



# GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2014

## BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Sonja Laag, Thomas Müller, Michael Mruck

„Verantwortung gemeinsam tragen – Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimpatienten braucht eine Neuordnung“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014 (Seite 292–309)

Sonja Laag, Thomas Müller, Michael Mruck

## **VERANTWORTUNG GEMEINSAM TRAGEN – DIE ÄRZTLICHE VERSORGUNG VON PFLEGEHEIM- PATIENTEN BRAUCHT EINE NEUORDNUNG**

Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimpatienten ist nicht auf die speziellen Bedürfnisse der hochaltrigen Bewohner ausgerichtet und bietet deutliches Verbesserungspotenzial. Im bestehenden Versorgungssystem sind die nötigen Veränderungen jedoch schwer umzusetzen. Der Beitrag untersucht die aktuelle Problemlage und zeigt Hindernisse im System auf. Für eine optimale Versorgung sind sowohl die Organisation und Koordination der Versorgung zu verbessern als auch die geriatrische Qualifikation der beteiligten Ärzte.

### Rahmenbedingungen

Die stationäre Langzeitpflege hat sich in den letzten 20 Jahren von einer Wohneinrichtung, in der alte Menschen betreut werden, hin zu einem Ort entwickelt, in dem Bewohner in den Spätstadien chronischer und komplexer Krankheiten versorgt werden. Charakteristisch für die Entwicklung ist ein wachsender Anteil demenziell erkrankter Bewohner in späten Krankheitsphasen, die Gleichzeitigkeit schwerer körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen sowie eine hohe Sterblichkeit innerhalb der ersten zwölf Monate des Pflegeheimaufenthalts (Wingenfeld 2012).

Mit der Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen (SÄVIP-Studie, Hallauer et al. 2005) wurde im Jahr 2005 erstmals die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen kritisch beleuchtet und als Unter- und Fehlversorgung beschrieben. Dieses geschah auch in einer Studie der TU München (Schneider 2012) und im Rahmen eines Health Technology Assessment (HTA)-Berichts des DIMDI-Instituts (2013) sowie wiederholt in den Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland (SVR Gesundheit 2007, 2009 und 2014). Die Versorgungsprobleme sind multifaktoriell und reichen von einer unzureichenden Verfügbarkeit und Organisation der Ärzte über eine nicht fachgerechte Diagnostik und Dokumentation bis hin zu Problemen in der Zusammenarbeit der beteiligten

Berufsgruppen und pflegerischen wie geriatrischen Qualifikationsproblemen. Im vorliegenden Beitrag werden Ursachen, Problemlagen und Lösungsansätze behandelt.

### Besonderheit des Ortes Pflegeheim

Rund ein Drittel der insgesamt 2,5 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland lebt in stationären Pflegeeinrichtungen (Rothgang et al. 2013). Da die Pflegestatistik auf Stichtagserhebungen beruht, werden Pflegebedürftige, die zwischen den Erhebungen versterben, nicht erfasst. Wie im SVR-Gutachten des Jahres 2014 dargelegt, weisen Trägerstatistiken darauf hin, dass etwa 30 bis 60 Prozent der Bewohner während eines Jahres versterben und der Anteil der Bewohner mit einer Verweildauer von weniger als sechs Monaten unter den Verstorbenen deutlich höher als 20 Prozent ist. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit einem hohen Versorgungsaufwand dürfte demnach deutlich oberhalb von 800.000 bis 900.000 Personen liegen. Weiterhin steigt das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohner stetig und liegt inzwischen bei rund 84 Jahren, im Alter von über 89 Jahren leben rund 48 Prozent der Personen in stationären Pflegeeinrichtungen (SVR 2014).

Der Beitrag beschreibt die Versorgungsherausforderungen bei Multimorbidität im hohen Lebensalter. Weiterhin werden die Probleme der Versorgung von Pflegeheimbewohnern aufgezeigt, die zum einen in der Organisation und Koordination der Versorgung liegen und zum anderen in der unzureichenden Qualifikation der Ärzte. Nach einem Systemblick auf die Versorgungssituation werden mögliche Lösungsansätze im bestehenden System beschrieben.

### Versorgungsherausforderung Multimorbidität und Geriatrie

Die Grenze zwischen der Natürlichkeit des Alterns und dem Auftreten von Krankheiten im Alter verläuft fließend. Bei altersassoziierten Veränderungen handelt es sich zum Teil um genetische, zelluläre und systemische Veränderungen des Organismus. Beim pathologischen Altern kommt es vor allem zu einer Zunahme von chronischen Erkrankungen wie etwa Diabetes. Insbesondere im höheren Alter nehmen zahlreiche Erkrankungen zu, und eine strenge Grenzziehung zwischen diesen beiden Typen des Alterns wird schwierig (von Kondratowitz 2008).

Zu den häufigsten Diagnosen gehören Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Atemorgane, des Muskel-Skelett-Systems, der Schilddrüse, psychische beziehungsweise neurologische Erkrankungen, onkologische Erkrankungen, chronische Wunden, Schwindel, Harn- und Stuhlinkontinenz, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, chronische Schmerzen sowie Sensibilitätsstörungen. Altersveränderungen sind komplex, variabel und hängen von individuellen Prädispositionen und Erkrankungen ab. Abbauprozesse halten sich nur begrenzt an das chronologische Alter und bilden ihre physiologischen Funktionsänderungen langsam und kaum merklich aus, wie etwa die eingeschränkte Nierenfunktion wegen der Verringerung funktionstüchtiger Nephrone (DGG 2012). Auf der einen Seite treten mehr Krankheiten auf, auf der anderen Seite nimmt die Regenerations- und Kompensationsfähigkeit ab.

