

Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management

Studiengang MBA Sozial- und Gesundheitswesen

Untersuchung von Lösungsansätzen zur Weiterentwicklung der stationären Pflege durch Einbindung der ärztlichen Versorgung

Master-Thesis

Tag der Abgabe

Vorgelegt von: Hedwig Seiffert

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Schütte

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Busch

Vorbemerkungen

Grund für die Themenstellung war zum einen der Wunsch, die so genannten „neuen“ sektorübergreifenden Versorgungsformen näher zu beleuchten und zum anderen zu analysieren, ob diese nicht ein viel diskutiertes Problem der stationären Pflege lösen können: die Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen.

Dieses Thema wird zwar gegenwärtig vielfach in der Literatur sowie in der aktuellen politischen Diskussion aufgegriffen. Der Schwerpunkt liegt aber bei der Beschreibung einer inhaltlich-fachlichen Sollvorstellung, weniger bei der Umsetzung bzw. Umsetzbarkeit von Konzepten, die auch zu einer stärkeren rechtlichen Verknüpfung von ärztlicher Versorgung und stationärer Pflege i.S. einer gleichberechtigten beruflichen Partnerschaft führen.

Hier setzt die vorliegende Untersuchung an. Ziel ist es, ergebnisoffen die Möglichkeiten der gegenwärtigen Rechtslage, hier insbesondere der so genannten neuen Versorgungsformen im SGB V zu analysieren, etwaige Hemmnisse für bzw. bei der Umsetzung herauszustellen und unter strategischen Gesichtspunkten aus den gewonnenen Erkenntnissen Handlungsvorschläge im Interesse der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen zu unterbreiten.

Inhaltsverzeichnis -Gliederung -

1. Einleitung	5
2. Untersuchte Fragestellung	7
3. Theoretischer Rahmen	9
3.1 Verortung	9
3.2 Versorgungsforschung	9
3.3 Eingesetzte Methoden	10
3.3.1 Juristische Analyse	10
3.3.2 Qualitative Sozialforschung mit Experteninterviews	11
4. Befund und Diagnose	13
4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	13
4.1.1 Struktur der stationären Pflege	13
4.1.2 Struktur der ambulanten ärztlichen Versorgung	16
4.2 Zusammentreffen der Versorgungsformen (Ist-Zustand)	18
4.2.1 Rechtliche Aspekte	18
4.2.2 Faktische Aspekte	22
4.2.2.1 Ausreichende haus- und fachärztliche Versorgung?	22
4.2.2.2 Ausreichende Qualität der ärztlichen Versorgung?	23
4.2.3 Zusammenfassung	26
4.3 Prognose der Entwicklung	26
4.3.1 Die Leistungsbezieher (Pflegebedürftige.)	27
4.3.2 Die Leistungsanbieter (Versorger)	28
4.3.2.1 Die stationäre Pflege	28
4.3.2.2 Die Ärzte in der ambulanten Versorgung	30
4.4 Diagnose / Prüfkatalog	34
5. Verknüpfung von Leistungen der stationären Pflege und der ambulanten ärztlichen Versorgung	35
5.1 Überblick / Eingrenzung	35
5.2 Managed Care Konzepte	37

5.2.1 Begriffsbestimmung.....	37
5.2.2 Kooperationsverträge / „Heimarzt“ gem. § 119 b SGB V...	39
5.2.2.1 Beschreibung.....	39
5.2.2.2 Bewertung.....	42
5.2.3 Verträge zur integrativen Versorgung.....	48
5.2.3.1 Beschreibung.....	48
5.2.3.1 Bewertung.....	51
5.2.4 Modellprojekt (am Beispiel Pflege- und Gesundheitszentrum Berlin).....	57
5.2.4.1 Beschreibung.....	57
5.2.4.2 Bewertung.....	59
5.3 Sonderform: Spezialisierte palliative Pflege.....	60
5.3.1 Begriffsbestimmung.....	60
5.3.1.1 Grundsätzliches.....	60
5.3.1.2 Palliative Versorgungsformen.....	61
5.3.2 Spezialisierte ambulante Versorgung (SAPV).....	65
5.3.2.1 Beschreibung.....	65
5.3.2.2 Bewertung.....	67
6. Interpretation und Schlussfolgerungen.....	71
6.1 Die Untersuchungsmethode.....	71
6.2 Die untersuchten Versorgungsformen.....	72
6.3 Versuch einer Interpretation.....	75
7. Fazit.....	75
8. Literaturverzeichnis.....	78
9. Auflistung Interviewpartner.....	84

Anhang

Abkürzungsverzeichnis der verwendeten Gesetzesmaterialien

GRG:	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz) vom 20.12.1988
2. GKV-NOG:	Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23.06.1997
GKV-GRG 2000:	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999
GKV-GMG :	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003
GKV-WSG:	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.03.2007
PWG:	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PWG) zum 01.07.2008

Abbildungen:

Abb. 1: Das Nebeneinander von Pflege und ärztlicher Betreuung	S. 19
Abb. 2: Die unterschiedlichen palliativen Versorgungsformen	S. 64
Abb. 3: Zusammenstellung „Rechtliche Bewertung“	S. 73
Abb. 4: Zusammenstellung der tatsächlichen Umsetzungshemmnisse	S. 74

1. Einleitung

Durch die Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) 1995 hat die stationäre Pflege sowohl aus pflegfachlicher Sicht wie auch in Bezug auf die Angebotsstrukturen eine Professionalisierung erfahren. Die stationäre Pflege ist heute eine feste Größe, deren Notwendigkeit gerade für hochbetagte, sterbenskranke oder schwer behinderte Menschen auch in Zukunft nicht ernsthaft in Frage gestellt wird. Die stationäre Form der Unterbringung steht allerdings in immer größerer Konkurrenz zu ambulanten Angeboten (vgl. CAREkonkret 28.01.2011, S. 4; Arend, CAREkonkret 29.07.2011, S. 9). Im Bereich der Behindertenhilfe besteht hierzu aufgrund der UN-Charta sogar eine gewisse Verpflichtung.

Das stationäre Angebot ist trotz aller eingetretenen Weiterentwicklung, insbesondere der Professionalisierung der Pflege, für sich genommen begrenzt. Es umfasst gegenwärtig insbesondere nicht die ärztliche Versorgung. Eine optimale ärztliche Versorgung ist aber immanente Grundlage für eine gute (spezialisierte) Pflege, insbesondere wegen der Zunahme der Multimorbidität und dem damit gesteigerten Bedürfnis an (fach-) ärztlicher Versorgung. Im Bereich der Pflege und der Betreuung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen existiert vom Grundsatz keine rechtliche Verknüpfung der Versorgungsformen. Die ärztliche Versorgung ist nach gegenwärtigen Strukturprinzipien des Gesundheitssystems gesondert organisiert und finanziert. Die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung ist einer der zentralen Kritikpunkte an der Struktur des deutschen Gesundheitssystems, weil sie u.a. zu einer mangelnden Verzahnung von Leistungsbereichen und unzureichender Kooperation zwischen den verschiedenen Professionen führt (grundlegend hierzu: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001).

Gegenwärtiger Kristallisationspunkt der Diskussion stellt bezogen auf die stationären Einrichtungen insbesondere die Frage der Sicherstellung der ärztlichen sowie fachärztlichen Hausbesuche dar (vgl. Klie, CAREkonkret 03.04.2011, S. 8). Immer mehr Aufgaben der Organisation und Koordination bis hin zur Begleitung werden dabei – auch von der Rechtsprechung – von der Sphäre der Arzt-Patienten Bezie-

hung in die Sphäre der stationären Einrichtungen gerückt, ohne dass die Finanzierung, die fachliche Teilhabe sowie die rechtliche Verzahnung geklärt wäre.

Mit der vorliegenden Arbeit soll diese Schnittstellenproblematik aus der Sicht der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen analysiert werden. Ausgehend von den strukturellen Defiziten der gegenwärtigen Situation wird untersucht, ob die bereits gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten einer rechtlichen Verknüpfung der Sektoren für die stationäre Pflege verwertbare Ansatzpunkte bieten. Der Gesetzgeber hat seit 1995 sukzessive so genannte neue Versorgungsformen geschaffen, mit denen – auch unter dem Gesichtspunkt der Kostenreduzierung - u.a. die Sektorentrennung in der medizinischen Versorgung überwunden werden soll. Im Fokus dieser Untersuchung steht eine Auswahl an „neuen“ Versorgungsformen, die auch für den Bereich der stationären Pflege speziell zur Verknüpfung mit den ärztlichen Leistungen geschaffen worden sind, wie die Integrierte Versorgung gem. § 140 b SGB V, die Zulassung eines Heimarztes gem. § 119 b SGB V sowie als weiterer gesonderter Aspekt, das Modell der spezialisierten ambulanten palliativen Versorgung (SAPV) gem. § 37 b SGB V. Sozialrechtlich (bisher) nicht geregelte kooperative Formen und Netzwerke bleiben bei der Untersuchung außer Betracht.

Im Abgleich zu der mono-sektoralen Versorgung soll festgestellt werden, ob durch die ausgewählten Ansätze institutionell eine Überwindung der beschriebenen versorgungsspezifischen Defizite in der stationären Pflege erreicht werden kann und wenn nicht, welche Hindernisse dem entgegenstehen und wie ggf. eine Weiterentwicklung speziell für und durch die stationäre Pflege idealerweise erfolgen sollte.

Basis der Beurteilung ist dabei zunächst der Vergleich der unterschiedlichen rechtlichen Konstruktionen bezogen auf die in dieser Arbeit herauszuarbeitenden gegenwärtig bestehenden strukturellen Defizite. Dies wird begleitet durch die Einschätzungen von Experten der stationären Pflege entweder auf der Grundlage von Interviews oder aufgrund von Stellungnahmen in der Fachpresse oder im Rahmen von Auswertungen in der Literatur. Hierdurch sollen die faktischen Aspekte neben den rechtlichen näher beleuchtet werden, ohne dass allerdings ein Anspruch auf eine umfassende Analyse erhoben werden könnte. Den Interviews und Auswer-

tungen wird vielmehr Indizwirkung im Sinne von Experteneinschätzungen zugeordnet. Sie dienen als mögliches Korrektiv. So kann es sein, dass sich ein Ansatz als rechtlich wirksam darstellt, in der Umsetzung aber auf faktische Hemmnisse stößt.

Ausgehend von den Schlussfolgerungen wird eine Interpretation der gewonnenen Erkenntnisse versucht mit dem Ziel, einen strategischen Vorschlag für die stationären Pflegeeinrichtungen zu unterbreiten.

2. Untersuchte Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung erfolgt unter der Annahme, dass die sektorübergreifende Versorgung eine qualitativ bessere Versorgung von (schwerst)pflegebedürftigen Menschen bietet. Eine enge strukturelle Verknüpfung von stationärer Pflege und ärztlicher Versorgung würde aber voraussichtlich nicht nur die Situation der Pflegebedürftigen verbessern, sondern auch den Bestand und die Marktstellung von stationären Pflegeeinrichtungen stärken.

Im Rahmen dieser Arbeit werden nur Ausformungen einer gesetzlich strukturierten, damit institutionalisierten Zusammenarbeit untersucht. Es erfolgt dabei eine Fokussierung auf Möglichkeiten, die es der vollstationären Pflege als Leistungserbringer eröffnen, auf organisatorische und damit auf finanziell abgesicherte Kooperationsformen zurückzugreifen. Abzugrenzen hiervon sind Versorgungsformen, die auf der Basis faktischer Gegebenheiten des Einzelfalls erfolgen, somit ohne rechtlich vorgegebene Rahmenbedingungen im Wesentlichen vom Wohlverhalten der Beteiligten abzuhängen. Hierbei mag es sich im Einzelfall zwar um erfolgreiche Formen der Zusammenarbeit handeln (vgl. zur Problematik der fehlenden Verbindlichkeit von medizinischen Versorgungsnetzen: Lingenfelder / Kronhardt 2003, S. 109, 113). Die rechtliche Ausgangssituation – die noch darzustellende Getrenntheit der Rechtskreise von stationärer Pflege und ambulanter ärztlicher Versorgung – kann durch die faktische Zusammenarbeit aber nicht überwunden werden. Für die Verbesserung der ärztlichen Versorgung bedarf es u.U. keiner Veränderung der Rechtstrukturen. Soll die ärztliche Versorgung aber mit den Zie-

len und Aufgaben einer stationären Pflegeeinrichtung gekoppelt werden, bedarf es einer rechtlichen Verknüpfung.

Wie bereits unter Ziff 1 dargelegt, bietet das SGB V i.V.m. SGB XI an verschiedenen Stellen institutionalisierte Kooperationsformen an, die ausdrücklich auch die Bereiche der Pflege und der ärztlichen Versorgung umfassen. Bisher gibt es in der stationären Pflege aber keine oder kaum Umsetzungen der neuen Versorgungsformen. Die Bundesregierung hat dieses Defizit erkannt. Der Entwurf „Eckpunkte für eine Pflegereform 2011“ befasst sich unter dem Gesichtspunkt „Neue Formen der Versorgung“ ausdrücklich mit der Möglichkeit einer stärkeren Verknüpfung der ambulanten und stationären Leistungsbereiche sowie unter dem Gesichtspunkt „Medizinische Versorgung in Heimen“ mit der Frage der Verbesserung dieses speziellen Aspekts (CDU/CSU Fraktion im Bundestag, Arbeitsgruppe Gesundheit 2011). Hiernach sollen bestehende Hemmnisse von bereits möglichen „Kooperationsformen“ abgebaut werden. Eine darüber hinausgehende Konkretisierung erfolgte bisher nicht. Demgegenüber liegt bezogen auf das SGB V bereits ein Arbeitsentwurf „Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vor (Arbeitsstand 24.05.2011). Schwerpunkt hierbei ist aber vorrangig eine Verbesserung der Situation der niedergelassenen Ärzte insbesondere bezogen auf Honorierung, die Ausweitungen der Möglichkeiten einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung sowie die Sicherstellung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen (Entlassungsmanagements). Eine Ausweitung und Verbesserung von Kooperationsformen mit der stationären Pflege sind dagegen nicht vorgesehen.

Es bietet sich somit an, die neuen Versorgungsformen einmal aus der Sicht der stationären Pflege zu analysieren, ob diese zur verfolgten Zielstellung überhaupt geeignet sind, und Schlussfolgerungen zu ziehen und welcher ergänzenden Regelung es ggf. bedarf bzw. welche Hemmnisse abzubauen wären.

3. Theoretischer Rahmen / Eingesetzte Methoden

3.1 Verortung

Mit der Analyse bestehender Versorgungsstrukturen wird zunächst methodisch auf Gesetzeslektüre und –auslegung bestehender rechtlicher Arbeitsweisen, somit auf juristische Techniken zurückgegriffen. Für die Frage der Umsetzung bzw. ihrer Hindernisse wird ergänzend auf Erfahrungen und Einschätzungen von Praktikern Bezug genommen, die bereits in Veröffentlichungen ausgewertet wurden, sowie auf ausgewählte Experten in Form von Interviews. Damit wird methodisch die rechtliche Analyse mit dem Versuch eines faktischen Abgleichs kombiniert. Aus beiden Methoden sind auch die Bewertungskriterien für die Untersuchung der Sektorenüberwindung durch die „neuen“ Versorgungsformen zu entwickeln. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass auch Anforderungen mit aufgenommen werden, die sich nicht ohne weiteres aus dem Gesetzestext, sondern ggf. aus anderen Umständen ergeben. Hierzu gehört insbesondere auch die grundlegende Problematik der beteiligten unterschiedlichen Berufsgruppen.

Dieser Methodenmix entspricht dem angewandten Ansatz der Versorgungsforschung als Teilgebiet der Gesundheitssystemforschung. Aufgabe der Versorgungsforschung ist es, als Querschnittsfach diejenigen medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen und organisationswissenschaftlichen Disziplinen zusammenzuführen, die zur Beschreibung und Lösung eines vorhandenen Versorgungsproblems beitragen können (Pfaff 2003, S. 13, 20). Damit wird auf eine interdisziplinäre Weise pragmatisch ein sachbezogener Austausch von Wissen und Erfahrungen geschaffen, um vorhandene Versorgungsprobleme besser verstehen, erklären und lösen zu können (Pfaff 2003, S. 13, 20 f.).

3.2 Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung hat sich als fachübergreifendes Forschungsgebiet entwickelt, welches die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt, kausal erklärt und damit zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt (Pfaff 2003, S. 13 f.). Darüber hinaus wird durch die Versorgungsforschung die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und –

prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert (Pfaff 2003, S. 13 f.). Gegenstand der Versorgungsforschung ist dabei die so genannte „letzte Meile“ des Gesundheitssystems, somit die tatsächlichen Leistungserbringer. Als Bestandteil der Gesundheitssystemforschung bezieht sich die Versorgungsforschung schwerpunktmäßig auf die „Mikroebene“, d.h. konkret auf die Krankenhäuser, Arztpraxen etc. oder auf einzelne Gesundheitstechnologien oder aber auf die Organisationen und Institutionen der Meso- und Makroebene, auf letztere allerdings nur, wenn sie die „letzte Meile“ der Leistungserbringung mitprägen und als Einflussfaktoren zur Erklärung der Versorgungssituation notwendig sind (Pfaff 2003, S. 13 f.).

Da Gegenstand der Versorgungsforschung das Versorgungssystem ist, wird auf den klassischen Ansatz der Systemtheorie Bezug genommen. Hierbei wird zwischen dem Input (Ressourcen), dem Throughput (Versorgungsstrukturen, den Versorgungsprozessen und Versorgungstechnologien), dem Output (der Versorgungsleistung) und dem Outcome (Wirkung/Ergebnis) differenziert (Pfaff 2003, S. 13, 15 f.). Die jeweiligen Teildisziplinen der Versorgungsforschung, wie Bedarf und Inanspruchnahme, Organisationsforschung, das Health Technology Assessment, die Versorgungsökonomie, die Qualitätsforschung und die Versorgungsepidemiologie werden dabei mit dem Ansatzpunkt im systemtheoretischen Modell in Bezug gebracht (Pfaff 2003, S. 13, 16, f.).

Mit der vorliegenden Arbeit werden – in der Terminologie der Versorgungsforschung – die Versorgungsstrukturen, die innerhalb und zwischen den Gesundheitsorganisationen der Versorgungskette vorhanden sind und in ihrem Zusammenwirken die gesamte Versorgungsleistung des Versorgungssystems ergeben, betrachtet. Die Beschreibung und Analyse der Versorgungsorganisationen, ihrer Austauschbeziehungen sowie ihrer versorgungsrelevanten Organisationsstrukturen und –prozesse werden dabei der Organisationsforschung, und damit nach der Systemtheorie dem Throughput, zugeordnet (Pfaff 2003, S. 13, 18).

3.3 Eingesetzte Methoden

3.3.1 Juristische Analyse

Da der Schwerpunkt der Untersuchung in der Analyse bereits existenter Normen zur strukturell angelegten Koppelung von stationärer pflegerischer und ambulanter

ärztlicher Versorgung besteht, wird auf die juristischen Auslegungsmethoden, der Bedeutung nach dem Wortlaut, der Gesetzessystematik, dem Gesetzeszweck und der Gesetzesgeschichte zurückgegriffen (Larenz 1991, S. 312 ff.). Hierfür werden die einschlägigen Gesetze, das SGB V, XI, die Gesetzesbegründungen und Kommentierungen sowie Gesetzesentwürfe und Richtlinien herangezogen. Ziel ist, den Ist-Zustand aus der bestehenden Rechtslage herauszuarbeiten und die gesetzlichen Strukturen zu verdeutlichen, die eine Trennung der untersuchten Bereiche begründen.

Unter Herausarbeitung der Strukturmerkmale soll untersucht werden, ob durch die „neuen“ Versorgungsformen, wie die Beschäftigung eines Heimarztes, der Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung oder aber die spezielle ambulante palliative Versorgung im Einzelfall eine Überwindung der unterschiedlichen Sektoren für die Konstellation der stationären Pflege vom Grundsatz ermöglichen. Bei Bedarf sind somit bei einer für die stationäre Pflege nicht tragfähigen Lösung über die so genannten neuen Versorgungsformen die strukturellen Gesichtspunkte herauszuarbeiten, die ggf. bei zukünftigen Gesetzesvorhaben gerade in Hinblick auf die Einbindung der stationären Pflege bedacht werden müssten.

3.3.2 Qualitative Sozialforschung mit Experteninterviews

Als Untersuchungsmethode wird u.a. auf ausgewählte Experteninterviews, im Sinne von problemzentrierten Interviews zurückgegriffen (vgl. zum Wesen des Experteninterviews: Lamnek 2005, S. 363 ff.). Hierbei handelt es sich um eine Mischung bzw. Integration von verschiedenen Methoden, hier insbesondere dem qualitativen Interview sowie der Fall- und Inhaltsanalyse. Diese Methodenvielfalt erlaubt es, einen Problembereich gesellschaftlicher Realität von verschiedenen Seiten zu betrachten und zu analysieren (Lamnek 2005, S. 3664). Das problemzentrierte Interview zeichnet sich dabei dadurch aus, dass der Forscher Vorkenntnisse durch Literaturstudium, eigene Erkundungen etc. hat und aus den gesammelten Informationen bereits die für ihn relevanten Aspekte herausfiltert, verknüpft und zu einem theoretischen Konzept verdichtet. Anders als bei einem vorverfassten Interview wird dem Befragten aber die Möglichkeit des „freien Erzählens“ erhalten (Erzählprinzip), was bedeutet, dass ihm die Bedeutungsstrukturierung der (sozialen) Wirklichkeit überlassen bleibt. Dadurch wird das theoretische Konzept des For-

schers laufend durch das Interview modifiziert. Dies ermöglicht, das für die qualitative Forschung bezeichnende Merkmal der Offenheit des Untersuchungsgegenstandes - i.S. des Fehlens von vorgegebenen Hypothesen – beizubehalten und erst aus der Analyse eine Interpretation zu entwickeln (vgl. Lamnek, 2005, S. 507 ff.).

Mit Hilfe eines Leitfadens, der der Gliederung der vorliegenden Arbeit entspricht, wurden Fachleute¹ insbesondere aus dem Bereich der stationären Altenpflege sowie der spezialisierten palliativen Versorgung zu der Frage der ärztlichen Versorgung von Schwerstpflegebedürftigen in stationären Einrichtungen befragt und – je nach beruflichem Berührungspunkt – um Einschätzung der bestehenden Defizite und der gewünschten oder vermuteten Änderungspotentiale, u.a. speziell aus den Ansätzen der ausgewählten neuen Versorgungsformen befragt. Die Interviewten haben sich dabei ausgehend von ihrem fachlichen Hintergrund frei zu dem Thema geäußert. Die Ausführungen wurden von der Verfasserin in einem Interview-Leitfaden notiert.

Auf eine audi-visuelle Dokumentation, wie sie gerade bei qualitativen Interviews in der Regel verwendet werden (vgl. Lamnek, 2005, S. 393) - wurde bewusst verzichtet, da es weniger um ggf. verborgene, soziale Hintergründe oder verdeckte Botschaften ging, als vielmehr um eine von Erfahrung geprägte Einschätzung eines per Beruf befassten Befragten. Dabei war der Verfasserin durchaus bewusst, dass auch eine starke subjektive Identifizierung mit der überwiegend jahrelangen beruflichen Position einherging. Hierauf wird man ggf. in nachfolgenden Erhebungen noch stärker eingehen müssen.

Die Auswahl der Interviewten erfolgte aus dem eigenen beruflichen Umfeld der Verfasserin oder aufgrund Empfehlungen von anderen Experten. Entscheidend bei der Auswahl war die Fachnähe zum Untersuchungsgegenstand wie auch eine gewisse Bandbreite. Zu jeder Versorgungsform sollte nach Möglichkeit ein Experte

¹ Es wurden acht Interviews geführt. Es wurden dabei ein Einrichtungsleiter gemeinsam mit der Pflegedienstleitung einer stationären Pflegeeinrichtung in Sachsen-Anhalt befragt, die Koordinatorin für Hospiz und Palliativarbeit in Hamburg, die Leiterin des zentralen Qualitätsmanagements eines großen Anbieters von insbesondere stationären Pflegeleistungen, die Leitung einer diakonienahen Altenpflegeschule in Norderstedt, einen Pflegeeinrichtungen betreuenden Hausarzt aus Schleswig-Holstein, einen Steuerberater und Wirtschaftsprüfer einer Pflege-Beratungsgesellschaft sowie den damit kooperierenden Rechtsanwalt und die Referentin für Altenpflege vom Paritätischen in Hamburg.

befragt werden. Der mit dieser Vorgehensweise verbundene Verzicht auf Repräsentativität steht im Einklang mit dem gewählten Ansatz des qualitativen Interviews, welcher der Frage der Repräsentativität eine untergeordnete Rolle zuordnet (vgl. hierzu Lamnek 2005, S. 384). Es ging gerade um eine Stichprobenerhebung und den sich hieraus ergebenden typisierenden Generalisierungen. Hinsichtlich des Einsatzes von Heimärzten konnte demgegenüber nur eine sachnahe Befragung und Bitte um Einschätzung stattfinden, weil eine praktische Umsetzung dieses Modells noch nicht erfolgt ist. Ohnehin wird in der Auswertung den Erhebungen vorrangig Bedeutung als Indizwirkung beigemessen.

