

Pflege-Report 2017

„Die Versorgung der Pflegebedürftigen“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 205-215



17	Schnittstellenprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen.....	205
	<i>Klaus Jacobs und Stefan Greß</i>	
17.1	Hintergrund	205
17.2	Schnittstellenprobleme	207
17.2.1	Medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.....	207
17.2.2	Versorgung von Pflegebedürftigen mit rehabilitativen Leistungen	207
17.3	Lösungsansätze	209
17.3.1	Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen	209
17.3.2	Veränderte Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung	211
17.4	Fazit	213

17 Schnittstellenprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Klaus Jacobs und Stefan Greß

Abstract

Seit Einführung der Pflegeversicherung als eigenständigem Zweig der Sozialversicherung gibt es Schnittstellenprobleme, die zu Unter- und Fehlversorgung bei der Versorgung von Pflegebedürftigen führen. Dies gilt insbesondere für die gesundheitliche Versorgung in Pflegeheimen, aber auch für die Versorgung mit rehabilitativen Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Die Ursachen für diese Versorgungsdefizite liegen vor allem in den völlig unterschiedlichen Gestaltungsprinzipien von Pflege- und Krankenversicherung. Die bisherigen Versuche des Gesetzgebers zur Überwindung der Schnittstellenprobleme hatten keinen nennenswerten Erfolg. Anzustreben ist aus Sicht der Autoren zum einen eine Bündelung der Sicherstellungsverantwortung für pflegebedürftige Menschen, die in aller Regel zugleich chronisch krank oder multimorbide sind, sowie zum anderen die finanzielle Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation.

Since the introduction of long-term care insurance as an independent segment of the social insurance system in Germany, there have been problems at the interface to the other health care sectors which lead to under- and inappropriate supply for care-dependent people. This particularly applies to health care in nursing homes as well as the provision of rehabilitative services to avoid the need for long-term care. These health care supply deficits are above all due to the completely different principles of long term care and health insurance. So far, the attempts of the legislator to overcome the interface problems were not overly successful. From the authors' point of view, a concentration of responsibilities for people in need of care who are usually also chronically ill or multimorbid as well as a financial participation of long-term care insurance in the costs of geriatric rehabilitation are called for.

17

17.1 Hintergrund

Die pflegepolitische Debatte um Schnittstellenprobleme bei der Versorgung von Pflegebedürftigen ist so alt wie die gesetzliche Pflegeversicherung selbst und letztlich ein Resultat der Grundsatzentscheidung, die Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung einzuführen. Diese Grundsatzentscheidung wiederum war maßgeblich davon motiviert, Umfang und Wachstum der Ausgaben

der Pflegeversicherung zu begrenzen. Auf diese Art und Weise konnte der Gesetzgeber in der Pflegeversicherung einen grundsätzlich anderen Finanzierungsmodus realisieren als in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der von gedeckelten Teilleistungen und einem Verzicht auf eine regelhafte Leistungsdynamisierung geprägt ist. Auch leistungsrechtlich unterscheidet sich die Pflegeversicherung durch das begrenzte Leistungsspektrum und den eng definierten Begriff der Pflegebedürftigkeit maßgeblich von dem weiter auslegbaren Krankheitsbegriff und dem deutlich offener definierten Leistungskatalog der GKV. Diese Differenzierung hat zur Folge, dass Leistungsausweitungen in der Pflegeversicherung im Wesentlichen durch Änderungen des SGB XI erfolgen müssen. Im Gegensatz dazu erfolgt im SGB V keine abschließende Konkretisierung des Krankheitsbegriffs. Leistungsausweitungen sind damit auch auf untergesetzlicher Ebene möglich (Naegele 2014).

Die Ursache für die Implementierung der Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung liegt aber nicht nur in dem Bestreben des Gesetzgebers nach Kostenkontrolle – sie entspricht auch dem tradierten Muster von Sozialpolitik und Sozialrecht in Deutschland. Dieses Muster besteht vor allem darin, im Sozialrecht inhaltlich getrennte Versorgungsbereiche zu definieren. Diese sozialrechtlich vermeintlich sauber definierten und getrennten Regelungstatbestände sind allerdings nur sehr eingeschränkt kompatibel mit einer zunehmend komplexen Versorgungsrealität von pflegebedürftigen Personen:

„Die klassische Sozialpolitik folgt den Einzellogiken der Sozialgesetzbücher und verliert dabei die Interessen der unterstützungsbedürftigen Personen aus dem Blickfeld. Eigeninteressen der Institutionen, Sektorierung in Zielsetzungen, Lösungsansätzen, Leistungsformen und Infrastruktur ... sind die Folge. Das System ist so komplex, dass es im Ergebnis unüberschaubar für die Betroffenen, Politik und Leistungsträger ist. Die mangelhafte Zusammenarbeit von Institutionen führt gerade bei einer erheblichen Zahl komplexer Fälle zu unzureichender Abstimmung der Leistungen verschiedener Träger, zu Unterversorgung oder Überversorgung.“ (Friedrich-Ebert-Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe 2013, S. 11 f.)