Aufgrund der Überlagerung der körperlichen, psychischen und damit einhergehenden sozialen Probleme ist ein Großteil der Bewohner nicht mehr dazu fähig, alltägliche Verrichtungen durchzuführen oder mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen umzugehen. Einschränkungen beim Gehen bis hin zur totalen Bettlägerigkeit sind die Folge. Beim Essen, Duschen, An- und Auskleiden und beim Toilettengang sind sie auf Hilfe angewiesen.

Zunehmend aufwendig wird der Pflegebedarf im Bereich jener Therapien, die wie enterale und parenterale Ernährung, Wundversorgung, Stoma, Tracheostoma und einige Schmerztherapien über künstliche Zugänge erfolgen und intensivpflegerisches Know-how erfordern. Zu den klassischen Diagnosen, die in eine Pflegebedürftigkeit führen, gehören Demenz, Schlaganfall und hüftgelenksnahe Frakturen. Bedeutsam für einen Pflegeeintritt können aber auch schon vorher auftretende Erkrankungen und Symptome wie Lähmungen, Dekubitalulcera, Harninkontinenz sowie Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Fehl- und Mangelernährung, Schmerzen, Herzinsuffizienz sowie Krebs sein (Rothgang et al. 2013; Meinck et al. 2013).

Ein Anteil von 60 bis 80 Prozent der Pflegeheimbewohner leidet an kognitiven Störungen wie einem abnehmenden Orientierungs- und Erinnerungsvermögen, Beeinträchtigungen der Kommunikation, Verlust der Selbststeuerungskompetenz, gefährdendem Verhalten,

Persönlichkeitsveränderungen, vokal auffälligkeiten, Antriebsverlust, Passivität und Rückzug (SVR-Gutachten 2014; BMG 2006). Personen, die insgesamt eine hohe Vulnerabilität (Gewichtsabnahme, Erschöpfung, Schwäche, verminderte Gehfähigkeit, verringerte körperliche Aktivität) aufweisen, werden in der Geriatrie mit dem Frailty-Syndrom (Gebrechlichkeit) erfasst (Burkhardt und Wehling 2013). Eine einschlägige Definition darüber, wann allgemein von Multimorbidität gesprochen wird, existiert derzeit nicht.

## Probleme in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern

### Organisation und Koordination der Versorgung

Die aufgeführten Probleme in der medizinischen Versorgung der Pflegeheimbewohner basieren auf den Erkenntnissen der SÄVIP-/HTA-Studien wie auch auf den Erfahrungen der BARMER GEK, die im Rahmen von Versorgungsverträgen in den letzten Jahren gesammelt wurden.

Die Verfügbarkeit von Haus- und Fachärzten ist in stationären Pflegeeinrichtungen oftmals schwierig. Als besonders problematisch stellt sich in der fachärztlichen Versorgung die Verfügbarkeit von Neurologen und Urologen dar. Die im Rahmen der Bedarfsplanung auch öffentlich diskutierte ungleiche Verteilung der Ärzte und die sich daraus ergebenden Versorgungsprobleme (vor allem im ländlichen Raum) treten hier zutage. Weiterhin ist die Bereitschaft der Ärzte, in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu gehen, unterschiedlich ausgeprägt. Manche Ärzte hinterlegen eine Mobilfunknummer und sind 24 Stunden erreichbar, andere suchen grundsätzlich keine stationäre Pflegeeinrichtung auf, wiederum andere besuchen nur bestimmte Pflegeheime in erreichbarer Nähe. Aktuell gibt es nur noch wenige Ärzte, die eine feste Wochentagsvisite machen. Noch immer gibt es Hausärzte, die Patienten ein Leben lang betreuen möchten – somit auch in der stationären Pflegeeinrichtung. Andere Hausärzte lehnen Besuche beim Wegzug eines Patienten in ein Pflegeheim ab, vor allem, wenn die Einrichtung nicht in der Nähe liegt. Aufgrund dieser traditionell gewachsenen Strukturen kommt es nicht selten vor, dass Ärzte in einer Region für jeweils zwei oder drei Patienten durch eine gesamte Stadt fahren. Im Durchschnitt haben stationäre deutsche Pflegeeinrichtungen 70 bis

100 Bewohnerplätze (Rothgang et al. 2013) und werden nach Aussage von Pflegeheimen zum Teil von 25 Hausärzten betreut. Dabei ist noch nicht sichergestellt, dass jeder Bewohner einen Hausarzt hat.

