

Chancen des § 119b SGB V

Die Palette ärztlicher Versorgung wird breiter

Neue Optionen für die ärztliche Versorgung eröffnet der § 119b SGB V. Heime können Kooperationsverträge mit einzelnen Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern abschließen oder auch einen Heimarzt anstellen.

Von Prof. Dr. Thomas Klie

Es gehört zu den Schwachstellen der stationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen, dass die ärztliche Betreuung nicht in einer Weise sichergestellt ist, wie es von einer modernen und leistungsfähigen Medizin zu erwarten ist. Die Fehl- und Unterversorgung ist seit Jahren eklatant und jüngst eindrücklich empirisch belegt worden. Auch zur gerontopsychiatrischen Versorgung, etwa in Bezug auf die Vergabe von Psychopharmaka in Pflegeheimen, liegen belastbare Erkenntnisse darüber vor, dass sie häufig inadäquat, fachlich unangemessen und in aller Regel rechtlich nicht haltbar ist (vgl. Pantel 2006). Der Gesetzgeber hat die Schwachstellen im Pflegeweiterentwicklungsgesetz aufgegriffen und mit der neuen Vorschrift des § 119b SGBV für niedergelassene Ärzte wie für Heime neue Optionen der vertraglichen Gestaltung der ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern geschaffen.

Im Normalfall sieht die ärztliche Versorgung in Heimen so aus, dass die Bewohner ihren Hausarzt behalten. Er setzt seine gewohnte hausärztliche Behandlung fort. Ist der Umzug in ein Heim mit einem Ortswechsel verbunden, wählen die Bewohner zumeist einen der im Heim tätigen

Ärzte. Ergebnis: Eine Vielzahl von Ärzten geht im Heim ein und aus. Für die Kooperation zwischen Heim und Arzt gibt es keine festen Spielregeln. Dabei hängt eine gute Gesamtversorgung der Bewohner vom Ineinandergreifen der pflegerischen, sozialen und ärztlichen Behandlung ab. Dies reflektieren etwa auch die Qualitätsniveaus der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im

Die freie Arztwahl für Bewohner bleibt unangetastet

Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS), die die Schnittstellen zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung zum Gegenstand ihrer Standards machen, etwa Qualitätsniveau I, Mobilität und Sicherheit (vgl. BUKO-QS 2007). Viele Heimbewohner wollen ihre freie Arztwahl nicht eingeschränkt wissen. Sie stellt die neue gesetzliche Regelung auch nicht in Frage. Die Schwachstellen liegen im Fehlen verbindlicher Kooperationsregeln, etwa hinsichtlich der Hausbesuche sowie in der Zusammenarbeit bei Diagnosen und Therapieentscheidungen. Schwachstellen gibt es auch in der geriatrischen wie gerontopsychiat-



MÖGLICHKEITEN UND TÜCKEN DES § 119b SGB V →

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Bisher gab es keine verbindlichen Kooperationsregeln etwa bei den Hausbesuchen, in der Zusammenarbeit bei Diagnosen und Therapieentscheidungen sowie in der geriatrischen wie gerontopsychiatrischen Qualifikation von Ärzten und Pflegekräften. • § 119b SGB V soll der teilweise eklatanten ärztlichen Fehl- und | <p>Unterversorgung Pflegebedürftiger in Heimen abhelfen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei der modellhaften Erprobung verbesserte sich die medizinische Versorgung der Bewohner deutlich, Klinikeinweisungen sanken um bis zu 60 Prozent. • § 119b SGB V ermöglicht den Abschluss von Kooperationsverträgen mit Ärzten, Medizinischen | <p>Versorgungszentren und Kliniken. Sie sehen regelmäßige Hausbesuche, Bereitschaftsdienste, gemeinsame Visiten und Nutzung von Dokumentationssystemen vor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die geriatrisch qualifizierten Ärzte, die sich an einer solchen Versorgung beteiligen, erhalten von den Kassen einen Bonus. • Finden sich keine Ärzte, können die Heime | <p>Heimärzte anstellen. Dem können sich die KV nicht mehr verweigern.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Heimarzt mit fachlicher Direktionskompetenz sollte nicht gleichzeitig die dienstrechtliche Vorgesetztenfunktion inne haben. • Zur hausärztlichen Versorgung können auch Integrierte Kooperationsverträge geschlossen werden. |
|---|--|--|---|

Durch Kooperationsverträge und angestellte Heimärzte soll gemäß § 119b SGB V das Angebot der ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger in Heimen optimiert werden.

Foto: AOK Berlin



→ rischen Qualifikation sowohl der Ärzte als auch der Pflegekräfte.