Es kann daher nicht überraschen, dass kritische Beobachter schon frühzeitig auf die Gefahr von Schnittstellenproblemen zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung hingewiesen haben (Rothgang 1997). So hat auch einer der Autoren dieses Beitrags schon im Jahr 1995 auf die Fiktion einer sachgerechten Unterscheidung zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der Krankenbehandlung bzw. Rehabilitation hingewiesen. Eine eindeutige Trennung von Behandlungsbedürftigkeit im Sinne des SGB V und Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI sei „ohne ein hohes Ausmaß von Willkür vielfach unmöglich“ (Jacobs 1995, S. 257).

Vor diesem Hintergrund greift dieser Beitrag diese Diskussion um die angesprochenen Schnittstellenprobleme auf und geht auf Lösungsansätze ein, mit denen die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen verbessert werden soll.¹

¹ Den Autoren ist bewusst, dass auch die Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe außerordentlich problembehaftet ist. Diese Thematik wird aber insbesondere vor dem Hintergrund des Schwerpunktthemas des diesjährigen Pflege-Reports in diesem Beitrag nicht behandelt.

17.2 Schnittstellenprobleme

17.2.1 Medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist deshalb häufig unbefriedigend und von Abstimmungsproblemen gekennzeichnet, weil nicht die Pflegeheime selbst für die gesundheitliche Versorgung zuständig sind, sondern die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 SGB V: „Inhalt und Umfang der Sicherstellung“). Diese Zuweisung von Zuständigkeiten geht davon aus, dass die Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen im gleichen Ausmaß in der Lage sind, die ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen wie die allgemeine Bevölkerung. Sie müssten dazu den Arzt aufsuchen oder zumindest telefonisch einen Hausbesuch anfordern können. Das ist aber wegen der körperlichen und kognitiven Einschränkungen der stationär versorgten Pflegebedürftigen in der Regel eben nicht der Fall. Angehörige nehmen zudem häufig – zu Unrecht – an, dass die medizinische Versorgung durch das Pflegeheim sichergestellt wird.

Die Konsequenz sind erhebliche Zugangs- und Koordinationsprobleme. In der Regel müssen die Pflegekräfte den Kontakt zu Haus- und Fachärzten initiieren oder halten – obgleich dies überhaupt nicht ihre Aufgabe ist –, was wiederum die ohnehin schon hohe Arbeitsbelastung für diese Personengruppe erhöht. Sowohl für die Pflegekräfte als auch für die ambulant tätigen Ärzte entsteht ein hoher bürokratischer Aufwand bei der Koordination von Hausbesuchen. Die Abstimmungs- und Kommunikationsprobleme zwischen dem Pflegepersonal in den Einrichtungen und den ambulant tätigen Ärzten sind evident (Walter und Naegele 2013). Gleichzeitig sind die finanziellen Anreize für Hausärzte zur Durchführung von Hausbesuchen in Pflegeheimen gerade bei längeren Anfahrtswegen niedrig. Richtgrößen beeinflussen die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, weil die verordnenden Ärzte finanzielle Sanktionen oder zusätzlichen bürokratischen Aufwand zur Geltendmachung von Praxisbesonderheiten vermeiden wollen (Müller et al. 2009). Zudem sind die Hausärzte nicht immer hinreichend auf geriatrische und gerontopsychiatrische Versorgungsbedarfe vorbereitet (Laag et al. 2014). Daher ist es nicht überraschend, dass es insbesondere für Pflegebedürftige mit Demenz Hinweise auf Fehl- und Unterversorgung gibt (Schäufele et al. 2013).