Die Erreichbarkeit der Ärzte während und außerhalb der Sprechstunden wird von den Pflegeheimen als Problem geschildert. So erhalte man bei Besuchsanforderungen nicht immer eine verbindliche Auskunft darüber, ob und wann ein Arzt kommt. Für Ärzte wiederum sei die Situation schwierig einzuschätzen, wenn die Bitte um Besuch unkonkret bleibt („dem Patienten geht es schlecht“). Als problematisch stellt sich weiterhin dar, dass die besuchenden Ärzte unabgestimmt in ein Pflegeheim kommen, oft in der Mittagszeit, wenn in den Praxen Pausenzeiten sind. Bei 15 bis 20 unterschiedlichen Ärzten zu verschiedenen Zeiten kann das Pflegepersonal keine gemeinsamen Visiten organisieren. Ärzte beklagen ihrerseits, dass sie oft keine qualifizierten Ansprechpartner in einer stationären Pflegeeinrichtung antreffen.

Außerhalb der Sprechstundenzeiten bereiten inzwischen zentral großräumig organisierte kassenärztliche Notfalldienste ein Problem, da die von dort gerufenen Ärzte in eine Einrichtung kommen, ohne den Patienten zu kennen und zum Teil ohne über die entsprechende Fachexpertise zu verfügen. Den rettungs- und kassenärztlichen Notfalldiensten bereiten Fehl-, Doppel- und Nachalarmierungen Probleme, wenn in den Heimen nicht klar festgelegt ist, wer wann zu verständigen ist. Dies ist eng mit der Frage nach qualifiziertem Pflegepersonal in der Pflegeeinrichtung verbunden.

Die Abstimmung in der Behandlung zwischen Haus- und Fachärzten sowie mit dem Pflegepersonal und den Angehörigen beziehungsweise Betreuern ist ein weiteres Problem in der Versorgung, was sich besonders in der Arzneimitteltherapie ausdrückt (Polypharmazie). Auch wenn es inzwischen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hinsichtlich etwaiger Stufenkonzepte gerade in der neurologischen und gerontopsychiatrischen Versorgung gibt, scheinen sie in der Praxis keine Anwendung zu finden. Auch ist die Organisation der Facharztversorgung schwierig. Wegen des notwendigen Instrumentariums lässt sich ein Praxisbesuch oft nicht vermeiden, auch wenn dieser mit Blick auf Wartezeiten in der

Praxis vor allem bei kognitiv eingeschränkten Patienten schwierig ist. Darüber hinaus ist vom Pflegeheim meistens eine Begleitung sicherzustellen.

Besonders zu betrachten sind Sterbeprozesse. Wenn nicht festgelegt ist, welche Maßnahmen noch zu ergreifen sind – Mitnahme ins Krankenhaus oder nur ambulante palliative Therapie, Reanimation, Tubus-Beatmung etc. –, wird das Sterben auch vor dem Hintergrund haftungsrechtlicher Absicherung wie ein Akutereignis behandelt. Der Bewohner wird in ein Krankenhaus eingewiesen, obwohl das oftmals nicht erwünscht ist. Hier ist eine vorausschauende gemeinsame Behandlungsplanung notwendig, wie sie in der Palliativmedizin bereits üblich ist. In den meisten Fällen sind Patientenverfügungen, wenn sie überhaupt vorliegen, nicht aussagekräftig genug, um im Notfall entscheiden zu können (Marckmann und in der Schmitt 2013; in der Schmitt 2012). Eine besondere Rolle spielt die Verfügbarkeit behandlungsrelevanter Informationen. Ärzte sind im Pflegeheim nicht zur Dokumentation verpflichtet, und so haben Ärzte des kassenärztlichen Notfalldienstes oder des Rettungsdienstes oftmals keinen Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen.

Betroffene in Pflegeheimen und Ärzte betonen, dass sich in den stationären Pflegeeinrichtungen mit Blick auf Haftungsklagen bei den Angehörigen und auch zur Erfüllung der MDK-Kriterien eine bürokratische „Absicherungsmentalität“ herausgebildet hat. Ärzte klagen auch über „unsinnige“ Nachfragen etwa im Bereich der Bedarfsmedikation, etwa danach, ob eine Schmerztablette gegeben werden darf oder nicht. In diesem Zusammenhang wird von Ärzten wiederholt darauf hingewiesen, dass es zu wenig qualifizierte Pflegekräfte in den Pflegeheimen gibt, die etwa Vitalparameter erheben und einschätzen können, einen „klinischen Blick“ haben und Verantwortung übernehmen. Wird ein Gesundheitszustand in einer Pflegeeinrichtung nicht adäquat eingeschätzt und können wichtige Informationen nicht gegeben werden, führt das zu Unsicherheiten in der Kommunikation zwischen den betroffenen Ärzten und den Pflegeeinrichtungen.

## Unzureichende geriatrische Qualifikation

Die Geriatrie ist die Spezialdisziplin für die medizinische Versorgung von Menschen im höheren Alter. Im Unterschied zur Organmedizin, die ihren Fokus jeweils auf ein Organ richtet, beschäftigt sich die Geriatrie mit der routinierten Erfassung und Verknüpfung unterschiedlicher Aspekte. Geriatrische Patienten befinden sich im höheren Lebensalter (über 70 Jahre) und weisen gleichzeitig mehrere chronische Erkrankungen sowie akute pflegerische oder medizinische Behandlungserfordernisse auf. Das erfordert ein aufmerksames und fürsorgliches Begleiten ebenso wie ein schnelles therapeutisches Handeln.