Die Experteninterviews sollen eine Ergänzung zu Einschätzungen und Erhebungen in Fachpresse und Literatur sein. Die Notwendigkeit einer solchen Ergänzung hatte sich frühzeitig aufgedrängt, weil sich insbesondere bei Sichtung der Fachliteratur herausgestellt hatte, dass deren Schwerpunkt bezogen auf die Beurteilung der bestehenden Versorgungsdefizite, aber auch der so genannten neuen Versorgungsformen – vermutlich mangels praktischer Umsetzung – nicht bei der stationären Pflege liegt. Grundsätzlich stellte sich gerade in diesem dynamischen Bereich zusätzlich auch das Problem der Aktualität. Daher erwies es sich als sinnvoll, als weitere Ergänzung auf aktuelle, auch auf Einzeldarstellungen sowie -einschätzungen in der Fachpresse zurückzugreifen.

Die Antworten der Experten wurden im Interviewleitfaden notiert, im Rahmen der Einzelbewertung der Defizite sowie der Maßnahmen ausgewertet und in die Untersuchung eingeführt (vgl. Lamnek 2005, S. 402 ff.).

4. Befund und Diagnose

4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

4.1.1 Struktur der stationären Pflege

Grundsätzliches

Die stationäre Pflege wird seit dem 01.01.1995 durch die gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI) finanziert und inhaltlich gestaltet. Ziel ist die Absicherung des Pflegerisikos. Dieses war zuvor hauptsächlich über den Sozialhilfeträger als „Hilfe zur Pflege“ oder durch Selbstzahler finanziert worden. Mit dem Eintritt der Pflege-

versicherung erfolgte nicht nur eine Änderung in der Finanzierung, sondern die Pflege wurde gesetzlich und durch untergesetzliche Regelwerke, wie z. B. den Rahmenverträgen gem. § 75 SGB XI, sowie durch die gesetzliche Vorgabe zur Entwicklung von Expertenstandards gem. § 113 a SGB XI fachlich gestaltet. Es existieren nunmehr generelle wie zunehmend spezifizierte Vorgaben zur „state of the art“ der Pflege und ihrer Umsetzung.

Nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ wurde für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung die soziale Pflegeversicherung und für die Privatversicherten die private Pflegeversicherung geschaffen. Die Pflegeversicherungen sind dabei den jeweiligen Krankenkassen zugeordnet und rechtlich nicht selbständig.

Finanzierung und Leistungsumfang

Die Pflegeversicherung sieht Leistungen für die stationäre wie auch die ambulante Pflege vor. Insgesamt ist sie von Anfang an nicht als Vollversicherung konzipiert worden, die die gesamten Kosten einer benötigten Pflege abdecken soll. Die Leistungserbringung, die Sachleistung, wird finanziert nach Pflegestufen. Das bedeutet, dass der Pflegebedürftige als Versicherter je nach festgestelltem Pflegebedarf gem. §§ 14, 15 SGB XI durch die Pflegeversicherung per Bescheid einer Pflegestufe zugeordnet wird. Diese korrespondiert mit der Zahlung einer Pauschale gem. § 43 Abs. 2 SGB XI, deren Höhe je nach Pflegestufe und nach Hilfeart (ambulant oder stationär) variiert.

Die vollstationäre Einrichtung vereinbart unabhängig davon mit den Pflegekassen eine Vergütung gem. §§ 82 ff. SGB XI, die die Bestandteile Pflege, Betreuung, Unterkunft und Verpflegung beinhaltet. Auch bezogen auf diese Vergütung wird jeweils in der Höhe nach Pflegestufen differenziert. Grundlage der der Vergütung zu Grunde liegende Pflegesatzkalkulation ist regelmäßig der durch die Leistungs- und Qualitätsmerkmale gem. § 84 Abs. 5 SGB XI (bis 2008 § 80 a SGB XI a.F.) vereinbarte Personalschlüssel sowie die Sachkosten. Hinzu treten die Investitionskosten für die (Kalt-)Miete des Einrichtungsplatzes. Die Pflegeeinrichtung ist im Hinblick auf das sogenannte Teilkaskoprinzip berechtigt, den Pflegebedürftigen die Differenz zwischen der Vergütung und der von den Pflegekassen gezahlten

Pauschale in Rechnung zu stellen (sog. Eigenanteil). Bei Bedürftigkeit übernimmt der Sozialhilfeträger die Differenz. Aufgrund des Differenzierungsverbots gem. § 84 Abs. 3 SGB XI sind die Einrichtung wie auch die Kostenträger und damit auch der Selbstzahler an diese spezifischen Entgelte gebunden. Individuelle Abweichungen hiervon sind nicht zulässig.

Das Angebot in der stationären Pflegeeinrichtung ist dabei strukturell auf eine Rund-um-die-Uhr-Vorhaltung von Pflegeleistungen ausgerichtet, ohne dass ständig eine Unterstützung stattfinden muss. Der Hilfebedarf wird durch die Einstufung in die Pflegestufen abstrahiert. Die Abstraktion erfolgt dabei unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistung und bezieht sich gleichmäßig auf Tag und Platz. Die tatsächliche Leistung variiert demgegenüber nach dem konkreten individuellen Bedarf und kann daher über, aber auch unter der abstrakten Annahme des Hilfebedarfs liegen. Bei dauerhafter manifestierter Über- oder Unterschreitung kann der Pflegebedürftige, aber auch die Einrichtung gem. § 87 a Abs. 2 SGB XI eine Neueinstufung verlangen. Es handelt sich somit um eine Vergütung bzw. um ein Leistungshonorar, welches abstrakt bezogen auf bestimmte Hilfebedarfe gewährt wird (vgl. zur Systematik: Von Schulenburg 1991 S. 121).

Von den Leistungen selbst sind in der stationären Pflege neben der „klassischen“ Pflege i.S. einer Grundpflege gem. § 82 SGB XI auch die Leistungen für die soziale Betreuung mit umfasst und, soweit nicht im Ausnahmefall wie etwa bei der palliativen Versorgung oder bei Beatmungspatienten ein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 SGB V (ambulante Krankenpflege) besteht, auch die medizinische Behandlungspflege. Die Inhalte der Leistungen werden in den Rahmenverträgen gem. § 75 SGB XI jeweils auf Landesebene konkretisiert.

Dem gegenüber erfolgt bei der ambulanten Pflege eine Differenzierung der Vergütungssysteme in Krankenpflegeleistungen einschließlich Behandlungspflege (SGB V) und Pflege i.e.S. (insbesondere Grundpflege). Die ambulante Pflege kennt anders als die stationäre Pflege keine abstrakte Vergütung pro Patient und Tag, sondern ein tätigkeitsbezogenes Honorar, welches mit den (niedrigeren) Pauschalen der ambulanten Pflege nach §§ 36, 37 SGB XI verrechnet bzw. mit den Krankenkassen (ohne Eigenanteil des Versicherten) abgerechnet wird.

4.1.2 Struktur der ambulanten ärztlichen Versorgung

Grundsätzliches

Die ambulante ärztliche Versorgung zeichnet sich vorrangig durch ihre Abgrenzung von der stationären ärztlichen Versorgung, nämlich der Versorgung in Krankenhäusern aus. Die ambulante ärztliche Versorgung ist geprägt durch das freie Arztwahlrecht der Patienten einerseits gem. § 76 SGB V und die Therapiefreiheit der Ärzte andererseits.

Die ambulante ärztliche Versorgung wird ganz überwiegend durch niedergelassene Ärzte in „freier Berufsausübung“ sichergestellt. Es handelt sich somit im Grundsatz um eine höchstpersönliche und selbständige Berufstätigkeit mit spezifischer eigenschöpferischer Gestaltungskraft und eigener Einstands- und Haftpflicht (vgl. Laufs 2009, S. 9, 17). Daneben besteht die zunehmende Tendenz der Versorgung durch angestellte Ärzte etwa an Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren über Institutszulassung gem. §§ 120 ff SGB V. Dieser Anteil betrug nach einer Erhebung von 2003 rund 10,5 % (Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 125). Der Berufsstand ist aber insoweit im Wandel begriffen.

Der niedergelassene Arzt ist derjenige Akteur, den der Patient im Falle einer Krankheit als ersten aufsucht, der das Vorhandensein einer Erkrankung feststellt und den Behandlungsbedarf definiert (Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 120, 121). Der Arzt führt die Behandlung des Patienten in der Regel selbst durch und kann zugleich andere Leistungsanbieter im Gesundheitswesen veranlassen, tätig zu werden. Der niedergelassene Arzt ist nach gegenwärtigem Stand also die zentrale Anlauf- und Verteilerstelle im Versorgungssystem („Gate-Keeper“).

Bei der ambulanten ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte wird grundsätzlich zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung unterschieden. Dem hausärztlichen Versorgungsbereich kommt gem. § 73 Abs. 1 SGB V dabei eine Durchführungs-, Koordinierungs- und Steuerungsfunktion zu. Rein faktisch kann der Patient aber auch von sich aus einen Facharzt aufsuchen und es bedarf dabei keiner zwingenden Einbindung des Hausarztes.

Außerhalb der Versorgung über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) können die Vertragsärzte eine zusätzliche privatärztliche Tätigkeit wahrnehmen (PKV). Daneben praktizieren auch niedergelassene Ärzte, die ausschließlich Patienten außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) behandeln.

Finanzierung

Der Arzt erbringt seine Leistung im Rahmen der GKV am Patienten als Sachleistung. Die erbrachte Leistung wird dokumentiert und als Abrechnungsdaten an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) gemeldet, die diese wiederum an die Krankenversicherung weiterleitet. Aufgrund der von den Versicherten erbrachten Krankenkassenbeiträgen wird von den Krankenkassen mit den KVen eine Gesamtvergütung vereinbart, die letztere aufgrund der erbrachten Leistungen an die Ärzte weiterleiten.

Die Honorierung ärztlicher Leistungen bezogen auf Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) orientiert sich somit vom Grundsatz an der Einzelleistungsvergütung, wobei zunächst über Praxisbudgets und anschließend über Regelleistungsvolumina arztindividuelle Punktzahlbergrenzen für die Abrechnungsfähigkeit von Einzelleistungen definiert worden sind (Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 140). Dies bedeutet, dass die Gesamteinnahmen bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung der Höhe nach begrenzt sind, auch wenn Leistungen darüber hinaus erbracht wurden. Bis zum Erreichen der so genannten Grenzpunktzahl orientiert sich die Vergütung aber an der Maßgabe der erbrachten Einzelleistungen.

Parallel zur Begrenzung der ärztlichen Vergütung durch Budgetierung hat sich eine Tendenz zur Pauschalierung entwickelt. Ein wachsender Teil der Leistungsvolumina wird als Komplexleistung pauschal abgegolten. In der Regel erfolgt die Individualvergütung somit pauschaliert. Die Vergütung wird durch die Behandlung eines Patienten im Quartal ausgelöst, ohne dass jede (weitere) ärztliche Maßnahme eine eigenständige Vergütung zur Folge hat.

Die Vergütung ambulanter Leistungen in der privaten Krankenversicherung weicht in wesentlichen Punkten von der beschriebenen in der gesetzlichen Krankenversi-

cherung ab. Zwar steht auch hier die Vergütung nach Einzelleistung im Vordergrund. Der entscheidende Unterschied gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung besteht aber darin, dass die Vergütung privatärztlicher Leistungen keiner Budgetierung unterliegt und die einzelnen Leistungspositionen mit absoluten Eurobeträgen versehen sind, somit keine Pauschalierung erfolgt. Der Arzt kann diese Beträge unter Berücksichtigung der sozialen Situation des Patienten und in Abhängigkeit von der Schwierigkeit der Behandlung mit einem Faktor erhöhen (vgl. Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 120, 135).

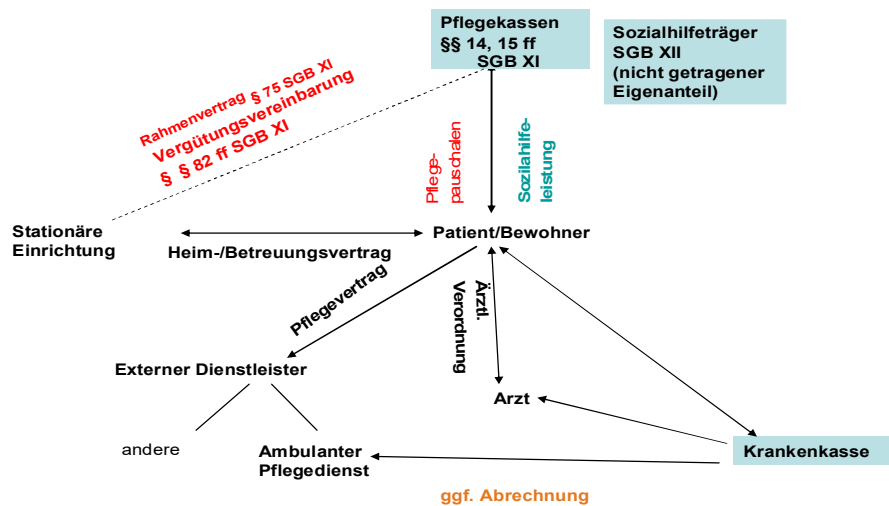
Ausgehend von diesen unterschiedlichen Finanzierungssystemen verfolgen die niedergelassenen Ärzte bei der Abrechnung jeweils systembezogen unterschiedliche Strategien: So erzielen die Ärzte ein möglichst hohes Einkommen, wenn sie möglichst zahlreich solche Leistungen abrechnen, die einzeln vergütet werden und möglichst geschickt solche Leistungen, die periodenspezifisch pauschal vergütet werden, abrechnen (vgl. Fricke 2008, S. 489 f.). Gleichzeitig ist ihnen als Kassenarzt daran gelegen, die Honorarsummen nicht durch Budgetüberschreitungen der Vorperiode vermindern zu lassen („Kollektivregress“). Ferner droht immer - durch die Krankenkassen - der Vorwurf unwirtschaftlichen Verhaltens, vorrangig im Bereich der Arzneimittelverschreibungen. Hier drohen individuelle Regressrisiken. Diese Rahmenbedingungen implizieren insgesamt Handlungs- bzw. Ausweichstrategien bei der Behandlung von Patienten und Verordnungen von Arzneimitteln etc. (vgl. Fricke 2008, S. 489).

4.2 Zusammentreffen der Versorgungsformen (Ist-Zustand)

4.2.1 Rechtliche Aspekte

Ärztliche Leistungen werden von der Pflegeversicherung grundsätzlich nicht umfasst. Die Arzt-Patientenbeziehung vollzieht sich nach den allgemeinen Grundsätzen, die auch für einen Privathaushalt gelten, getrennt von der pflegerischen Versorgung. Die Trennung ist dabei von struktureller Art. Einrichtungen der stationären Pflege können nach bisherigem Stand ärztliche Leistungen nicht umfassen. Dies ergibt sich zunächst einmal rein fachlich aus den beschriebenen Leistungsinhalten des SGB XI, die „nur“ die pflegerischen Aspekte umfassen. So ist auch eine einrichtungsbezogene Vorratshaltung von Arzneimitteln nicht zulässig. Auch dieses ist ausschließlich dem Patienten-Arzt-Verhältnis vorbehalten.

Abb. 1: Das Nebeneinander von Pflege und ärztlicher Betreuung



Quelle: Eigene Darstellung

Wesentlicher fachlicher Bezugspunkt der stationären Pflege ist gem. § 71 SGB XI die verantwortliche Pflegefachkraft. Dies beinhaltet nicht nur Vorgaben zur pflegefachlichen Qualifikation, sondern auch Anforderungen an die Pflegepraxis selbst.

Darüber hinaus ergibt sich die Trennung auch strukturell. § 71 Abs. 4 SGB XI enthält eine klare Abgrenzung von Pflegeeinrichtungen zu Einrichtungen der Eingliederungshilfe, aber auch zu Rehabilitationseinrichtungen sowie Krankenhäusern. Auch die Vorgaben für die Vergütung des SGB XI sehen die Vereinbarung von Entgelten für ärztliche Leistungen nicht vor. Vielmehr korrespondieren die Inhalte der gesetzlich vorgegebenen Leistungen mit dem, was über den Pflegesatz gem. §§ 82 SGB XI zu vergüten ist.

Die Pflegeeinrichtung ist somit vom Grundsatz her weder fachlich noch strukturell darauf ausgerichtet oder auch nur berechtigt, ärztliche Leistungen zu erbringen. Beschäftigt eine Pflegeeinrichtung dennoch einen Arzt, ist eine Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung mangels kassenärztlicher Zulassung des Arztes bzw. mangels Ermächtigung der stationären Pflegeeinrichtung von der engen Ausnahme des noch zu untersuchenden § 119 b SGB V nicht möglich. Verordnungen von Arzneimitteln oder Heil- und Hilfsmitteln durch den von der Pflege-

einrichtung angestellten Arzt zu Lasten der Krankenversicherung kommen ebenfalls nicht in Betracht. Die Vergütung des Arztes selbst kann nur aus den Überschüssen des Pflegesatzes erfolgen.

Auf der anderen Seite steht die ärztliche Diagnose stets am Beginn eines Pflegeprozesses. Die Pflege braucht somit stets einen Arzt zur Steuerung des pflegerischen Prozesses. So kann die Pflegeeinrichtung weder ein Arzneimittel anordnen, noch absetzen oder die Wundversorgung unabgestimmt übernehmen. Der niedergelassene Arzt braucht dagegen die stationäre Pflegeeinrichtung zur Umsetzung seiner ärztlichen Aufgaben nicht zwingend. Hält er es für erforderlich, weist er den Patienten im Zweifel ins Krankenhaus ein, wenn ihm die pflegerische Versorgung unzureichend erscheint oder er ggf. als Notarzt vermeintliche Risiken vermeiden will.

Es liegt also eine Trennung im fachlichen Sinne vor (Pflege und ärztliche Versorgung), sektorenbezogen (stationäre Pflege gegenüber ambulanter ärztlicher Versorgung) sowie aus Kostenträgersicht („Vollkasko“-Kranken- und „Teilkasko“-Pflegeversicherung). Die Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung wird somit durch die gesetzliche Definition unterschiedlicher Aufträge bzw. Leistungsverpflichtungen geprägt, je nach dem welche Leistung gerade im Vordergrund steht.

Die Berührungspunkte der unterschiedlichen Versorgungsformen ergeben sich in der täglichen Praxis. Bezugspunkt ist insbesondere die medizinische Behandlungspflege². Es handelt sich hierbei um ärztliche Leistungen, die aufgrund bestimmter, insbesondere haftungs- und berufsrechtlicher Kriterien auf das Pflegepersonal delegiert werden können (vgl. BGH Urteil vom 24.06.1975 – VI ZR 72/74) und in der Regel auch delegiert werden. Hierzu gehören u.a. Maßnahmen wie Medikamentengabe, Katheterisierung, Wundversorgung, Gabe von Insulin und Überwachung des Blutzuckers, das Anlegen von Kompressionsstrümpfen (vgl.

² Bei der Behandlungspflege sowie der hiervon abzugrenzenden Grundpflege handelt es sich um Begrifflichkeiten, die in den 60iger Jahren aus England durch den Krankenhausökonom Eichhorn in die bundesdeutsche pflegefachliche Diskussion übernommen worden sind (Eichhorn 1967, 1975). Die Grundpflege wurde hierbei als Grundanforderung unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung angesehen, die bei allen Patienten gleich sei und wenig Bedeutung für die Gesundheit der Patienten habe. Die Behandlungspflege stellt dem gegenüber eine medizinisch-therapeutische Hilfestellung bei der Ausführung ärztlicher Anordnungen dar.

Kontaktgespräche, 2008, S. 11 ff). Beim Arzt verbleibt dabei die Aufgabe der Diagnose, die Auswahl der Maßnahmen und deren Verordnung. Übertragen wird „nur“ die Durchführung der Maßnahmen auf das Pflegepersonal (vgl. Eichhorn 1967, 1975).

In der stationären Krankenhausversorgung delegiert der Arzt aufgrund der vorgegebenen Hierarchie die Durchführung direkt an die Pflegekräfte, in der ambulanten pflegerischen Versorgung stellt der behandelnde Arzt eine Verordnung aus, die der (zur Behandlungspflege nach dem SGB V) zugelassene und vom Patienten ausgesuchte Pflegedienst übernimmt. In der stationären Pflege bedarf es für die betroffenen Bewohner ebenfalls einer ärztlichen Anordnung der Delegation, nicht aber einer Verordnung i.e.S.. Letztere entfällt regelmäßig, weil die Behandlungspflege als Leistung von der Pflegeeinrichtung gem. § 82 Abs. 1 S. 3 SGB X geschuldet wird und im Regelfall keiner Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenkasse zugänglich ist. Dies hat in der Praxis wiederholt zu Unklarheiten in der Frage des „ob“ und auch des „wie“ geführt. So kommt es immer wieder vor, dass Ärzte – in Ermangelung des Erfordernisses einer Verordnung – ihre Vorgaben nicht gegenüber der stationären Einrichtung dokumentieren oder dass diese Dokumentation unzureichend ist. Eine weitere Schwierigkeit stellt die Frage nach der Überwachung der delegierten ärztlichen Leistungen dar.

Die Versorgung bzw. auch Anleitung der Pflegekräfte durch den Arzt kann in der stationären Pflegeeinrichtung nicht direkt, vergleichbar mit der Dienstleistungs- und Hierarchie-Beziehung im Krankenhaus erfolgen, sondern vom Grundsatz stets nur über den pflegebedürftigen Menschen, der auch in rechtlicher Hinsicht eine von der Pflegeeinrichtung unabhängige Beziehung zu seinem behandelnden Arzt hat (siehe Abb. 1). Dies erfordert Kommunikation, damit den fachlichen Anordnungen des Arztes Folge geleistet werden kann. Auf der anderen Seite sind die Pflegekräfte verpflichtet, im Zweifel z.B. bei Verschlechterung des Gesundheitszustands, beobachteten Nebenwirkungen von Medikamenten, ungünstigem Wundverlauf u.v.a.m. direkt auf den behandelnden Arzt zurückzugreifen, damit der Behandlungsverlauf oder die Versorgung insgesamt sichergestellt wird. Gerade bei Schwerstpflegebedürftigen besteht regelmäßige fachliche Notwendigkeit der Einbeziehung des Arztes in die Behandlung.

4.2.2 Faktische Aspekte

4.2.2.1 Ausreichende haus- und fachärztliche Versorgung?

Die unzureichende ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen ist allgemeine Auffassung. Unterschiedlich sind aber die vorgebrachten Begründungen.

Zwei Erhebungen zur Frage der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim aus den Jahren 2005 und 2008 kommen hierbei schwerpunktmäßig zu dem Ergebnis, dass insbesondere die fachärztliche Versorgung unzureichend ist (Hallauer u.a. SÄVIP, 2005, 46; Rothgang u.a. GEK-Pflegereport 2008, 247 f., die jeweils die Anzahl der Patienten-Arzt-Kontakte im Jahr als Bezugsgröße zu Grunde legen).

Auch die Verbände, wie z.B. der bpa (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.) gehen davon aus, dass zwar die hausärztliche Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen durchaus zufrieden stellend sei; bei der fachärztlichen Versorgung bestünde dagegen zum Teil erheblicher Nachholbedarf (vgl. bpa intern Nr. 2/2010 S. 7 f.). Begründet wird dies damit, dass in den letzten Jahren die Anforderungen an die medizinisch-pflegerische Versorgung in Pflegeheimen ganz erheblich gestiegen seien. Die hierfür erforderliche Kooperation und Koordination, wie z.B. bessere Organisation der Visiten, abgestimmte Arztbesuche und Bereitschaftsdienste möglichst sieben Tage die Woche, vom Heimpersonal begleitete Facharztbesuche, müssten gewährleistet und die Finanzierung hierfür, auch für den Aufwand der Pflegeeinrichtung, sichergestellt sein. Mit Hilfe dieser Maßnahmen könnten die den Patienten und die Krankenkassen belastenden Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Die Problematik der unzureichenden Facharztversorgung, hier insbesondere durch Urologen und Hautärzte, wurde auch von einzelnen Experten, wie z.B. der Referentin für Altenpflege vom Paritätischen bestätigt.

Klie verweist auf die Schwierigkeit, die dadurch entsteht, dass Pflegebedürftige vermehrt durch Heimpersonal zu den Facharztbesuchen begleitet werden müssten, weil von Seiten der Fachärzte immer weniger die Bereitschaft bestünde, die Patienten im Heim aufzusuchen und die Angehörigen immer weniger in der Lage

seien, diese Aufgabe zu erfüllen (vgl. Klie, CAREkonkret 03.04.2011, S. 8; Hallauer u.a. SÄVIP, 2005, 45). Die Schwierigkeit der Übernahme dieser Aufgabe durch die Pflegeeinrichtung liegt vorrangig in der fehlenden Finanzierung dieser Begleitung. Vielfach wurden diese Leistungen bisher durch die stationären Einrichtungen als Zusatzleistungen gem. § 88 SGB XI abgerechnet und den Bewohnern neben ihrem Eigenanteil gesondert in Rechnung gestellt. Zumindest die Pflegeeinrichtungen vertreten insoweit die Auffassung, dass diese begleitenden Dienste nicht nur nicht von den rechtlich vorgegebenen Leistungen der Pflegeversicherung umfasst wären, sondern auch nicht von den Pflegesätzen. Vielmehr wären hierfür zusätzlich Kräfte erforderlich, da andernfalls die in der Einrichtung vorgehaltenen Personalschlüssel auf den Wohnbereichen nicht eingehalten werden könnten (so auch Experteninterview mit Herrn Franke und Frau Werner, SWP Aschersleben).