17.2.2 Versorgung von Pflegebedürftigen mit rehabilitativen Leistungen

Zu den Konstruktionsfehlern der gesetzlichen Pflegeversicherung gehört die Festlegung, dass rehabilitative Leistungen nicht Bestandteil des Leistungsspektrums sind. Das Motiv lässt sich auch hier nicht inhaltlich herleiten – es sollten vielmehr die Ausgabenwirkungen der Pflegeversicherung begrenzt werden (Jacobs 1995). Die medizinische Rehabilitation zur Vermeidung bzw. Minderung von Pflegedürftigkeit blieb daher in der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen. Parallel hat der Gesetzgeber den Vorrang von medizinischer Rehabilitation vor Pflege gesetzlich festgeschrieben. Nach § 5 Abs. 4 SGB XI sollen die Pflegekassen bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um das Auftreten von Pflege-

bedürftigkeit zu vermeiden. Dieses Bemühen muss aufgrund der finanziellen Anreizstrukturen an der Schnittstelle von Kranken- und Pflegeversicherung ins Leere laufen (Bublitz 2016).²

Aus ökonomischer Sicht entsteht hier ein positiver externer Effekt wie aus dem Lehrbuch (Greß 2015). Der Nutzen einer Maßnahme kommt Dritten zugute, ohne dass diese sich an der Finanzierung der entsprechenden Maßnahme beteiligen. Positive externe Effekte führen in der Regel dazu, dass es aus gesellschaftlicher Sicht zu einem Unterangebot der entsprechenden Güter und Dienstleistungen kommt. Die Kosten für die medizinische Rehabilitation von Pflegebedürftigen fallen bei den Krankenkassen an. Der durch die Minderung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit entstehende gesamtwirtschaftliche Nutzen ist erheblich – fällt aber in Form von niedrigeren Ausgaben bei den Pflegekassen an (Rothgang 2015). Die gesetzlichen Krankenkassen haben damit negative finanzielle Anreize, in geriatrische Rehabilitation zu investieren. Als Konsequenz entsteht aus gesellschaftlicher Sicht ein Unterangebot von medizinischen Rehabilitationsleistungen für Pflegebedürftige. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass sich die Krankenkassen in einem scharfen Preiswettbewerb untereinander befinden und damit starke Anreize zur Ausgabenreduzierung haben. Diese Anreize gibt es in der Pflegeversicherung nicht, weil hier – bei einem einheitlichen Beitragssatz – ein vollständiger Ausgabenausgleich der Pflegekassen untereinander keinerlei finanzielle Anreize zur Begrenzung der Ausgaben setzt.

Gerade die geriatrische Rehabilitation hätte jedoch ein erhebliches Rehabilitationspotenzial für die Betroffenen. Zur Illustration der gesamtwirtschaftlichen Effekte dieses Potenzials haben die Autoren des Weißbuchs Geriatrie in einer allerdings schon etwas älteren Modellrechnung zwei Varianten angenommen. In der ersten Variante wird bei 10% der im Jahr 2007 stationär behandelten geriatrischen Rehabilitanden eine Verhinderung von Pflegebedürftigkeit angenommen. Bei weiteren 10% der Rehabilitanden wird eine Minderung der Pflegebedürftigkeit um eine Pflegestufe vorausgesetzt. In der zweiten Variante steigen die entsprechenden Werte auf jeweils 25 Prozent. Den Ausgaben für die Krankenkassen von etwa 293 Mio. € stehen im ersten Szenario Einsparungen bei der Pflegeversicherung in Höhe von etwa 455 Mio. € gegenüber. Der positive Saldo steigt im zweiten Szenario noch deutlich an (vgl. Tabelle 17–1).

Tabelle 17–1

Mögliche gesamtwirtschaftliche Effekte der geriatrischen Rehabilitation

	Variante 1 (10%)	Variante 2 (25%)
Einsparungen Pflegeversicherung in Mio. €	455,4	1 138,5
Ausgaben geriatrische Behandlung in Mio. €	262,6	731,6
Saldo	162,8	406,9

Quelle: Bundesverband Geriatrie 2010, S. 109

Pflege-Report 2017

WIdO

² Eine weitere in der Realität nicht haltbare Fiktion der gesetzlichen Regelungen besteht darin, dass es sich bei Pflege- und Krankenkassen auch in der Realität um organisatorisch klar trennbare Einheiten handelt.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die beiden Szenarien auf Annahmen und nicht auf umfassenden gesundheitsökonomischen Studien basieren. Dass sich zudem nach neueren Berechnungen zumindest aus Routinedaten die Validität der Szenarien nicht nachweisen lässt (Rothgang et al. 2013), scheint weniger gegen ihre grundsätzliche Plausibilität als vielmehr für methodische Grenzen derartiger Analysen zu sprechen (vgl. ebenda; generell zur mangelhaften Evidenzbasierung in der Rehabilitation SVR-G 2014, Tz. 390 ff.). In jedem Fall ist diese Modellrechnung geeignet, den oben beschriebenen positiven externen Effekt zu illustrieren.