Das oberste Therapieziel der Geriatrie ist grundsätzlich der Erhalt der Autonomie und der Selbstständigkeit. Um das zu erreichen, muss die Geriatrie umfeldbezogen und mit anderen medizinischen und nicht medizinischen Nachbargebieten arbeiten (Lübke 2012). In der Geriatrie geht es anders als in der reinen kurativen Medizin nicht darum, einzelne Erkrankungen leitliniengerecht zu behandeln, sondern Funktionen (Gehvermögen, Kraft) zu prüfen, Therapien zu priorisieren und gegebenenfalls abzusetzen. Besonders wichtig ist, dass rehabilitative Potenziale und Risikofaktoren mit sensiblen geriatrischen Assessment-Instrumenten erkannt werden.

Neben diesen Aspekten muss sich die Geriatrie vor allem auch mit dem Problem der „gestörten Willensbildung“ und dem daraus resultierenden besonderen rechtlichen Schutzbedürfnis der Patienten befassen. Geriatrische Medizin wird oft „angesichts des geistigen Niedergangs“ (DGG 2012) geleistet. Einschränkungen, Verluste, Affekte, Kognitionen, blockierte Denkabläufe, Angst und die vielfältigen Ausprägungen der Demenz gilt es zu beobachten und zu lesen, da sich diese auf alle Lebensaktivitäten auswirken.

Geriatrisch tätig sein kann hier nur, wer zur Auseinandersetzung mit diesem Verlauf bereit ist. Dieses trifft gleichermaßen auf den Aspekt der Irreversibilität und der altersbedingten ständigen Todesnähe zu. Geriatrie ist immer auch Sozialmedizin. Sogenannte Kontextfaktoren (Tabelle 1) spielen für das Therapieziel „Erhalt der Selbstständigkeit“ eine größere Rolle in der Patientenversorgung als die Wahl zahlreicher Medikamente.

Ohne ein interdisziplinäres Arbeitsverständnis kann kein Geriater arbeiten, wenn er sich zwischen ärztlichen Generalisten und Spezialisten bewegt und nicht medizinische Berufe wie die Pflege und Therapeuten (Ergo-, Physio- und Logopädie) ebenso in eine gemeinsame Behandlungsplanung einbinden muss wie kommunale soziale Dienste.

Natürlich behandelt jeder Internist und Hausarzt geriatrische Patienten. Diese Tatsache alleine befähigt jedoch nicht dazu, die Erkrankungen und Funktionseinschränkungen in der Breite übergreifend zu erfassen und eine geriatrische Therapie durchführen zu können. Die Schwierigkeit der Therapiepriorisierung bei Multimorbidität zeigt sich am stärksten in der Arzneimitteltherapie, deren Sicherheit seit einigen Jahren unter dem Stichwort Polypharmazie kritisch diskutiert wird (Holt et al. 2010; Hessische Leitlinien-gruppe 2013). Hier liegt der Fokus gegenwärtig auf der Anzahl verordneter Wirkstoffe oder deren Wechselwirkungen. Die Frage nach der Ursache für die Tabletteneinnahme findet nach wie vor wenig Aufmerksamkeit. Das gilt auch für die Kunst der zwingend notwendigen Therapiepriorisierung insbesondere bei alten Menschen, die nur gelingen kann, wenn Therapien zwischen den Behandlern übergreifend transparent sind und gemeinsam mit den Patientenpräferenzen abgewogen werden. Ärzte lernen Therapien anzusetzen, nicht aber sie abzusetzen oder gemeinsam zu priorisieren. Neben diesen Problemen lösen auch die Arzneimittelbudgets bei Hausärzten ein quartalsweises Verschieben der Patienten gerade zu Neurologen und Psychiatern aus.

**Tabelle 1: Kontextfaktoren der geriatrischen Versorgung**

medizinische Versorgung	kontextliche Versorgung
medizinische Fachdisziplinen	Krankheitsverarbeitung
Therapeuten	Lebensmut
medizinische Versorgungssektoren	persönliche Ziele
	soziale Einbindung
	Unterstützungskapazitäten des Umfeldes
	Wohnverhältnisse
	sozialleistungs-/betreuungsrechtliche Fragen ...

Quelle: Norbert Lübke, Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, 17. Oktober 2012, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de)

Wie die Allgemeinmedizin hat auch die Geriatrie als generalistisches Fach eine schlechte Reputation im akademischen Medizinbetrieb. Reputation lässt sich vor allem über die Beherrschung einer Subspezialisierung erlangen. Die Geriatrie hat es bereits in der Ausbildung der Ärzte schwer. Verglichen mit den Niederlanden, in denen an jeder medizinischen Fakultät ein Lehrstuhl für Geriatrie etabliert ist, gibt es in Deutschland nur sieben Lehrstühle (Bundesverband Geriatrie e. V. 2011). Dabei ist die Geriatrie als Querschnittsfach „Medizin des Alters“ seit der Änderung der Approbationsordnung im Jahr 2002 im Medizinstudium verankert. Seit 1992 gibt es eine fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“. Nach Auffassung der DGG hat eine inhomogene Umsetzung der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) in den Ländern zu einem Mosaik der Weiterbildungs-szenarien geführt. Dieses läuft dem Ziel, das Fach in der Medizin und Ärzteschaft über klare und einheitliche Standards in der Weiter- und Fortbildung zu etablieren, entgegen. So gibt es den Facharzt Innere Medizin und Geriatrie als Facharztkompetenz im Gebiet Innere Medizin (Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt), die Zusatzweiterbildung Geriatrie (in allen Bundesländern) und die Zusatzqualifikation Geriatriische Rehabilitation der DGG als freiwillige Fortbildung für niedergelassene Ärzte.