Das Verwaltungsgericht Stuttgart hatte aber in einer (noch nicht bestandkräftigen) Entscheidung vom 13.01.2011 – 4 K 3702/10 der Heimaufsicht Recht gegeben, und die Begleitung zu Arztbesuchen bei Bestehen einer Notwendigkeit als Regelleistung der Pflegeeinrichtung verortet. Es stellt sich nach dem Verwaltungsgericht allenfalls die bisher noch nicht geklärte Frage, ob eine gesonderte Finanzierung solcher „notwendigen Teilhabeleistungen“ ggf. über die Sozialhilfeträger verlangt werden kann. Sollte diese Rechtsprechung bestätigt werden, würde eine Zuspitzung des bestehenden Konflikts eintreten: Die Pflegeeinrichtung würde danach die gesamte Last der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung tragen, nicht nur die Organisation und Planung, sondern auch deren Durchführung.

4.2.2.2 Ausreichende Qualität der ärztlichen Versorgung?

Andere Experten sehen das Problem eher in der fehlenden Qualität der (haus)ärztlichen Versorgung. Die Ärzte seien zwar präsent, aber für die Wirtschaftlichkeit der Praxen sei es offenbar notwendig, sehr viele Patienten zu versorgen. Konsequenz sei, dass die Ärzte sich wenig Zeit nehmen würden bzw. zur Verfügung hätten (vgl. Experteninterview mit Frau Lengefeldt, Leiterin der Altenpflegeschule Neumünster sowie Frau Sonnenberg, Leitung zentrales Qualitätsmanagement Vitanas). Insbesondere würde das Medikamentenmanagement darunter leiden. Viele Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen würden zu viele, teilweise kontra-indizierte oder gar nicht mehr notwendige Arzneimittel erhalten. Dies deckt

sich auch mit den Feststellungen des anderen großen Verbandes für private Anbieter von Pflegeeinrichtungen, dem VDAB (Birther, VDAB Durchblick 2/2009, S. 16, 17). Hier wird u.a. konstatiert, dass Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen häufig zu viele Medikamente durch unterschiedliche Ärzte verordnet bekommen und es daher zu einer großen Anzahl von (überflüssigen) Krankenhauseinweisungen käme mit gravierenden Folgen für die Bewohner (körperliche Belastung) und Krankenkassen (finanzielle Belastung). Auch die Erhebungen zur medizinischen Versorgung in Pflegeheimen gehen von dem beschriebenen Zusammenhang zwischen unnötiger oder nicht paßgenauer Medikamentenversorgung und der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen aus (vgl. Hallauer u.a. SÄVIP, 2005, 47; Rothgang u.a. GEK-Pflegereport 2008, 247, 252).

Eine weitere Erschwernis gerade bei der hausärztlichen Betreuung stellt - zumindest aus der Sicht der Einrichtung – der Umstand dar, dass eine Vielzahl von unterschiedlichen Ärzten die Versorgung übernimmt. Dieses kann zu nicht unerheblichen Koordinierungs- und Abstimmungsproblemen führen (vgl. Hallauer SÄVIP, 2005, S. 46; ebenso Experteninterview mit Herrn Franke und Frau Werner, SWP Aschersleben: 250 Bewohner werden von rund 40 Hausärzten versorgt – und dies in einer kleinstädtischen Region).

Trotz jahrelanger Praxis kommt es auch immer wieder zu Schwierigkeiten hinsichtlich der Dokumentation der ärztlichen Leistungen durch die Ärzte in der Pflegedokumentation der stationären Einrichtung (insb. Experteninterview mit Frau Sonnenberg, Leitung zentrales Qualitätsmanagement VitanaS). Die Pflegeeinrichtung hat dabei – wie unter 4.2.1 dargelegt – die rechtliche Verpflichtung, die Anordnung von behandlungspflegerischen Leistungen, wie Wundversorgung, aber auch die Anordnung und Dosierung von Medikamenten, vom Arzt abzeichnen zu lassen. Die Zusammenarbeit der Pflege mit den Ärzten unterliegt dabei der Überprüfung durch die Pflegekassen entsprechend den Vorgaben der Richtlinie der Spitzenverbände über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinie - QPR) vom 30.06.2009. Aus Sicht der Pflege ist das Handeln der Ärzte fachlich notwendige Voraussetzung, welche darüber hinaus der Kontrolle durch die Pflegekassen unterliegt.

Die Ärzte wissen hierum, räumen auch Umsetzungsschwierigkeiten von ihrer Seite ein. Diese werden unterschiedlich begründet. Vom Grundsatz sehen sich viele Ärzte nur ihrer eigenen Praxisdokumentation verpflichtet oder sie vertreten die Auffassung, dass Bereitschaft zur Dokumentation in der Pflegeeinrichtung bestünde, die Umsetzungsprobleme aber im Wesentlichen durch die Pflegeeinrichtungen verursacht werden würden. So berichtet ein Experte, ein stationäre Pflegeeinrichtungen versorgender niedergelassener Allgemeinarzt, dass die Auseinandersetzung mit der Dokumentation der Heime immer wieder zu Irritationen auf seiner Seite führen würde (vgl. Experteninterview mit Dr. Reiss). Nicht nur, dass jedes Heim eine andere Dokumentenvorlage nutzen würde; vielfach wären die Vorlagen aus ärztlicher Sicht nicht logisch aufgebaut und es wäre daher umständlich, die notwendigen Informationen zu finden. So seien Blutdruck, Blutzuckerwerte etc. auf jeweils eigenen Blättern verzeichnet. Bedauerlicherweise wären in den Stationen nicht immer kompetente Pflegefachkräfte anwesend. Der Informationsaustausch hinge damit stets vom Einzelfall ab. Er sei daher dazu übergegangen, seine Arzthelfer zu schulen und sich hierüber die für ihn erforderlichen Informationen zu beschaffen. Diese Tendenz wird auch von den befragten Experten aus der Pflege bestätigt (vgl. Herr Franke / Frau Werner, SWP Aschersleben) und steht in Übereinstimmung mit neuen Entwicklungen, wonach die geplante und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Entwurf ausgearbeitete Heilkundeübertragungsrichtlinie, zunächst im Rahmen eines Modellversuchs, die Arzthelfer den Pflegeberufen gleichstellen will (vgl. CAREkonkret 27.05.2011, S. 11) bzw. im Modellvorhaben AgnES, bei dem ausdrücklich Arzthelfer anstelle von Ärzten eingesetzt werden (Berg, Ärzteblatt 2009, S. 3-9).

Seitens der Pflege wird aber durchaus darauf hingewiesen, dass die Ärzte in Bezug auf die Versorgung für in Pflegeeinrichtungen spezifischer Diagnosen, wie z.B. der Wundpflege, vielfach nicht wirklich kompetent seien und qualifizierte Vorschläge der Pflegekräfte ablehnten (vgl. Umfrage zur Wundversorgung und Schmerzmanagement in der ambulanten Pflege, CAREkonkret 28.01.2011, S. 11 wie auch Birther, VDAB Durchblick 2/2009, S. 16, 17, die auf die fehlende fachliche Wertschätzung der Ärzte gegenüber den Pflegekräften im allgemeinen hinweist; ebenso Experteninterview mit Frau Sonnenberg, ZQM Vitanas).

Eine Lösung dieses Konflikts ist bei bestehender Rechtslage schwierig, da die Verordnung der durchzuführenden (behandlungspflegerischen) Maßnahmen ausschließlich beim Arzt liegt, und ein unabhängiges Handeln der Einrichtung zumindest rechtlich ausgeschlossen ist. Die Pflegeeinrichtung müsste auf den Pflegebedürftigen einwirken und diesen zu einem Arztwechsel überreden, wenn der behandelnde Arzt den fachlichen Austausch unterbindet.

4.2.3 Zusammenfassung

Die Defizite in der ärztlichen Versorgung von Menschen in stationären Einrichtungen lassen sich gegenwärtig weniger auf die Anzahl der Arztkontakte zurückführen, sondern vorrangig auf die strukturelle Ausgangssituation. Weil stationäre Pflegeeinrichtungen und Ärzte strukturell getrennt von einander agieren und dabei fachlich unterschiedliche Interessen verfolgen, sind Schnittstellenprobleme die logische Folge. Es fehlen in der bestehenden Aufgabenteilung zwischen Arzt und Pflege rechtlich bedingt strukturell vorgegebene Übergänge und Finanzierungszuweisungen gerade auch für die Bewältigung der Schnittstellen, wie z.B. das Problem der begleiteten Facharztbesuche.

In der Praxis treten offenbar zudem beidseitig Kommunikationsschwierigkeiten etwa auch über die erforderlichen Informationen und der Dokumentation auf. Mit zunehmender Professionalisierung der Pflege kommen fachliche Auseinandersetzungen hinzu. Eine zentrale Stellung nimmt dabei die medizinische Behandlungspflege ein, bei der der Arzt die Diagnose stellt und die Maßnahme anordnet, die durch die Pflegekräfte der stationären Einrichtung durchgeführt werden sollen. Konkrete Beispiele für die Schnittstellenproblematik sind fachlich insbesondere das Medikamentenmanagement und die Wundversorgung.

4.3 Prognose der Entwicklung

Nachfolgend ist darzustellen, was sich für die stationäre Pflege verändern wird und was dies für die ärztliche Versorgung im Pflegeheim bedeutet. Bei dieser Bestandsaufnahme ist sowohl die Seite der (zukünftigen) Leistungsbezieher, somit der Pflegebedürftigen, wie auch die der Leistungserbringer, somit der stationären

Pflegeeinrichtung, aber auch der ambulanten Versorgung durch die Ärzte vorzunehmen.

4.3.1 Die Leistungsbezieher (Pflegebedürftige)

Aufgrund der demographischen Entwicklung, aber auch aus versorgungsstrukturellen Gründen wird der Bedarf an Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (Kontaktgespräche, 2008, S. 10, 11) wie ohnehin der pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ansteigen. Diese Prognose beruht auf der Annahme, dass bedingt durch das Ansteigen der Lebenserwartung es zu einer starken Zunahme des Anteils der über 65 jährigen von 18 % (Stand 2004) auf 22 % im Jahr 2030 und 30 % im Jahr 2030 kommen wird (Stanowsky u.a.- Research Allianz Group 2004, S. 4). Damit wird auch der Anteil der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung stark zunehmen. Dies beruht auf dem Erfahrungswert, dass schon heute bei den über 80jährigen der Anteil der Pflegebedürftigen bei 31,8 Prozent liegt (Preusker 2008, Rdnr. 435). Nimmt also der Anteil an Hochbetagten in der Bevölkerung weiter zu, so gilt dies auch für den Anteil der Pflegebedürftigen. Eine Studie zur zukünftigen Entwicklung der Pflege aus dem Jahr 2007 geht davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2020 um 50 % auf 2,7 Millionen, bis zum Jahr 2050 sogar auf 4,7 Millionen anwachsen wird (Preusker 2008, Rdnr. 270 mit Verweis auf Schnabel 2007).

Aber nicht nur die Anzahl der Pflegebedürftigen wird in naher Zukunft ansteigen. Es wird weiter davon ausgegangen, dass auch immer weniger Pflegebedürftige von ihren Angehörigen versorgt werden können. Als Grund hierfür wird die sich verändernde Gesellschaftsstruktur benannt, die sich in einem Anstieg an kinderlosen Haushalten und Single-Dasein äußert (vgl. Preusker 2008, Rdnr. 270 mit Verweis auf Schnabel 2007). Hinzu treten vermutlich die zunehmende Globalisierung der Arbeitswelt und das damit verbundene (regionale) Auseinanderdriften der Familien. Eine solche Entwicklung hat zur Folge, dass in Zukunft voraussichtlich auf einen Pflegebedürftigen immer weniger Angehörige kommen. Dies bedingt, dass immer mehr Menschen der professionellen Versorgung bedürfen. Möglicherweise entspricht die Nachfrage nach professioneller Versorgung auch einem bezogen auf andere Bereiche bestehenden Trend zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe i.S. einer Veränderung im Selbstverständnis.

4.3.2 Die Leistungserbringer („Versorger“)

4.3.2.1 Die stationäre Pflege

Rein von der Annahme des zukünftigen Anstiegs der Pflegebedürftigen stellt sich die Prognose für die Anbieter professioneller Pflege positiv dar. Es wird – anders als im Bereich der stationären Krankenhausbehandlung – von realen Wachstumsraten von jährlich 3 % ausgegangen (vgl. Preusker 2008, Rdnr. 270 mit Verweis auf Schnabel 2007). Dies hätte auch Auswirkungen auf den Bedarf von weiteren vollstationären Betten. Der Pflegemarkt gilt dabei im Vergleich zu Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken als der Markt, der durch die Errichtung neuer Pflegeeinrichtungen und nicht nur durch die Übernahme bereits vorhandener Einrichtungen wachsen wird (Preusker 2008, Rdnr. 435 ff.). Es wird dabei von einem zusätzlichen Bedarf von bis zu 300.000 Pflegebetten bis zum Jahr 2020 ausgegangen.

Politisch wird allerdings versucht, dieser Tendenz der Zunahme an stationären Betten entgegenzuwirken. Für den Bereich der Eingliederungshilfe ist die Ambulantisierungstendenz zumindest bezogen auf einzelne Bundesländer bereits gelungen. Der stetige Rückgang von vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe wird u.a. auf den damit zusammenhängenden Druck des Kostenträgers zurückgeführt (vgl. Best in: NDV 2008, S. 335, 338). Die zunehmende Ambulantisierung der Leistungen der Eingliederungshilfe hat dabei vermutlich ihren Grund nicht nur in dem zunehmenden personenbezogenen Ansatz der Eingliederungshilfe, sondern auch im Bestreben des hierfür originär zuständigen Kostenträgers, andere Kostenträger, insbesondere auch die gesetzlichen Krankenkassen, vorrangig zur Kostenübernahme bestimmter Leistungen zu verpflichten. Der Gesetzgeber hat mit Stärkung des teilstationären Bereichs (Tagespflege) durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PWG) zum 01.07.2008 erneut das politische Programm „ambulant vor stationär“ i.S.v. § 3 SGB XI zum Ausdruck gebracht. Ob der Zuwachs der professionellen Pflege dadurch tatsächlich wie prognostiziert im stationären Bereich erfolgt, ist fraglich.

Ungeachtet dessen wird man wohl die sichere Prognose aufstellen können, dass sich die stationäre Pflege zukünftig auf Schwerstpflegebedürftige konzentrierten

wird, weil deren Versorgung im häuslichen Bereich gerade wegen zunehmenden Fehlens von unterstützenden Angehörigen auch unter pflegfachlichen Gesichtspunkten schwierig oder unmöglich ist. Auch heute schon ist das Wahlrecht (ambulant oder stationär) der Pflegebedürftigen zumindest nach den Grundsätzen der Sozialhilfe gem. § 9 Abs. 2 SGB XII beschränkt, wenn eine hohe (stationäre) Pflegestufe erreicht wird. Stationäre Pflege ist nach heutiger Maßgabe bezogen auf hohe Pflegestufen in der Regel günstiger als die ambulante Versorgung. Dies hängt insbesondere mit zwei Besonderheiten der vollstationären Pflege nach dem SGB XI zusammen: Zum einen ist die Behandlungspflege im Regelfall Teil der Vergütung und ist damit keiner gesonderten Abrechnung etwa gegenüber den Krankenkassen zugänglich. Insoweit besteht eine Deckelung der Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung – eine gesetzliche Vorgabe, die im Bereich der stationären Eingliederungshilfe i.S. des SGB XII zunehmend bestritten wird. Darüber hinaus sind die für die vollstationäre Pflege zu entrichtenden Entgelte insgesamt pauschaliert: einmal für die Pflegekassen über die Beschränkung auf die von der Pflegestufe abhängige Zahlung der Pauschalen gem. § 43 SGB XI und über die mit den Pflegekassen zu vereinbarenden Entgelte, die in der Differenz zu den Pflegepauschalen den Eigenanteil der Pflegebedürftigen ausmachen. Die Kosten für die Pflegeversicherung wie komplementär der Eigenanteil des Selbstzahlers sowie im Bedarfsfall des Sozialhilfeträgers sind somit in der vollstationären Pflege bei Schwerstpflegebedürftigen geringer als in der ambulanten Pflege, bei der – wie unter Ziff. 4.1.1 dargelegt – eine leistungsbezogene Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt. Sofern nicht die wie vom Sachverständigenrat empfohlene bisher nicht erfolgte ausschließliche Dynamisierung der Pflegepauschalen für die ambulante Pflege erfolgt (vgl. Sachverständigengutachten 2005, Rdn. 89, 91), ergibt sich aus diesem Kostengefälle ein Kostenvorteil für die vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Der Anstieg des Bedarfs an professioneller Pflege geht einher mit einem erhöhten Bedarf an Pflegekräften. Es wird insoweit eine Steigerung von den derzeit 545.000 Vollzeit-Beschäftigten in der Pflege auf eine Million im Jahr 2030 im Pflegesektor prognostiziert (vgl. Preusker 2008, Rdnr. 270, 457 mit Verweis auf Schnabel, Reinhold: Zukunft der Pflege 2007). Die aktuelle Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes aus Februar 2011 für den Zeitraum 2009 belegt im Vergleich

zu 2007 sowohl einen Anstieg der Pflegebedürftigen insgesamt um 4,1 % wie auch des Pflegepersonals i.H.v. 13,9 % im ambulanten Bereich und um 8,3 % im stationären Bereich (Pressemitteilung des bpa vom 23.02.2011, Nr. 08/11).

Dem steht schon heute ein Fachkräftemangel gegenüber (Pressemitteilung des bpa vom 10.10.2011 (Nr. 47/11)). Danach kommt bereits heute auf drei unbesetzte Stellen in der Altenpflege nur eine arbeitssuchende Pflegefachkraft. Darüber hinaus sind nach vielfacher Auffassung viele Pflegekräfte (auch) heute nicht gut genug ausgebildet, dass sie im Gebiet der Altenpflege fachlich zuverlässig Aufgaben - insbesondere der Behandlungspflege - übernehmen könnten (vgl. CAREkonkret 27.05.2011, S. 11).

4.3.2.2 Die Ärzte in der ambulanten Versorgung

Die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird insbesondere deswegen mit Sorge gesehen, weil aufgrund eines vermuteten, sich in Zukunft noch ausweitenden Ärztemangels eine weitere Verschlechterung der Situation befürchtet wird. Doch besteht tatsächlich ein Ärztemangel?

Die statistischen Angaben bestätigen einen gegenwärtigen Ärztemangel nicht. Danach ist die absolute Anzahl der Ärzte vielmehr seit 1997 bis 2009 kontinuierlich gestiegen: von 283.000 (1996) auf 311.000 (2006) und 325.945 (2009) (Preusker 2008, S. 283 unter Verweis auf die Angaben des Statistischen Bundesamtes von 2007; Angaben der Bundesärztekammer zum Stand 31.12.2009). Gleichzeitig wird ein Ärztemangel bei der Stellenbesetzung konstatiert (z.B. Rudzio, in „die Zeit“, 29.09.2011, S. 26³). Die Interpretation erfolgt entsprechend der jeweiligen Interessensausrichtungen unterschiedlich.

Das *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) hat noch in dem BMG-Papier „Zahlen und Fakten zur Situation der Ärzteschaft“ vom 18.01.2006 einen Ärztemangel in Deutschland verneint, wenn auch eingeräumt wurde, dass Risiken für die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum in Ostdeutschland bestehen. So wurde auf deutliche regionale Unterschiede in der Arztdichte insgesamt verwiesen. Bezogen auf 2004 wird von einer Versorgung von 269 Bewohnern pro berufstätigen Arzt ausgegangen. In Hamburg soll das Verhältnis 184 Bewohner auf einen Arzt

³ Hiernach kommen 0,9 arbeitslose Ärzte statistisch gerechnet auf eine offene Stelle.

betragen, in Brandenburg dagegen 331 Einwohner auf einen Arzt. Da bei insgesamt steigender Anzahl der Ärzte die Anzahl der Bevölkerung gleich geblieben wäre, ergibt sich im ambulanten Bereich hiernach eine geringere Anzahl an zu versorgenden Personen je Arzt. Auch bezogen auf die Arztkontakte sah das BMG für 2004 im Vergleich zu 2003 ein Rückgang von 6,6 Arztkontakten in 12 Monaten auf 6,1. Für den Zeitraum 1992 bis 2003 wird aber ein um 4 % erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten gesehen. Insgesamt räumte das BMG ein, dass der Großteil dieses Anwachsens der niedergelassenen Ärzte mit 40 % auf die Fachärzte entfallen ist, während die Zahl der Hausärzte um 5 % gesunken sei.

Auch für die Zukunft wurde vom BMG kein Rückgang der Arztzahlen prognostiziert. Der Zugang zum Arztberuf, somit die Anzahl der Studenten und Absolventen (mit regelmäßig 9.000 im Jahr) wird vielmehr als kontinuierlich mit leicht steigender Tendenz beurteilt, die Abbrecherquote mit 10 % als besonders niedrig. Ähnliche Auffassungen werden insbesondere auch von den Vertretern der *Krankenkassen* vertreten (Richter-Kuhlmann, *Ärzteblatt* 2010, 107 (36): A-1670).

Die *Bundesärztekammer* hat diese Interpretation der Zahlen durch das BMG scharf kritisiert (Prof. Dr. Hoppe: Zum BMG-Papier „Zahlen und Fakten zur Situation der Ärzteschaft“, 18.01.2006). Hiernach ließe das BMG bei der Aufbereitung die überdurchschnittlichen Arbeitszeiten der Ärzte und die vielfach nicht abgerechneten Überstunden außer Betracht. Auch bleibe unberücksichtigt, dass schon innerhalb von 5 Jahren, somit bis 2010, ein Ersatzbedarf von über 40.000 Ärzten notwendig würde. Hiervon würden 30.000 Ärzte auf die ambulante Versorgung entfallen. Dies sei auch nicht mit dem Nachwuchs an Medizinstudierenden zu kompensieren. Die Bundesärztekammer prognostizierte, dass 20 % der Medizinstudierenden sich nach dem Medizinstudium gegen eine kurative Tätigkeit in Deutschland entscheiden und eine Tätigkeit im Ausland oder in medizinnahen Berufsfeldern erwägen (vgl. Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 27.08.2009: Hoppe: „Den Weg in den Arztberuf wieder frei machen“). In einer weiteren Studie im Auftrag der Bundesärztekammer, welches sich mit dem Paradoxum – Ärztemangel bei steigenden Arztzahlen, befasst (Kopetsch 2010, S. 80 ff, 141). Hiernach wird in den statistischen Auswertungen insbesondere nicht in ausreichender Weise das tatsächliche Arbeitsvolumen bewertet, welches aufgrund veränderter (kürzerer) Arbeitszeiten wie auch der „Feminisierung“ des Arztberufs

nicht mehr mit der absoluten Anzahl der Ärzte gleichgesetzt werden könne. Auch die zunehmende Abkehr von der kurativen Tätigkeit des Mediziner Nachwuchses wie auch der Anstieg auf eine ärztliche Tätigkeit im Ausland wird hervorgehoben (Kopetsch 2010, S. 120, 124, 142 ff.).

Auch in der *Literatur* wird von einem zukünftigen Ärztemangel ausgegangen; dieser bezieht sich allerdings vorrangig auf die Allgemeinmedizin (vgl. Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 153; Fuchs, 2003 in: Gesundheitsversorgung und Disease Management S. 47, 48). Der Bedeutungsverlust der Allgemeinmedizin beziehungsweise der hausärztlichen Steuerungsfunktion und der generelle Facharztüberhang habe direkte Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem, da dadurch in vielen Fällen der vorschnelle Einsatz von technisch-apparativen Instrumenten und Medikamenten einhergehe (Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 153).

Für die Versorgung von vollstationären Pflegeeinrichtungen kann aus dem genannten Zahlenmaterial zunächst die wohl unstrittige Schlussfolgerung gezogen werden, dass die zukünftige hausärztliche Versorgung ein Problem darstellen wird. Es besteht die Vermutung, dass dies darin begründet ist, weil diese „Berufssparte“ von zukünftigen Ärzten als wenig attraktiv eingestuft wird, zum einen finanziell wie auch fachlich. Die Unterversorgung droht dabei schwerpunktmäßig auf dem Land, in Ostdeutschland noch mehr als in Westdeutschland.

Auch unter anderen strukturellen Gesichtspunkten deutet sich eine grundlegende Änderung des Arztberufs an: Das Berufsbild des niedergelassenen Arztes ist zwar nach wie vor ganz überwiegend durch den Freiberufler in eigener Praxis geprägt (vgl. Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 120, 125). Durch die Einführung der so genannten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gem. § 95 SGB V im Jahre 2004 ist die Möglichkeit geschaffen worden, Ärzte als Angestellte in dieser Art von Praxen zu beschäftigen. Insgesamt wird ein Trend zur Zunahme der Angestelltenverhältnisse in der ambulanten Versorgung gesehen (vgl. Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 120, 125; Richter-Kuhlmann, Ärzteblatt 2010, 107 (36): A-1670). Bei den MVZ nimmt hiernach die Anzahl der Vertragsärzte bereits einen verschwindend geringen Anteil ein (Preusker 2008, S. 232 nennt für das 4. Quartal 2007 71 % an angestellten Ärzten). Es ist zu vermuten, dass der Trend zum Angestelltenverhält-

nis daher herrührt, dass Ärzte die (zusätzlichen) Anforderungen der Freiberuflichkeit und das damit verbundene finanzielle Risiko nicht mehr selbstverständlich suchen. Auch die nach offiziellen Angaben der Bundesärztekammer benannten Länder, in denen deutsche Ärzte vorzugsweise tätig sind, wie Großbritannien, Schweden und Norwegen (vgl. Pressemeldung der Bundesärztekammer vom 22.07.2010), zeichnen sich durch „Staatsmedizin“ aus, d.h. die Ärzte befinden sich dort in einer Art staatlichem Angestelltenverhältnis.