Die Folgen sind die bekannten Fehl- und Unterversorgungen, Therapiefehler und fehlende Koordination der unterschiedlichen ärztlichen Heilbehandlungen. Im Übrigen ergeben sich unnötige und für das Gesundheitswesen teure Krankenhauseinweisungen, von den persönlichen Folgen einer Fehlbehandlung für die Bewohner ganz zu schweigen.

Modellprojekt senkt Klinikeinweisungen um 60 Prozent

In den ehemaligen Berliner Krankenheimen war im Rahmen von Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen und von Modellprojekten die heimärztliche Versorgung möglich und wurde erprobt. Die Ergebnisse zeigen, dass die medizi-

Auf Ermächtigung des Heimarztes gibt es einen Rechtsanspruch

nische Versorgung der Heimbewohner deutlich verbessert wurde, Krankenhauseinweisungen um bis zu 60 Prozent abgesenkt wurden und die Lebensqualität der Bewohner gestiegen ist. Auch die Kooperation zwischen Pflegekräften und Ärzten wurde deutlich verbessert mit Effekten hinsichtlich der Mitarbeiterzufriedenheit. Dafür steht der Gesundheitspreis der AOK 2008.

§ 119b SGB V eröffnet den Heimen dann und soweit die Möglichkeit, Kooperationsverträge mit einzelnen Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern abzuschließen oder gar einen Heimarzt anzustellen, wenn die medizinische Versorgung „State of the Art“ in der Einrichtung nicht gewährleistet ist.

Die erste Möglichkeit besteht im Abschluss von Kooperationsverträgen mit einzelnen Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern. Diese Verträge können regelmäßige

Hausbesuche, Bereitschaftsdienste, gemeinsame Visiten sowie die gemeinsame Nutzung von Dokumentationssystemen vorsehen. Die Krankenkassen können die Kooperation honorieren, indem sie etwa die niedergelassenen Ärzte, die sich an einer derartigen heimärztlichen Versorgung beteiligen, mit einem Bonus belohnen. Die sichere Erwartung der Absenkung von Krankenhausbehandlungskosten motiviert auch die Krankenkassen in Berlin zur Beteiligung an den Heimarztmodellen, die Kooperationsverträge mehrerer Einrichtungen mit kooperationsbereiten Ärzten vorsehen. Voraussetzung sollte sein, dass es sich um geriatrisch qualifizierte Ärzte handelt, die etwa über eine Zusatzbezeichnung „Geriatric“ verfügen, die ja inzwischen bundesweit von den Landesärztekammern anerkannt ist. Der Abschluss von Kooperationsverträgen mit einzelnen Ärzten schränkt die freie Arztwahl der Bewohner nicht ein. Sie können bei ihrem Arzt bleiben. Hier profitieren das Heim und die von den Kooperationsärzten versorgten Heimbewohner von der sich qualifizierenden Kooperation.

Lassen sich keine kooperationsbereiten Ärzte finden, oder sind die Kooperationsbedingungen für beide Seiten nicht hinreichend attraktiv, können die Heime Heimarzte anstellen. Dem können sich die kassenärztlichen Vereinigungen nicht wie früher verweigern. § 119b SGB V sieht gegebenenfalls einen Rechtsanspruch auf die Ermächtigung angestellter Ärzte vor. Diese müssten dann geriatrisch qualifiziert sein.

Die Frage der Anstellung kann auf unterschiedliche Weise gelöst werden. Ein Heimarzt mit fachlichen Direktionskompetenzen wird angestellt. Dies kann auch ein in Teilzeit angestellter Arzt sein, der neben seiner Praxis ein Anstellungsverhältnis im hierarchischen Sinne eingeht, ohne Leitungsfunktionen wahrzunehmen. Bedeutsam ist, dass die Ärzte in den Betrieb integriert sind und kollegiale Kooperationsformen mit Pflege-

DAS BERLINER MODELLPROJEKT „DIE PFLEGE MIT DEM PLUS“ →

Mehr Zeit für den Bewohner, den der niedergelassene Arzt oft seit Jahren kennt, personelle Ressourcen, die die kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegekräften freisetzt, und Einsparungen, die allein die AOK Berlin auf bis zu vier Millionen Euro in den vergangenen Jahren beziffert – diese Vorteile bietet das Berliner Modellprojekt aus Sicht der KV. Das

Projekt verpflichtet die teilnehmenden Ärzte per Kooperationsvereinbarung zur Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Es soll die ganzheitliche Pflege chronisch kranker, multimorbider und psychisch kranker Menschen in Pflegeeinrichtungen sicherstellen. Die intensive Betreuung durch den Hausarzt soll helfen, Klinikeinweisungen zu vermeiden. Die Medikamen-

te eines neu hinzugezogenen Bewohners werden möglichst reduziert, Inkontinenz begegnet man mit Toilettentraining, und manche Magensonde kann nach einem Schlucktraining reduziert werden. Pro Patient und Quartal erhalten die niedergelassenen Ärzte ein extrabudgetäres Honorar von rund 200 Euro.
> www.berliner-projekt.de

> Auf das vorbildliche Versorgungsnetz, mit dem die Geriatriische Akademie Brandenburg die Qualifikation der Ärzte in ihrem Einzugsbereich sichert, verweist der Link: www.geriatrie-brandenburg.de/netzwerk.html

kräften und anderen Mitarbeitern gefunden werden, die eine qualifizierte ärztliche Behandlung der Bewohner sicherstellen. Auch hier besteht die Möglichkeit, dass die Heimärzte von den Kassen entsprechend honoriert werden. Die erwarteten Einsparungen insbesondere im Zusammenhang mit vermiedenen Krankenhauseinweisungen, aber auch die Qualitätsverbesserungen in der Versorgung der Heimbewohner, rechtfertigen für die Kassen die Investition in die heimärztliche Versorgung. Sie amortisiert sich in der Regel schnell.

Geriatrische Qualifikationen sind gefordert und notwendig

Die letzte Möglichkeit ist der Abschluss Integrierter Versorgungsverträge für die heimärztliche Versorgung. Auch diese wird vielfach praktiziert. Sie stößt aber immer dort an Grenzen, wo die wettbewerblichen Strukturen der Kassen einer einheitlichen Versorgung der Heimbewohner im Wege stehen. Dies ist ein Vorteil des § 119b SGB V: Hier zählt die Kassenkonkurrenz nicht.

Einfach umzusetzen ist die heimärztliche Versorgung aus verschiedenen Gründen nicht. Nicht überall haben Ärzte ein Interesse daran, sich auf eine neue Kooperation und entsprechende Spielregeln einzulassen. Auch Heime können Vorbehalte haben. Längst nicht überall sind Ärzte mit geriatrischer Qualifikation vorzufinden. Auch zeigt sich, dass die Vertragsgestaltung ihre Tücken hat.

Es ist jeweils ein Gesamtkonzept notwendig, das den regionalen Aufbau von Qualifikationsangeboten für Ärzte in der Geriatrie kennt. Vorbildlich sind hier die Aktivitäten des geriatrischen Netzwerks in Brandenburg (GeriNet) mit dem Aufbau einer entsprechenden Akademie, die für Pflegefachkräfte wie auch für Ärzte geriatrische Qualifikation anbietet. Weiterhin ist der Aufbau vertrauensvoller Kooperationsbeziehungen mit der Ärzteschaft gefragt und Spielregeln für eine systematische und qualitätsentwickelnde Koope-

ration zwischen Heimen, Ärzten und Apotheken, die bei der medizinischen Versorgung der Heimbewohner nicht vergessen werden dürfen.

Der § 119b SGB V ist voraussetzungs-voll. Er wird nicht einfach flächendeckend in kurzer Zeit als Instrument eine Verbesserung der heimärztlichen Versorgung garantieren. Allerdings gibt er wichtige Anstöße und eröffnet neue Verhandlungsoptionen für verantwortliche Heimträger. Im Zusammenhang mit Qualitätsmanagementansätzen war lange Zeit der Ansatz des Total Quality Management angesagt. Er geht davon aus, dass Unternehmen nicht nur für die eigenen Leistungen, sondern auch für die ihrer Kooperationspartner Mitverantwortung tragen. Genau dies ist bei der Sicherstellung der heimärztlichen Versorgung geboten. Die bekannten und wiederholt dokumentierten Schwachstellen verlangen vielerorts nach systematischer Verbesserung. Es darf nicht darum gehen, dass durch den Aufbau heimärztlicher Strukturen einer Medikalisierung der Heime Vorschub geleistet wird. Der Beanspruchung von Leitungsrollen von so genannten Heimärzten ist daher auch mit Vorsicht zu begegnen. Es geht um kollegiale Kooperation und ihre Etablierung. ▀

> **Johannes Pantel u.a.: Optimierung der Psychopharmaka-Therapie in Altenpflegeheimen („OPTi-mAL“). Eine kontrollierte Interventionsstudie. Berlin 2009**

> **Die Qualitätsniveaus der Bundeskonferenz für Qualitätssicherung finden Sie im Internet unter www.buko-qs.de**



Prof. Dr. Thomas Klie, Ev. Hochschule Freiburg, Rechtsanwalt, befasst sich aktuell in Modellprojekten mit der Etablierung von Kooperationsbeziehungen auf der Grundlage des § 119b SGB V.