Darüber hinaus existiert für niedergelassene Ärzte seit August 2012 ein 60-Stunden-Fortbildungscurriculum zur geriatrischen Grundversorgung (Bundesärztekammer und DGG 2012). Genaue Zahlen darüber, wie viele Geriater es aktuell gibt, sind schwer zu ermitteln. Nach Angaben aus dem Jahr 2007 existieren 2.100 geriatrisch qualifizierte Ärzte, von denen 377 ambulant tätig sind. Die ermittelte geriatrische Versorgungsdichte entspricht damit der der Nephrologen (Lübke et al. 2008; Bundesverband Geriatrie e. V. 2011).

### Systemblick Pflegefall

Im Sechsten Altenbericht des Jahres 2010 ist dargestellt, wie negativ der gesellschaftliche Diskurs über das Alter seit Jahrzehnten geprägt ist, da vor allem die mit dem Altern einhergehenden defizitären Erfahrungen in den Vordergrund gestellt werden (Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft 2010). Mit der Einführung der Pflegeversicherung vor 20 Jahren wurde zwar eine strukturelle Absicherung der Langzeitpflege geschaffen, doch zur

Begründung eines Rechtsanspruchs auf eine Unterstützungsleistung bedarf es einer Einstufung des Menschen in Pflegestufen. Damit verschwand der altersbedingt beeinträchtigte Mensch als individuelle Person in seiner Ganzheitlichkeit und Würde und wurde zum Pflegefall.

Dass es auch ein selbstständiges Altern gibt und somit Menschen, die kein „Pflegefall“ sind, mit geriatrischen Problemen in ihrem Alltag leben können, ist kaum wahrnehmbar. Diese eingeschränkte Sichtweise zeigt sich auch in einer negativen selektiven Wahrnehmung bei Ärzten, Pflegekräften und Verantwortlichen in Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens. Präventive Potenziale werden weder therapeutisch gesehen (aktivierende Pflege) noch finanziell im System adäquat gefördert (die seit Jahren anhaltende Diskussion um die Verwirklichung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“). Auch existieren seit Anfang der 1990er-Jahre Stufenkonzepte zum Aufbau geriatrischer Versorgungsstrukturen sowie Kooperationen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich (Kompetenz-Centrum Geriatrie und Bundesverband Geriatrie e. V.).

Eine hohe Pflegequalität kann nur bei einer optimalen medizinischen und ärztlichen Versorgung erreicht werden. Dies gelingt nur in einem Zusammenspiel von Ärzten, Pflegeheim und Patienten sowie deren Angehörigen (beziehungsweise Betreuern). Wann soll eine PEG-Sonde gelegt werden oder wann soll reanimiert und wie sollen Psychopharmaka eingesetzt werden?

Ist das Engagement vieler Ärzte im Bereich der Geriatrie nur gering ausgeprägt, bietet das ärztliche ambulante Vergütungssystem (EBM – Einheitlicher Bewertungsmaßstab) darüber hinaus wenig finanzielle Anreize, sich um Pflegeheimpatienten zu kümmern. Der EBM orientiert sich nach wie vor an Dringlichkeiten, Wochentagen und Tageszeiten und nicht am Aufwand und den Erfordernissen einer kontinuierlichen Langzeitbetreuung.

Die seit Jahrzehnten bestehende Vergütungslogik festigt ein „reaktives Verrichten“ ärztlicher Einzelhandlungen und fördert in keiner Weise ein vorausschauendes und kontinuierliches Fallmanagement. Auch sind die neuen geriatrischen und palliativen Vergütungsziffern weder an fachliche noch organisatorische Voraussetzungen gebunden,

die etwa für eine kontinuierliche Erreichbarkeit des Arztes oder auch für ein Fallmanagement nötig wären.

Gerade mit Blick auf schwierige palliative Situationen muss festgestellt werden, dass eine gute palliative Versorgung mit ihren vorausschauenden, therapiepriorisierenden, interdisziplinären und wertschätzenden Prinzipien nach wie vor nur in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) möglich ist, für die es seit dem Jahr 2007 einen Rechtsanspruch gibt. Die SAPV kann nur verordnet werden, wenn ein Patient absehbar in den nächsten vier Wochen verstirbt (etwa bei onkologischen Patienten). Seit Jahren kämpfen Palliativmediziner für eine Erweiterung der Palliativmedizin auf die sogenannte AAPV (Allgemeine Palliativversorgung), damit ohne das Kriterium der begrenzten Lebenszeit von vier Wochen (SAPV) im System der Regelversorgung eine organisatorisch und fachlich qualifizierte Versorgung höchst vulnerabler Patienten ermöglicht werden kann.

### Lösungsansätze zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

Ein Blick ins Ausland zeigt, dass die Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Frankreich, Belgien und den Niederlanden seit über zehn Jahren nicht mehr allein der hausärztlichen Routineversorgung überlassen wird. In diesen Ländern sind eine besondere Qualifikation (unter anderem Geriatrie, Prävention, Infektionen, Rehabilitation, Palliativversorgung) sowie eine besonders geregelte Organisation der Ärzte vorgesehen. In den Niederlanden gibt es eigens den „Verpleeghuisarts“ als eine besondere Form der Primärarztversorgung, in der die Rehabilitation eine besondere Rolle spielt (van den Bussche 2009).