Die Distanz zur Freiberuflichkeit würde für sich genommen die Versorgung in Pflegeeinrichtungen nicht gefährden. Aber gerade die ärztlichen Zusammenschlüsse sind auch Ausdruck für die Ökonomisierung der ärztlichen Dienstleistung und führen zu einem „Dienstleister neuer Prägung“. Diese Entwicklung drückt sich u.a. aus in dem Drang zur Kooperation von Spezialisten in unterschiedlichen Gesellschaftsformen und einer Erweiterung des Ertragsfelds durch Teilnahme am Vertrieb von Gesundheitsprodukten und der zunehmenden Tendenz zur wunscherfüllenden Medizin, bei der jenseits der ärztlichen Indikation das Begehren, nicht mehr das Bedürfnis im Vordergrund steht (vgl. Laufs 2009, S. 9, 13). Angesichts gestiegener apparativer und personeller Kosten hat somit schon heute das ökonomische Kalkül bei der zulassungs- und gesellschaftsrechtlichen Etablierung und bei der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit eine vordem nicht gekannte Bedeutung gewonnen (vgl. Laufs 2009, S. 9, 19). Bei aller „Kassenplanwirtschaft“ agiert der Arzt zunehmend als konkurrierender und werbender Teilnehmer auf einem kapitalistischen Markt für Gesundheitsleistungen. Es ist gegenwärtig nicht davon auszugehen, dass in Zukunft eine Rückbesinnung erfolgt. Vielmehr bieten die neuen Ausübungsformen über die vorgegebenen Budgets die Möglichkeit der Ausschöpfung weiterer finanzieller Interessen.

Gerade die Ökonomisierung des Arztberufs korrespondiert mit der bereits festgestellten Tendenz der Entwicklung des Arztberufs, die die (zukünftige) ärztliche Versorgung schwerstpflegebedürftiger Bewohner in stationären Einrichtungen gefährdet. In Hinblick darauf, dass es für die Regelbetreuung abgesehen von vereinzelter fachärztlicher Betreuung, eher der Versorgung durch Allgemeinärzte bedarf, ohne besonderer Apparatedizin, aber mit Zeit für Kommunikation, Abstimmung und Kompetenz bezogen auf grundpflegerische Vorgänge, dürften Zweifel er-

wachsen, dass es sich um ein zukünftig bevorzugtes ärztliches Arbeitsfeld handeln wird. Vielmehr lässt sich die Prognose aufstellen, dass es sogar noch zu einer Verschlechterung der Situation kommt.

Die Frage der finanziellen Vergütung sowohl für den behandelnden Arzt wie für das begleitende Heim steht somit für die Sicherung der ärztlichen Versorgung von Schwerstpflegebedürftigen deutlich im Vordergrund.

4.4 Diagnose / Prüfkatalog

Der gegenwärtige Befund bezogen auf die ärztliche Versorgung der stationären Pflege stellt sich in Hinblick auf die ausgeführten rechtlichen wie faktischen Gegebenheiten zusammengefasst wie folgt dar:

- Es bestehen getrennte Rechtskreise der Versorgung durch den Arzt einerseits und der Pflegeeinrichtung andererseits. Daher existiert keine strukturell angelegte „organisierte“ Zusammenarbeit;
- Damit erwächst die Gefahr einer nicht optimalen Abstimmung und von Versorgungsrisiken. Dies wird besonders deutlich am Beispiel Medikamentenversorgung und Wundmanagement;
- Somit bestehen für die Pflege(einrichtung) wenig steuerbare „Prozesse“ im Sinne der Systemsteuerung und damit inzident auch Haftungsrisiken;
- Es besteht die Gefahr der Manifestation einer defizitären haus- und wohl auch fachärztlichen Betreuung, vermutlich vorrangig wegen der Unattraktivität des ärztlichen Arbeitsfelds, fachlich wie finanziell. Dem steht gegenüber, dass die stationäre Pflegeeinrichtung keine Vergütung über den Pflegegesetz nach SGB XI für die ganz überwiegend erforderliche Übernahme der Organisation und Begleitung der für beim Arztkontakt zu erfüllenden Aufgaben erhält.

Woran fehlt es für eine optimale ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen genau, damit die Möglichkeit der Inanspruchnahme höherer fachlicher Qualität der Versorgung besteht? Aus der bisherigen Analyse ergeben sich folgende Kriterien, die als Referenzwerte für die Wirksamkeit der neuen Versorgungsformen herangezogen werden sollen:

Kriterium 1: Es wird per Gesetz eine Zusammenarbeit als Organisationsform bereitgestellt (institutionelle Einbindung). Damit wird sichergestellt, dass die Kooperation rechtlich erlaubt ist und gleichzeitig verpflichtende (neue) Regeln für die Zusammenarbeit bestehen. Dies ermöglicht die Überwindung bisher bestehender Einschränkungen.

Kriterium 2: Die Organisationsform unterliegt zumindest auch der Steuerung durch die stationäre Pflegeeinrichtung. Damit soll sichergestellt werden, dass die Interessen der Pflegeeinrichtung tatsächlich Berücksichtigung finden. Ziel ist die Mitgestaltung von Form und Inhalten sowie die Möglichkeit der eigenen Schwerpunktsetzung.

Kriterium 3: Die Organisationsform führt zu einer inhaltlich-fachlich strukturierten Zusammenarbeit der medizinischen und pflegerischen Versorgung auf Augenhöhe, ausgedrückt insbesondere durch abgestimmte Bewohnerbetreuung (Visitenhäufigkeit), Dokumentation, Handlungsleitpfade sowie organisierten Austausch.

Kriterium 4: Die Organisationsform beinhaltet eine gesicherte, und im Idealfall zufrieden stellende Finanzierung der ärztlichen Leistungen im Heim bezogen auf den Arzt und bezogen auf die Pflegeeinrichtung.

5. Formen der Verknüpfung von pflegerischen mit ärztlichen Leistungen

5.1 Überblick / Eingrenzung

Vom Grundsatz sind (wenigstens) zwei diametral unterschiedliche Ansätze denkbar: Wenn die Ärzte nicht mehr die Versorgung der Schwerstpflegebedürftigen umfassend übernehmen können oder wollen, so muss die Möglichkeit geschaffen werden, dass diese durch die Pflegekräfte selbst erfolgen kann (fachlich) und darf (rechtlich). Dies macht eine Verbesserung oder sogar Ausweitung der Ausbildungsinhalte der Pflegeberufe erforderlich wie auch die Schaffung von Rahmenbedingungen, die insoweit auch rechtliche Sicherheit schaffen, wenn bisher vorrangig dem Arzt zugeordnete Aufgaben durch Pflegekräfte ausgeübt werden. Ansatzpunkt ist hierbei die Ausweitung der Delegationsbefugnisse des Arztes auf das

Pflegepersonal im Rahmen der Behandlungspflege bzw. als weitergehender Schritt die Substitution bestimmter ärztlicher Aufgaben insgesamt auf das Pflegepersonal⁴.

Mit dem PWG 2008 ist durch § 63 SGB V mit Abs. 3 b und 3 c die Möglichkeit der Durchführung von Modellvorhaben ergänzt worden, wonach Kranken- und Altenpflegekräfte berechtigt sein sollen, Verordnungen von Verbands- und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung und deren Dauer vorzunehmen. Nach § 63 Abs. 3 c SGB V besteht sogar noch die weitere Möglichkeit im Wege von Modellvorhaben, die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten i.S.v. selbständiger Ausübung von Heilkunde zuzulassen. Ziel ist es, die bereits bestehenden, und vielfach nicht ausgenutzten Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen auf nicht ärztliche Heilberufe auszudehnen. Insbesondere für den ländlichen Raum soll hierdurch dem sich abzeichnenden Hausarztmangel begegnet werden (BT-Drs. 16/7439, S. 96, PWG zum 01.07.2008). Ein solches Vorhaben ist in Thüringen im Jahr 2011 durch die AOK gestartet (vgl. Pressemitteilung des bpa, Landesgeschäftsstelle Thüringen 04.04.2011 (Nr. 16/11) zur Einführung der Versorgungsassistenten – VERAH). Hiermit sollen auf besonders qualifizierte Pflegekräfte „hausarztentlastende“ Leistungen in der Häuslichkeit an immobilen Patienten übertragen werden. Ein ähnliches Modellvorhaben ist 2005 in Mecklenburg-Vorpommern entwickelt worden (vgl. Arztentlastende, gemeindenaher, E-Health-gestützte, Systemische Intervention - AgnES). Hiernach können hausärztliche Krankenbesuche und medizinische Tätigkeiten an qualifizierte Mitarbeiter delegiert werden und damit ein größerer Patientenstamm, gerade im ländlichen Bereich versorgt werden (Berg, Ärzteblatt 2009, S. 3-9).

Zur Umsetzung des §§ 63 Abs. 3 a und 3 b SGB V ist aktuell die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgearbeitete Heilkundeübertragungsrichtlinie entwickelt worden, wonach zunächst im Rahmen eines Modellversuchs 40 an sich ärztliche Tätigkeiten bestimmt wurden, die auf Pflegefachkräfte übertragen werden können (vgl. CAREkonkret 27.05.2011, S. 11, bpa Pressemitteilung vom 21.10.2011 (Nr. 49/11)).

⁴ Dieser Ansatz wird insbesondere von den Experten aus dem Pflegebereich gefordert (vgl. Experteninterview mit Frau Lengefeldt, Altenpflegeschule Norderstedt, IBAF, Frau Sonnenberg, ZQM Vitanas)

Der Vorteil eines solchen Ansatzes der weitergehenden Übertragung von ärztlichen Aufgaben auf Pflegekräfte besteht darin, dass hierdurch die grundsätzlichen Fragen des Gesundheitssystems weder bezogen auf die Versorgungsstruktur (ambulant oder stationär) noch bezogen auf die Finanzierung berührt würden. Hierin besteht gleichzeitig auch der Nachteil eines solchen Ansatzes. Auch enthebt die weitergehende Delegation von Leistungen nicht von dem grundlegenden Problem der Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, weil die Diagnose nach wie vor dem Arzt vorbehalten bleibt.

Für den vollstationären Bereich ist solcher Ansatz zudem insoweit problematisch, als – anders als beim ambulanten Pflegedienst – dem Hinzukommen weiterer Leistungen zumindest nach gegenwärtigem Rechtsstand kein Anwachsen der Vergütung gegenübersteht. Die Leistungen der Behandlungspflege sind wie dargelegt Teil des bestehenden Leistungskatalogs und können nicht gesondert mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Die andere Möglichkeit besteht darin Rahmenbedingungen zu schaffen, die es für die Ärzte finanziell wie auch fachlich interessanter machen, Pflegeeinrichtungen kontinuierlich zu betreuen, und die darüber hinaus die fachlich-inhaltliche Kooperation von verschiedenen Versorgungsformen stärken. Dies ist der Ansatz der so genannten neuen Versorgungsformen, die seit 1990 Eingang in das System der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) gefunden haben. In Hinblick auf die damit verbundenen grundsätzlichen Fragestellungen soll nachfolgend auf diese Arten der Versorgungsformen eingegangen werden.

5.2 Managed Care

5.2.1 Begriffsbestimmung

Ausgangspunkt der Entwicklung der so genannten neuen Versorgungsformen (auch Managed Care) war zum einen fachlicher Art. Es sollten Versorgungsgänge bzw. Versorgungsbrüche überwunden werden. Darüber hinaus erhoffte sich der Gesetzgeber durch die Schaffung eines parallelen Angebotssystems („aliud“) einen Wettbewerb der Versorgungsformen und damit die Aufdeckung von Wirtschaftlichkeitsreserven (Quaas / Zuck 2008, S. 171). Im Vordergrund stand zu-

nächst ausschließlich die ärztliche Versorgung, die dann zunehmend auf andere Versorgungsbereiche erweitert wurde.

Zum besseren Verständnis der nachfolgend untersuchten Versorgungsformen ist kurz die gesetzliche Entwicklung nachzuvollziehen (vgl. hierzu auch Quaas / Zuck 2008, S. 171 f. sowie Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 252 ff, insb. Tabelle 61, S. 254).

Zunächst wurde durch das GRG 1989 die Möglichkeit der Erweiterung der ärztlichen ambulanten Behandlung auf Krankenhäuser im Wege der Ermächtigung geschaffen (§ 116 SGB V). Dies wurde begleitet durch ebenfalls erstmalige Ermöglichung der ambulanten Behandlung durch Poliklinische Institutsambulanzen der Hochschulen (§ 117 SGB V), der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung durch ermächtigte psychiatrische Krankenhäuser (§ 118 SGB V), der ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern durch sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) und die teil- oder vollstationäre Behandlung von Patienten durch Belegärzte (§ 121 SGB V). Bei der Ermächtigung ging es (noch) nicht um die Integration von Versorgungsabläufen im eigentlichen Sinne, sondern eher darum, unter welchen Bedingungen ambulante und stationäre Leistungserbringer im jeweils „anderen Revier wildern“ dürfen (Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 253). So waren andere als ambulante Leistungserbringer nur subsidiär zur Leistung berechtigt, wenn die Vertragsärzte ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllen konnten (§ 116 SGB V i.V.m. § 31 Ärzte-ZV).

Mit dem 2. NOG 1997 wurden die Möglichkeiten der Krankenkassen, zu neuen Versorgungsformen zu gelangen, über so genannte Modellvorhaben (§ 63 ff SGB V) und so genannte Strukturverträge (§ 73 a SGB V) erheblich erweitert. Dadurch konnte Krankenbehandlung, die im SGB V nicht vorgesehen ist, modellweise bezahlt werden. Die Strukturverträge waren zunächst noch begrenzt auf den Aufbau von dauerhaften Praxisnetzen, im Kern von niedergelassenen Ärzten über den schon bisher geübten Zusammenschluss von Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften hinaus, allerdings zunächst noch unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Als Weiterentwicklung hieraus wurden mit dem GKV-GRG 2000 die „integrierte Versorgung“ in den §§ 140 a bis d SGB V geschaffen. Diese Versorgungsform sollte es ermöglichen, verschiedene leistungssektorenübergreifende Versorgungen der Versicherten zu ermöglichen. Im Zentrum stand hierbei zunächst die Aufhebung der bis dahin starren Aufgabenverteilung zwischen ambulanter und stationärer Krankenbehandlung. Damit sollte ein wesentlicher Schwachpunkt des Versorgungssystems beseitigt werden (Quaas / Zuck 2008, S. 172 unter Bezugnahme auf die Gesetzesbegründung BT-Drs. 14/1245, S. 96). Die Integrierte Versorgung (IV) sollte dies durch Veränderung der Versorgungsstruktur (koordiniert und sektorübergreifend) sowie hierdurch bedingt der Vermeidung von Doppeluntersuchungen erreichen (vgl. Preusker 2008, S. 118).

Diese Möglichkeit wurde vom Gesetzgeber mit weiteren Gesetzesnovellierungen wie etwa der Einführung des Disease Managements gem. § 137 f bis g SGB V 2002 zur sektorübergreifenden leitlinienbasierten (ärztlichen) Versorgung von chronischen Erkrankungen erweitert. Mit dem GKV-GMG 2004 wurden bestimmte bisher als Hemmnis begriffene Regelungen der Integrierten Versorgung neu gefasst. Insbesondere wurde nunmehr auf bundeseinheitliche Rahmenverträge verzichtet. Auch wurde die integrierte Versorgung grundsätzlich außerhalb des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen gestellt. Damit kam der Versorgungsform der integrierten Versorgung endgültig die Bedeutung als eigenständiges Parallelangebot zu.

Mit dem GKV-WSG 2007 wurden unter Nr. 5 des § 140 b SGB V auch nach dem SGB XI Pflegeeinrichtungen als mögliche Vertragspartner für IV-Verträge aufgenommen.

5.2.2 Kooperationsverträge / „Heimarzt“ gem. § 119 b SGB V

5.2.2.1 Beschreibung

Der Gesetzgeber hat mit dem PWG 2008 mit § 119 b SGB V erstmals eine institutionelle Möglichkeit der „Beschäftigung“ von Heimbärzten durch Pflegeeinrichtungen geschaffen. Ziel des Gesetzgebers war, die ambulante ärztliche Behandlung der Bewohner von Pflegeheimen zu verbessern und zudem der gesetzlichen Krankenversicherung unnötige Transport- und Krankenhauskosten zu ersparen (Hän-

lein in LPK-SGB V §§ 117-119 b, Rn 25 mit Hinweis auf BT-Drs. 16/7439, S. 97). Strukturell handelt es sich bei der Regelung des § 119 b SGB V um eine Ermächtigung der stationären Pflegeeinrichtung zur Teilhabe an der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Diese Befugnis ist aber mit Vorbehalten versehen. Wie auch bei anderen Instituten der neuen Versorgungsformen wird zum einen die freie Arztwahl der Heimbewohner nicht eingeschränkt (§ 119 b S. 4 i.V.m. § 76 SGB V). Darüber hinaus gilt der Vorrang von Kooperationsverträgen. Die Ermächtigung zur Teilhabe an der ärztlichen Versorgung ist erst zulässig, wenn ein Kooperationsvertrag zwischen einer oder mehreren Pflegeeinrichtungen auf der einen Seite und einem (niedergelassenen) Arzt auf der anderen Seite, auch nicht durch die Kassenärztliche Vereinigung realisiert werden kann (§ 119b S. 1, 2 SGB V). Die Inhalte des Kooperationsvertrages sind gesetzlich nicht geregelt; klar ergibt sich aus dem Gesetzestext nur, dass er zwischen Leistungserbringern aus unterschiedlichen Sicherungszweigen ohne Beteiligung der Krankenkassen geschlossen wird. Auch die Vergütung ist nicht Gegenstand der gesetzlichen Regelung. Vielmehr erfolgt die Abrechnung der Behandlung nach den einschlägigen Vorschriften aus der ärztlichen Gesamtvergütung (Hänlein in LPK-SGB V, §§ 117-119 b Rn. 28). Aus dem Fehlen eigenständiger struktureller Ansätze muss geschlossen werden, dass es sich bei dem Kooperationsvertrag um keine „neue“ Versorgungsform zur sektor- bzw. fachübergreifenden Zusammenarbeit handelt, weil hierdurch nur bestehende Versorgungsformen aufeinander abgestimmt werden. Die Möglichkeit zum Abschluss eines Kooperationsvertrages zwischen Pflegeeinrichtung und niedergelassenem Arzt stellt somit für sich genommen keine Neuregelung dar.

Erst wenn es nach Antragstellung durch die Pflegeeinrichtung bei der Kassenärztlichen Vereinigung durch diese innerhalb der vom Gesetzgeber vorgegebenen 6-monatigen Frist nicht zu einem Vertragsabschluss kommt, hat die Pflegeeinrichtung Anspruch auf eine Institutsermächtigung zur Teilnahme an der ärztlichen Versorgung durch angestellte Ärzte bzw. wird der für mehrere Pflegeeinrichtungen angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in Pflegeeinrichtungen ermächtigt. Mit dem Institut der Ermächtigung ist zumindest die erste Stufe der neuen Versorgungsformen erreicht

worden, indem einer bisher nicht zur ärztlichen Versorgung zugelassenen Institution über die bisherige fachliche Zuweisung hinaus die entsprechende Befugnis eingeräumt wird.

Die vom Gesetzgeber geforderte Subsidiarität der Ermächtigung muss allerdings insoweit relativiert werden, weil ein Rechtsanspruch auf Erteilung der Ermächtigung besteht. Nach überwiegender Auffassung löst das Antragserfordernis bei der Kassenärztlichen Vereinigung nicht ein inzidentes Bedarfsprüfungsverfahren aus (Hänlein in LPK-SGB V §§ 117-119 b Rn. 34). Nach der Gesetzesbegründung soll zur Zulassung vielmehr die konkrete Versorgungssituation der Einrichtung, nicht aber eine Unterversorgungsfeststellung gem. § 100 SGB V maßgeblich sein. Dennoch bleibt damit zunächst faktisch der Kassenärztlichen Vereinigung eine Steuerungsfunktion überlassen. Deren Entscheidung ist nach bisherigem Stand – Rechtsprechung⁵ hierzu existiert bisher nicht – maßgeblich, ob auf die ihr angeschlossen Ärzte Druck auf Abschluss eines Kooperationsvertrages ausgeübt wird oder ob die Einrichtung einen Arzt einstellen darf, der die ärztliche Versorgung übernimmt. Da die ermächtigte Einrichtung ebenfalls über § 120 Abs. 1 S. 4 SGB V i.V.m. § 120 Abs.1 S. 1, 2 SGB V nach den für die Vertragsärzte geltenden Grundsätzen der Gesamtvergütung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen hat, muss sich erst einmal herausstellen, in welcher Versorgungsform für die Kassenärztliche Vereinigung die Vorteile finanziell überwiegen. Es kann vermutet werden, dass in „überversorgten“ Gebieten kaum Bereitschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen wird, über angestellte Heimärzte weitere Leistungserbringer für die ambulante ärztliche Versorgung zuzulassen.

Die ärztliche Versorgung durch den „Hausarzt“ umfasst vom Grundsatz alle in der Pflegeeinrichtung zu erbringenden ambulanten ärztlichen Leistungen. Als Voraussetzung für die Ermächtigung wird vom Gesetz lediglich die Eintragung in das Arztregister sowie eine nicht näher bestimmte geriatrische Fortbildung gefordert (§ 119 b S. 3 1. Halbsatz SGB V). Da die Pflegeeinrichtungen regelhaft nicht unter

⁵ Das Bundessozialgericht hat mit dem 29.06.2011 – B 6 KA 34/ 10 R über die Ermächtigung zum Betrieb eines sozialpädiatrischen Zentrums gem. § 119 SGB V entschieden. Es kommt hiernach darauf an, ob die Leistungen in zumutbarer Entfernung und mit zumutbarer Wartezeit in Anspruch genommen werden können. Der Schwerpunkt wird damit auf die tatsächlichen Verhältnisse, nicht auf die ärztlichen Plangebiete gelegt. Dies mag wohl wegen der in Maßen bestehenden Vergleichbarkeit der Regelungen auch bezogen auf die Leistungen nach § 119 a, b SGB V gelten.

ärztlicher Leitung stehen, regelt § 119b S. 5 SGBV ausdrücklich, dass der Arzt bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden ist.

Ein anderer Weg ist für die ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe gewählt worden. Mit § 119 a SGB V ist die Möglichkeit der Ermächtigung von Einrichtungen der Behindertenhilfe geschaffen worden. Hierdurch soll ein zielgruppenspezifisches Angebot zur gesundheitlichen Versorgung geistig Behinderter ermöglicht werden, indem ärztlich geleitete Abteilungen von Einrichtungen der Behindertenhilfe mit ihren multiprofessionellen Angeboten die Versorgung durch niedergelassene Ärzte die Behandlung oder Beratung ergänzen sollen (Hänlein in LPK-SGB V, §§ 117-119 b, Rn 21 mit Hinweis auf BT-Drs. 15/1600, S. 14). Der Anspruch auf Ermächtigung der Einrichtung der Behindertenhilfe steht in keinem Subsidiaritätsverhältnis zu alternativen Versorgungsformen. Allerdings steht nicht die Versorgung durch die „üblichen“ niedergelassenen Ärzte im Vordergrund, sondern das Erfordernis spezifischer ärztlicher Kompetenzen zur Behandlung geistig behinderter Menschen (Hänlein in LPK-SGB V, §§ 117-119 b, Rn 25 mit Hinweis auf BT-Drs. 16/7439, S. 97). Es handelt sich somit um eine ergänzende Versorgung. Der Gesetzgeber ging dabei von speziellen Leistungsangeboten durch ärztlich geleitete Abteilungen aus. Ebenso wie bei der Ermächtigung der Pflegeeinrichtungen setzt die Ermächtigung eine „Bedarfsermittlung“ voraus, die sich allein daran auszurichten hat, ob bereits andere stationäre Einrichtungen mit entsprechend spezialisierten Ressourcen in der Region vorhanden sind (Hänlein in LPK-SGB V, §§ 117-119 b, Rn 21). Auch hierzu existiert bisher keine Rechtsprechung, die den tatsächlich bestehenden gestalterischen Spielraum absteckt.

5.2.2.2 Bewertung

Strukturanforderungen

Zieht man zur Beurteilung den unter Ziff. 4.4 entwickelten Kriterienkatalog heran, so ergibt sich vom Grundsatz ein positives Bild für diese Versorgungsform. Sieht man von der eigentlich beabsichtigten Subsidiarität der Institutsermächtigung des Pflegeheims ab, so stellt diese Versorgungsform eine vom Gesetz zugelassene strukturierte Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und ambulant behandelndem Arzt dar (Kriterium 1). Insbesondere wird bereits strukturell das bei der

hausärztlichen Versorgung bestehende Hemmnis der aufsuchenden Behandlung überwunden. Nicht nur wird die Sicherstellung der regelmäßigen Visiten über den Arbeitsvertrag auf den bzw. die angestellten Ärzte delegiert, sondern es wird auch die für niedergelassene Ärzte bestehende (Praxis)Präsenzpflicht umgangen, die als Hinderungsgrund für eine umfassendere Versorgung von Patienten in Pflegeheimen angesehen wird (vgl. Rothgang u.a., GEK-Pflegereport 2008, S. 257).