17.3 Lösungsansätze

Angesichts des Sachverhalts, dass die beschriebenen Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung teilweise bereits bei der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung absehbar waren, ist es nicht überraschend, dass Vorschläge zur Lösung dieser Probleme im Hinblick auf die Verbesserung der ganzheitlichen – gesundheitlichen und pflegerischen – Versorgung der Pflegebedürftigen ebenfalls schon lange diskutiert bzw. im Rahmen des Möglichen zu realisieren versucht werden.³

17.3.1 Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

Schon einige Male hat der Gesetzgeber versucht, die Voraussetzungen für die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Dazu zählt etwa die im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ab 2007 erfolgte Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen in die Integrierte Versorgung. Abgesehen von wenigen Ausnahmen sind entsprechende Vertragskonstruktionen bislang jedoch kaum zustande gekommen (SVR-G 2012; 2014; vgl. auch Fünfstück 2017, Kapitel 20 in diesem Band). Eine Ursache dafür dürfte in der unterschiedlichen Ausgestaltung der Kranken- und Pflegeversicherung liegen, denn in der wettbewerblichen GKV stellen gerade Selektivverträge der Integrierten Versorgung einen wesentlichen Wettbewerbsparameter dar. Zwar kann in Integrationsverträgen auch im Hinblick auf eingeschlossene Pflegeleistungen von den Vergütungsvorschriften des SGB XI abgewichen werden, doch die in diesem Fall möglichen „leistungsgerechten Zuschläge zu den Pflegevergütungen“ (§ 92b SGB XI) hätten alle Beteiligten – wie im Pflegesatzverfahren der Pflegeversicherung als „faktischer Einheitsversicherung“ die Regel – gemeinsam und einheitlich zu vereinbaren. Die Bereitschaft hierzu ist bei den nicht an dem Integrationsvertrag beteiligten Pflegekassen jedoch nicht sonderlich ausgeprägt. Aber nicht nur auf der Seite der Kranken- bzw. Pflegekassen bestehen offenkundige Hemmnisse zum Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung unter Einschluss von Pflegeeinrichtungen, son-

³ Ansätze zur Integration von präventiven Leistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe bleiben in diesem Beitrag außen vor.

dern vor allem auch bei Letzteren hält sich das Interesse an einer Beteiligung in engen Grenzen. Zwar liegt der Sicherstellungsauftrag in der Pflegeversicherung bei den Pflegekassen (§ 69 SGB XI), doch verbinden sich damit keinerlei Auswahloptionen in Bezug auf die unter Vertrag genommenen Pflegeeinrichtungen – etwa in Abhängigkeit von deren Engagement bei der ärztlichen Versorgung der Heimbewohner.

Der Gesetzgeber hat daher in den vergangenen Jahren mehrfach versucht, das Engagement der stationären Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die ärztliche Versorgung der Heimbewohner zu erhöhen (vgl. auch Rothgang 2017, Kapitel 9 in diesem Band). Dazu wurde im Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 eigens ein neuer Paragraph im SGB V geschaffen (§ 119b: „Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen“), der den Pflegeheimen die Option einräumte, einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen, die zugleich von den Kassenärztlichen Vereinigungen „angestrebt“ werden sollten. Bei Nichtzustandekommen entsprechender Verträge sollten die Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Heimbewohner durch angestellte Ärzte mit geriatrischer Fortbildung ermächtigt werden bzw. die entsprechenden Ärzte im Fall einer Anstellung in mehreren Pflegeeinrichtungen. Diese Regelung ist seither schon zweimal verschärft worden. Zunächst sollten nach dem Pflege-Neuordnungsgesetz von 2012 die Kassenärztlichen Vereinigungen Kooperationsverträge nicht mehr lediglich anstreben, sondern vermitteln, und zwar auf der Grundlage einer Rahmenvereinbarung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband; zugleich wurden die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, über den Abschluss von Kooperationsverträgen zu informieren.

Doch auch diese Regelungen erzielten offenkundig nicht die erwünschte Wirkung. So berichtete etwa die *Ärzte Zeitung* Mitte 2014, dass es nur vereinzelt konkrete Kooperationsverträge zwischen Ärzten und Heimen gebe, und bezeichnete den angestellten Heimarzt gar als „Phantom“ (*Ärzte Zeitung* 2014). Daraufhin wurde 2015 im Hospiz- und Palliativgesetz aus der Kann-Vorschrift in Bezug auf den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen Pflegeheimen und Vertragsärzten eine Soll-Vorschrift und die Selbstverwaltung wurde zum Abschluss einer Vergütungsregelung für die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen verpflichtet. Ob diese abermalige Verschärfung der Bestimmungen mehr Erfolg haben wird als ihre Vorgänger, bleibt abzuwarten. Der Bewertungsausschuss soll die mit den neuen Vergütungsregelungen verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen evaluieren und der Bundesregierung über die Ergebnisse bis Ende 2017 berichten.

Die mehrfachen Versuche des Gesetzgebers, die ärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Heimbewohnern zu verbessern, zeigen zweierlei: zum einen, dass die bestehenden Defizite mittlerweile allgemein anerkannt sind, zum anderen aber auch, dass sie sich im Rahmen der bestehenden Zuständigkeiten in zwei Sozialgesetzbüchern offenbar nur schwer beheben lassen. Dabei gibt es durchaus mögliche Vorbilder: So gibt es in den Niederlanden seit 1990 das Modell des geriatrisch versierten „Heimhausarztes“ (Bussche et al. 2009). Auch in Berlin gibt es angestellte Ärzte in Pflegeheimen, und zwar aus historischen Gründen, denn

viele Pflegeheime firmierten in West-Berlin seit den 1970er Jahren als „Chroniker-Krankenhäuser“ und wurden im Rahmen des vollständigen Ausgabenausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner durch die GKV finanziert. Damit war es nach der Einführung der Pflegeversicherung jedoch vorbei. Seit 1998 sind angestellte und niedergelassene Heimärzte im Rahmen des Berliner Modells „Die Pflege mit dem Plus“, an dem u. a. die AOK und die Kassenärztliche Vereinigung beteiligt sind, in rund 30 Pflegeheimen tätig (ebenda; Henkel-Hoving 2007; Meyer 2016). Dieses Modell hatte zweifellos Vorbildcharakter für die oben beschriebenen Regelungen im Pflegeweiterentwicklungsgesetz, die flächendeckend dann jedoch leerliefen, wie aber auch in Berlin die Beteiligung von Pflegeeinrichtungen eher stagniert.

Im Rahmen des 2016 eingeführten Innovationsfonds wird nunmehr ein Projekt gefördert, das zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen führen soll. An dem von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg beantragten Projekt „Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung (CoCare)“ sind nach den bislang dazu bekannt gewordenen Informationen (G-BA 2016) als Konsortialpartner zwar alle Krankenkassen bzw. Kassenverbände beteiligt, nicht aber die Pflegeeinrichtungen selbst, obwohl gerade deren aktive Beteiligung den bisherigen Erfahrungen zufolge einen besonders kritischen Erfolgsfaktor darstellt.

Inwieweit es mithilfe der hier skizzierten Ansätze tatsächlich gelingt, die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen nachhaltig zu verbessern, ist schwer einzuschätzen. Grundsätzliche Skepsis erscheint jedoch angebracht, solange es unterschiedliche Zuständigkeiten für einzelne Teile des Versorgungsbedarfs der in aller Regel multimorbiden Pflegebedürftigen gibt. Deshalb erschien eine Bündelung der Sicherstellungsverantwortung bei den (Kranken- und Pflege-) Kassen sinnvoll, die zugleich aber auch einen vertragsbasierten „Durchgriff“ auf die Pflegeeinrichtungen erforderte, deren quasi automatische Zulassung sich als Problem erweist (Paquet und Jacobs 2015, S. 7). Für die konkrete Umsetzung könnte auch die Organisationsform eines Medizinischen Versorgungszentrums infrage kommen, in dem nicht nur geriatrisch qualifizierte Allgemeinärzte, sondern auch Fachärzte und Zahnärzte gezielt für die überwiegend aufsuchende Versorgung von Pflegebedürftigen tätig wären. Eine solche Konstruktion würde es auch ermöglichen, mit den ambulant versorgten Pflegebedürftigen eine weitere wachsende Patientengruppe zu adressieren, von denen ein großer Teil ebenfalls kaum regelhaft in der Lage sein dürfte, Ärzte im Bedarfsfall in deren Praxis aufzusuchen.

17.3.2 Veränderte Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung

Die zweite Kategorie von Ansätzen zur Lösung der eingangs beschriebenen Schnittstellenprobleme zielt auf gesetzliche Änderungen in der Zuständigkeitsverteilung bei der Finanzierung und Erbringung von Versorgungsleistungen. Dies betrifft insbesondere die Zuständigkeit für Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung, Verminderung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit – ein regelmäßig diskutiertes Thema in Bezug auf Fehlanreize im Verhältnis von Kranken- und Pflegeversiche-

rung. Was hier getan werden könnte, ist schon oftmals vorgeschlagen worden, z. B. vom Sachverständigenrat Gesundheit: „Aus ökonomischer Perspektive ist die Internalisierung externer Effekte eine wichtige Voraussetzung für Effizienz. (...) Diejenige Institution, die die finanziellen Auswirkungen einer Pflegebedürftigkeit zu tragen hätte, muss die Verantwortung für die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der damit verbundenen Ausgaben tragen“ (SVR-G 2014: Ziff. 349). Das wäre dann aber nicht mehr – wie aktuell – die GKV, sondern die Pflegeversicherung.

Zu Beginn der 18. Legislaturperiode schien die Realisierung einer entsprechenden Reform greifbar, denn im Koalitionsvertrag war ausdrücklich die Absicht vermerkt, die Finanzierungsverantwortung dort zu verorten, wo der Nutzen entsteht, und deshalb auch zu „prüfen, ob sich die Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll“ (CDU, CSU, SPD 2013, S. 84). Einen gesetzgeberischen Niederschlag hatte dies jedoch bislang nicht zur Folge. So fasste der Bundesausschuss Gesundheit und Pflege der CDU Anfang 2016 den Beschluss, dass „die Zuständigkeit und Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen für Bezieher von Leistungen nach dem SGB XI auf die Pflegeversicherung übergehen (soll)“ (CDU 2016, S. 4).

Etwas differenzierter fällt dagegen die Empfehlung des Sachverständigenrats aus, der darauf hinweist, dass es nicht ausreicht, die Pflegeversicherung in einem ansonsten unveränderten System in den Kreis der Rehabilitationsträger aufzunehmen; vielmehr müssten auch Anreize zur „Sozialisierung von Ausgaben in der Pflegeversicherung“ vermieden werden. Hierzu macht der Rat den pragmatischen Vorschlag, die Ausgaben für pflegevermeidende Rehabilitation hälftig zwischen Pflege- und Krankenversicherung aufzuteilen. Dies würde auch der Tatsache gerecht, dass Pflegebedürftigkeit meist gekoppelt mit chronischen Erkrankungen bzw. Multimorbidität auftritt und somit sowohl der Bereich des SGB XI als auch des SGB V betroffen sei (SVR-G 2014, Ziff. 349). Auch im oben zitierten Koalitionsvertrag von 2013 war lediglich von einer Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation die Rede.

Neben der Beseitigung der Fehlanreize aufgrund der bestehenden Finanzierungszuständigkeit für Leistungen pflegerelevanter Rehabilitationsmaßnahmen besteht weithin Einigkeit in Bezug auf zwei weitere Erfordernisse: Zum einen sollte das Rehabilitationsverfahren insgesamt vereinfacht werden (Bublitz 2016; SVR-G 2014, Ziff. 374), und zum anderen wird speziell für den Reha-Bereich angesichts seiner mangelnden Evidenzbasierung erheblicher Bedarf für Versorgungsforschung konstatiert (SVR-G 2014, Ziff. 435; CDU 2016, S. 4).

Neben der Verlagerung der Finanzierungszuständigkeit für geriatrische Rehabilitation in die Pflegeversicherung ist in dem Beschluss des Bundesausschusses Gesundheit und Pflege der CDU auch davon die Rede, dass „im Gegenzug (...) die medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim zukünftig sachgerechter durch eine pauschale Zahlung der GKV an die Pflegeversicherung finanziert werden (sollte)“ (CDU 2016, S. 4). Auch hier besteht insoweit ein Fehlanreiz, als es derzeit für die Kassen vorteilhaft ist, wenn pflegebedürftige Versicherte stationär versorgt werden; in diesem Fall wird die medizinische Behandlungspflege im Rahmen der Pflegeversicherung vergütet, während das funktionale Äquivalent im ambulanten Bereich, die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, in die Finanzierungsverantwortung der wettbewerblichen Krankenkassen fällt (Rothgang et al. 2013, S. 48).

Dass diese unterschiedliche Zuordnung, die bei Einführung der Pflegeversicherung allein aus finanziellen Erwägungen gewählt wurde und zunächst lediglich als befristete Übergangsregelung vorgesehen war, bis heute fortgilt – und angesichts der gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung im Ergebnis zu einem erhöhten Eigenanteil der Pflegebedürftigen führt –, wird in einem aktuellen Rechtsgutachten als „problemverdrängende Perpetuierung einer ungerechtfertigten Unterscheidung“ bezeichnet (Höfling und Schäfer 2016, S. 55).

Die vielfältigen Schnittstellenprobleme zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung und die offenkundigen Schwierigkeiten, ihrer im Interesse der Pflegebedürftigen in konsistenter Form Herr zu werden, haben in der Vergangenheit auch immer wieder dazu geführt, die getrennten Zuständigkeiten in zwei Sozialversicherungen grundsätzlich zu hinterfragen und perspektivisch eine Integration von Kranken- und Pflegeversicherung für naheliegend zu halten (z. B. SVR 2005, Ziff. 659). Dass diese Reformperspektive derzeit nirgends – zumindest prioritär – auf der Tagesordnung zu stehen scheint, hat Ursachen aus ganz unterschiedlichen Zusammenhängen, von denen zwei wesentliche hier abschließend betrachtet werden.

Erstens würde eine wettbewerbliche Pflegeversicherung – als Bestandteil eines integrierten Systems von Kranken- und Pflegeversicherung, aber auch im Fall des eigenständigen Fortbestands – zwingend einen funktionsfähigen Risikostrukturausgleich benötigen. Wie ein solcher Ausgleich ausgestaltet sein könnte, der die Ausgabenrisiken in der Pflegeversicherung hinreichend zielgenau abbildet, aber nicht gleichzeitig bereits alle Parameter einschließt, die die Kassen zur Steuerung des Leistungsgeschehens benötigen, ist bislang jedoch völlig unklar. Es muss angesichts vorliegender internationaler Erfahrungen sogar bezweifelt werden, dass dies überhaupt möglich ist (Rothgang 2016, S. 24). Diese Einschätzung resultiert insbesondere aus den Besonderheiten des Leistungsrechts der Pflegeversicherung mit seinem Teilleistungscharakter einerseits sowie der Wahlmöglichkeit der Versicherten – wenn auch bislang nur im ambulanten Bereich – zwischen Sach-, Geld- und Kombinationsleistungen andererseits.

Zweitens ist die Pflegeversicherung – neben der immer als Eigenwert betonten Errungenschaft der eigenständigen Absicherung des Lebensrisikos Pflege (FES und KDA 2013; Hoberg et al. 2013; Naegele 2014) – in ihrer aktuellen Ausgestaltung, aber auch im Hinblick auf bestimmte Weiterentwicklungsperspektiven durch Besonderheiten gekennzeichnet, die bei einer Integration der Pflegeleistungen in die strukturell als mutmaßlich dominierend angesehene GKV verloren zu gehen drohen. Dazu zählen etwa die Rolle der pflegenden Angehörigen (Rothgang et al. 2013, S. 50), aber auch die als notwendig angesehene Ausgestaltung einer aktiven Rolle der Kommunen (Hoberg et al. 2013, S. 10).

17.4 Fazit

Seit Einführung der Pflegeversicherung als eigenständigem Zweig der Sozialversicherung gibt es Schnittstellenprobleme, die zu Unter- und Fehlversorgung bei der Versorgung von Pflegebedürftigen führen. Dies gilt insbesondere für die gesundheitliche Versorgung in Pflegeheimen, aber auch für die Versorgung mit rehabilita-

tiven Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Die Ursachen für diese Versorgungsdefizite liegen vor allem in den völlig unterschiedlichen Gestaltungsprinzipien von Kranken- und Pflegeversicherung und dem Nebeneinander der wettbewerblichen GKV auf der einen und der faktischen Pflege-Einheitsversicherung auf der anderen Seite. Die bisherigen Versuche des Gesetzgebers zur Überwindung der Schnittstellenprobleme hatten keinen nennenswerten Erfolg. Anzustreben aus Sicht der Autoren ist zum einen eine Bündelung der Sicherstellungsverantwortung für pflegebedürftige Menschen, die in aller Regel zugleich chronisch krank oder multimorbide sind, und zum anderen insbesondere die finanzielle Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation. Dagegen stellt die Zusammenführung der beiden Sozialversicherungssysteme auf absehbare Zeit keine realistische Reformperspektive dar.

Literatur

- Ärzte Zeitung. Kein Interesse: Der Heimarzt bleibt ein Phantom. Ausgabe vom 10.07.2014.
- Bublitz T. Rehabilitation vor Pflege: Wie kann der Grundsatz Gewicht bekommen? Gesundheits- und Sozialpolitik 2016; 70 (1): 40–43.
- Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg). Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Stuttgart: Kohlhammer 2010.
- Bussche H van den, Schröfel SC, Löschmann C, Lübke N. Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2009; 85 (7): 296–301.
- CDU. Prävention und Rehabilitation stärken – Pflegebedürftigkeit verhindern. Beschluss des Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege vom 26.02.2016. <https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/160302-bfa-beschluss-praevention-rehabilitation-staerken.pdf>.
- CDU, CSU, SPD. Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode vom 26.11.2013. <https://www.cdu.de/artikel/der-koalitionsvertrag-von-cdu-csu-und-spd>.
- Deutsche Stiftung Patientenschutz. Stellungnahme zur Anhörung „Drittes Pflegestärkungsgesetz“ des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 17. Oktober 2016 zu den Bundestagsdrucksachen 18/9518, 18(14)0206.1, 18/8725 und 18/9668. Patientenschutz Info-Dienst 8/2016, 12.10.2016; https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Pflegestaerkungsgesetz_3_Stellungnahme_Patientenschutz_Info-Dienst_2016_8.pdf (27 Dezember 2016).
- Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf ein eigenständiges Leben im Alter. Bonn: WISO Diskurs, August 2013.
- Fünfstück M. Integrierte Versorgungskonzepte für Pflegebedürftige. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer 2017; 241–51.
- Greß S. Behinderung und Rehabilitation aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: Von gesamtwirtschaftlichen Nutzen und Kosten. In: Masuch P, Spellbrink W, Becker U, Leibfried S (Hrsg). Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung. Band 2. Berlin: Erich Schmidt Verlag 2015: 669–85.
- G-BA; Gemeinsamer Bundesausschuss. Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung Neue Versorgungsformen vom 8. April 2016. Unterlagen zur Pressekonferenz vom 1. Dezember 2016; <https://innovationsfonds.g-ba.de/> (27 Dezember 2016).
- Henkel-Hoving HB. Heimärzte sind gefragt. Gesundheit und Gesellschaft 2007; 12 (4): 17.
- Hoberg R, Klie T, Künzel G. Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe. Freiburg 2013. [17](http://agg-freiburg.de/downloads/pflege-</p>
</div>
<div data-bbox=)

- teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf (27. Dezember 2016).
- Höfling W, Schäfer A. Zur verfassungsrechtlichen Problematik der unterschiedlichen normativen Ausgestaltung der medizinischen Behandlungspflege im häuslichen und stationären Bereich. Rechtsgutachten im Auftrag der Deutschen Stiftung Patientenschutz. Patientenschutz Info-Dienst 7/2016, 12.10.2016; https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Behandlungspflege_Gutachten_Patientenschutz_Info-Dienst_2016_7.pdf (27. Dezember 2016).
- Jacobs K. Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegeversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung. In: Fachinger U, Rothgang H (Hrsg.). Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: Duncker & Humblot 1995; 245–62.
- Laag S, Müller T, Mruck M. Verantwortung gemeinsam tragen – die ärztliche Versorgung von Pflegeheimpatienten braucht eine Neuordnung. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.). Gesundheitswesen aktuell 2014. Barmer GEK 2014; 292–309.
- Meyer S. Report: Berliner Modellprojekt. Onlineportal Gesundheitsberater Berlin. Eintrag vom 21.04.2016; <http://www.gesundheitsberater-berlin.de/pflegeheime/themen/alltag-im-pflegeheim/report-berliner-modellprojekt> (27. Dezember 2016).
- Müller R, Borchert L, Rothgang H, Unger R. Medizinische Versorgung im Pflegeheim. Versorgungsforschung mit Routinedaten. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 2009; 8 (29).
- Naegele G. 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn 2014.
- Paquet R, Jacobs K. Die Pflegeversicherung als Sozialversicherung – institutionelle Rahmenbedingungen und Grenzen. Sozialer Fortschritt 2015; 64 (1): 1–7.
- Rothgang H. Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung – fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftsweisendes Modell? Sozialer Fortschritt 2015; 64 (1): 8–14.
- Rothgang H. Ordnungspolitische Weiterentwicklung durch mehr Wettbewerb in der Pflegeversicherung? Gesundheits- und Sozialpolitik 2016; 70 (1): 19–24.
- Rothgang H. Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer 2017; 95–105.
- Rothgang H, Müller R. Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung. Ökonomische Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Freiburg 2013; http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf (27. Dezember 2016).
- Rothgang H, Müller R, Unger R. Barmer GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Siegburg: Asgard 2013.
- Schäufele M, Köhler L, Hendlmeier I, Hoell A, Weyerer S. Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. Psychiatr Prax 2013; 40 (04): 200–06.
- SVR-G; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Bundestags-Drucksache 15/5670 vom 09.06.2005.
- SVR-G. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bundestags-Drucksache 17/10323 vom 10.07.2012.
- SVR-G. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bundestags-Drucksache 18/1940 vom 26.06.2014.
- Walter U, Naegele G. Geriatriekonzept für Baden-Württemberg – Aktuelle Situation und Anforderungen an die ambulante Versorgung und an eine zukunftsweisende Weiterentwicklung. Wissenschaftliche Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Hannover/Dortmund 2013.