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012 verschärfte der Gesetzgeber für die Pflegeheime die Qualitätssicherung nach § 114 SGBV XI. Pflegeheime müssen seit dem 1. Januar 2014 gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen nachweisen, wie sie die ärztliche Versorgung sicherstellen. Bereits seit dem Jahr 2008 (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) können stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit Ärzten und Ärztenetzen schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtungen hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung Verträge anzustreben und zu vermitteln. Die Inhalte der Verträge wurden Ende des

Jahres 2013 zwischen KBV und GKV-Spitzenverband konsentiert (KBV-Vereinbarung nach § 119 b Absatz 2 SGB V). Trotz der Verschärfung des § 114 SGB XI wird unter Fachleuten eine gegenwärtige Versorgungsverbesserung über § 119 b SGB V als gering eingeschätzt. Diese Form der Zusammenarbeit spricht eher einzelne Ärzte und Pflegeheime an, die ihre bisherigen Kooperationen mit zusätzlichen Vergütungszuschlägen festigen können, nicht aber in einem größeren Einzugsbereich tätig werden und nachhaltige teamorientierte Strukturen aufbauen. Fest angestellte Ärzte sind nach Aussage der Pflegeeinrichtungen nicht finanzierbar. Auch würde dadurch die freie Arztwahl verletzt.

Ansätze der letzten Jahre zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung bestanden punktuell im Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140 a bis d SGB V oder § 73 a SGB V Strukturvertrag unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung (wie etwa die Geriatischen Praxisverbände im Bundesland Bayern). Die bisherigen Ansätze haben die Versorgung nicht durchgreifend verbessern können, obwohl sie einzelne ärztliche Leistungen höher honorieren. 20 Euro mehr für einen Katheterwechsel zu bezahlen, so die Erkenntnis, reicht nicht aus, um die tiefen strukturellen und prozessualen Probleme hinsichtlich der Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Qualifikation und den Willen zur Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeheimen zu lösen. Auch ist die Teilnahme an Selektivverträgen für Krankenkassen, Leistungserbringer und Patienten freiwillig. Sowohl für stationäre Pflegeeinrichtungen als auch für Ärzte ergibt es in diesem Bereich keinen Sinn, die Patienten nach Krankenkassenzugehörigkeit zu selektieren. Dafür sind der administrative Aufwand und geänderte Prozessanforderungen in den Verträgen zu groß.

Einen neuen gemeinsamen Versuch der Verbesserung unternehmen in Westfalen-Lippe seit dem 1. Juli 2014 die Krankenkassen zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) in Kooperation mit Arztnetzen in Münster, Marl, Unna, Bünde, Lippe und darüber hinaus in Siegen auf Basis von Verträgen nach § 73 a SGB V. Basierend auf Erfahrungen aus Alt-Verträgen wurden über Monate mit den Arztnetzen und Pflegeheimen vor Ort Probleme erörtert und gemeinsam Standards der Zusammenarbeit (unter anderem Erreichbarkeit, Visiten, Heimbesuche, Fallbesprechungen ...) vereinbart. Darüber hinaus wird eine Entlastende Versorgungsassistentin (EVA – entweder

Medizinische Fachangestellte oder Pflegekraft) im Rahmen delegierbarer Leistungen für mehr Kommunikation und Koordination in der Behandlung sorgen. Verpflichtend ist zudem eine Freitagsvisite im Pflegeheim. Das Arztnetz in Unna organisiert darüber hinaus einen speziell auf die Versorgung von Pflegeheimbewohnern abgestimmten Bereitschaftsdienst.

Aus Sicht der Vertragspartner sind Arztnetze prädestiniert, eine kontinuierliche und regionalisierte Versorgung in diesem Bereich zu gewährleisten, auch wenn hier zum Teil über gut organisierte Gemeinschaftspraxen umfassend versorgt wird. Als integrative Plattform vor Ort können sie, anders als einzelne Ärzte, Strukturen und Prozesse mit Krankenhäusern, kommunalen Einrichtungen und anderen Versorgern etablieren. Auch das Durchsetzen von verbindlichen Standards hinsichtlich Qualität und Organisation (etwa geriatrische Qualifikation) kann in einem Netz besser gewährleistet werden als bei einzelnen Ärzten.

Das Bewusstsein darüber, dass die Pflegeheimversorgung einer grundsätzlichen strukturellen Neuausrichtung bedarf, ist bislang wenig ausgeprägt. Der gewählte Lösungsansatz in Westfalen-Lippe über die Arztnetze hat gegenwärtig vor allem die Aufarbeitung der größten organisatorischen Defizite im Fokus, die aus dem System der ärztlichen ambulanten Versorgung heraus behoben werden können. Die großen Probleme des Pflegenotstandes, die eine gute Pflegequalität grundsätzlich schwierig machen, können in ihrem Ansatz zwar nicht gelöst, doch differenzierter als bisher betrachtet und kommuniziert werden. So wird es für die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) eigens fortgebildete Pflegekräfte geben müssen (Thürmann 2014). In diesem Zusammenhang braucht es ein Überdenken in Bezug auf die Arzneimittelverblisterung. Diese ist nach wie vor zu Unrecht aufgrund der Probleme in den Anfangsjahren negativ belegt. Hinsichtlich Logistik und Qualität wurden in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht. Im Rahmen eines funktionierenden Rezept- und Medikamentenmanagements zwischen Apotheken, Pflegeheimen und Verblisterunternehmen stellt die Verblisterung eine qualitativ hochwertige Versorgungsoption dar.