Die Institutsermächtigung als Versorgungsform ist direkt durch die Pflegeeinrichtung steuerbar, weil es ausschließlich in ihrer Entscheidung liegt, ob ein Antrag auf Institutszulassung gestellt wird (Kriterium 2). Eine Abhängigkeit von anderen Kooperationspartnern und damit der Erforderlichkeit einer Interessensabstimmung besteht somit nicht.

Weiter bestehen damit weit reichende inhaltliche Steuerungsmöglichkeiten aufgrund der mit der Anstellung eines Arztes verbindbaren Aufgabenausgestaltung, wie die Anzahl der zu versorgenden Patienten, die Art und Weise der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal, wie auch die Schwerpunkte der Versorgung (Kriterium 3). Vom Grundsatz ist es somit vorstellbar, insgesamt eine Verbesserung der Versorgung sicherzustellen und damit auch die Marktstellung der umsetzenden Pflegeeinrichtung zu stärken. Ungelöst bleibt mit der Institutsermächtigung allerdings die Frage der fachärztlichen Versorgung. Der Heimarzt wird typischerweise die hausärztliche Versorgung abdecken, nicht aber gleichzeitig z.B. Facharzt für Urologie sein. Rechtlich ausgeschlossen ist es aber nicht, auch einen Facharzt zu beschäftigen. Bei der Versorgung mehrerer Einrichtungen oder auch einer Klientel mit einem besonderen Krankheitsbild kann sich ggf. auch ein (attraktives) Betätigungsfeld für den Spezialisten ergeben.

Einen spezifischen finanziellen Anreiz bietet die Institutsermächtigung allerdings nicht (Kriterium 4). Wie unter 5.2.2.1 dargelegt, erfolgt die Abrechnung nach den üblichen „Vergütungssätzen“ für die ärztliche ambulante Versorgung. Ein Vergütungszusatz für die Pflegeeinrichtung ist gar nicht vorgesehen. Das Gesetz sieht aber keine zwingende Koppelung der durch die Kassenärztliche Vereinigung eingenommenen Honorare an die tatsächlich geleistete ärztliche Vergütung vor. Der

Pflegeeinrichtung steht es somit frei, den angestellten Arzt nach den Bedürfnissen vor Ort angemessen zu vergüten.

Eine grundsätzliche Erschwernis besteht darin, dass in § 119 b SGB V die freie Arztwahl der Bewohner nicht eingeschränkt wird. Für die Wirtschaftlichkeit des Angebots eines Arztes kann es aber darauf ankommen, dass sich möglichst viele Bewohner an diesem Versorgungssystem beteiligen.

Praktische Umsetzbarkeit

Die Institutsermächtigung der Pflegeeinrichtungen zur Beschäftigung eines Heimarztes muss an praktischen Umsetzungsmängeln leiden. Allein der Umstand, dass drei Jahre nach Einführung des § 119 b SGB V der angestellte Heimarzt bisher keine nennenswerte Rolle⁶ spielt, deuten auf bestehende (praktische) Hemmnisse (so auch der Befund der CDU/CSU Fraktion im Deutschen Bundestag, Arbeitsgruppe Gesundheit, Entwurf „Eckpunkte für eine Pflegereform 2011“, VII). Doch welche Hemmnisse bestehen, die der Anwendung des § 119 b SGB V im Wege stehen könnten?

Zum einen könnte der Schluss gezogen werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen die ambulante ärztliche Versorgung von Heimbewohnern tatsächlich als doch nicht so regelungsbedürftig ansehen, weil sie rein faktisch gewährleistet wird (so für die hausärztliche Versorgung der stationären Pflegeeinrichtungen in Hamburg, die Referentin für Altenpflege der Paritätischen Verbände im Experteninterview). Möglicherweise scheuen die Träger von Pflegeeinrichtungen aber auch die fachlichen Auseinandersetzungen, die mit der Institutsermächtigung und damit mit der Abrechnung der ärztlichen Leistungen verbunden sind und räumen daher den vermeintlich „einfachen“ Kooperationsformen den Vorrang ein. Diesen Eindruck vermittelten die Interviewpartner wie auch die Fachpresse, die immer wieder Kooperationsformen wie z.B. „Arztnetze“ herausstellt, die aber wohl nicht den Vorgaben

⁶ Seit dem 01.07.2011 sind im Rahmen des „Berliner Projekt – die Pflege mit dem Plus“ (Vertrag nach § 73 c SGB V zwischen KV Berlin und der AOK Nordost, IKK Berlin-Brandenburg, der Bahn BKK sowie der Siemens-Betriebskrankenkasse) Pflegeeinrichtungen einbezogen, die (teilweise) über eine Ermächtigung gem. § 119 b SGB V verfügen. Hierbei handelt es sich um eine Fortentwicklung des ursprünglichen Modelvorhabens Berlin Projekt. Auch hier sollen die ermächtigten Pflegeeinrichtungen aber die Minderheit darstellen (KV Informationen für die Praxis „Berliner Projekt“ Juli 2011).

des § 119 b SGB V entsprechen⁷ (z.B. CAREkonkret 07.01.2011, S. 1, CAREkonkret 07.01.2011, S. 9; CAREkonkret 07.10.2011, S. 6).

Aus der Entwicklung des Gesundheitsmarktes lässt sich jedenfalls der Eindruck ermitteln, dass Krankenhäuser ggf. ihr Angebot um Pflegeeinrichtungen erweitern (z.B. das ursprüngliche Krankenhausunternehmen vivantes, welches u.a. in den Bereich der Pflege expandiert, vgl. CAREkonkret 07.01.2011, S. 1), nicht jedoch Pflegeeinrichtungen um ärztlich geleitete Abteilungen. Vielmehr ist beim Pflegemarkt eine Konzentration auf die „Kernleistungen“ zu verzeichnen (vgl. z.B. Trennung der Marseille-Kliniken AG von der Reha-Sparte in: CAREkonkret 30.04.2010, S. 8).

Es ist auch nicht auszuschließen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erteilung von Institutsambulanzen für Pflegeeinrichtungen erfolgreich verhindern. Wesentlicher Widerstand soll aber von den Ärzten selbst kommen (Einschätzung im Experteninterview von RA Christophers sowie Experteninterview mit Dr. Reiss; vgl. auch Hertlein, 2011 mit Verweis auf Dr. Bittmann, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes sowie Position des Hartmannbundes; GEK-Pflegereport 2008, S. 259 mit Hinweis auf die Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung). Begründet wird dies zum einen mit angeblichen Abgrenzungsschwierigkeiten innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung sowie mit der fehlenden finanziellen Attraktivität der Position eines Hausarztes und den in Hinblick auf den Ärztemangel bestehenden Konkurrenzkampf mit den Kliniken um Ärzte. Diese Einschätzung stimmt überein mit dem Befund unter Ziff. 4.3.2.2, der stärkeren wirtschaftlichen Profilierung des Ärztestandes.

Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die Attraktivität einer solchen i.d.R. im Angestelltenverhältnis verlaufenden (teilzeitfähigen) Tätigkeit nicht doch noch ansteigt. Gerade die familienfeindlichen Arbeitsbedingungen in Kliniken sollen, wie unter 4.3.2.2 dargelegt, Grund für die Abkehr von kurativen Tätigkeiten angehender Mediziner sein (vgl. Hoppe, Pressemitteilung vom 27.08.2009). Bezogen auf

⁷ Auch die Abgrenzung zum IV-Vertrag fällt dabei teilweise schwer, wie unter 5.2.3 darzustellen sein wird.

die Tätigkeiten eines Heimarztes kann eine ähnlich belastende Arbeitssituation wie in einer Klinik nicht erkannt werden. Gerade im Hinblick auf den von der Ärztekammer in o.g. Pressemitteilung beschriebenen Trend zur „Arbeitszeitverkürzung und die so genannte Feminisierung der Profession“ erscheint das Arbeitsfeld eines angestellten Heimarztes grundsätzlich attraktiv. Hier bleibt die Entwicklung abzuwarten.

Entscheidend für die zukünftige Steigerung bei der Anwendung dieser Versorgungsform bzw. ihrer Initialzündung erscheint das Engagement der stationären Pflegeeinrichtungen zu sein. Hier kann nach derzeitigem Erkenntnisstand nur vermutet werden, dass den Pflegeeinrichtungen die finanziellen Anreize insbesondere für die – im Wege der Institutsermächtigung ihnen zustehenden - Vergütung der ärztlichen Versorgung nicht ausreichen oder diese mangels Expertise nicht überblicken. Die Vergütung ist vom Grundsatz - ebenso wie gegenüber den niedergelassenen Ärzten – begrenzt durch die Deckelung der Honorarsätze und die bestehenden Sanktionen bei Überschreitung.

Die Frage der ausreichenden Wirtschaftlichkeit steht dabei in direktem Zusammenhang mit den Qualitätsvorstellungen, die mit der Beschäftigung von Heimärzten verbunden werden. In Norwegen, der Schweiz und Holland ist die Beschäftigung von Heimärzten offenbar üblich. Es wird dort von einem Verhältnis von einem Arzt zu 60 Patienten ausgegangen (vgl. für Norwegen, Bolling, 2007: für 174 Patienten 3 ärztliche Vollzeitstellen, verteilt auf 6 Kräfte). Im Vergleich zur üblichen Hausarztpraxis stellt dies ein extrem gutes zahlenmäßiges Verhältnis zugunsten der Bewohner dar. Dies entspricht auch der angestrebten Verbesserung der medizinischen Versorgung: 24 Stunden Bereitschaftsdienst, tägliche Visiten in Palliativstationen und bei Bedarf, im Übrigen einmal die Woche Visite, Unterricht und Fortbildung des Personals etc..

Gleichzeitig ergeben sich vermutlich Wirtschaftlichkeitsreserven, da keine Praxisstruktur vorgehalten werden muss. Hier wäre es erforderlich, den tatsächlichen mit dem Einsatz eines Heimarztes verbundenen finanziellen Aufwand mit einem angemessenen Angestelltengehalt eines Arztes in Relation zu stellen. Unberücksichtigt bliebe allerdings, wie dargelegt, der auch bei Einsatz eines Heimarztes zusätz-

lich entstehende Aufwand durch das Pflegepersonal, welches im Idealfall durch eine erhöhte Kooperation und Abstimmung in den Prozess der ärztlichen Versorgung mit einbezogen würde.

Von den Bedingungen des Einzelfalls hängt auch ab, ob sich die Beschäftigung eines oder mehrerer Heimärzte für die Pflegeeinrichtung lohnt. So wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass sich die Beschäftigung eines Heimarztes erst bei mindestens 30 Patienten finanziell lohnt (Rothgang, GEK-Pflegereport 2008, S. 260). Vermutlich gilt dies auch für die fachliche Herausforderung des Arztes.

Die durch den Einsatz eines Heimarztes unberührte freie Arztwahl stellt wohl kein Umsetzungshemmnis dar, weil in der Praxis die Heime fast ausschließlich die Veranlassung und Organisation der Arztbesuche vornehmen (Hallauer SÄVIP-Studie 2005, S. 45). Die freie Arztwahl der Bewohner besteht hiernach faktisch nicht mehr bzw. wird bei Einzug in eine Pflegeeinrichtung aufgegeben. Dies steht im Gegensatz mit der politisch sehr hoch bewerteten Wahrung der freien Arztwahl als Teil des Persönlichkeitsrechts (vgl. z.B. für den Caritasverband Hertlein, 2011).

Zusammenfassung

Die Institutsermächtigung von Pflegeeinrichtungen erscheint als wirksame Möglichkeit der Verbesserung insbesondere der hausärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen. Unklar ist das rechtliche Verhältnis zu den vorrangig abzuschließenden Kooperationsvereinbarungen sowie die Frage der finanziellen Attraktivität der gegenwärtig erreichbaren Vergütung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einerseits und gegenüber den angestellten Ärzten andererseits. Eine pauschale Gegenfinanzierung durch die Krankenkassen wie etwa im Rahmen der integrierten Versorgung wäre vermutlich ein attraktiverer Ansatz. Dies muss aber einer gesonderten Untersuchung vorbehalten bleiben. Auch die Frage der Verbesserung der fachärztlichen Versorgung kann durch die Lösung „Heimarzt“ allein nicht gelöst werden. Möglicherweise gibt aber die Institutsermächtigung für Einrichtungen der Behindertenhilfe gem. § 119 a SGB V einen Lösungsansatz. Die an sich bestehende freie Arztwahl stellt faktisch kein Hemmnis dar.

5.2.3 Verträge zur Integrierten Versorgung

5.2.3.1 Beschreibung

Wie unter Ziff. 5.2.1 einleitend dargestellt worden ist, stellt die Integrierte Versorgung die weitestgehende Verknüpfung von Leistungsbereichen dar, inhaltlich (z.B. krankheitsbezogen oder präziser indikationenbezogen) wie strukturell (z.B. sektorenübergreifend, d.h. ambulant und stationär, aber auch trägerübergreifend).

Grundvoraussetzung für einen IV-Vertrag ist, dass mindestens zwei Sektoren umfasst werden. Die Verträge müssen somit eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung von Versicherten umfassen oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten vorsehen. Die Teilnahme der Versicherten ist stets freiwillig (§ 140a Abs. 2 SGB V). Der Gesetzgeber hat die freie Arztwahl allerdings - auch nicht partiell - aufgegeben. Vertragspartner eines IV-Vertrages ist auf der einen Seite immer wenigstens eine Krankenkasse und auf der anderen Seite ein oder mehrere gem. § 140b SGB V zugelassene Leistungserbringer, insbesondere zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte, Träger zugelassener Krankenhäuser, Reha-Träger, aber auch die Pflegekassen und die Pflegeeinrichtungen.

Um den Charakter einer alternativen Versorgungsform gegenüber der Standardversorgung durch das SGB V zu unterstreichen, hat der Gesetzgeber (des SGB V) die beteiligten Partner der Integrierten Versorgung von vielen Anforderungen des SGB V freigestellt. Hierbei handelt es sich insbesondere um folgende Freistellungen (§ 140b Abs. 4 SGB V):

- von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung,
- von den im Gesamtvergütungssystem vorhandenen Mengenbegrenzungen und Fallpauschalen,
- von dem Verbot nicht ausdrücklich zugelassener Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im ambulanten Bereich,
- vom Zulassungsstatut der Anbieter (mit Ausnahme des Berufs- und Weiterbildungsrechts).

Aus diesen Eckpunkten wird ersichtlich, dass die ärztliche Behandlung Kernstück der Integrierten Versorgung sein soll. Diese soll effektiver gestaltet werden. Wie

verhält es sich nun mit der Einbindung der stationären Pflegeeinrichtungen, die inhaltlich gar nicht über das SGB V geregelt und finanziert werden? Zur Klärung werden die verschiedenen Ebenen, auf denen sich Integrierte Versorgung vollziehen kann, beleuchtet.

Es können vier verschiedene Modellebenen mit jeweils unterschiedlicher Reichweite unterschieden werden (Luthe, NDV 2011, S. 269). Die Unterscheidung wird getroffen nach der Einbindung der verschiedenen Einzelsektoren, nach der Anzahl der berücksichtigten Indikationen, nach der Übernahme des finanziellen Risikos durch die Leistungserbringer und im Ausmaß des Zusammenwirkens der staatlichen Kostenträger.

1. Modellebene: trägergebunden und fachgebietsspezifisch

Die Versorgung erfolgt hierbei ausschließlich im gesetzlichen Leistungsspektrum eines bestimmten Sozialleistungsträgers, typischerweise der Krankenkasse. Inhaltlich wird hiervon regelhaft auch nur die medizinische Behandlung erfasst, typischerweise bezogen auf eine Indikation, wie z.B. Onkologie oder Psychiatrie, aber über den gesamten Behandlungskomplex. Die IV-Versorgung erfolgt somit sowohl sektorenübergreifend (ambulant wie stationär) als auch bezogen auf unterschiedliche Fachrichtungen. Die Finanzierung erfolgt regelmäßig durch so genannte fallweise gewährte Komplexleistungen. Von dieser werden sämtliche Behandlungsschritte aller mitwirkenden Leistungsanbieter umfasst.

Hierbei soll es sich um die in der Praxis am häufigsten anzutreffende Versorgungsform handeln (vgl. Luthe, NDV 2011, S.269). Im Hinblick auf die Trägergebundenheit ist die stationäre Pflegeeinrichtung typischerweise kein agierender Vertragspartner dieser Form der Integrierten Versorgung, sondern allenfalls Kooperationspartner (vgl. zu dieser differenzierten Einschätzung: Richter in LPK SGB XI, § 92 b Rdn. 5). Dennoch wird man wohl die bestehenden IV-Verträge für die ärztliche Versorgung von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen⁸ diesem Modell zuordnen müssen. Denn im Vordergrund steht hierbei jeweils ausschließlich die (zusätzliche) Vergütung der Ärzte für die Versorgung von Heimbewohnern. Eine ge-

⁸ Folgende IV-Verträge wurden beispielhaft näher betrachtet: AOK-Pflegenetz Bayern, Stuttgarter Heimträger / AOK Baden-Württemberg, Berliner Projekt – die Pflege mit dem Plus“, „careplus – medizinisch betreute Pflege“, Berlin.

sonderte Vergütung für die Leistungen der stationären Pflegeeinrichtung ist in den bestehenden Vereinbarungen demgegenüber nicht vorgesehen⁹, obwohl dies gem. § 92 b SGB XI gesetzlich möglich wäre. Es bleibt somit bei einer trägergebundenen Versorgung, dominiert durch die Krankenkassen und dem Leistungsspektrum des SGB V.

2. Modellebene: trägergebundene Vollversorgung

Die gesamte Gesundheitsversorgung einer definierten Population soll durch die Integrierte Versorgung abgedeckt werden. Es handelt sich somit um einen tatsächlichen Gegenentwurf zur Standardversorgung nach dem SGB V. Das Leistungsspektrum bleibt aber ebenso wie bei den fachspezifischen Modellen auf den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt. Solche Modelle sollen selten sein (vgl. Luthé, NDV 2011, S. 269). Eine Entwicklungsmöglichkeit für die stationäre Pflege bietet dieses Modell nicht.

3. Modellebene: trägerübergreifende Versorgung

Hierbei handelt es sich um eine Versorgungsform, die nicht nur unterschiedliche Leistungserbringer und Behandlungssektoren beinhaltet, sondern auch unterschiedliche Kostenträger einbindet. Diese Ausrichtung wäre der Ausgangspunkt für die Einbindung der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen wie auch Träger der Eingliederungshilfe sowie deren Kostenträger. Diese Versorgungsform wird allerdings als Theorie bezeichnet (vgl. Luthé, NDV 2011, S. 269, 273; Klie / Kraher LPK SGB XI, 3. Aufl. 2009, § 92 b Rdn. 5). Offenbar stellt die Koordination unterschiedlicher Kostenträgerschaften einen erheblichen Strukturbruch dar, der zumindest gegenwärtig auch durch die Integrierte Versorgung noch nicht überwunden werden will oder kann.

⁹ Nach den Angaben im Experteninterview mit WB STB Appel, Herzog & Kollegen sehen das AOK-Pflegenetz Bayern sowie Stuttgarter Heimträger / AOK Baden-Württemberg keine finanzielle Beteiligung der Pflegeeinrichtung i.S. einer Entgeltsteigerung vor. Dies entspricht wohl auch dem Vertrag 01.07.2011 des „Berliner Projekt – die Pflege mit dem Plus“ (Vertrag nach § 73 c SGB V zwischen KV Berlin und der AOK Nordost, IKK Berlin-Brandenburg, der Bahn BKK sowie der Siemens-Betriebskrankenkasse - Anlage 3 „Mustervertrag zur ärztlichen Versorgung im Rahmen der Verträge § 73 c SGB V, § 140 a SGB V i.V.m. § 92 b SG XI i.V.m. der Kooperationsvereinbarung „Berliner Projekt – „Die Pflege mit dem Plus“, insbesondere § 4) sowie das Programm der careplus – medizinisch betreute Pflege (AOK Nordost: Informationen zu careplus). Das dem Berliner Projekt – „Die Pflege mit dem Plus“ vorangegangene Modellvorhaben enthielt demgegenüber noch eine Bonus-Ausschüttung an die Pflegeeinrichtung (vgl. Experteninterview mit WP STB Appel; Schlitt, KV-Blatt 01/2009, S. 24 ff.).

Als wesentliches Hemmnis hierfür wird angesehen, dass die im Rahmen der IV-Verträge zusätzlich erbrachten Leistungen der Pflegeeinrichtungen nicht durch die Anschubfinanzierungen gem. § 140d SGB V getragen werden konnten, da diese hiervon ausgenommen waren (Preusker 2008, Rdnr. 231).

Der Gesetzgeber hat allerdings an anderer Stelle Maßnahmen ergriffen, die trägerübergreifende Koordinierungsregeln erhalten (z.B. die Sicherstellung der Beantragung der Pflegestufe durch versorgende Kostenträger gem. § 7 Abs. 2 S. 2 SGB XI). Die Koordinierung der ärztlichen Leistungen ist hiervon allerdings – wie dargelegt - nicht erfasst.

4. Modellebene: Im örtlichen Gesundheitskontext stehendes multizentrisches Versorgungsnetzwerk

Hier besteht die Vorstellung, alle gesundheitsrelevanten Dienste, Einrichtungen und sozialen Randbedingungen vor Ort zielorientiert zu erfassen und institutionell einzubinden. Das Thema „Gesundheit“ wird hierbei nicht auf die Krankenbehandlung reduziert, sondern insgesamt auf die Bewältigung gesundheitsrelevanter Probleme. Eine solches Vorgehen gehört zumindest bezogen auf die Integrierte Versorgung bisher zu dem „Reich der Visionen“ und ist schwerpunktmäßig auch durch die Ziele psychiatrischer Netzwerke mit der damit zusammenhängenden Komplexität geprägt (vgl. Luthé, NDV 2011, S. 269).

Im Idealfall wäre die stationäre Pflegeeinrichtung Bestandteil eines solch institutionalisierten Netzwerkes. Zum Zeitpunkt der gegenwärtigen Betrachtung bleibt diese Modellebene wegen fehlender praktischen Relevanz unberücksichtigt.

5.2.3.2 Bewertung

Strukturanforderungen

Rein von der beabsichtigten Überwindung von fachlichen und sektoralen Grenzen erscheint die Integrierte Versorgung ideal. Bezogen auf die Interessen des Trägers einer stationären Pflegeeinrichtung ist aber dieser positive Eindruck bereits auf struktureller Ebene zu relativieren.

Der Gesetzgeber lässt in § 140b SGB V i.V.m. § 92b SGB XI Pflegeeinrichtungen als Vertragspartner für die Integrierte Versorgung ausdrücklich zu. Damit ist vom Grundsatz eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Pflegeeinrichtungen möglich (Kriterium 1).

Allerdings bedarf es für IV-Verträge stets einer Einbindung wenigstens einer Krankenkasse. In der Regel werden IV-Verträge sogar durch diese initiiert. Es handelt sich somit um ein krankenkassengestütztes Versorgungsmodell. Aus Patientensicht stellt dies einen begreifbaren Ansatz dar. Gehört er der maßgeblichen Krankenkasse an, so wird ihm das Behandlungskonzept offeriert, andernfalls kann er das Angebot nicht wahrnehmen, hat im Zweifel auch keine Kenntnis hiervon. Aus der Sicht der Pflegeeinrichtung stellt sich die Umsetzung komplizierter dar, da dort Menschen mit unterschiedlichen Krankenkassenzugehörigkeiten leben. Die strukturelle Zusammenarbeit kommt aber nur bezogen auf die Bewohner in Betracht, die tatsächlich als Mitglied einer bestimmten Krankenkasse an dem IV-Vertrag teilhaben können. Gerade ältere Menschen neigen nicht zum Kassenwechsel (vgl. Diakonie Texte 11, 2007, S. 30). Der Krankenkassenbezug hat somit direkte Auswirkungen auf die Steuerungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung (Kriterium 2). Die Pflegeeinrichtung kann sich nur mit den betroffenen Kassenpatienten der Versorgungsform der Integrierten Versorgung anschließen. Keinesfalls kann die Pflegeeinrichtung die Versorgung nach dem IV-Vertrag für alle ihre Bewohner beanspruchen.¹⁰ Es besteht allerdings die Möglichkeit, dass nur Bewohner aufgenommen werden, die Mitglied in der Krankenkasse sind, mit der der IV-Vertrag geschlossen wurde.

Es bleibt abzuwarten, wie sich der (singuläre) Krankenkassenbezug weiterentwickeln wird. Die Krankenkassen haben bisher den Abschluss von IV-Verträgen offenbar – und genau das hat der Gesetzgeber beabsichtigt - als Abgrenzungs- und Wettbewerbsmöglichkeit gegenüber anderen Krankenkassen genutzt (Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 259 sieht hierin sogar ein wesentliches Implementationshindernis für die Integrierte Versorgung). Eine sukzessive Einbindung aller wesentlichen Krankenkassen stand somit nicht zwingend im Vordergrund. Allerdings wird

¹⁰ Im Rahmen des Modellvorhabens Berlin-Projekt sollen „kassenfremde“ Bewohner durch die kooperierenden Ärzte faktisch unentgeltlich mitbehandelt worden sein (Schlitt, KV Blatt 10/2007: „Berliner Modellprojekt: die Pflege mit dem Plus“)

die Prognose getroffen, dass ein langfristiger Trend bestünde, nach dem das IV-Vertragsgeschäft immer stärker von mehreren Kassen gemeinsamen betrieben wird, auch um den Aufwand für Vertragsentwicklung und –realisierung besser zu verteilen (Preusker 2008, S. 489). Für die Pflegeeinrichtungen wäre diese Entwicklung in jedem Fall positiv.

Die Steuerungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen werden aber u.U. dadurch beeinflusst, dass diese nicht finanziell an den IV-Verträgen beteiligt sind, sondern wohl ganz überwiegend nur als Kooperationspartner in die IV-Verträge eingebunden werden (vgl. Hinweise in FN 8, 9). Was sich zunächst als Nachteil darstellt, muss sich in der Praxis aber nicht zwingend negativ auf die IV-Vertragsumsetzung auswirken. Immerhin wird durch den „Beitritt“ der Pflegeeinrichtung zum IV-Vertrag die ärztliche Versorgung von Heimbewohnern geregelt. Eine Einflussnahme der Pflegeeinrichtung auf die Umsetzungsinhalte ist damit – in Abhängigkeit des Einzelfalles – unabdingbar. Tatsächlich werden in den IV-Verträgen die Festlegung der Häufigkeit sowie Inhalte von ärztlichen Visiten, die Sicherstellung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie die Durchführung von Fallbesprechungen geregelt.¹¹ Damit dürften auch die Voraussetzungen für eine inhaltlich strukturierte Zusammenarbeit gegeben sein (Kriterium 3).

In der bisherigen praktischen Umsetzung ist zwar die Verbesserung der ärztlichen Vergütung durch zusätzlich erhöhte Pauschalen entweder pro Patient oder pro Quartal geregelt¹², nicht jedoch eine finanzielle Vergütung etwa durch Bonuszahlungen gegenüber der Pflegeeinrichtung. Vom Gesetz ist es allerdings nicht ausgeschlossen, dass eine Beteiligung der Pflegeeinrichtung erfolgt. Rein von den Möglichkeiten der Integrierten Versorgung ist somit die finanzielle Teilhabe der Pflegeeinrichtung erreichbar (Kriterium 4).

¹¹ Vgl. zu den Inhalten: Für das AOK-Pflegenetz Bayern sowie AOK Baden-Württemberg: Experteninterview mit RA Christophers; für das „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“: § 3 der Anlage 3 „Mustervertrag zur ärztlichen Versorgung im Rahmen der Verträge gem. § 73 c SGB V, § 140 a SGB V i.V.m. § 92 b SG XI“; für „care plus- Medizinisch betreute Pflege“: Schlitt, KV-Blatt 01/2009, S. 24 ff.

¹² Die zusätzlichen Vergütungen der Ärzte fallen dabei durchaus unterschiedlich aus: Für das AOK-Pflegenetz Bayern sowie AOK Baden-Württemberg: Experteninterview mit WP STB Appel; für das „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“: § 4 der Anlage 3 „Mustervertrag zur ärztlichen Versorgung im Rahmen der Verträge § 73 c SGB V, § 140 a SGB V i.V.m. § 92 b SG XI“; „care plus- Medizinisch betreute Pflege“: Schlitt, KV-Blatt 01/2009, S. 24, 27.

Praktische Umsetzbarkeit

Durch die Integrierte Versorgung wird das beschriebene Problem der Unverbindlichkeit auf Leistungserbringerseite vom Grundsatz überwunden. Trotz der schon seit Mitte der 90iger Jahre vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellten Möglichkeiten der Integrierten Versorgung und ihrer Vorformen, wie z.B. das Disease Management, erfolgte die Umsetzung, auch ohne die Frage der Einbeziehung der Pflege, zunächst sehr zurückhaltend. Als Grund hierfür muss wohl vorrangig, aber nicht ausschließlich, der geringe finanzielle Anreiz gesehen werden (vgl. Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 260). Dieser wurde durch das grundsätzliche Problem verstärkt, dass das Management eines „Versorgungssystems“ immer mit zusätzlichem personellem Aufwand und damit zusätzlichen Kosten betrieben werden muss. Eine Anforderung, der insbesondere die beteiligten niedergelassenen Ärzte nicht entsprechen konnten, weder fachlich noch finanziell (vgl. Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 260). Auch die fehlende Möglichkeit der Einschränkung der freien Arztwahl wurde als wesentliches Hemmnis gesehen (Rosenbrock / Gerlinger 2007, S. 260).

Der Gesetzgeber hat hierauf reagiert und wie unter Ziff. 5.2.1 dargelegt, die Integrierte Versorgung von einer Vielzahl von Hemmnissen befreit. Insbesondere wurde die Integrierte Versorgung außerhalb des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung gestellt (§ 140 a Abs. 1 SGB V). Die Finanzierung erfolgt somit auf individualrechtlicher Grundlage. Die gleichzeitige Ausweitung des Kreises der möglichen Vertragspartner, u.a. auf Träger, die selbst keine medizinischen Leistungen erbringen, aber als Managementgesellschaften eine Versorgung durch berechtigte Leistungserbringer anbieten (§ 140 b Abs. 1 SGB V), hat die Möglichkeit geschaffen, zuvor bestehende Managementprobleme zumindest einzugrenzen.

Das Problem des Managements tritt bei Einbindung von Krankenhäusern oder ähnlichen Anbietern zurück, weil diese – anders als niedergelassene Ärzte – regelmäßig ohnehin über eine eigene Managementstruktur verfügen. Dasselbe gilt im Grundsatz für die Träger von Pflegeeinrichtungen. Hier dominiert bisher aber das andere wesentliche Hemmnis, das Fehlen einer Bestimmung über die Finanzierung der im Rahmen von IV-Verträgen zusätzlich erbrachten Leistungen der Pflegeeinrichtungen.

Für die stationären Pflegeeinrichtungen bleibt damit zum einen die Möglichkeit sich - wie dargelegt - als Kooperationspartner an IV-Verträgen zur Versorgung von Pflegebedürftigen im Heim durch niedergelassene Ärzte zu beteiligen, auch wenn für den eigenen Aufwand ein finanzieller Ausgleich (z.B. als Ausschüttung im Wege einer Bonuszahlung oder als regelmäßiger Zuschlag zum Pflegesatz) nicht erfolgt.¹³ Ungeachtet dessen verbleibt vermutlich ein Wettbewerbsvorteil, insbesondere wenn das Angebot nicht ohne weiteres auf andere Träger übertragbar ist.

Eine andere Möglichkeit besteht darin, als Träger z.B. über einen ergänzenden ambulanten Pflegedienst direkt als Leistungserbringer nach dem SGB V aufzutreten (Beispiele Diakonie Texte 11.2007, S. 30 mit Hinweis auf Diakonie Bethanien, Solingen, Heimbeatmung www.diakonie-bethanien). Gem. § 37 Abs. 2 Ziff. 3 SGB V können in bestimmten Konstellationen, z.B. bei beatmungspflichtigen Patienten zusätzlich zu den Leistungen der stationären Pflege Leistungen durch ambulante Pflegedienste beansprucht werden. Der eigentlich integrierte Ansatz liegt somit nicht so sehr bei der Möglichkeit des Abschlusses eines IV-Vertrages, sondern im punktuellen Durchbrechen des Prinzips der Trennung von ambulanten und stationären Leistungen durch den Gesetzgeber.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt offenbar auch die Reha-Kurzzeitpflege des Caritas Landesverband Bremen. Hier werden in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung (SGB XI) über einen IV-Vertrag ärztliche Leistungen, die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes (SGB V) sowie die der Physiotherapie eines Krankenhauses (SGB V), Rehabilitationsleistungen und ambulante Krankenpflege integriert (Diakonie Texte 11.2007 mit Hinweis auf www.caritas-bremen.de). Grundlage einer solchen Vorgehensweise ist ebenfalls die gesetzlich vorgegebene Zulässigkeit der Erbringung von ambulanten Leistungen nach dem SGB V (ärztliche, rehabilitative sowie krankenpflegerische) neben der stationären Pflege. Es muss davon ausgegangen werden, dass die finanzielle Wirkung des IV-Vertrages sich ausschließlich bei den Leistungserbringern nach dem SGB V auswirkt. Handelt es sich hierbei um einen Trägerverbund, stellt sich dies insgesamt als ein Vorteil des Leistungserbringers dar, da über den Umweg der ambulanten Angebote nach dem SGB V auch eine

¹³ Beispiele für Verträge: vgl. FN 8, 9.

finanzielle Partizipation an der Integrierten Versorgung möglich ist. Andernfalls würde auch hiernach die stationäre Pflegeeinrichtung vorrangig faktisch (gute Versorgung, guter Ruf) profitieren.

Ein tatsächliches Hemmnis bei der Umsetzung scheint – vergleichbar mit der Rekrutierung von Heimärzten - in der Gewinnung von Ärzten zu bestehen (vgl. Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin, 2009 für die Teilnahme von weiteren Ärzten am Berliner „Modell“ bzw. Schlitt KV-Blatt 01/2009, S. 24 f. bezogen auf die Teilnahme von Ärzten an „care plus“). Diese Problematik bezieht sich dabei offenbar ausdrücklich auf die Bereitschaft von niedergelassenen Ärzten, jedwede Vertragsbedingung zu akzeptieren.

Zusammenfassung

Durch die Integrierte Versorgung könnten vom Grundsatz nicht nur sektoren- und fachübergreifende Versorgungsmodelle geschaffen werden, sondern sogar kostenträgerübergreifende. Die kostenträgerübergreifende Versorgung bleibt aber bisher wegen fehlender Klärung der Finanzierung insbesondere durch die Pflegekassen überwiegend Wunschvorstellung. Die Integrierte Versorgung wird damit dominiert vom Leistungsspektrum des SGB V und hier speziell von den Interessen der ärztlichen Leistungserbringer (vgl. auch Preusker 2008, Rdnr. 488).

Als assoziierter Vertragspartner oder als Träger weiterer Leistungserbringer aus dem Spektrum des SGB V ist aber einer stationären Pflegeeinrichtung eine Teilnahme am IV-Vertrag und seinen faktischen Auswirkungen je nach vertraglicher Ausgestaltung möglich. In einer IV-Versorgung können dabei sowohl hausärztliche wie fachärztliche Aspekte dominieren. Problematisch bleibt für die Pflegeeinrichtung der typische spezifische Kassenbezug, da deswegen regelmäßig nicht alle Bewohner mit einbezogen werden können.

5.2.4 Modellprojekte, z.B. Pflege- und Gesundheitszentrum Berlin

5.2.4.1 Beschreibung

Das „Berliner Modell“ wird bei der Diskussion über die Möglichkeiten der Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Bewohnern von Pflegeeinrichtungen regelmäßig erwähnt. Es handelt sich hierbei inhaltlich um ein Heimarztmodell, dem eine begrenzte Anzahl von Pflegeeinrichtungen (ca. 38) „angeschlossen“ waren. Die „Heimärzte“ waren teilweise bei den Heimen angestellt, teilweise handelte es aber um niedergelassene Ärzte als Kooperationspartner. Hervorgegangen ist das „Projekt“ aus einer Berliner Besonderheit, den „Krankenheimen“ (vgl. Diakonie Texte 11.2007, S. 28). Historisch dienten diese Heime der Aufnahme schwerwiegend chronisch kranker Menschen, insbesondere auch Menschen mit psychischen Erkrankungen. Mit der Einführung der Pflegeversicherung sollten diese Einrichtungen (offenbar Zwitter zwischen Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe) in Pflegeeinrichtungen i.S. des SGB XI umgewandelt werden. Das für die Krankenheime typische Konzept der speziellen medizinischen Versorgung sollte beibehalten werden. Da dies unter den Gesichtspunkten der Pflegeversicherung – wie dargelegt – nicht möglich war, wurde 1998 rechtlich der Weg über ein Modellvorhaben gem. § 63 SGB V i.V.m einer Rahmenvereinbarung gewählt, zuletzt vom 22.05.2003 (vgl. Angaben im Experteninterview mit RA Christophers).

Bei einem Modellvorhaben gem. § 63 SGB V handelt es sich ebenfalls um eine neue Versorgungsform. Bereits mit dem 2. GKV-NOG 1997 wurde den Krankenkassen ermöglicht, durch ihre Satzungen Gestaltungsleistungen zu regeln oder Leistungen einzuführen, die im Leistungskatalog des SGB V nicht vorgesehen sind. Durch § 63 SGB V wurden diese Möglichkeiten für die Krankenkassen noch erweitert. Den Kassen wird hierdurch die Befugnis eingeräumt, im Rahmen ihrer Aufgabenstellung Modellvorhaben durchzuführen, in denen neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringer (Strukturmodell) sowie bestimmte neue Leistungen erprobt werden (Leistungsmodell), um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten zu verbessern. Vor der Einführung bzw. Modifizierung der Integrierten Versorgung wurden Modellvorhaben vor allem zur Umsetzung von Arztnetzprojekten genutzt.

Das „Berliner Modell“ ist als Strukturmodell i.S. von § 63 Abs. 1, 3 SGB V einzuordnen, weil eine Kooperationsform zugelassen wurde, die nicht den Vorgaben des SGB V entsprach. Ein Beispielfall für ein Leistungsmodell ist die unter 4.2.2 sowie 5.1. beschriebene Ausweitung der Delegation ärztlicher Leistungen an besonders qualifiziertes Personal.

Inhaltlich war es im Modellvorhaben erlaubt, dass die Pflegeeinrichtung (vor der Einführung des § 119 b SGB V) eine Institutsermächtigung zur Abrechnung der Leistungen des bei ihr angestellten Arztes erhält, die ärztlichen Leistungen nicht nur entsprechend den üblichen Honorarregelungen vergütet wurden, sondern den Ärzten wurden Zuschläge gewährt und auch die Pflegeeinrichtungen wurden an den Bonuszahlungen beteiligt (vgl. Schlitt, KV-Blatt 10/2007; Angaben im Experteninterview mit RA Christophers). Die Vergütung erfolgte dabei im Wege eines Anreizmodells. Es wurde hierfür eine fiktive Platzpauschale ermittelt aus ärztlicher und therapeutischer Betreuung, Arzneimitteln, Krankenhausbehandlung und Fahrtkosten. Hieraus ergab sich eine Sollgröße von 4.212,53 €/Pflegeplatz. Lagen nun die tatsächlichen Kosten unter diesem Wert, wurde die Differenz als Bonuszahlung an die teilnehmenden Ärzte und die Pflegeeinrichtungen ausgeschüttet (vgl. Experteninterview mit RA Christophers). Darüber hinaus erhielten die Ärzte pro Patient quartalsweise bis zu 200,00 € (Schlitt, KV-Blatt 10/2007).

Inhaltlich ergab sich die Verpflichtung einer einmal in der Woche stattfindenden Regelvisite in der Einrichtung, 24h-Rufbereitschaft, Teilnahme der Ärzte an Qualitätszirkeln / Fortbildungen, Fallbesprechungen in Einzelfällen sowie in einer Kooperationsverpflichtung im Rahmen der Dokumentation (Angaben im Experteninterview mit RA Christophers).

Da Modellvorhaben über § 64 SGB V einer umfangreichen Controllingverpflichtung unterliegen, ist eine gute Auswertung des Projekts möglich (Henkel-Hoving Gesundheit und Gesellschaft 4/2009, S. 17; Schlitt KV-Blatt 10/2007). Hiernach ergeben sich Einsparungen für die Krankenkassen in Millionenhöhe und ein nachvollziehbarer Rückgang der Krankenhausaufenthalte.¹⁴

¹⁴ Die Ersatzkassen haben allerdings die Auffassung vertreten, dass das Projekt nicht wirtschaftlich sein soll (Gottschall / Weigand Stellungnahme der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsfürsorge im Land Berlin). Aus den Argumenten lässt sich aber vermuten, dass hinter der Position der

Dieses Modellvorhaben ist 2011 in eine neue Versorgungsform übergeleitet worden, in das „Berlin-Projekt – die Pflege mit dem Plus“, Vertrag gem. § 73 c SGB V i.V.m. einer Kooperationsvereinbarung gem. § 140 a SGB V i.V.m. § 92 b SGB XI, somit in einen Vertrag zur Integrativen Versorgung (vgl. hierzu Ziff. 5.2.3.1). Hierbei ist ein deutliches Gewicht auf die Versorgung mit kooperativen Ärzten gesetzt worden. Dem entsprechend steht die Frage der Erhöhung der Honorierung der Ärzte im Vordergrund.

Im Vorwege war parallel zum Berliner Modell mit „Care plus – Medizinisch betreute Pflege“, ebenfalls ein Vertrag über die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen geschlossen worden (Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin, 2009; AOK: Informationen zum Programm „careplus“). Grund hierfür war, dass eine Ausweitung des „Berliner Modell“ nicht möglich war. Im Unterschied zum Berliner Modell ist die Kassenärztliche Vereinigung hieran nicht beteiligt¹⁵. Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen sind allerdings identisch. Von der rechtlichen Konstruktion her handelt es sich ebenfalls um einen Vertrag zur Integrierten Versorgung (Schlitt KV Blatt 01/2009, S. 24, 26 f.).

5.2.4.2 Bewertung

Aus den Auswirkungen des ursprünglichen Berliner Modell wird deutlich, dass die Teilnahme an einem Modellvorhaben auch für eine stationäre Pflegeeinrichtung vorteilhaft sein kann. Das Modellprojekt beinhaltet eine auf den Einzelfall ausgelegte Strukturierung des Zusammenwirkens der einbezogenen Leistungserbringer (Kriterium 1). Eine Steuerung zur Durchführung eines Modellvorhabens kann die Pflegeeinrichtung allerdings allenfalls indirekt setzen (Kriterium 2). Adressat des § 63 SGB V ist ausschließlich die Krankenkasse. Das Berliner Beispiel zeigt, dass es sich durchaus lohnen kann, auf bewährten Strukturen zu bestehen und diese zum Anlass eines Modellvorhabens zu machen. Dieses dürfte auch für den umgekehrten Fall gelten, in dem neue, bisher nicht bedachte Versorgungsstrukturen ge-

Ersatzkassen eher die Grundsatzfrage steht, ob die ärztliche Versorgung gerade in einer Stadt mit ärztlicher Überversorgung finanziell gefördert werden soll.

¹⁵ Die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung beim Modellvorhaben war 1998 noch zwingend erforderlich. Dieses Erfordernis ist mit dem GKV Gesundheitsreformgesetz 2000 entfallen (LPK SGB V § 64, Rn 1).

regelt werden sollen.¹⁶ Schon rein begrifflich kann es sich hierbei nur um eine außergewöhnliche Versorgungsform handeln.

Die hier verfolgten Ziele waren durch das „Berliner Modell“ inhaltlich vereinbart worden (Kriterium 3). Im Wege des Modellvorhabens war darüber hinaus in geradezu unkonventioneller Weise die Einbindung der Pflegeeinrichtung in die Finanzierung über die Ausschüttung eingesparter SGB V-Mittel erfolgt (Kriterium 4). Diese Konzeption war aber offenbar nur im Wege des Modellvorhabens möglich. Aus den Vertragsunterlagen zur Nachfolgeversorgung ergibt sich soweit ersichtlich keine vergleichbare Regelung. Auch die weiterhin fehlende Einbindung der Ersatzkassen zeigt, dass auch durch ein Modellvorhaben nicht alle Hemmnisse beseitigt werden können.

Die Beteiligung an einem Modellvorhaben kann somit auch für den Träger einer vollstationären Pflegeeinrichtung interessant sein; ein regelhaftes Versorgungsmodell stellt es aber - schon rein begrifflich – nicht dar.

5.3 Sonderform: Die spezialisierte palliative Pflege

5.3.1 Begriffsbestimmung

5.3.1.1 Grundsätzliches

Für den Bereich der palliativen Versorgung sind in den letzten Jahren verschiedene Versorgungsmodelle entwickelt worden, die möglicherweise für die zukünftige Ausgestaltung der spezialisierten Pflege insgesamt wegweisend sein könnten. Im Vordergrund steht dabei der ausdrücklich verfolgte multiprofessionelle Ansatz und die bereits vom Gesetzgeber vorgegebene Kooperationsverpflichtung der pflegerischen und ärztlichen Versorgung (so ausdrücklich § 37 b SGB V). Hinzu kommt die Privilegierung der palliativen Versorgung, die z.B. im Bereich der eigenständigen Vorhaltung von Betäubungsmitteln (Notfallbedarf nach § 5 c BtMVV) zum Ausdruck kommt.

Es soll nachfolgend untersucht werden, ob diese Besonderheiten ggf. auch auf andere Konstellationen der (spezialisierten) Pflege übertragen oder einfach noch

¹⁶ Vgl. z.B. als besondere, das übliche Leistungsspektrum überschreitende Versorgungsformen, die Versorgung von Beatmungspatienten als Kombination von Kurzzeitpflege, ambulanter ärztlicher Betreuung und Eingliederungshilfe nach dem SGB XII (Lufthafen am Altonaer Kinderkrankenhaus, Homepage Altonaer Kinderkrankenhaus – Lufthafen – Die Wohnsituation am AKK).

verstärkt durch die Anbieter von stationären Pflegeleistungen genutzt werden könnten. Anders als die bisher untersuchten so genannten neuen Versorgungsformen stellen sich hierbei vorrangig strategische Fragen, auch an die Politik.

5.3.1.2 Palliative Versorgungsformen

Die palliative Versorgung zielt auf Menschen, die an einer voranschreitenden, unheilbaren Erkrankung leiden und nur eine begrenzte Lebenserwartung haben. Im Zentrum steht dabei der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität, Nähe, Zuwendung und die Linderung von Schmerzen und anderer Symptome, somit eine symptomatische, jedoch keine ursächliche Behandlung (vgl. Adelt in LPK-SGB V § 39 a Rn 6 mit Hinweis auf Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 2004, S. 1350). Die palliativ-medizinische Behandlung im Sinne der §§ 39 a, 37 b SGB V wird der Krankenbehandlung zugeordnet.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren verschiedene Stufen der Palliativversorgung geschaffen. Hierzu gehört die palliative Versorgung im Krankenhaus, die allgemeine Palliativversorgung durch den ambulanten Hospizdienst (§ 39 a Abs. 2 SGB V) bzw. das (teil-)stationäre Hospiz (§ 39 a Abs. 1 SGB V). Daneben steht die Versorgung durch einen spezialisierten ambulanten Palliativdienst gem. § 37 b SGB V (SAPV).

Palliative Versorgung im Krankenhaus

Palliativstationen im Krankenhaus sind eigenständige, in ein Krankenhaus integrierte spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen (vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV), Spezielle Palliativversorgung 2011). Merkmal der Palliativstation ist der ganzheitliche, multiprofessionelle Betreuungsansatz. Neben der palliativärztlichen und palliativpflegerischen Betreuung erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wie Seelsorgern, Sozialarbeitern, Psychologen etc.. Die Finanzierung erfolgt entsprechend der regulären Krankenhausfinanzierung nach dem DRG-System oder auf der Basis von Pflegesätzen über die Anerkennung als besondere Einrichtung (vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV), Spezielle Palliativversorgung 2011). Der Aufenthalt auf einer Palliativstation wird daher wie andere krankenhausübliche Leistungen als

Sachleistung abgerechnet. Die Patienten beteiligen sich mit 10 EUR täglich an den Kosten.

Allgemeine palliative Versorgung

Die Tätigkeit des ambulanten Hospizdienstes (§ 39 Abs. 2 SGB V) ist koordinierend: Die Aufgabe der fachlichen Leitung – einer speziell ausgebildeten Pflegefachkraft - besteht insbesondere in der *palliativ-pflegerischen Beratung* der Betroffenen und deren Angehörigen durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und in der Sicherstellung der *Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Kräfte*, die die Aufgaben der Sterbebegleitung übernehmen. Darüber hinaus obliegt der Fachkraft des ambulanten Hospizdienstes die *Koordination der Zusammenarbeit* mit den klassischen Versorgungsformen, wie die Organisation der kontinuierlichen Versorgung durch Haus- und Fachärzte, ambulante Pflegedienste und anderen Berufsgruppen, wie Seelsorgern, Sozialarbeitern, Psychologen und Therapeuten (vgl. zum Leistungskatalog beispielhaft § 3 der Rahmenvereinbarung (Berlin) nach § 39 a Abs. 2 S. 7 SGB V vom 03.09.2002 i.d.F. vom 14.04.2010). Pflegerische oder ärztliche Leistungen werden somit durch einen ambulanten Hospizdienst nicht erbracht.

Die Finanzierung des ambulanten Hospizdienstes erfolgt über Zuschüsse, allerdings nur bezogen auf die Personalkosten, die im Rahmen der nicht-medizinischen Sterbebegleitung entstehen (Kingreen in Becker/Kingreen SGB V, § 39 a Rdn. 2).¹⁷ Ein Eigenanteil des Versicherten verbleibt nicht; eine Drittmittelfinanzierung erfolgt über den Hospizdienst (vgl. hierzu auch Urteil des BSG vom 17.02.2010 – B 1 KR 15/09 R, Rdn. 37¹⁸).

¹⁷ Vorliegend handelt es sich „nur“ um eine objektiv-rechtliche Förderverpflichtung für die Erbringung von nichtärztlichen Leistungen. Dies wird als typisches Merkmal für das *Sozialgesundheitsrecht* angesehen, wonach Ansprüche umso stärker ausgeprägt sind, je medizinischer ihr Leistungscharakter ist und umso schwächer, je mehr sie allgemeine und kommunikative Bedürfnisse betreffen (Welti, SGB 2007, S. 210, 215).

¹⁸ „Wie schon die Verwendung des Begriffs „Zuschuss“ verdeutlicht, ist die Übernahme der gesamten Personalkosten (dh der Kosten für die Fachkraft) gerade (im Regelfall) nicht gesetzlich vorgesehen. Der Gesetzgeber wollte mit der Beschränkung der Förderung auf einen Zuschuss dem Umstand Rechnung tragen, dass die ambulante Hospizarbeit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, deren Förderung nicht ausschließlich den Krankenkassen zugewiesen werden darf. Andere Finanzierungsquellen (etwa Mitgliedsbeiträge, Spenden, Sponsorengelder und Zuschüsse öffentlicher Gebietskörperschaften) sollten durch die öffentliche Förderung gerade nicht überflüssig werden, sondern weiterhin Grundlage der ambulanten Hospizarbeit sein. Durch die Vernetzung mit professionellen Fachkräften und Diensten sollte vielmehr das ehrenamtliche Engagement – also die freiwillige unentgeltliche Leistung der Bürger - gestärkt werden.“

Reicht diese Art der Versorgung nicht aus, besteht das stationäre Versorgungsangebot in einem Hospiz. Beim Hospiz gem. § 39 a Abs. 1 SGB V handelt es sich um eine voll- oder auch teilstationäre Einrichtung, in der unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase – zeitlich befristet – palliativ-medizinisch versorgt werden (vgl. zur Begriffsdefinition: Adelt in LPK-SGB V, § 39 a, Rn 14). Ebenso wie bei dem ambulanten Hospizdienst sind die Einzelheiten zur Leistungserbringung in einem Rahmenvertrag geregelt (§ 39 a Abs. 1 S. 4 SGB V). Der Rahmenvertrag vom 13.03.1998 i.d.F. vom 09.02.1999 definiert die Hospize als eigenständige Einrichtungen mit höchstens 16 Plätzen. Schwerpunkt in der Versorgung ist die Pflege und psychosoziale Betreuung.

Der gesetzlich Versicherte hat gem. § 39 a Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf Hospizversorgung im Wege einer Geldleistung¹⁹. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherte unter einer entsprechenden Krankheit leidet, keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht (mehr) erbracht werden kann. Unberührt bleibt der Anspruch des Versicherten auf vertragsärztliche Leistungen i.S.v. § 28 SGB V, die auch im Hospiz nach den allgemeinen Regeln, d.h. als Sachleistungen und nicht als Zuschuss erbracht werden. Die ärztliche Betreuung erfolgt somit vom Grundsatz - vergleichbar einer stationären Pflegeeinrichtung - durch *externe* Ärzte.

Die Finanzierung eines Hospizplatzes erfolgt auf der Basis eines Pflegesatzes, der die Besonderheiten der palliativen Versorgung, insbesondere bezogen auf die Personalanforderungen berücksichtigt (§ 7 des Rahmenvertrages vom 13.03.1998 i.d.F. vom 09.02.1999). Hiervon übernehmen die Krankenkassen einen Zuschuss, auf den die Leistungen anderer Kostenträger, insbesondere die der Pflegekassen anzurechnen sind (§ 39 a Abs. 1 S. 5, 6 SGB V). Die Pflegekassen übernehmen wie in einer stationären Pflegeeinrichtung die nach der individuellen Pflegestufe gewährte Pauschale. Der Höchstsatz des Zuschusses der Krankenkassen wird bei

¹⁹ Dies ist besonders hervorzuheben, da die Ansprüche des Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung im Grundsatz alle als Sachleistung gem. § 2 Abs. 2 SGB V ausgestaltet sind. Hierunter versteht man die Bereitstellung von Leistungen durch die Krankenkasse. Der Patient, entweder das Krankenkassenmitglied oder ein mitversicherter Familienangehöriger, nimmt dabei Leistungen zur Krankenbehandlung in Anspruch, ohne dafür eine Rechnung vom Leistungserbringer zu erhalten. Im Kontrast dazu steht die Kostenerstattung (§ 13 SGB V), bei der die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit Geldzahlungen erfüllt, indem sie den Versicherten die Ausgaben (teilweise) ersetzt, die ihnen für ärztliche Leistungen, Medikamente usw. entstanden sind (vgl. Kruse in LPK-SGB V, § 13 Rdn. 2 ff.).

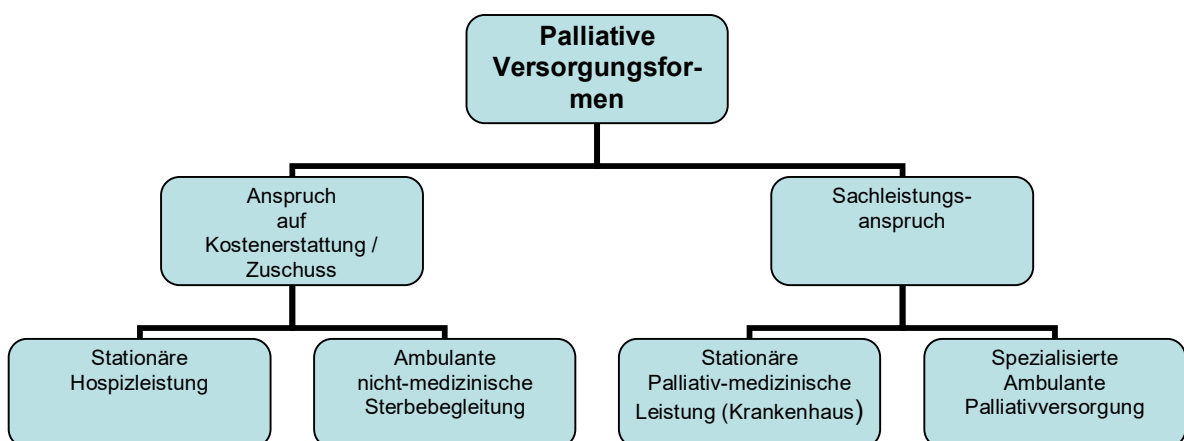
90% des Tagessatzes gedeckelt. Das verbleibende Entgelt ist durch den Träger des Hospizes durch Spenden zu decken (bis zu 10 %).²⁰

Spezialisierte Ambulante Versorgung (SAPV)

Mit dem GKV-WSG wurde zum 01.04.2007 der Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeführt bei einem individuell besonders aufwändigen Bedarf im Rahmen der palliativen Versorgung. Hiermit korrespondiert eine nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers als Gesamtleistung mit pflegerischen und ärztlichen Leistungsanteilen ausgestellte Versorgung, die bei Bedarf auch rund um die Uhr erbracht werden kann (Adelt in: LPK-SGB V § 37 b Rdn. 13, 14, 15). Damit hat der Gesetzgeber eine neue Leistungsart geschaffen (Kasseler Kommentar SGB V, § 37 b Rn 2).

Die Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen sind nicht vom Leistungsanspruch umfasst, sondern vielmehr weiterhin ergänzend z.B. vom ambulanten Hospizdiensten zu erbringen. Die Leistung erfolgt auf ärztliche Anordnung²¹ im Wege des Sachleistungsprinzips. Die Konkretisierung erfolgt zum einen auf Basis einer bundesweit einheitlichen Richtlinie des Gemeinsames Bundesausschusses sowie durch je nach Bundesland spezifische Versorgungsverträge gem. § 132 d SGB V.

Abb. 2: Die unterschiedlichen palliativen Versorgungsformen



Quelle: Eigene Darstellung

²⁰ Bis 2009 hatten die Patienten dem Hospiz noch einen Eigenanteil zu zahlen. Dieser betrug durchschnittlich 7 % des Gesamtentgelts.

²¹ Und nach Genehmigung der Krankenkasse: Diese ist nach herrschender Auffassung trotz fehlender ausdrücklicher Anordnung des Gesetzgebers notwendig, weil es sich bei der SAPV um eine Antragsleistung gem. § 19 Abs. 4 SGB IV handelt und nicht um eine Leistung von Amts wegen (Adelt in LPK-SGB V, § 37 b Rn 11).

Nachfolgend wird die unter dem Aspekt der Versorgungsforschung interessanteste Versorgungsform, die SAPV gem. § 37 b SGB V näher beleuchtet.

5.3.2 Spezialisierte Ambulante Versorgung (SAPV)

5.3.2.1 Beschreibung

Ähnlich wie bei den so genannten neuen Versorgungsformen hatte der Gesetzgeber bei Schaffung der spezialisierten ambulanten Versorgung (SAPV) über den Anspruch hinaus, ein Sterben in Würde in vertrauter häuslicher Umgebung zu ermöglichen, die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, also eine Kostensenkung zum Ziel. Die SAPV stellt aber unter weiteren Gesichtspunkten eine von den üblichen Standards abweichende Versorgungsform dar, die sie von der Struktur her in die Nähe der beschriebenen neuen Versorgungsformen rückt:

(1) Interdisziplinär und kooperativ

Zum einen beinhaltet die SAPV gem. § 37 b Abs. 1 S 3 SGB V eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegefachlichen Leistungsanteilen. Dies hat Auswirkungen auf den Inhalt der Leistung wie auch auf die Kooperation der Berufsgruppen. In der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL) vom 20.12.2007, zuletzt geändert am 15.04.2010, wird in § 5 Abs. 2 konkretisiert, dass die Leistung in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung Dritter zu organisieren ist. Es wird in § 5 Abs. 3 1. Spiegelstrich der SAPV-Richtlinie ausdrücklich auf die Anforderung einer multiprofessionellen Zusammenarbeit verwiesen.

(2) Eigenständige Leistungserbringung und Konsiliardienstleistung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst gem. § 37 b Abs. 1 Satz 3 SGB V die *Durchführung* pflegerischer und medizinischer Palliativleistungen durch spezialisierte Kräfte, wie Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten und anderen Maßnahmen. Diese gesetzliche Vorgabe ist durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie i.S. einer Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen umgesetzt und konkretisiert worden. Damit hatte das vorwiegend ärztlich geprägte Gremium bei der Erarbeitung der Richtlinie auch pflegewissenschaftlichen Sachverstand einzu-

beziehen.²² Auch waren die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Organisationen zu beteiligen.

Hinzu tritt als Aufgabe die spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung (§ 5 Abs. 3, 9. Spiegelstich SAPV-RL). Die SAPV beinhaltet somit nicht nur eine eigenständige Leistungserbringung im Bereich der Pflege und ärztlichen Versorgung, sondern hat zusätzlich eine *Konsiliarfunktion* für die anderen (weiterhin) beteiligten Leistungserbringer, wie (Haus-)Ärzte, aber auch Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen.

(3) Sektor- und trägerübergreifend

Die Leistung wird ambulant erbracht. Aber auch ein Bewohner einer Pflegeeinrichtung nach dem SGB XI oder eine Person, die in einem Hospiz untergebracht ist, kann die Leistung bei Vorliegen der Voraussetzungen beanspruchen (vgl. § 37 b Abs. 2 Satz 1 SGB V). Damit wird der Grundsatz der Trennung von ambulanter und stationärer Betreuung punktuell aufgehoben und ein Nebeneinander von stationärer und ambulanter Pflegeleistung zugelassen.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-WSG vom 26.03.2007 mit Wirkung zum 01.04.2007 eine vergleichbare Konstellation im § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V als Ausnahme für einen Leistungsbedarf von Patienten mit besonders hohem Versorgungsbedarf, wie Wachkoma- und Dauerbeatmungspatienten geschaffen. Diese Gruppe von Bewohnern darf seit 2007 in der stationären Pflegeeinrichtung zusätzlich durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden. Für den Fall der „Standardversorgung“ gilt dagegen ein „entweder - oder“. Mit der SAPV wird der Grundsatz „stationär vor ambulant“ somit für eine weitere Fallgruppe durchbrochen. Auch hier wird die Ausnahme mit dem besonders hohen Versorgungsbedarf i.S. von § 37 b Abs. 1 SGB V begründet.

Das Gesetz lässt vom Grundsatz darüber hinaus zu, dass die Pflegeeinrichtung selbst auch Träger der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sein kann, wenn die Voraussetzungen gem. § 132 d SGB V erfüllt sind. Das bedeutet, dass

²² Teilweise wird genau deswegen die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses in Frage gestellt (vgl. Welti, SGB 2010, S. 216 mit Hinweis auf die Grenzen der Kompetenz des GBA auf nichtmedizinische Leistungserbringer im Urteil des BSG vom 28.06.2000- B 6 KA 26/99 R zu den Diätassistenten).

die besonderen fachlichen Voraussetzungen für das Pflegepersonal wie auch die Einbindung eines spezialisierten Arztes durch die Pflegeeinrichtung gewährleistet sein müssen. Auch besteht die grundsätzliche Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen besonderer Versorgungsformen, wie z.B. der Integrierten Versorgung (vgl. Rixen in Becker/Kilgreen, SGB V, § 37 b Rn 5, § 132 d Rn 3).

Diese trägerübergreifende Zusammenarbeit findet ihren Ausdruck auch in der Finanzierung. Diese erfolgt als Komplexleistung, die patientenbezogen sowohl die ärztlichen wie die pflegerischen Leistungen beinhaltet. Die ärztlichen Teilleistungen gehören dabei nicht zur vertragsärztlichen Versorgung und führen deshalb nicht zu einer (verdeckten) Bereinigung der Gesamtvergütung (Rixen in Becker/Kilgreen, SGB V, § 132 d Rdn. 2). Umgekehrt ist eine Doppelberechnung der ärztlichen Leistungen regelmäßig in den Vereinbarungen nach § 132 d SGB V ausgeschlossen.

(4) Zeitliche Befristung

Die SAPV ist schon von der Definition her – als Leistung „bei fortgeschrittener Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung“ - zeitlich befristet. Dies korrespondiert mit dem Ziel eine – vom Inhalt wie von der Anwendung – spezielle Leistung zu erbringen. Die Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind dementsprechend eng auf eine sehr kleine „Fallgruppe“ begrenzt.

Insgesamt wird durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung eine punktuelle Spezialversorgung ermöglicht, die aber gleichzeitig umfassend vernetzt, im Sinne einer Konsiliarberatung ausgeübt werden soll.

5.3.3.2 Bewertung

Strukturanforderungen

Der Gesetzgeber hat mit der Schaffung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eine Versorgungsform geschaffen, die intern wie extern eine strukturierte Zusammenarbeit als Organisationsform vorsieht (Kriterium 1): Innerhalb der Versorgungsform selbst ist die Zusammenarbeit von Pflege und Ärzten Bedingung, über die Konsiliarfunktion der Beratung gilt dies auch für die Zusammenarbeit mit den Primärversorgern. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

agiert dabei als „Task-Force-Einheit“ für den Spezialfall eines individuell besonders aufwändigen Bedarfs im Rahmen der palliativen Versorgung, welche gleichzeitig die Zusammenarbeit und Abstimmung mit der Regelversorgung sicherstellt.

Die stationäre Pflegeeinrichtung kann einen solchen spezialisierten Dienst entweder für den gesetzlich Versicherten anregen und einfordern helfen oder aber als Träger eine solche Leistung selbst anbieten (Kriterium 2). Im ersten Fall handelt es sich vorrangig um eine indirekte Beeinflussbarkeit, im letzteren Fall um eine eigenständige Steuerung.

Die Zusammenarbeit mit einem Dienst der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung unterliegt per Gesetz gem. § 37 b Abs. 3 Nr. 3 SGB V und durch die Konkretisierung der SAPV-Richtlinie einer inhaltlich-fachlich strukturierten Zusammenarbeit (Kriterium 3).

Vom Grundsatz erscheint das Modell der Komplexleistung geeignet, eine auskömmliche Finanzierung zu erreichen (Kriterium 4). In jedem Fall sind hiervon sowohl die ärztlichen wie die pflegerischen Leistungen umfasst. Die stationäre Pflegeeinrichtung profitiert hiervon aber finanziell nur, wenn sie selbst Leistungserbringer der SAPV ist. Im Übrigen profitiert sie davon, dass durch den externen Dienstleister auch pflegerisch zusätzliche Leistungen erbracht werden, die über die Komplexleistung hinaus auch vergütet werden. Hierdurch tritt im Idealfall eine Entlastung der stationären Pflegeeinrichtung bei der Erbringung pflegerischer Leistungen ein. Auch würde – im Idealfall – die notwendige Koordinierung mit den Haus- und Fachärzten durch den Träger der SAPV übernommen werden.

Praktische Umsetzbarkeit

Wie auch bei den anderen untersuchten Versorgungsformen bestehen erhebliche Umsetzungshemmnisse. Nach dem Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009 waren bundesweit erst 30 bis 40 abgeschlossene SAPV-Verträge nach § 132 d SGB V festgestellt worden (GBA 2009, S. 10). Auch für 2010 wurde keine positivere Bilanz gezogen. Hiernach hatte sich die Anzahl der abgeschlossenen Verträge zwar auf 119 erhöht. Damit wären aber erst

25 % des angestrebten Versorgungsgrades erreicht (vgl. CAREkonkret 29.07.2011, S. 10).

Was sind die Gründe für die schleppende Umsetzung?

Der Abschluss der Verträge nach § 132 d SGB V wurde zunächst durch den verspäteten Erlass der SAPV-Richtlinie zum 11.03.2008 verzögert. Erst auf Basis dieser Richtlinie konnten überhaupt die ohnehin langwierigen Verhandlungen über die Inhalte der abzuschließenden Versorgungsverträge aufgenommen werden (vgl. GBA 2009, S. 12). Gerade die Formulierung der SAPV-Richtlinie führte offenbar zu nachhaltigen Umsetzungsproblemen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Auswertung für 2009 eine Befragung der Kostenträger (also der Krankenkassen, nicht aber der Leistungserbringer) vorgenommen. Hiernach kristallisierten sich insbesondere folgende Umsetzungsschwierigkeiten heraus (vgl. GBA 2009, S. 12 f, S. 31 ff.):

(1) Die erforderlichen Qualifikationen sowohl für die Pflegekräfte als auch für die Palliativmediziner wird am häufigsten als Umsetzungshindernis benannt. Den Pflegekräften fehlt vielfach die vorgeschriebene praktische Erfahrung in einem Hospiz (i.d.R. 6 Monate Vollzeit); dasselbe gilt für die Mediziner, die über eine bestimmte Fortbildung verfügen müssen. Darüber hinaus sind die Übergangsfristen zum 31.12.2008 verstrichen. Deswegen konnten die umfassenden personellen Anforderungen an die SAPV-Teams nicht erfüllt werden (z.B. nach § 132 d SGB V Sachsen jeweils wenigstens 5 Ärzte und 4 Pfleger in Vollzeit). Dies entspricht auch den Äußerungen aus der Praxis (Experteninterview mit Frau Kuhn, Hospiz und Palliativarbeit).

(2) Weiter stellt die Höhe der Vergütungsforderung der Leistungserbringer offenbar vielfach ein Hemmnis dar. Aus den Einzelcommentaren (GBA 2009, S. 31 ff.) ergibt sich hierzu, dass offenbar insbesondere die Ärzte mit den Pauschalen nicht einverstanden waren bzw. sind. Auch für die Umsetzung der SAPV in Niedersachsen wird die Unterfinanzierung als maßgeblicher Grund für die schleppende Umsetzung genannt (CAREkonkret 07.10.2011, S. 9) Dasselbe gilt für Berlin (CAREkonkret 01.07.2011, S. 11). Zu Beginn fehlte vielfach das wirtschaftliche Zutrauen, so dass das SAPV-Team zunächst nur in Teilzeit oder punktuell als Kooperation

umgesetzt wurde, was aber wiederum zu keiner optimalen Angebotsstruktur führte. Die Vollzeitbeteiligung stellt nach wie vor die Ausnahme dar (Experteninterview mit Frau Kuhn, Hospiz und Palliativarbeit).

(3) Aus den Einzelkommentaren ergeben sich darüber hinaus auch inhaltliche Probleme, wie die Abgrenzung zur allgemeinen palliativen und medizinischen Versorgung (GBA 2009, S. 39; BAG Hospiz, Empfehlungen für die RL des GBA 2008, S. 5²³). So stellt sich die Frage, inwieweit Menschen mit einem erheblichen Bedarf an palliativer Versorgung, deren Lebenserwartung aber nicht eindeutig begrenzt ist oder deren Krankheit vom Grundsatz noch heilbar sein könnte, die SAPV Leistungen beanspruchen können (vgl. Welti SGB 2007, S. 216 mit Hinweis auf Entscheidung des SG Aachen vom 19.09.2006 – S 20SO 47/05). Nordrhein-Westfalen hat für sich offenbar die Konsequenz gezogen, die SAPV ausschließlich auf Konsiliarleistungen zu begrenzen, dafür sollen aber alle Palliativpatienten einbezogen werden, nicht nur die Schwerstbetroffenen (CAREkonkret, 19.08.2011, S. 12). Damit wird an die Stelle der SAPV eine inhaltlich auf die palliative Versorgung spezialisierte Leistung angeboten, die u.a. die Frage der zeitlichen Befristung überwindet; gleichzeitig wird aber die spezifische Möglichkeit zur Eigenleistung – wie dargelegt ein besonderes Attribut der SAPV – aufgegeben. In Nordrhein-Westfalen scheint es darüber hinaus noch die Tendenz zu geben, sich auch von den pflegfachlichen Leistungen zu trennen und speziell nur ärztlich palliative Leistungen anzubieten (CAREkonkret vom 28.10.2011, S. 12). Auch hier stellt sich die Frage, ob hierdurch tatsächlich eine Verbesserung des Angebots erfolgt oder eher eine bessere Interessensdurchsetzung der verbleibenden Akteure.

Auch die Abgrenzung zu den Leistungen der stationären Pflege wirft Fragen auf. Wie zu erwarten war, halten sich die Krankenkassen als Kostenträger mit der Bewilligung der Leistungen zurück (vgl. Experteninterview mit Herrn Franke/Frau Werner, SWP Aschersleben). Aber auch die Träger der Pflegeeinrichtungen üben bei der Vermittlung dieses Leistungsangebots Zurückhaltung. Zu groß sind offenbar die fachlichen Vorbehalte und die Bereitschaft zur Aufgabenteilung (Experten-

²³ Von der BAG wird insbesondere in Abgrenzung zu den Primärleistungserbringern die Frage aufgeworfen, ob jedes Palliativ-Care-Team ein voll umfassendes Angebot vorhalten muss oder ob es nicht auch unterschiedlich organisierte Angebote im Leistungsspektrum geben kann. Der Schwerpunkt soll dabei variieren können zwischen konsiliarischen und der Übernahme unmittelbarer ärztlicher Aufgaben.

interview mit Frau Kuhn, Hospiz und Palliativarbeit). Darüber hinaus ergeben sich die üblichen Kommunikationsprobleme, ähnlich wie mit den Ärzten (vgl. Experteninterview mit Herrn Franke/Frau Werner, SWP Aschersleben). Nach bisherigen Erkenntnissen ist kein Träger einer Pflegeeinrichtung gleichzeitig Träger einer SAPV (Experteninterview mit Frau Kuhn, Hospiz und Palliativarbeit).

(4) Die Leistungsanbieter halten die Leistungsinhalte der SAPV für zu beschränkt, weil eine Konzentration auf die medizinischen und pflegfachlichen Aspekte erfolgt (Experteninterview mit Frau Kuhn, Hospiz und Palliativarbeit). Professionelle seelsorgerische oder psychologische Aspekte bleiben unberücksichtigt. Auch die zu erbringende interne Koordinierungsleistung, wie die Aufstellung der konkreten Versorgungsteams, wäre eine Aufgabe für eine professionelle Verwaltungskraft. Diese Aufgabe wird gegenwärtig vielfach von den Ärzten übernommen.

Zusammenfassung:

Die SAPV stellt eine fachlich wie strukturell „fortschrittliche“ Versorgungsform dar. Sie ist daher speziell bezogen auf die palliative pflegfachliche und medizinische Versorgung geeignet, die beschriebenen fachlichen wie sektoralen Grenzen zu überwinden. Dabei ist besonders hervorzuheben, dass die Koordinierung mit den so genannten Primärleistern ebenfalls Teil des gesetzlich vorgegebenen Leistungsspektrums ist. Gerade letztere Anforderung scheint in der Praxis aber Schwierigkeiten aufzuwerfen mit der Folge, dass sich einzelne Bundesländer allein auf die Koordinierung von Leistungen zurückziehen. Neben Fragen der auskömmlichen Finanzierung stellt die Umsetzung der fachlichen Voraussetzungen bisher ein praktisches Hemmnis dar.

6. Interpretation und Schlussfolgerungen

6.1 Die Untersuchungsmethode

Es hat sich bewährt, nicht nur rechtliche Strukturen für die Analyse heranzuziehen, sondern auch die tatsächlichen Hemmnisse bei der Umsetzung zu betrachten. Nur auf diese Weise konnte eine die Wirklichkeit abbildende oder zumindest nahe kommende Bewertung vorgenommen werden. Die Experteninterviews wie auch die aus der Literatur und insbesondere der Fachpresse herangezogenen Auswer-

tungen haben sich damit als gut geeignet gezeigt, sich dem tatsächlichen Umsetzungsstand anzunähern.

Die Orientierung an Experten direkt aus den Handlungsfeldern der stationären Pflege führte allerdings auch nur zu begrenzten Erkenntnissen. In Hinblick auf den geringen Verbreitungsgrad der neuen Versorgungsformen war die Sichtweise der interviewten Experten ganz überwiegend von der „Standardversorgung“ geprägt. Die praktischen Erfahrungen mit den neuen Versorgungsformen waren daher sehr beschränkt. Es stellte sich in den Interviews aber auch heraus, dass sich auch die rechtlichen Rahmenbedingungen der so genannten neuen Versorgungsformen ganz überwiegend der Alltagspraxis der ausgewählten Experten entzogen. Handeln und Zielsetzungen waren vielmehr geprägt von der Maßgabe der „Machbarkeit“ und einem Arrangieren mit den als misslich empfundenen Verhältnissen. Gerade die Distanz zu strukturellen, juristisch geprägten Lösungsansätzen stellt für sich genommen aber auch eine Erkenntnis dar.

Für eine weitergehende Vertiefung i.S. einer Fortentwicklung der strukturellen Rahmenbedingungen oder einer Machbarkeitsanalyse müsste daher Kontakt zu einer anderen Gruppe von Experten z.B. auf ministerieller Ebene und bei den Spitzenverbänden gesucht werden. Für die mit der vorliegenden Arbeit gesteckten Ziele, der Darstellung und Analyse der vom Gesetzgeber bereits vorgesehenen Versorgungsformen und ihrer praktischen Umsetzungshemmnisse, zeigte sich die vorgenommene Auswahl der Experten aber als gut geeignet.

6.2 Die untersuchten Versorgungsformen

Für die zusammenfassende Bewertung der untersuchten Versorgungsformen soll eine Konzentration auf die „Heimärzte“, die Integrierte Versorgung sowie die SAPV anhand der entwickelten Kriterien 1-4 erfolgen. Da sich das Modellvorhaben nicht durch eine eigene Struktur auszeichnete, wird dieses bei der zusammenfassenden Betrachtung nicht extra bewertet.

Für die bessere Übersichtlichkeit wurde eine tabellarische Darstellung gewählt, für die Bewertung „-“ und „+“ Zeichen verwendet, wobei für eine etwas differenzierte Darstellung die positiven „+“ noch in „++“ und als Höchstnote in „+++“ differenziert.

Abb. 3: Zusammenstellung „Rechtliche Bewertung“:

	„Heimarzt“	Integrierte Ver- sorgung	SAPV
Kriterium 1 „strukturelle Zusammenarbeit per Gesetz“	++	++	+++
Kriterium 2 „Steuerungsmöglichkeiten durch stat. Pflegeeinrichtung“	+++	++ Aber krankenkassenabhängig	+ / +++ Je nach Ausformung
Kriterium 3 „inhaltlich-fachl. strukturierte Zusammenarbeit“	++	++	+++
Kriterium 4 „gesicherte Finanzierung auch bez. auf stat. Pflegeeinrichtung“	+ Keine gesonderte Finanzierung für Leistungen stat. Pflegeeinrichtung	++ Finanzierung auch der stat. Pflege möglich	+ Keine gesonderte Finanzierung für Leistungen stat. Pflegeeinrichtung

Quelle: Eigene Darstellung

Bei den Versorgungsformen „Heimarzt“ und Integrierte Versorgung ist das Kriterium 1 nur mit „++“ zu bewerten, weil - anders als beim SAPV - das Nebeneinander von ärztlicher Versorgung und Pflege bestehen bleibt, auch wenn beide Bereiche durch eine vom Gesetzgeber vorgegebene Struktur miteinander verbunden werden.

Die Steuerungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung (Kriterium 2) sind beim „Heimarzt“ am höchsten zu bewerten, weil die Pflegeeinrichtung die Institutsermächtigung erhält. Bei der Integrierten Versorgung besteht zumindest nach der Theorie ein Gleichrang der Vertragspartner, Initiator ist aber immer eine Krankenkasse. Bezogen auf die SAPV ist eine Übertragung des Kriteriums nicht ohne weiteres möglich. Ist die Pflegeeinrichtung selbst Träger der SAPV besteht eine Vergleichbarkeit mit dem „Heimarzt“; andernfalls ist die stationäre Pflegeeinrichtung Primärversorger, die von der Kooperation mit einem SAPV- Team abhängt.

Die strukturierte fachliche Zusammenarbeit (Kriterium 3) ist bei allen Versorgungsformen positiv zu bewerten, bei der SAPV ist aber eine noch weitergehende fachliche Kooperation und Verflechtung vorgesehen.

Eine ausreichende finanzielle Vergütung (Kriterium 4) kann vom Grundsatz bei allen Versorgungsformen angenommen werden, unterschiedlich ist aber die Einbe-

ziehung der Leistungen der stationären Pflegeeinrichtung. Nur für die Integrierte Versorgung ist eine direkte finanzielle Beteiligung vorgesehen. Bei den anderen Versorgungsformen entsteht allenfalls indirekt ein Einsparungseffekt, weil Leistungen nicht (bei der SAPV) oder besser organisiert erfolgen (beim „Heimarzt“).

Insgesamt sind die meisten positiven Effekte für die stationäre Pflegeeinrichtung beim „Heimarzt“ bezogen auf die hausärztliche Versorgung zu erwarten und bei der SAPV bezogen auf eine spezialisierte fachärztliche Versorgung.

Es ergibt sich jedoch ein verändertes Bild, wenn die in der Praxis festgestellten Hemmnisse mit einbezogen werden:

Abb. 4: Zusammenstellung der tatsächlichen Umsetzungshemmnisse:

	„Heimarzt“	Integrierte Versorgung	SAPV
Kriterium 1 „strukturelle Zusammenarbeit per Gesetz“	+ Problem: nur geringe praktische Umsetzung, Ärzte fehlen	+ Problem: nur geringe praktische Umsetzung bez. auf stat. Pflege	+ Problem: Umsetzung schleppend, insbes. fachliche Hemmnisse
Kriterium 2 „Steuerungsmöglichkeiten durch stat. Pflegeeinrichtung“	+ Problem: geringer Umsetzungsgrad	+ Problem: keine gleichberechtigten Vertragspartner	+ Problem: wenig Einbindung
Kriterium 3 „inhaltlich-fachl. strukturierte Zusammenarbeit“	++	++	++ Problem: große Zurückhaltung der Pflege vor externen Spezialisten
Kriterium 4 „gesicherte Finanzierung auch bez. auf stat. Pflegeeinrichtung“	+ Problem: wenig Know How über ärztliche Abrechnung in der Pflege	- Problem: keine Trägerübergreifende Finanzierung, überwiegend auch keine faktische Beteiligung	+

Quelle: Eigene Darstellung

Im Ergebnis werden die neuen Versorgungsformen – im unterschiedlichen Grad und aus unterschiedlichen Gründen – nicht einmal im Ansatz ausgeschöpft, obwohl sie für sich genommen – wie dargelegt - bereits tragfähige Lösungsansätze beinhalten. So fehlt es z.B. bei der Integrierten Versorgung an der Umsetzung der finanziellen Partizipation der stationären Pflege. Insbesondere das mangelnde (wirtschaftliche) Interesse der Ärzte wie auch die offenbar fehlende Bereitschaft zu einer gleichberechtigten Kooperation stellt bei allen untersuchten Versorgungsformen auf der faktischen Ebene ein weiteres wesentliches Hemmnis dar. Dies

führt offenbar auch zu einer Zurückhaltung der stationären Pflege bei der Ausgestaltung der vom Gesetzgeber angebotenen Versorgungsformen. Aus den Interviews wurde deutlich, dass eine Orientierung an den neuen Versorgungsformen ganz überwiegend nicht erfolgt.

6.3 Versuch einer Interpretation

Folgende Interpretationsmöglichkeiten drängen sich nach der vorgenommenen Analyse auf:

- (1) Die neuen Versorgungsformen haben ihren Schwerpunkt vorrangig in der ärztlichen Versorgung; hierbei handelt es sich regelmäßig nicht um das Kerngeschäft der Pflege. Vermutlich fehlt es der Pflege an ausreichender Expertise um gleichrangig mitzuwirken.
- (2) Die Pflegeeinrichtungen vertrauen offenbar auf die Umsetzbarkeit von faktischen Kooperationen und beziehen vermeintlich komplizierte Versorgungsformen nicht in ihre Überlegungen mit ein. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass rein faktisch die Pflegeeinrichtungen längst die ärztliche Versorgung i.S. von Organisation, Begleitung und fachlichem Austausch für ihre Bewohner selbst übernommen haben. Dabei gerät in den Hintergrund, dass diese Formen der Kooperation bis hin zum Datenaustausch rechtlich nicht geregelt sind.
- (3) Der Arztberuf hat eine erhebliche Wandlung erfahren. Die Frage nach dem wirtschaftlichen „Output“ jedweden Engagements prägt die gegenwärtige Berufsausübung. Dies hat Auswirkungen auf die Auswahl des Berufsfeldes als auch auf Berufsausübung.

7. Fazit

Mit der vorliegenden Arbeit sind ausgewählte neue Versorgungsformen aus dem Bereich der Managed Care in Gestalt der Heimarztversorgung, der Integrierten Versorgung und der spezialisierten ambulante Palliativversorgung auf ihren Nutzen für die stationären Pflegeeinrichtungen untersucht worden. Die Analyse hat gezeigt, dass den stationären Pflegeeinrichtungen mit den ausgewählten so genannten neuen Versorgungsformen schon zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine geeignete, gesetzlich gestützte strukturierte Zusammenarbeit mit den Ärzten für eine

bessere Versorgung der Bewohner wie auch für eine stärkere Profilierung der Einrichtungen möglich ist. Ob diese Art der Versorgung im konkreten Einzelfall immer besser ist als die bisher vorrangig faktische Kooperation, mag dahin stehen. Mit den neuen Versorgungsformen werden aber die bestehenden rechtlichen Hemmnisse überwunden. Auch erlauben sie – vom Grundsatz - den Pflegeeinrichtungen größeren strukturellen, inhaltlichen sowie finanziellen Einfluss. Insoweit würde die konsequentere Umsetzung klar einen Fortschritt zur beschriebenen Ausgangssituation darstellen. Gerade größere Träger mit einer ausgewiesenen Managementstruktur haben das Potential, sich die ihnen vom Gesetzgeber zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen zu Nutze machen.

Die Auswahl der geeigneten Versorgungsform ist dabei abhängig von den Rahmenbedingungen, aber auch den verfolgten Zielen. Der Abschluss eines IV-Vertrag hängt wesentlich vom Agieren und Angeboten der Krankenkassen, die Beteiligung am SAPV vom betreuten Klientel, die Anstellung von Heimärzten im wesentlichen von dem zur Verfügung stehenden Angebot an qualifizierten Ärzten, die Durchführung von Modellvorhaben von der Nähe zum Modellgegenstand und letztlich der günstigen Gelegenheit ab.

Nach dem zumindest für die Verfasserin überraschenden Ergebnis der Analyse stehen der Beteiligung an den so genannten neuen Versorgungsformen vorrangig faktische Hemmnisse entgegen. Neben den zum Teil entgegen den gesetzlichen Vorgaben zu Lasten der stationären Pflege bestehenden Finanzierungsbeschränkungen (insbesondere bei der allgemein hoch präferierten Integrierten Versorgung), fehlt es offenbar insgesamt am (finanziellen) Interesse der Ärzte an einem gleichberechtigten Zusammenwirken mit der Pflege. Dies ist umso bemerkenswerter, weil die Ärzte – anders als die stationären Pflegeeinrichtungen - insbesondere finanziell von jeder der neuen Versorgungsformen profitieren. Zusätzlich zu den Umsetzungshemmnissen von Seiten der Kostenträger wird die stationäre Pflege durch die übrigen Leistungserbringer vielfach in die Rolle eines nur kooperierenden, nicht selbst gestaltenden Teilnehmers gedrängt. Das für die stationäre Pflege geradezu auf der Hand liegende Heimarztmodell für die hausärztliche Versorgung wird schon auf der ärztlichen Verbandsebene degradiert und von den stationären Pflegeeinrichtungen offenbar gar nicht ernsthaft als Handlungsalternative erkannt.

In Hinblick auf die Alterung der Gesellschaft und der damit einhergehenden Multimorbidität kann aber davon ausgegangen werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen auch in Zukunft von Bedeutung sein werden, wenn nicht sogar für ein spezielles Klientel noch an Bedeutung gewinnen. Aufgrund der damit zusammenhängenden spezialisierten pflegefachlichen Fragestellungen werden stationäre Pflegeeinrichtungen auch für Ärzte ein medizinisch wichtiges, und ggf. auch fachlich herausforderndes Betätigungsfeld darstellen. Medizinische und pflegerische Aufgaben werden wie bereits im Bereich der spezialisierten palliativen Versorgung fachlich-inhaltlich immer stärker miteinander verknüpft sein. Die stationäre Pflege muss sich ihres hieraus erwachenden Potentials gerade auch bezogen auf die neuen Versorgungsformen stärker bewusst werden. Die neuen Versorgungsformen sollten dabei nicht allein den ärztlichen Leistungserbringern zur Ausgestaltung überlassen werden. Ein deutlicher Impuls aus dem Bereich der stationären Pflege könnte den erforderlichen Kontrapunkt zu der bislang überwiegend ablehnenden Haltung der ärztlichen Leistungserbringer setzen. Hierfür wäre (zunächst) nicht einmal ein Tätigwerden des Gesetzgebers erforderlich. Veränderte faktische Verhältnisse würden vielmehr umgekehrt neue Impulse, wie die Frage der Ausweitung des finanziellen Handlungsrahmens, für die zukünftige Gesetzgebung setzen können.

Die bestehenden Probleme in der ärztlichen Versorgung von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen werden durch die analysierten und empfohlenen Versorgungsformen sicherlich nicht in ihrer Gesamtheit gelöst werden. Insbesondere die Facharztversorgung wird man nicht ausschließlich über die Integrierte Versorgung lösen können. Die Weiterentwicklung der vorhandenen Ansätze, aber auch die ergänzende Entwicklung ganz neuer Versorgungsformen bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. Der Stellenwert der stationären Pflege wird dabei aber maßgeblich davon abhängen, wie sich diese mit den bereits vorhandenen Versorgungsformen positioniert.

8. Literaturverzeichnis

Altonaer Kinderkrankenhaus, Lufthafen - Die Wohnstation am AKK, www.kinderkrankenhaus.net/h/print.php?&newsid=4 (Zugriff am 09.09.2011);

Arend, Stefan in: CAREkonkret 29.07.2011 (Nr. 30), S. 9: „Die alte Trennung zwischen ambulant und stationär durchbrechen“;

AOK - Gesundheitspartner - Berlin: Informationen zu careplus, www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/projekt/index.html (Zugriff 08.09.2011);

Becker, Ulrich / Kingreen, Thorsten SGB V, München, 2. Aufl. 2010;

Berg, Neetje van den u.a.: „AgnES: Hausarztuntersuchung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz“, in: Ärzteblatt 2009, 106 (1-2), S. 3-9);

Birther, Isabel Romy: Auf gute Zusammenarbeit – Heimärzte in Pflegeeinrichtungen, in: VDAB Durchblick 2/2009, S. 16 – 17;

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V., Empfehlungen für die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Abs. 3 SGB V, Berlin 2008;

Bundesärztekammer, Pressemeldung vom 22.07.2010: Abwanderung von „Ärzten ins Ausland“ (<http://www.bundesaerztekammer.de>, Zugriff 09.08.2011);

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) intern Nr. 2/2010, S. 7 f.: Stärkung der Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegeheimen;

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) Pressemitteilung vom 23.02.2011, Nr. 08/11: „Pflegestatistik: Mehr Pflegebedürftige, mehr pflegende Angehörige und Tausende neuer Arbeitsplätze“;

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), Pressemitteilung vom 10.10.2011 (Nr. 47/11): bpa-Präsident Meurer: „Weder Chancen noch Realität kleinreden“;

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) Pressemitteilung vom 21.10.2011 (Nr. 49/11): „Eine wichtige Entscheidung für die Pflege“;

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), Landesgeschäftsstelle Thüringen vom 04.04.2011 (Nr. 16/11): „Wir sind Gemeindeschwestern“ – bpa kritisiert Einsatz von VERAH;

Best, Gerald: Zur Leistungsbeschränkung der Pflegeversicherung bei Unterbringung behinderter Menschen in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43 a SGB XI), in: NDV 2008, S. 335 – 339;

Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe e.V., im Auftrag der Kontaktverbände: Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Leitlinie für stationäre Einrichtungen, Berlin 2008;

Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung vom 18.01.2006: „Zahlen und Fakten zur Situation der Ärzteschaft“;

Bolling, Georg: „Der Hausarzt als Lösungsansatz“, Vortrag an der Fachtagung Ärztliche Versorgung im Pflegeheim, Berlin 2007;

CAREkonkret: „Marseille Kliniken verkauft endgültig die Reha-Sparte“, vom 30.04.2010 (Nr. 17), S. 8;

CAREkonkret: „Der Druck auf klassische Pflegeheime steigt“, vom 28.01.2011 (Nr. 4), S. 4;

CAREkonkret: „Umfrage zu Wundversorgung und Schmerzmanagement in der Häuslichen Pflege“, vom 28.01.2011 (Nr. 4), S. 11;

CAREkonkret: „Grabenkämpfe sind nicht angezeigt“, 27.05.2011 (Nr. 11), S. 11;

CAREkonkret: „Kooperation mit Klinik – Heim für 30 Beatmete“; 07.01.2011 (Nr. 1), S. 9;

CAREkonkret: „Neues Vivantes-Pflegehaus: enge Kooperation mit Klinikum / Fokus auf Komfort und Service - Netzwerk zum Wohle der Bewohner“, 07.01.2011 (Nr. 1), S. 1;

CAREkonkret: „Start und Bilanz: Projekte Arzt im Heim“, 07.10.2011 (Nr. 40), S. 6;

CAREkonkret: „Bundesregierung legt Bericht zur Umsetzung der SAPV vor - Keine rosige Bilanz nach vier Jahren“, 29.07.2011 (Nr. 30), S. 10;

CAREkonkret: „Vertrag zur Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen - Bewusste Entscheidung gegen die SAPV“, 19.08.2011 (Nr. 33) S. 12;

CAREkonkret: „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung SAPV in Niedersachsen - In der Praxis häufen sich die Probleme der 25 Teams“, 07.10.2011 (Nr. 40), S. 9;

CAREkonkret: „Verhandlungen bei der SAPV in der Hauptstadt – Berliner-Palliativdienste vor dem Aus“, 01.07.2011 (Nr. 26), S. 11;

CAREkonkret: „Spezialisierte Palliativversorgung als Blaupause – SAPV-Modell als Paketlösung setzt sich im Markt nicht durch“, 28.10.2011 (Nr. 43), S. 12;

CDU/CSU Fraktion im Deutschen Bundestag, Arbeitsgruppe Gesundheit: Entwurf Eckpunkte für eine Pflegereform 2011: Menschlich, bedarfsgerecht, zukunftsfest., Berlin 2011;

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV), Hospiz- und Palliativversorgung, www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ.html (Zugriff 15.04.2011)

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche Deutschland e.V.: Ärztliche Versorgung im Pflegeheim, Leinefelden-Echterdingen 2007;

Eichhorn, S. Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebs, Bd. 1, Stuttgart, 1967 / 3. Aufl. 1975,

Fricke, F.-U.: Der gesundheitspolitische Nutzen von Evaluationsstudien, in: Gesundheitsökonomische Evaluationen – Studienausgabe, Oliver Schöffski, Graf von der Schulenburg, J.-Matthias (Hrsg.), Berlin / Heidelberg 2008, S. 435 - 495.

Fuchs, Christoph: Aufgaben der Versorgungsforschung aus der Sicht der Ärzteschaft, in: Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Holger Pfaff / Schrappe, Matthias / Lauterbach, Karl W. / Engelmann, Udo / Halber, Marco (Hrsg.), Bern 2003, 47 – 52;

Gemeinsamer Bundesausschusses, Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009, Berlin 2009;

Gottschall, Sophia / Weigand, Stefan für die Fachstelle von der Senatsverwaltung Berlin, Fachstelle für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Medizinische Versorgung im Pflegeheim – Ein Jahr nach der Gesundheitsreform neue Initiativen aber auch viel Stillstand, Berlin 2009;

Hallauer, Johannes / Bienstein, Christel / Lehr, Ursula / Rönsch, Hannelore: SÄ-VIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, Hannover, 2005;

Hertlein, Regina (Vorstand Caritas-Verband Mannheim): „Freie Arztwahl für Heimbewohner“ 2011, www.kath.de/caritas_mannheim/arztwahl_heimbewohner-caritas_mannheim.php (Zugriff 10.05.2011);

Hoppe, Jörg-Dietrich, Pressemitteilung der Bundesärztekammer: Zum BMG-Papier „Zahlen und Fakten zur Situation der Ärzteschaft“, 18.01.2006;

Hoppe, Jörg-Dietrich, Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 27.08.2009: „Den Weg in den Arztberuf wieder frei machen“;

Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, München, 70. Ergänzungslieferung 2011;

Kassenärztliche Vereinigung Berlin: Informationen für die Praxis: Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus, Vertrag gem. § 73 c SGB V, Juli 2011, www.kvberlin.de (Zugriff: 08.09.2011);

Klie, Thomas / Kraemer, Utz (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 3. Auflage, Baden-Baden, 2009;

Klie, Thomas: Begleitung zum Arztbesuch – Sache der Heime?, in: CAREkonkret, vom 03.04.2011 (Nr. 9) S. 8;

Kopetsch, Thomas: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Alterstruktur- und Arztentwicklung, Berlin 5. Aufl. 2010;

Kruse, Jürgen / Hänlein, Andreas: Sozialgesetzbuch V Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 3. Aufl. Baden-Baden, 2009

Larenz, Karl: Methodenlehre der Rechtswissenschaften, 6. Aufl. Heidelberg, 1991;

Laufs, Adolf: Die jüngere Entwicklung des Arztberufs im Spiegel des Rechts, in: Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert, Katzenmeier, C. / Bergdolt, K., Berlin / Heidelberg 2009, S. 1- 19;

Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl. Weinheim / Basel 2005;

Lingenfelder, Michael / Kronhardt, Markus: Erfolgsfaktoren medizinischer Versorgungsnetze, in: Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Pfaff, Holger / Schrappe, Matthias / Lauterbach, Karl W. / Engelmann, Udo / Halber, Marco (Hrsg.), Bern 2003, S. 109 – 116;

Luthe, Ernst-Wilhelm: Vier Modellebenen der integrierten Versorgung – am Beispiel psychiatrischer Netzwerke, in: NDV 2011, S. 269 - 276;

Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung vom 18.01.2006: „Zahlen und Fakten zur Situation der Ärzteschaft“;

Pfaff, Holger: Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, in: Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Pfaff, Holger / Schrappe, Matthias / Lauterbach, Karl W. / Engelmann, Udo / Halber, Marco (Hrsg.), Bern 2003, S. 13 – 24;

Preusker, Uwe K.: Das deutsche Gesundheitssystem verstehen – Strukturen und Funktionen im Wandel, Berlin / Heidelberg, 2008;

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Aufl. Berlin / New York, 2004;

Quaas Michael / Zuck, Rüdiger: Medizinrecht, München, 2. Aufl. 2008;

Richter-Kuhlmann, Eva A.: Arztlzahlstudie von BÄK und KBV: Die Lücken werden größer, in: Ärzteblatt 2010, 107 (36): A-1670;

Rosenbrock, Rolf / Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik – eine systematische Einführung, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. Bern, 2007;

Rothgang, Heinz, Bochert, Lars, Müller, Rolf, Unger, Rainer: GEK-Pflegereport, Schwäbisch Gmünd, 2008;

Rudzio, Kolja in: „Die Zeit“, 29.09.2011, S. 26: „Wieso findest Du nichts“

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR), „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ – Band 3: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden, 2001;

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Kurzfassung, Berlin 2005;

Schlitt, Reinhold: „Berliner Modellprojekt: die Pflege mit dem Plus“, KV Blatt 10/2007;

Schlitt: Reinhold: Der „care plus“ Arzt und seine Abhängigkeit von Krankenkassen und Heimen, KV-Blatt 01/2009, S. 24 – 27;

Schnabel, R.: Zukunft der Pflege Essen, 2007;

Schulenburg Graf von der, JM.: Preisbildung im Gesundheitswesen, in: Andersen HH / Henke, KD / Graf von der Schulenburg, JM (Hrsg.), Basiswissen Gesundheitsökonomie, Band I: Einführende Texte, Basiswissen Gesundheitsökonomie, Berlin, 1992, S. 113-133;

Stanowsky, Jürgen, Sabine Schmax, Rolf Sandvoß: Aktuelle Studie der Volkswirte der Allianz Group zur Entwicklung des deutschen Gesundheitsmarkes bis 2020, Berlin, 2004;

Welti, Felix: Der sozialrechtliche Behandlungsanspruch und die Grenzen des Lebens, in die Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 2007, S. 210 – 216;

9. Auflistung Interviewpartner

Angelica Christ, Referentin für Altenpflege, der Paritätische Hamburg

Hinrich Christophers, Rechtsanwalt, Herzog & Kollegen Pflegeberatung, Hamburg

Mathias Appel Wirtschaftsprüfer und Steuerberater, Herzog & Kollegen Pflegeberatung, Hamburg

Gabriele Lengefeldt, Leiterin der Altenpflegeschule Norderstedt der IBAF, Institut für berufliche Aus- und Fortbildung gGmbH, Rendsburg

Monika Sonnenberg, Leiterin des Zentralen Qualitätsmanagements der Vitanas GmbH, Berlin

Frau Kuhn, Hospiz & Palliativarbeit, Koordinierungsstelle Hamburg;

Andreas Franke / Waltraud Werner, Einrichtungs- und Pflegedienstleitung der SWP Aschersleben GmbH, eine Pflegeeinrichtung der Unternehmensgruppe der Marseille-Kliniken AG;

Anhang

Muster-Interviewleitfaden

Kopien der geführten Interviews

Erklärung zur selbständigen Erstellung der Arbeit

**Eidesstattliche Erklärung
von Hedwig Seiffert, geb. am 24.08.1968:**

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den