Übersicht über bestehende Verträge mit integralem Bestandteil der ärztlichen Heimversorgung existiert nicht. Auch die Evaluationsergebnisse, sofern es welche gibt, fokussieren oftmals nicht ausreichend auf patientenbezogene Indikatoren zur Bestimmung einer bedarfsgerechten Versorgung. Ob die derzeit laufenden Projekte im Rahmen des Innovationsfonds (zum Beispiel das Evaluationsprojekt ESC+ des careplus-Programms) dies ermöglichen, muss abgewartet werden. Die Tatsache, dass 2018 die Pflege erstmals ein explizites Themenfeld der Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses war, unterstreicht, dass weiterer Veränderungsbedarf gesehen wird.

3 Strukturelle Hürden einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung

Die spezifischen Versorgungsbedarfe von Pflegebedürftigen erfordern systematische, prozessorientierte Versorgungsstrukturen, die unter anderem eine kooperative Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen sicherstellen (Karsch-Völk et al. 2015; Fleischmann et al. 2016). Trotz unterschiedlicher Reformbemühungen besteht weiterer Handlungsbedarf in der (Neu-)Gestaltung der bestehenden Versorgungsstrukturen, da eine bedarfsgerechte Versorgung flächendeckend nicht gewährleistet ist. Dies bestätigen unter anderem die hohe Varianz bei der Ausprägung unterschiedlicher Qualitätsindikatoren zwischen den einzelnen Einrichtungen sowie die ungleiche Verteilung von Kooperationsverträgen. Die traditionell gewachsenen Strukturen der ambulanten Versorgung innerhalb der GKV scheinen ursächlich für die Versorgungsdisparitäten (siehe Abbildung 2).

§ 119b SGB V und viele der weiteren Versorgungsverträge setzen stark am Status quo an. Sie zielen primär darauf, durch ein höheres Vergütungsniveau mehr Hausärzte in die Heime zu lotsen und dadurch eine verbesserte Zusammenarbeit zu ermöglichen. Die starke Arzttzentrierung in der ambulanten Versorgung wird in die Einrichtungen übertragen. Finanzielle Anreize sollen strukturelle Defizite ausgleichen und stoßen folglich an ihre Grenzen. Je nach Kassenzugehörigkeit, Bereitschaft zum Abschluss eines Kooperationsvertrags seitens der bisher verantwortlichen Ärzte, persönlichem Engagement von Angehörigen, Pflegenden oder anderen Berufsgruppen, regionaler Lage der Einrichtung oder zufällig bestehenden Versorgungsverträgen wird die Versorgung (individuell) für die einzelnen Versicherten strukturiert. Ein systematischer Ansatz, der es ermöglicht, dass jede und jeder Pflegebedürftige unabhängig vom Prinzip Zufall eine bedarfsgerechte Versorgung erfährt, fehlt.

Seit dem PpSG 2018 sind Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V verpflichtet, und auch andere Rechtsnormen (unter anderem § 114 SGB XI und die Heimgesetze der Bundesländer) schreiben ihnen eine hohe Verantwortung bei der Organisation der ärztlichen Heimversorgung zu. Für die Kostenträger wie auch die vertragsärztlichen Leistungserbringer stellen sich Kooperations- und andere Versorgungsverträge als Kann-Regelung dar: Gegenüber den stationären Einrichtungen besteht kein Kontrahierungszwang. Der Sicherstellungsauftrag nach § 72 SGB V bleibt weiterhin in der Verantwortung der KVen. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern den Pflegeeinrichtungen für ihre neuen Aufgaben ausreichend Know-how und Ressourcen bei gleichzeitigem Pflegenotstand zur Verfügung stehen. Gesetzliche Regelungen, die die Einrichtungen bei diesen Aufgaben unterstützen, fehlen. Wie sollen ermächtigte Einrichtungen

geriatrisch qualifizierte Ärzte anstellen, wenn sie auf einen Arbeitsmarkt mit einem Mangel an ärztlichem Personal treffen? Im Durchschnitt verfügen vollstationäre Pflegeeinrichtungen über 78 Pflegeplätze, bei einer Auslastung von 90,4 Prozent werden durchschnittlich 70,5 Pflegebedürftige versorgt (Statistisches Bundesamt 2018). Eine einzelne Einrichtung kann daher keinen Arzt allein anstellen – sie ist auf Kooperationen angewiesen, hierzu sind wiederum entsprechende Kompetenzen sowie finanzielle und personelle Ressourcen notwendig.

Es ist anzunehmen, dass für ärztliche Leistungserbringer die extrabudgetäre Vergütung durch Abschluss eines Kooperationsvertrags die Teilnahme an Versorgungsmodellen jenseits von § 119b SGB V unattraktiv erscheinen lässt. Grundsätzlich erscheint es für die Hausärzte problematisch, dem hohen organisatorischen Aufwand der Heimversorgung und gleichzeitig den eigenen Praxisabläufen gerecht zu werden. Nicht selten müssen sie quer durch die Stadt fahren, sofern sie ihre Patienten auch nach dem Umzug in die Pflegeeinrichtung weiter versorgen möchten (Laag et al. 2014). Zugleich unterscheiden sich multimorbide und kognitiv eingeschränkte Pflegebedürftige in ihren spezifischen Versorgungsbedarfen von den „normalen“ Patienten in den Arztpraxen und begründen hohe geriatrisch-qualifikatorische Anforderungen. Mit Blick auf Qualifikation und Indikationen können NÄPas nur sehr begrenzt Versorgungsaufträge übernehmen und somit bislang nur eingeschränkt Unterstützung leisten.

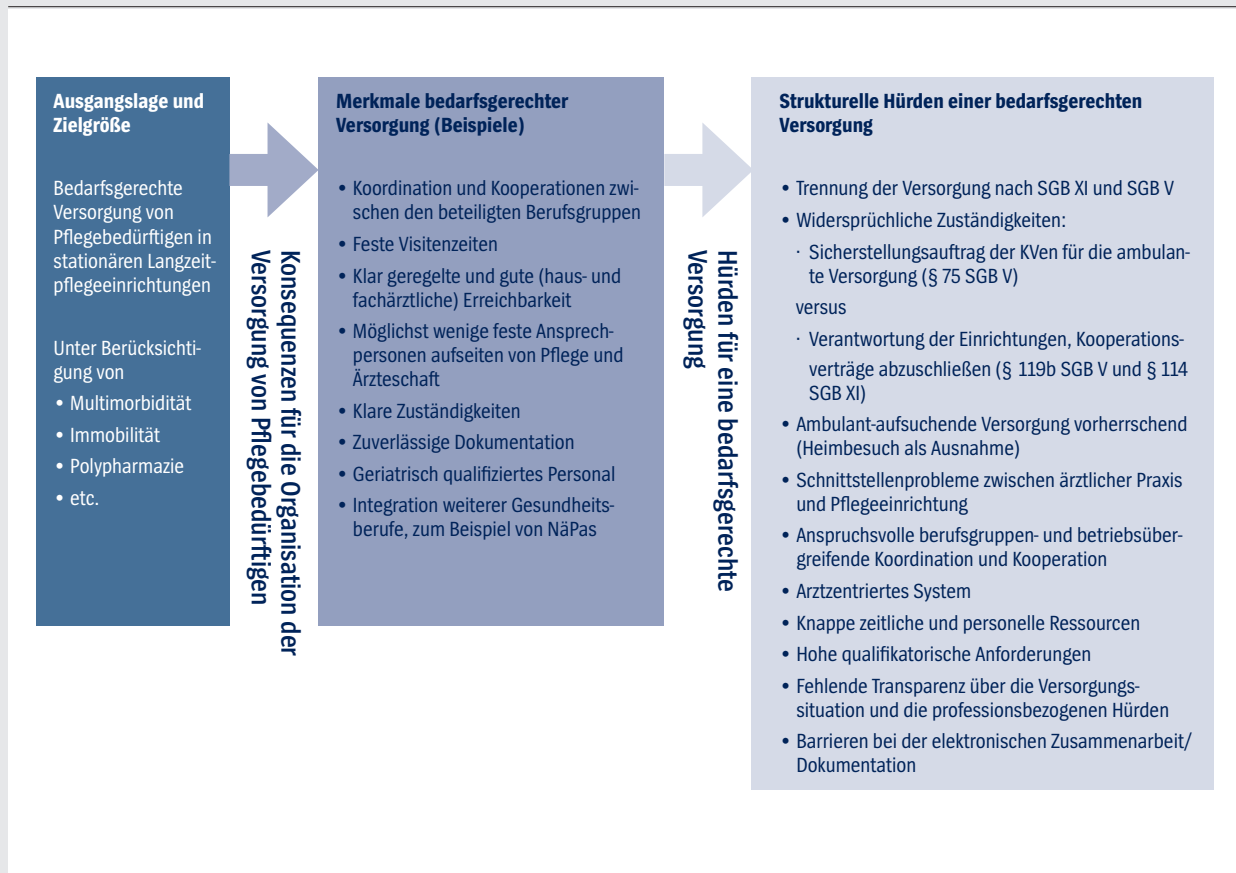
Die ärztliche Heimversorgung sowohl über § 119b SGB V als auch über andere Versorgungsformen zielt auf anspruchsvolle berufsgruppen- und betriebsübergreifende Koordination und Kooperationen: Der ärztliche Praxisablauf und die Prozesse innerhalb der stationären Einrichtungen müssen aufeinander abgestimmt werden. Zudem treffen Berufsgruppen mit unterschiedlichem Selbstverständnis aufeinander (Bohm und Dudey 2019; Karsch-Völk 2015). Neben strukturellen müssen daher auch kulturelle Voraussetzungen einschließlich einer entsprechenden Haltung der Akteure vorliegen, damit kooperatives Handeln möglich ist (Brenner 2014). Die Praxis zeigt, dass ein erfolgreiches Modell auf „personelle Ressourcen, Herzblut und eine Portion gegenseitiges Vertrauen“ sowie auf ein „gemeinsames Mikromanagement“ angewiesen ist (Hommel 2019). Lösungsansätze müssen regionale Besonderheiten berücksichtigen, allgemeine Verpflichtungen wirken hingegen eher hemmend (Bohm und Dudey 2019).

4 Gesundheitspolitische Implikationen

Neben großzügigen Honorarzuschlägen und einer stärkeren Verpflichtung der stationären Einrichtungen sowie einer partiellen Lockerung des Sicherstellungsauftrags durch die Mög-

ABBILDUNG 2

Herausforderungen einer bedarfsgerechten Versorgung



Für die Versorgungspraxis müssen Grundsätze einer bedarfsgerechten Versorgung definiert werden, die beispielsweise Koordination und Kooperation zwischen den Berufsgruppen berücksichtigen. Für die Umsetzung müssen die strukturellen Hürden gezielt erfasst und adressiert werden.

lichkeit der Ermächtigung von Einrichtungen ist im Kontext der ärztlichen Heimversorgung strukturell nicht viel passiert. Extrabudgetäre Zuschläge reichen offensichtlich nicht aus, um die Präsenz von Ärzten in Pflegeeinrichtungen zu erhöhen und ihre Zusammenarbeit mit der Pflege nachhaltig zu verbessern. Die bestehenden Versorgungsstrukturen und Verantwortlichkeiten müssen stärker hinterfragt und neu geordnet werden. Gestaltungsoptionen fernab des Status quo sollten dabei verstärkt und mutiger in den Blick genommen werden.

In der aktuellen Ausgestaltung wird die Verantwortung zum Teil auf die Pflegeeinrichtungen verlagert, denen dazu vielfach Ressourcen und Kompetenzen fehlen. Gesundheitspolitisch wird hingegen nicht diskutiert, dass die KVen ihrem Sicherstellungsauftrag nur ungenügend nachkommen. Soll

dieser bei den KVen bleiben, müssen diese stärker in die Verantwortung genommen werden. Aufgrund der hohen Bedeutung von Kooperation und Koordination und der dafür notwendigen Bereitschaft der Akteure ist es wichtig, auf der Mikroebene der ärztlichen Leistungserbringer möglichst wenig Zwang anzuwenden, um die Versorgungsqualität nachhaltig zu verbessern (Dudey et al. 2019). Mehr Verbindlichkeit ist auf Ebene der KVen notwendig; dies beinhaltet auch die Einführung von bislang nicht existierenden Sanktionsmöglichkeiten. Die KVen sollten als Organisations- und Planungsinstanz eine systematische Verteilung respektive Zuordnung, wenn nötig mit entsprechenden Anreizen, von Leistungserbringern zu Pflegeeinrichtungen nach regionalen und qualifikatorischen Kriterien umsetzen. Inwiefern Leistungserbringer verpflichtet werden sollen und können und welche Instru-

mentarien dazu zur Verfügung stehen, muss im Zuge der Umsetzung regionsspezifisch überprüft werden. Bestehende funktionierende Kooperationen und Versorgungsmodelle sollten unbedingt berücksichtigt werden. Eine solche Zuordnung von Leistungserbringern zu Einrichtungen ermöglicht eine höhere Kontinuität in der Versorgung. Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollte bei der Wahl der Pflegeeinrichtung transparent sein, wer die ärztliche Versorgung wie verantwortet und umsetzt.

Dazu ist zunächst die Schaffung von mehr Transparenz notwendig mit dem Ziel einer genauen Erfassung, welche Ärzte in welchen Einrichtungen welche Versicherten versorgen. Informelle Absprachen vor Ort sind hilfreich, um eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen, reichen aber im bestehenden System nicht aus, da sie zu unsystematisch erfolgen. Sie können daher nur ergänzend wirken. Anzustreben ist es, dass Ärzte eine möglichst hohe Zahl an Pflegebedürftigen in einer Einrichtung versorgen. Ein solcher Ansatz wird beispielsweise im careplus-Programm der AOK Nordost verfolgt: Teilnehmende Leistungserbringer sind verpflichtet, mindestens 20 Versicherte einer Einrichtung zu betreuen. Problematisch an kassenspezifischen Verträgen ist der exklusive Charakter: Versicherte anderer Krankenkassen werden im schlechtesten Fall nicht versorgt. Den vulnerablen Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Konsumentensouveränität einen Kassenwechsel zuzumuten, um eine entsprechende Versorgung zu erhalten, erscheint inakzeptabel. Ihre ärztliche Versorgung sollte unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit erfolgen und daher nicht Teil des Kassenwettbewerbs sein.

Ergänzend müssen sich die KVen aktiv am Versorgungsmanagement beteiligen, um die strukturellen und kulturellen Hürden zu adressieren. Dazu benötigen sie weitere Versorgungspartner (Laag et al. 2014). Als solche kommen neben Krankenkassen weitere regional verankerte Akteure wie Arztnetze und Krankenhäuser in Betracht, die zum Beispiel in Versorgungsverbänden die Versorgung gemeinsam gestalten und sicherstellen. Auch die Förderung von sogenannten Heimärzten – ein Arzt ist federführend für die Betreuung einer Einrichtung verantwortlich – sollte stärker anvisiert werden, jedoch mit entsprechender gesetzlicher Unterstützung der Träger der Einrichtungen.

Flankiert werden muss ein solcher Reformansatz durch eine stärkere Einbeziehung von nichtärztlichen Berufsgruppen, gerade vor dem Hintergrund eines Ärztemangels in naher Zukunft. Für solche Ansätze muss gezielt Personal qualifiziert und dessen Verantwortungsbereich deutlich erweitert werden, auch wenn dies mit hohen personellen und finanziellen Aufwendungen sowie einem weitreichenden Umdenken verbunden ist. Für praktische Herausforderungen wie fehlende apparative Ausstattungen der Einrichtun-

gen bei gleichzeitiger Immobilität der Pflegebedürftigen sollten Konzepte wie eine rollende Arztpraxis in Betracht gezogen werden. Erste erfolgreiche Projekte gibt es in Deutschland bereits.

Zur stärkeren Evidenzorientierung sowie zur Überwindung struktureller Hürden sollten – trotz konstaterter Überführungsprobleme in die Praxis – Projekte des Innovationsfonds, unter anderem im Bereich Medikation und Telemedizin, noch stärker gefördert werden (Dudey et al. 2019). Weitere gesundheitspolitische Reformmaßnahmen müssen sich an einer bedarfsgerechten Versorgung der Bewohnerschaft orientieren. Dazu bedarf es einer wissenschaftlich fundierten Bedarfsobjektivierung mit konkreten Zielgrößen, wie einer leitlinienorientierten Versorgung, die darüber hinaus auch eine kontinuierliche Evaluation ermöglicht. Die Evaluationen müssen über die reine Betrachtung von Vertrags- und Abrechnungszahlen hinaus gehen und patientenorientierte Kennzahlen analysieren sowie öffentlich zugänglich sein – zumal dem Gesetzgeber und allen Beteiligten die rein quantitative Steigerung der ärztlichen Kontaktraten nicht genügen sollte. Die Ursachen für die aktuellen Defizite sowie wissenschaftliche Ansätze zur Überwindung der strukturellen Hürden müssen ebenfalls erfasst werden. Dies war weder bei Einführung von § 119b SGB V noch bei den wiederholten Anpassungen ausreichend der Fall. Die wachsende Aufmerksamkeit, die den Pflegebedürftigen in der stationären und ambulanten Versorgung aus Forschung, Praxis und Politik aktuell zuteilwird, stellt sich als wichtiger und richtiger Trend dar, der mit Strukturveränderungen einhergehen muss.

Literatur

- Balzer K et al. (2013):** Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment 125. Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment; portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta298_bericht_de.pdf
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018):** PG2-Statistik: Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen; bundesgesundheitsministerium.de → Themen → Pflege → Pflegeversicherung – Zahlen und Fakten
- Bohm S, Dudey S (2019):** Zur Transmission von Ergebnissen erfolgreicher Innovationsfonds-Projekte in die GKV-Versorgung. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 19, Heft 3, 22–30
- Brenner PD (2014):** Integrales Kooperationsmanagement: Nachhaltige Unternehmensstrategie durch Zusammenarbeit. Hamburg: Diplomica Verlag
- Broge B, Stegbauer C, Woitzik R, Willms G (2018):** Anforderungen an ein sektorenübergreifendes Qualitätsverständnis in der stationären Altenpflege. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, 135–146

Deutsche Presse-Agentur (2018): Barrierefreiheit: Zehntausende Arztpraxen nicht barrierefrei. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 22, A-1034

Deutscher Bundestag (2007): Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Drucksache 16/7439 vom 07.12.2007. Berlin

Dudey S, Rädcl M, Priess HW, Bohm S (2019): Evaluation vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen gemäß § 119b SGB V. Untersuchung im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz. Berlin: AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH

Fleischmann N et al. (2016): Interprofessional Collaboration in Nursing Homes (Interprof): a Grounded Theory Study of General Practitioner Experiences and Strategies to Perform Nursing Home Visits. BMC Family Practice, Vol. 17, No. 1, 123

Freund H (2017): Geriatisches Assessment und Testverfahren: Grundbegriffe – Anleitungen – Behandlungspfade. Stuttgart: Kohlhammer

GBE-Bund (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 9.3.1: Künftige Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger und des Bedarfs an Pflegekräften; gbe-bund.de

Hommel T (2019): Heimarzt-Modell empfiehlt sich als Blaupause. Ärzte Zeitung online vom 25.01.2019

Karsch-Völk M et al. (2015): Development of a Catalogue of Criteria for Successful Medical Care in Nursing Homes. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Jg. 109, Heft 8, 570–577

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018): Pflegeheimversorgung – Positionen der KBV

Kleina T, Horn A, Suhr R, Schaeffer D (2017): Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Gesundheitswesen, Vol. 79, No. 5, 382–387

Laag S, Müller T, Mruck M (2014): Verantwortung gemeinsam tragen – Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimpatienten braucht eine Neuordnung. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2014. Köln: BARMER GEK, 292–309

Rädcl M, Bohm S, Priess HW, Walter M (2018): Zahnreport 2018. BARMER-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 8. Siegburg: Müller-Verlagsservice

Rothgang H (2017): Sicherung und Koordination der (zahn-)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. In: Jacobs K et al.

(Hrsg.): Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer, 95–105

Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R (2008): GEK-Pflege-report 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. St. Augustin: Asgard

Schulz M, Czwikl J, Schmidt A, Tsiasioti C (2019): Ungleichheit in der fachärztlichen Versorgung von älteren Menschen. In: Pundt J, Cacace M (Hrsg.): Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit. Bremen: APOLLON University Press, 181–204

Schwinger A et al. (2018): Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer, 97–125

Schwinger A, Tsiasioti C, Klauber J (2017): Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: Jacobs K et al.: Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer, 131–151

Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C (2013): GPs' Perspectives on the Management of Patients with Multimorbidity: Systematic Review and Synthesis of Qualitative Research. BMJ Open, Vol. 3, No. 9, e003610

Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden

Temple B A et al. (2017): Emergency Department Interventions for Persons with Dementia Presenting with Ambulatory Care-Sensitive Conditions: a Scoping Review Protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, Vol. 15, No. 2, 196–201

Thürmann P (2017): Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer, 119–130

Tsiasioti C, Behrendt S, Jürchott K, Schwinger A (2019): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer, 257–311

Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) (2018): Grafik des Monats – Oktober 2018: Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen: Zahl der kooperierenden Praxen wächst schnell; zi.de/presse/grafikdesmonats

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 19. September 2019)

DIE AUTORIN



Dr. PH Miriam Räker,

Jahrgang 1986, ist als Gesundheits- und Politikwissenschaftlerin seit 2018 am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) tätig. Sie war wissenschaftliche Mitarbeiterin, Projektkoordinatorin sowie Beraterin in Forschung und Praxis. Räker absolvierte unter anderem ein Fellowship an der University of California, Los Angeles (USA). Sie studierte in Bielefeld und Malmö (Schweden) Gesundheitswissenschaften sowie Politikwissenschaft und wurde 2016 an der Universität Bielefeld promoviert. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Gesundheitssystemgestaltung und der Versorgungssteuerung.

Foto: privat