Darüber hinaus sind feste Koordinatoren in den Pflegeheimen als Ansprechpartner für die Ärzte wünschenswert. Für ein Advanced Care Planning – so zeigt es das vom BMBF geförderte Projekt „beizeiten begleiten“ in Grevenbroich (in der Schmitt 2014) – bedarf es einer stärkeren Präsenz der Sozialarbeit in den Pflegeheimen, die den hohen Abstimmungsbedarf und den oft nicht einfachen Dialog zwischen den Bewohnern, Angehörigen und professionell versorgenden Ärzten und Pflegekräften moderiert und koordiniert.

Gegenwärtig sind die Aufgaben, die Pflegekräfte im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen zu leisten haben, den Richtlinien der Häuslichen Krankenpflege (§ 132 a SGB V gemäß § 37 SGB V Absatz 2 SGB V) nachgebildet. In den Versorgungsverträgen, die die stationären Pflegeeinrichtungen mit den Krankenkassen abschließen, steht am Ende ein Gesamtpflegesatz, in den die Tätigkeiten der medizinischen Behandlungspflege „eingepreist“ sind. Es wird der Gesamtkalkulation des Heimes überlassen, wie das Personal mit welchen Qualifikationen an welchem Ort und wie eingesetzt wird. Das führt aufgrund der Intransparenz zu der pauschalen Forderung nach höheren Pflegesätzen, ohne dass qualitative Fortschritte zwingend erreicht werden. Aufgaben, Personal, Qualifikation und Vergütung sollten im Bereich der medizinischen Behandlungspflege konkret und transparent abgebildet werden.

## Fazit

Die Versorgung geriatrischer und multimorbider Patienten stellt perspektivisch gesehen eine Basisversorgung dar und kein Feld für Selektivverträge. Sie benötigt hinsichtlich Aufgaben, Organisation, Qualifikation, Qualität, Vergütung und einer sorgenden Werteorientierung eine längst überfällige Neuordnung, indem sie als ein eigenständiger Versorgungsbereich begriffen wird.

Aufgrund der hohen Problemkonzentration in den Pflegeheimen treten hier die grundsätzlichen Probleme in der Versorgung älterer und multimorbider Patienten und Bewohner besonders deutlich zutage. Dazu gehört die mangelnde Wertschätzung der Geriatrie mit ihren hohen sozialmedizinischen Anteilen ebenso wie die traditionell systemisch entwickelten und persönlich sozialisierten Berührungshemmnisse zwischen Pflege und Ärzteschaft. Darüber hinaus führt der hohe Pauschalierungsgrad ärztlicher

Leistungen in Kombination mit einem budgetierten Verteilungsmechanismus der Kassenärztlichen Vereinigungen zu patientenbezogenen geringen Vergütungen, die für Ärzte in Bezug auf den Versorgungsaufwand bei älteren Patienten nicht gerechtfertigt erscheinen. Dieses bietet Ärzten keine Preisanreize für eine patientenindividuelle Versorgung, letztere lohnt sich mit ihrem hohen Zeitaufwand grundsätzlich nicht für alte und multimorbide Patienten. Diese können nicht ausreichend in ihrer Komplexität von jedem Arzt adäquat behandelt werden (Stichwort: Polypharmazie). Der aktuelle EBM beinhaltet zwar eine Vielzahl von Vergütungspauschalen, doch sind diese unsystematisch angelegt und nicht an Qualifikation und organisatorische Voraussetzungen gebunden, sondern tragen vor allem standespolitisch motivierten Honorarforderungen Rechnung. Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung muss stärker an definierte Aufgaben, Qualifikationen und Verantwortung gebunden werden.

Es ist schwer verständlich, warum interdisziplinäre und intersektorale, geriatrische Stufenkonzepte seit fast 20 Jahren auf ihre Umsetzung warten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ihren Sicherstellungsauftrag neu interpretieren und perspektivisch auf ein tiefergehendes und regional-kooperatives Versorgungsmanagement hin erweitern. Es ist nicht mehr damit getan, sich traditionell in erster Linie als Honorarverhandler mit den Krankenkassen und Honorarverteiler an die Ärzte zu verstehen. Die Umsetzung eines Versorgungsmanagements kann eine Kassenärztliche Vereinigung allerdings nicht allein leisten. Sie benötigt dafür Versorgungspartner.

Mit ihrer interdisziplinären und integrativen Ausrichtung und der hohen Versorgungsaффinität sind Arztnetze besonders gut geeignet, zu einem aufgabenorientierten Miteinander zu finden und nicht an hierarchischen Formen der Zusammenarbeit festzuhalten. Die traditionelle Auslegung des Sicherstellungsauftrages sieht derzeit nicht vor, dass eine Kassenärztliche Vereinigung das innerärztliche Miteinander organisiert oder Versorgungspfade entwickelt, da dieses in die freiberufliche Eigenverantwortung und Selbstständigkeit der Ärzte fällt. Dass diese für sich selbst reklamierte Eigenverantwortung an Grenzen stößt, ist besonders im Bereich der Versorgung alter Menschen zu sehen. Arztnetze können die Sicherstellung zwischen Rahmenvorgaben und medizinischen und regionalen Erfordernissen konkretisieren. Dafür brauchen sie einen eigenen

Leistungserbringerstatus, der ihnen zum Beispiel die Anstellung von Fallmanagern ermöglicht. Auch sind sie am ehesten dazu in der Lage, telemedizinische Unterstützungsinstrumente sinnvoll zu nutzen.

Der in Westfalen-Lippe eingeschlagene Weg könnte zukunftsweisend sein, was eine Überführung des Ansatzes in die Regelversorgung, inhaltlich wie finanziell, angeht. So könnte die Pflegeheimversorgung ein eigenes EBM-Kapitel für Arztnetze oder ein eigener definierter Versorgungsauftrag im Rahmen des Kollektivvertrages sein. Auch könnten Arztnetze die bislang schon entwickelten SAPV- und AAPV-Lösungen mit geriatrischen Versorgungskonzepten verbinden, sodass für Patienten wie auch für Leistungserbringer eine durchgängige und unbürokratische Versorgung entstehen kann.

Unterschiedliche selektive Vertragsgrundlagen gehen nicht nur mit einem hohen administrativen Aufwand einher, sie führen mit Blick auf Einschreibemodalitäten auch zu Unsicherheiten bei Patienten, die eigentlich nichts anderes erwarten, als dass sie nach dem anerkannten Wissensstand versorgt werden. Ergibt es Sinn, hochbetagte Pflegeheimbewohner datenschutzrechtlich aufzuklären, weil die Organisation der Versorgung über einen Selektivvertrag erfolgt? Das ambulante Kollektivvertragssystem hat noch nicht die Teamstrukturen aufgebaut und hervorgebracht, wie die Versorgungsbedarfe sie erfordern.

## Literatur

- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2006): Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe.
- Bundesärztekammer und DGG Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2012): 60-Stunden Curriculum Geriatrische Grundversorgung. [www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrGeriatGrundversorgung2012.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrGeriatGrundversorgung2012.pdf)
- Bundesverband Geriatrie e. V. (2011): Weißbuch Geriatrie. 2. Auflage. Berlin.
- Burkhardt, H. und M. Wehling (2013): Arzneitherapie für Ältere. 3. Auflage. Heidelberg.
- DGG Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2012): [www.dggeriatrie.de/images/stories/pdf/was\\_ist\\_geriatrie.pdf](http://www.dggeriatrie.de/images/stories/pdf/was_ist_geriatrie.pdf)

- DIMDI – deutsche Agentur für HTA des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information – im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland.
- Hallauer, J., C. Bienstein, U. Lehr und H. Rönsch (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover.
- Hessische Leitliniengruppe (2013): Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten. [www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03\\_publicationen/multimedikation\\_II.pdf](http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/multimedikation_II.pdf)
- Holt, S., S. Schmiedl und P. A. Thürmann (2010): Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRSICUS-Liste. In: Deutsches Ärzteblatt (107), Heft 31–32 vom 9. August 2010.
- in der Schmitt, J. (2012): Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege. Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal. In: Deutsches Ärzteblatt (109) 37. S. 577–583.
- in der Schmitt, J. et al. (2014): Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen. In: Deutsches Ärzteblatt (111) 4 vom 24. Januar 2014.
- KBV: Vereinbarung nach § 119 b Absatz 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag).
- Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord. [www.kcgeriatrie.de/infoservice.htm](http://www.kcgeriatrie.de/infoservice.htm)
- Lübke, N. et al. (2008): Geriatrie. Erheblicher Nachholbedarf in der Weiter- und Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt (105) 21 vom 23. Mai 2008.
- Lübke, N. (2012): Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen. In: Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart.
- Marckmann, G. und J. in der Schmitt (2013): Patientenverfügungen und Advance Care Planning – Internationale Erfahrungen. In: Zeitschrift für medizinische Ethik (59) 3. Der vorausbestimmte Wille – Patientenverfügungen I.
- Meinck, M., N. Lübke und F. Ernst (2012): Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten. In: Z Gerontol. Geriat. DOI 10.1007/s00391-012-0302-x. [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de)

- Rothgang, H., R. Müller und R. Unger (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23. Siegburg.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR Gesundheit (2005), (2009) und (2014): Gutachten 2005, Sondergutachten 2009, Gutachten 2014. [www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6](http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6) (Download am 11. August 2014).
- Schneider, A. (2012): Abschlussbericht zur Studie „Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen“. Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München.
- Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode. Drucksache 17/3815 vom 17. November 2010.
- Thürmann, P. (2014): Erfassung und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen am Beispiel der Arzneimitteltherapiesicherheit in Altenheimen. Vortrag BMC-Fachtagung Münster am 18. Juni 2014.
- van den Bussche, H. (2009): Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 85. S. 240–246.
- von Kondratowitz, H.-J. (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit aus historischer Perspektive. In: A. Kuhlmei und D. Schaeffer (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Göttingen.
- Wingefeld, K. (2012): Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege. In: Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart.