

Pflege-Report 2017

„Die Versorgung der Pflegebedürftigen“

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

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 241-251



20	Integrierte Versorgungskonzepte für Pflegebedürftige	241
	<i>Mathias Fünfstück</i>	
20.1	Hintergrund und gesetzliche Grundlagen der Integrierten Versorgung	241
20.2	Stand der Literatur zum Thema „Pflege in der Integrierten Versorgung“	243
20.3	Begriffliche Abgrenzung und Alternativen	244
20.4	Anlässe für Pflegeeinrichtungen und besondere Kompetenzen	245
20.5	Organisationsformen und Innovationen in der Integrierten Versorgung	246
20.6	Praxisbeispiele.....	247
20.7	Ausblick	248

20 Integrierte Versorgungskonzepte für Pflegebedürftige

Mathias Fünfstück

Abstract

Pflege in der Integrierten Versorgung wird seit Einführung der hierfür relevanten gesetzlichen Grundlagen kontrovers diskutiert. Als bedeutsame Akteure im Gesundheitswesen nehmen Pflegende und Pflegeeinrichtungen an der Integrierten Versorgung teil, entfalten jedoch noch nicht das ihnen zur Verfügung stehende Potenzial, um Integrierte Versorgung zu gestalten und zu organisieren. Ausgehend von den Ergebnissen einer systematischen Literaturrecherche skizziert das Kapitel den Hintergrund und die gesetzlichen Grundlagen der Integrierten Versorgung in Deutschland mit dem Fokus auf der Einbettung von Pflege im Versorgungsprozess. Unter Betonung von Anlässen, Möglichkeiten und Innovationen zur Übernahme einer aktiven Rolle in der Integrierten Versorgung werden Praxisbeispiele umrissen sowie ein Ausblick auf (forschungsgeleitete) Strategien zur Weiterentwicklung der Rolle der Pflege in der Integrierten Versorgung vorgeschlagen.

Since the implementation of policies for integrated (health) care in Germany, the role of nursing care in integrated care has been controversially discussed. As a relevant provider of care in the health care system, nurses and nursing facilities take part in integrated care but fall short of unlocking their true potential when it comes to shaping and organising integrated care structures. Drawing back on the results of a systematic literature review, this chapter outlines the legal and organisational background of integrated care in Germany with a focus on nursing and the state of its embedment in care processes. Highlighting reasons, possibilities and innovations of taking over an active role in integrated care, the author gives examples from daily practice and provides an outlook on (research-guided) strategies to further develop the role of nursing in integrated care.

20.1 Hintergrund und gesetzliche Grundlagen der Integrierten Versorgung

Mit der GKV-Gesundheitsreform im Jahr 2000 wurde das Thema der Integrierten Versorgung (IV) im deutschen Gesundheitswesen präsent. Per Gesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, patientenorientierte und interdisziplinär-fachübergreifende medizinische Versorgungsformen zu gestalten, die die bisherigen sektoralen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens überwinden und das bestehende Versorgungssystem ergänzen sollen. Seither besteht für die Krankenkassen die Option, Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V abzuschließen. In den ersten Jahren fand die neue Versorgungsform jedoch kaum Beachtung. Erst nach

der Novellierung des § 140 a-d im SGB V durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) erlangte die Integrierte Versorgung eine besondere Aufmerksamkeit, nicht zuletzt durch die eingeführte Anschubfinanzierung bei gleichzeitiger Kürzung der Ärzte- und Krankenhausbudgets zur Kompensation. Nachteilig war, dass der Pflege in der neu geregelten Gesetzgebung als eigenständiger Profession und größter Berufsgruppe im Gesundheitswesen keine Rolle zudedacht wurde. Sie war „durch die GKV-Reform auf der Gestaltungs- und Entscheidungsebene als potentieller Akteur nicht vorgesehen“ (Stöcker 2004, S. 292). Dies änderte sich mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das im Jahr 2007 in Kraft trat. Einerseits wurden Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen als Vertragspartner der Krankenkassen für die Integrierte Versorgung nach SGB V zugelassen, andererseits wurde im SGB XI expliziert ein neuer Paragraph (§ 92 b) aufgenommen, der die Teilnahme von Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen regelt. Somit wurde korrigiert, dass Pflegeeinrichtungen von der Integrierten Versorgungsform im Sinne der damaligen Paragraphen 140 a ff im SGB V ausgeschlossen waren (Richter 2014a, 996, RN 5). Zuletzt wurde die Gesetzgebung zur Integrierten Versorgung mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Versorgungsstärkungsgesetz) im Juli 2015 geändert (Deutscher Bundestag 2015). Hierbei wurde der Paragraph in „Besondere Versorgung“ umbenannt und die §§ 140 b-d in § 140 a integriert.

Die Notwendigkeit, Pflege auch im Rahmen der Integrierten Versorgung zu etablieren, wurde schon weit vor der Gesetzgebung aufgezeigt. Einerseits ist es der Medizin ohne Pflege nicht möglich, Kontinuität im Versorgungsprozess zu sichern, effektiv zu sein und dem humanitären Anspruch medizinischer Institutionen gerecht zu werden (Robert-Bosch-Stiftung 1992, S. 64). Andererseits schafft Pflege durch ihr professionelles Handeln wie Krankenbeobachtung, Untersuchungsvorbereitungen, Gespräche, Edukation und weitere Tätigkeiten die Voraussetzung für eine gelingende Versorgung (Ewers und Schaeffer 2003, S. 200). Auch beim Übergang zwischen den Sektoren im Gesundheitswesen leistet Pflege einen wichtigen Beitrag, denn Pflege findet sowohl ambulant und stationär statt. Versorgungsbrüche zeigen sich oft bei den sektoralen Übergängen. So kommen in der stationären Akutversorgung den Krankenhäusern sowohl medizinisch als auch pflegerisch eine Substitutions- und Distributionsfunktion zu (Schaeffer 2000, S. 13) und seit Einführung der DRGs den nachsorgenden Pflegeeinrichtungen eine Kompensationsfunktion. In beide Richtungen werden somit Diskontinuitäten aufgefangen, die sich durch infrastrukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung ergeben (Schaeffer 2000, S. 13). Bedingt durch wirtschaftlich orientierte frühzeitige Entlassungen und mitunter unzureichend organisierte Nachsorge im ambulanten Bereich bekamen und bekommen Patienten und Pflegebedürftige die Versorgungslücken zu spüren, die mitunter durch Pflegeeinrichtungen ausgeglichen werden. Erste Lösungsansätze im Kontext der Integrierten Versorgung wie „Das Pflegeheim im Dienstleistungsnetzwerk für Intensive Pflege und Palliative Pflege“ (Fünfstück und Richter 2008) konnten jedoch erst mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes und der Einführung des § 92 b im SGB XI umgesetzt werden.

Die Hauptintentionen des § 92 b SGB XI liegen darin, die Grenzen zwischen den gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen und die starre Trennung von ambulanter und stationärer Pflege zu überwinden (Richter 2014a, S. 997; Udsching

2015, S. 542; Baumeister und Baumeister 2015, S. 2718), indem die Kranken- und Pflegekassen mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen. Udsching (2015, S. 543) betont, dass insbesondere die Integrierte Versorgung für die Pflegekassen geeignet ist, im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages sicherzustellen, „dass im Einzelfall Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen“ (SGB XI, § 12 Abs. 2 Satz 2). Der Wettbewerb soll nicht nur unter den Leistungserbringern, sondern auch unter den Sozialversicherungsträgern gefördert werden (Richter 2014a, S. 997). Die größten und bislang ungenutzten Chancen liegen bei der Vertragsgestaltung, denn die zugelassenen Vertragspartner werden von den Vorgaben des Leistungserbringungsrechts weitgehend freigestellt (Udsching 2015, S. 542). Grundsätzlich sind nach § 92b Abs. 2 im SGB XI Abweichungen von den Vorschriften der §§ 75, 85 und 98 möglich. Somit können die Kostenträger und Leistungserbringer von den landesspezifischen Rahmenverträgen abweichen und für die pflegerischen Leistungen eigene Vergütungsformen finden, sofern „sie dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entsprechen“ und „die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen verbessern“ (§ 92b Abs. 2 im SGB XI). Entsprechende Verträge, die diesen Rahmen nutzen, sind bisher nicht bekannt geworden. Ebenso unbekannt ist der aktuelle Stand zu den abgeschlossenen Verträgen mit Beteiligung von Pflegeeinrichtungen. Bis Ende 2008 hat die damalige gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V 1 424 Verträge ausgewertet, unter denen 35 Verträge identifiziert werden konnten, die mit Pflegeeinrichtungen geschlossen worden sind, was einem Anteil von 2 % entspricht (Grothaus 2009, S. 40). Bis heute hat es jedoch weitreichende Entwicklungen gegeben, die insbesondere durch die Krankenkassen angeschoben worden sind und auf eine deutlich höhere Anzahl an IV-Verträgen mit Pflegeeinrichtungen schließen lassen.

20.2 Stand der Literatur zum Thema „Pflege in der Integrierten Versorgung“

Um einen Einblick in das aktuelle Geschehen zu erhalten, wird auf die Ergebnisse einer fortlaufenden Literaturrecherche zurückgegriffen, mit der bisher 133 Artikel zum Thema „Pflege in der Integrierten Versorgung“ identifiziert und davon 108 Publikationen analysiert werden konnten. Die Suche beschränkte sich auf den Zeitraum von 2007 bis 2016, da erst mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes Pflegeeinrichtungen direkte Vertragspartner werden konnten. Besonders hervorzuheben ist, dass keine Studien für Pflege im Kontext der gesetzlich definierten Integrierten Versorgung gefunden werden konnten. Hierzu sind in der Literatur insbesondere Grundsatzartikel zu den Möglichkeiten, Chancen und Grenzen für die Pflege sowie vereinzelte Projektberichte zu finden. Auch lässt sich eine Reihe an Projektbeschreibungen identifizieren, die jedoch in erster Linie der Patienteninformation und Akquise dienen.

20.3 Begriffliche Abgrenzung und Alternativen

Im Sprachgebrauch muss bei „Integrierter Versorgung“ zwischen mindestens zwei Formen unterschieden werden. Zum einen ist die Integrierte Versorgung im gesetzlichen Kontext nach § 140 a des SGB V gemeint, zum anderen finden sich zahlreiche Beschreibungen für (anders ausgedrückt) integrierende Versorgungsformen. Im § 140 a des SGB V wird **Integrierte Versorgung** als eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder als eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten beschrieben. Eine eindeutige Definition liegt jedoch nicht vor (Amelung 2012, S. 328; Sterly und Hasseler 2015, S. 672). Allgemein beschreibt Mühlbacher (2002, S. 63f.) die Integrierte Versorgung als „eine funktionenübergreifende, patientenorientierte, rationale Versorgung mit Dienstleistungen des Gesundheitswesens über das gesamte Kontinuum von Gesundheitsbedürfnissen“, bei der die Leistungserbringer „die Verantwortung für eine umfassende, koordinierte und kontinuierliche Leistungserbringung in verschiedenen Einrichtungen bei einheitlichen Prozessen der Gesundheitsversorgung“ übernehmen. Als Merkmale der Integrierten Versorgung benennt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR):

- Die Versorgungsverträge im Verband mehrerer Leistungserbringer sind sektorübergreifend gestaltet.
- Es existieren zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern spezielle vertragliche Beziehungen.
- Die Leistungserbringer übernehmen eine gewisse Budgetverantwortung.
- Die Teilnahme ist sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Versicherten freiwillig.
- Die Ausrichtung erfolgt nach Indikation oder Region (SVR 2003, Ziffer 679).

Die **integrierende Versorgung** gestaltet sich dagegen ohne Bezug auf den § 140 a des SGB V oder § 92 b des SGB XI. Hierbei werden Versorgungsformen aufgebaut, die (un)abhängig von vertraglichen Konstellationen mittels inner- oder interdisziplinären Kooperationen und gemeinsamen Zielsetzungen agieren. Entsprechende Beispiele finden sich für die medizinische Versorgung („Integrierte Palliativmedizin“ – Baumann-Köhler 2013; „Integrierte Psychoonkologie“ – Kusch et al. 2015; „Integrierte Psychokardiologie“ – Herrmann-Lingen 2015), für die gemeinsame heilberufliche Versorgung („Integrierte internistische Versorgung der Zukunft“ – Raspe et al. 2015) und für die pflegerische Versorgung („Leben mit mehreren Langzeiterkrankungen (Leila)“ – Müller-Staub et al. 2015; „Menschen mit Demenz integriert versorgen“ – Richter 2014b; Richter 2015).

Im Rahmen der gesetzlich definierten Integrierten Versorgung ist es für Pflegeeinrichtungen mitunter nicht leicht, adäquate interdisziplinäre und fachspezifische Vertragspartner zu finden. Hierbei geht es zumeist nicht um das „Können“ und „Wollen“ bei den geeigneten Partnern, sondern um die Alternativen bei den innovativen Versorgungsformen. Insbesondere für die medizinische Versorgungslandschaft ergeben sich vielfältige Möglichkeiten bei der selektiven Vertragsgestaltung, die gerade bei den niedergelassenen Ärzten zu Kapazitätsproblemen führen können, wenn bereits ein Anschluss an verschiedene Verträgen besteht (Fünfstück 2010, S. 19). Zu den Alternativen zählen:

- „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung“ nach §§ 63 und 64,
- „hausarztzentrierte Versorgung“ nach § 73b,
- „besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c und
- „strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f.

Während für die Pflege der vertragliche Zugang zur Integrierten Versorgung gesetzlich vorgesehen ist, besteht bei den anderen Versorgungsformen lediglich die Möglichkeit der Kooperation.

20.4 Anlässe für Pflegeeinrichtungen und besondere Kompetenzen

Der Antrieb für Pflegeeinrichtungen, sich im Rahmen der Integrierten Versorgung neu auszurichten, hängt von vielfältigen Einflüssen ab. Neben gesundheitssystembedingten Notwendigkeiten der Neuorientierung ergeben sich entscheidende Punkte aus dem Sektor der Pflege. Ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen stehen zunehmend unter wettbewerblichem Druck – nicht zuletzt durch die Etablierung von alternativen bzw. neuen Wohnformen im Alter (Schulz-Nieswandt et al. 2012) sowie steigende Anforderungen an die Pflegequalität und sich verschärfende gesetzliche Bestimmungen. Hierzu kommen indikationsspezifische Neuausrichtungen, also Angebote von spezialisierten Pflegeleistungen wie beispielsweise die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, von Pflegebedürftigen im Wachkoma bzw. mit dem Syndrom reaktionsloser Wachheit oder mit Multipler Sklerose und vielen weiteren Indikationen zum Tragen. Auch die quantitative und qualitative Leistungsverdichtung hinsichtlich steigender Fallzahlen bei schnelleren Entlassungsbemühungen wirken sich aus, ebenso die zunehmenden Ansprüche der Leistungsnehmer an die pflegerische Versorgung. Die Pflegeeinrichtungen allein können mitunter das leistungstechnisch geforderte Qualitätsniveau nicht halten. Hier helfen systemische Vernetzungen und Kooperationen, die im Rahmen der Integrierten Versorgung ein hilfreiches Fundament finden.

Der Berufsgruppe fehlt es dabei nicht an den notwendigen Kompetenzen (Fünfstück und Richter 2008, S. 69 ff.). Fast jede Pflegeeinrichtung kann inzwischen auf besonderes **Fachwissen** zurückgreifen, insbesondere Einrichtungen, mit einem hohen Spezialisierungsgrad. Das Thema der **Überleitung** wurde mit Einführung des Expertenstandards Entlassungsmanagement 2004 (Moers 2004; Schiemann 2009) für die Pflege verstetigt und bildet eine Kernkompetenz im Rahmen der Vernetzung, unabhängig davon, in welchen Versorgungssektor übergeleitet wird. Sehr eng verbunden sind hiermit die Kompetenzen zum **Netzwerkmanagement** (z. B. Nussbaumer 2010), insbesondere zum pflegerischen **Case- und Care-Management** (z. B. Dörpinghaus 2004; Ewers 2005; Weber-Halter 2011; Behr 2015), bei dem der gesamte Versorgungsverlauf von Prävention bis Nachsorge organisiert wird. Eine weitere Kernkompetenz ist das Thema der **Patientenedukation** (z. B. Klug Redman 2009; London und Abt-Zegelin 2010), die inzwischen als genuine Aufgabe der Pflege verstanden und fallgruppenspezifisch in der integrierten Versorgung umge-

setzt wird (z. B. Müller-Staub et al. 2015). Ein ebenso wichtiger Baustein ist die **Prävention und Gesundheitsförderung** in der Pflege (Hasseler 2011; Hurrelmann und Horn 2014). Die Netzwerkpartner übernehmen nicht nur die Verantwortung für die kurzfristige Durchführung der vereinbarten Leistungen, sondern fördern auch langfristig die Nachhaltigkeit der Versorgung und können damit alle Stufen der Prävention berücksichtigen. Dies geschieht natürlich in erster Linie für das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen, letztlich aber auch aus ökonomischen Gründen für die Netzwerkpartner.

20.5 Organisationsformen und Innovationen in der Integrierten Versorgung

Kernpunkt der integrierten Versorgung sind die Netzwerke und die entsprechenden Vertragsstrukturen zwischen den Leistungserbringern. Trotz der vertraglichen Beziehungen bleiben die Leistungserbringer in der Regel eigenständig und bilden für die Versorgung ein virtuelles Netzwerk (Mühlbacher 2007). Hierfür werden verschiedene Vertragskonstellationen genutzt. Für die Kostenträger ist es wichtig, möglichst einen oder wenige Vertragspartner zu haben, die die Hauptverantwortung und die Steuerung der Leistungspartner übernehmen, da die Verhandlungen mit vielen Partnern sehr aufwendig sein können. Als Lösung hat sich hier der Vertragsabschluss mit einem Leistungspartner herauskristallisiert oder alternativ mit einer Managementgesellschaft. Als vertragsnehmender Leistungspartner fungieren in der Regel die Initiatoren des Netzwerks, die ebenso aus der Pflege kommen können. Ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen oder deren Träger können primäre Vertragspartner der Kostenträger sein und die notwendigen Leistungspartner mit Beitrittsverträgen in die Versorgungsstruktur einbinden. Für die beitretenden Leistungserbringer gelten sodann die bereits ausgehandelten Vertrags- und Beitrittsbedingungen. Lukrativ werden entsprechende Netzwerke durch den Aufbau von effizienten Versorgungsstrukturen, neuen Leistungsangeboten oder besserer Vergütung bei mindestens gleichbleibender oder besserer Versorgungsqualität. Da kleine Einrichtungen mit wenigen Fallzahlen für die Kostenträger wiederum eher uninteressant sind, kann die Option zur Gründung einer Managementgesellschaft in Betracht gezogen werden. Hier können sich die pflegerischen sowie medizinischen und therapeutischen Dienste gemeinsam über eine Gesellschaft zusammenschließen, die als Vertragsnehmerin fungiert und die Leistungserbringer miteinander koordiniert.

Den bisherigen Vertragskonstellationen fehlt es jedoch zumeist an Innovationskraft, da die herkömmlichen Strukturen beibehalten und nur virtuell „aufgelöst“ werden. Pflege könnte hier einen enormen Effizienzgewinn bei verbesserten Leistungen erzielen, wenn Leistungserbringer viel enger zusammengebracht und Sektorenstrukturen tatsächlich aufgelöst werden. Der Gesetzgeber hat mit der integrierten Versorgung große Gestaltungsfreiräume und somit ein mächtiges Instrument geschaffen, welches es zu nutzen gilt. So könnten beispielsweise Hausarztpraxen mit Praxisräumen und Arzthelferinnen in Pflegeeinrichtungen implementiert werden. Erste Versuche hat es hierzu bereits gegeben (Fünfstück 2008). Hausärzte müssten hierfür nicht einmal ihre bisherige Praxis aufgeben, sondern können eine Zweigstel-

le ggf. mit Öffnung ins Quartier betreiben. Das Betreiben von zwei Standorten wird dann über die Öffnungszeiten koordiniert, da der vollständige Praxisbetrieb in einer Pflegeeinrichtung für viele Hausärzte unwirtschaftlich ist. Zusätzlich können über die Integrierte Versorgung eigene Leistungs- und Vergütungsmodelle ausgehandelt werden, ähnlich dem careplus-Programm der AOK. Eine andere Möglichkeit besteht darin, über einen Pflegeheimbetreiber Pflegebetten in einem Krankenhaus zu etablieren. Zielgruppe sind besonders pflegebedürftige, noch nicht entlassungsfähige Patienten, die im Krankenhaus versorgt werden müssen, aber bis auf eine enge ärztliche Visite keine weiteren medizinischen Leistungen benötigen. Der Vorteil besteht darin, dass diese Betten nicht für die Krankenhausplanung relevant sind, sondern zusätzlich und wesentlich kostengünstiger angeboten werden können, ähnlich dem Konzept der Kurzzeitpflege nach SGB XI. Diese zwei Beispiele sollen aufzeigen, wie sich sektorale Grenzen über die selektive Vertragsgestaltung überwinden lassen. Sind viele innovative Ansätze bisher an den starren Strukturen der Regelversorgung im Gesundheitswesen gescheitert, ist mit der Integrierten Versorgung sehr vieles möglich.

20.6 Praxisbeispiele

Für die regelhafte Einbindung von Pflegeeinrichtungen als Vertragspartner (nicht nur Kooperationspartner) sind exemplarisch zwei Modelle zu nennen, zu denen jedoch keine Angaben dazu vorliegen, wie viele Pflegeeinrichtungen bisher in die Versorgungsform eingebunden werden konnten.

Die AOK Nordost betreibt in Berlin und Brandenburg das careplus-Programm. Hier wird durch Verträge nach § 140 a des SGB V die Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften, Ärzten und Therapeuten in stationären Pflegeeinrichtungen verbessert (AOK Nordost 2015). Hervorgegangen ist das Programm aus dem „Berliner Modellprojekt – Ärztliche, therapeutische und pflegerische Betreuung Schwerstkranker in stationären Pflegeeinrichtungen“ (Müller und Richter-Reichheim 2004), welches erhebliche Kosteneinsparungspotenziale bei verbesserten Leistungen aufzeigen konnte. Hauptkoordinatoren sind die Pflegeeinrichtungen, die sich neben der Begleitung auch um die Einbindung der Hausärzte und Therapeuten kümmern müssen. Als Anreiz stehen den Einrichtungen zusätzliche Vergütungsoptionen für die Ärzte zur Verfügung, die sich jedoch auch einigen Bedingungen stellen müssen, wie regelmäßige Visiten, Bereitschaftsdienste, Fortbildungen u. a. m. Die Pflegeeinrichtungen profitieren dagegen von einer besseren medizinischen Versorgung der Pflegebedürftigen, weniger Krankenhauseinweisungen und somit auch von einer höheren Zufriedenheit bei den Bewohnern. Die Umsetzung des Modells stößt jedoch an seine Grenzen, wenn im näheren Umfeld keine Ärzte zur Verfügung stehen. Die Idee des Projektes wurde inzwischen auf andere Bundesländer übertragen. So gibt es in Hessen das „Versorgungsnetzwerk Pflegeheim MedPlus“, in Mecklenburg Vorpommern das „Pflegeheim Plus“, in Baden-Württemberg die „Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP)“ und in Bayern das „Heimarztprojekt im Pflegeheim“. Eine Beschreibung und Übersicht zu diesen und weiteren Projekten ist in Balzer et al. (2013) zu finden.

Ein inzwischen viel zitiertes und mit Preisen ausgezeichnetes Musterprojekt ist die Integrierte Versorgung „Gesundes Kinzigtal“ (Hildebrandt et al. 2011). Das Besondere an diesem Modell ist die „bevölkerungsbezogene flächendeckende Versorgung“ (Amelung 2012, S. 328), die Einbeziehung von vielfältigen Leistungserbringern, zu denen neben den medizinischen Einrichtungen auch Therapeuten, Pflegedienste, Fitness-Studios u. a. m. zählen, sowie zahlreiche speziell aufgelegte Programme zu besserer Versorgung der eingeschriebenen Patienten wie das Programm „Starkes Herz“ für herzinsuffiziente Patienten, die Programme „Rauchfreies Kinzigtal“, „Gesundes Gewicht“ und „Ernährungsangebote“ (Sterly und Hasseler 2015, S. 677). Pflege rundet hier das Angebot der umfassenden Versorgung ab.

20.7 Ausblick

Pflege und Integrierte Versorgung werden bisher von den Kostenträgern, den Leistungserbringern und auch von unterschiedlichen Interessensgruppen fast ausschließlich aus dem Blickwinkel der Integrierten Versorgung nach § 140a des SGB V gedacht. Der § 92b des SGB XI wird bisher nicht inhaltlich genutzt. In der Literatur finden sich bislang keine Hinweise auf Verträge oder Publikationen, die aufzeigen, wie alternativ mit den getroffenen Regelungen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI umgegangen werden kann oder welche alternativen Vergütungsformen genutzt werden können. Hierin liegt jedoch großes Potenzial, mit dem sich Pflegeeinrichtungen voneinander abheben und wesentlich gewichtigere Rollen und Funktionen im Gesundheitswesen übernehmen könnten. Bislang fehlt es an Innovationskraft und Realisierung von Chancen.

Die Ursachen hierzu liegen auf verschiedenen Ebenen. Während politisch die Einbindung der Pflege in die Integrierte Versorgung vielerorts erörtert wird und im pflegetheoretischen Kontext einige Abhandlungen geschrieben worden sind, scheint ein Bewusstsein über die Chancen und Möglichkeiten der Integrierten Versorgung in der Pflegepraxis eher selten vorhanden zu sein. Impulsgeber sind derzeit vor allem die Kostenträger nach SGB V, nicht die Leistungserbringer. Der § 92b im SGB XI erfährt in der Praxis auf Einrichtungsebene kaum eine Wahrnehmung – vergleichbar mit dem Phänomen des Nichtwahrnehmens der Integrierten Versorgung nach der Einführung im Jahr 2000 bis zur Reformierung der gesetzlichen Grundlagen im Jahr 2004. Als erschwerender Faktor dürften sich die vielfachen Neuausrichtungen auswirken, die mit den letzten und auch kommenden Pflege-reformen einhergehen und das Management in den Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen.

Pflegerische Institutionen, welche die Chancen der Integrierten Versorgung erkennen, stehen vor großen Herausforderungen, wenn es um die Planung, Vertragsschließung und Umsetzung geht. Gegebenenfalls fehlt es auch an finanziellen und fachlichen Ressourcen. Für die Entwicklung neuer Konzepte im Rahmen der Integrierten Versorgung bedarf es qualifizierten Personals, einer grundlegenden Finanzierung und Raum für notwendige Pilotierungen. Einrichtungen, die sich selber auf den Weg begeben, benötigen Know-how, das eingekauft oder über einen längeren Zeitraum generiert werden muss. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen für die

Initiierung freigestellt werden, räumliche, koordinierende und unternehmerische Strukturen aufgebaut und die notwendigen Prozesse entwickelt und implementiert werden. Besteht die Möglichkeit des Beitritts zu einem bestehenden Vertrag, der beispielsweise über die Seite der Kostenträger angeboten wird, sind die direkten Anreize für die Leistungserbringer im Sinne des Kosten-Nutzen-Verhältnisses möglicherweise nur gering oder neutral. Die indirekten Anreize für die Unternehmen (Anreize, die beispielsweise eher auf die Pflegebedürftigen abzielen, wie eine bessere medizinische Versorgung) greifen gegebenenfalls deutlicher. Ein entsprechender Anschlag ließe sich über die Pflegeforschung forcieren, die mit „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung“ nach §§ 63 und 64 des SGB V Lösungsmöglichkeiten und innovative Wege aufzeigen kann.

Für weitere Entwicklungen könnten auch die Pflegekassen stärker gefordert werden. Bisher ist eine eigenständige Rolle der Pflegekassen nicht bekannt. Während die Krankenkassen vom Wettbewerb und von Kosteneinsparungen (vermeidbare Leistungen, effizientere Leistungen) profitieren, sind die Pflegekassen bedingt durch die pauschale Pflegesatzvergütung nicht im Zugzwang. Auch Träger von Pflegeeinrichtungen mit Leistungsangeboten in verschiedenen Pflegesektoren könnten sich stärker einbringen. Die Verknüpfung von ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeangeboten kann außerhalb der Regelversorgung neu durchdacht und umgesetzt werden. Pflegeeinrichtungen können sogar medizinische Versorgungszentren unter ärztlicher Leitung betreiben, die fachärztliche Besetzung entsprechend den Versorgungsbedarfen ausrichten und somit die gesamte gesundheitliche Versorgung abrunden. Weiteres Potenzial – und derzeit nicht als Partner in der Integrierten Versorgung vorgesehen – bergen die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI. Pflegestützpunkte sind keine zugelassenen Pflegeeinrichtungen und werden als Vertragspartner auch nicht explizit erwähnt, können jedoch aufgrund ihres Aufgabenfeldes Beratungs- und Steuerungsfunktionen übernehmen.

Pflege unterschätzt derzeit noch die eigene Rolle und Stärke innerhalb des Versorgungsprozesses. Der Gesetzgeber hat mit der Integrierten Versorgung einen Rahmen geschaffen, den es noch immer neu auszugestalten und optimal zu nutzen gilt.

Literatur

- Amelung VE. Integrierte Versorgung. In: Schwartz FW, Ulla Walter U (Hrsg). Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München u. a.: Urban und Fischer bei Elsevier 2012; 328–30.
- AOK Nordost. careplus – das bedeutet eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften, Ärzten und Therapeuten. Berlin: AOK Nordost 2015. http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bln/pflege/stationaer/careplus/careplus_kurzpraesentation_2015.pdf (01 Oktober 2016).
- Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boulkhemair D, Lühmann D. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. DIMDI 2013.
- Baumann-Köhler M. Integrierte Palliativmedizin. Leidensminderung – Patientenverfügung – Sterbegleitung – intuitive Ethik. Stuttgart: Schattauer 2013.

- Baumeister P, Baumeister J. § 92 b Integrierte Versorgung. In: Josef Berchtold: Gesundheitsrecht. SGB V, SGB XI. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos 2015; 2717–9.
- Behr T. Positionspapier: Empfehlungen zur Umsetzung der Integrierten Versorgung unter Einbezug der Pflege. In: Behr T (Hrsg). Aufbruch Pflege. Hintergründe – Analysen – Entwicklungsperspektiven. Wiesbaden: Springer Gabler 2015; 91–113.
- Deutscher Bundestag. Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz). GKV-VSG vom 16.07.2015. Bonn 2015. http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s1211.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27%5D__1474199818123 (18 September 2016).
- Dörpinghaus S. Überleitung und Case-Management in der Pflege. Hannover: Schlütersche 2004.
- Ewers M (Hrsg). Case Management in Theorie und Praxis. 2., erg. Aufl. Bern: Hans Huber 2005.
- Ewers M, Schaeffer D. Die Rolle der Pflege in der Integrierten Versorgung. In: Tophofen C, Lothar Lieschke L (Hrsg). Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2003; 193–213.
- Fünfstück M. Bessere Versorgung für unheilbar kranke Patienten. Das Pflegeheim im Dienstleistungsnetzwerk für Intensive Pflege und Palliative Pflege. CAREkonkret 2008; 11 (45): 6.
- Fünfstück M. Innovative Versorgungsformen als Basis für interdisziplinäre vernetzte Strukturen. In: Nussbaumer G (Hrsg). Netzwerk Pflege und Gesundheit. Sektorübergreifende und integrierende Konzepte. Hamburg: Behr's 2010; I–2 1–27.
- Fünfstück M, Richter K. Pflege in der Integrierten Versorgung. Eine Konzeptentwicklung auf Basis einer Befragung von Krankenkassen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller 2008.
- Grothaus FJ. Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004–2008. Bericht gemäß § 140 d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. Hrsg v. Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V. Düsseldorf: BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH 2009. <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d.pdf> (13 Oktober 2016).
- Hasseler M. Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein konzeptioneller Ansatz. Weinheim u. a.: Beltz Juventa 2011.
- Herrmann-Lingen C. Integrierte Psychokardiologie. *Aktuel Kardiol* 2015; 4 (06): 370–4. DOI: 10.1055/s-0041-108095.
- Hildebrandt H, Schmitt G, Roth M, Stunder B. Implementing population-based integrated care for a region: a work-in-progress report on the project „Gesundes Kinzigtal“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2011; 105 (8): 585–9. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.09.003.
- Hurrelmann K, Horn A. Das komplementäre Verhältnis von Gesundheit und Pflege. In: Wingensfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Studienausg. Hrsg v. Schaeffer D. Weinheim u. a.: Beltz Juventa 2014: 727–43.
- Klug Redman B. Patientenedukation. *Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe*. 2. vollst. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber 2009.
- Kusch M, Labouvie H, Hein-Nau B, Schwarzkamp U, Wolf J, Hallek M. Integrierte Psychoonkologie. *TumorDiagn u Ther* 2015; 36 (02): 99–103. DOI: 10.1055/s-0034-1399157.
- London F, Abt-Zegelin A. Informieren, Schulen, Beraten. *Praxishandbuch zur Patientenedukation*. 2., durchges. und erg. Aufl. Bern: Hans Huber 2010.
- Moers M. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung. Osnabrück: DNQP (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege) 2004.
- Mühlbacher A. Integrierte Versorgung: auf dem Weg zur virtuellen Organisation. Berlin: Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG) 2007. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-379433> (01 Oktober 2016).
- Müller RD, Richter-Reichheim M. Berliner Modellprojekt. *Der Arzt am Pflegebett*. *Deutsches Ärzteblatt* 2004; 101 (21): A1482–A1484.
- Müller-Staub M, Zigan N, Handler-Schuster D, Probst S, Monego R, Imhof L. Umsorgt werden und umsorgen: Leben mit mehreren Langzeiterkrankungen (Leila) – Eine qualitative Studie zum Bei-

- trag von APN in integrierter Versorgung. *Pflege* 2004; 28 (2): 79–91. DOI: 10.1024/1012-5302/a000410.
- Nussbaumer G (Hrsg). *Netzwerk Pflege und Gesundheit. Sektorübergreifende und integrierende Konzepte*. Hamburg: Behr's 2010.
- Raspe HH, Folsch UR, Gross WL, Kirsten WD, Spies HF, Schumm-Draeger PM. Integrierte internistische Versorgung der Zukunft. Primäre Hypertonie und Granulomatose mit Polyangiitis als Modellkrankheiten. *Dtsch med Wochenschr* 2015; (1946) 140 (12): 917–27. DOI: 10.1055/s-0041-102338.
- Richter R. Fünfter Abschnitt Integrierte Versorgung und Pflegestützpunkte. § 92 b Integrierte Versorgung. In: Klie T, Bachem J (Hrsg). *Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung ; Lehr- und Praxiskommentar*. 4. Aufl. Baden-Baden: Nomos 2014a; 996–9.
- Richter S. Menschen mit Demenz integriert versorgen. Mehr Kompetenz – weniger Überforderung. In: *Heilberufe* 2014b; 66 (10), 22–27.
- Richter S. Integrierte Versorgung für Menschen mit Demenz. Ein Beispiel für gelingende Praxis. *Gesundheitswesen* 2015; 77 (11): 845–7. DOI: 10.1055/s-0035-1559706.
- Robert-Bosch-Stiftung. *Pflege braucht Eliten. Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege*. 4. Aufl. Gerlingen: Bleicher 1992.
- Schaeffer D. Bruchstellen in der Versorgung chronisch kranker alter Menschen. Die Entlassung aus dem Krankenhaus. In: Seidl E, Stašková M, Walter I (Hrsg). *Autonomie im Alter. Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege*. Wien: Maudrich 2000; 11–35.
- Schiemann D (Hrsg). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. 1. Aktualisierung 2009. Sonderdruck. Osnabrück: DNQP an der Fachhochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- Schulz-Nieswandt F, Köstler U, Langenhorst F, Marks H. *Neue Wohnformen im Alter. Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2012.
- Sterly C, Hasseler M. Integrierte Versorgung. In: Thielscher C (Hrsg). *Medizinökonomie 1. Das System der medizinischen Versorgung*. 2., aktualisierte u. erw. Aufl. 2015. Wiesbaden: Springer Fachmedien 2015 (FOM-Edition, FOM Hochschule für Oekonomie & Management); 663–84.
- Stöcker G. Integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren – welche Rolle muss die Pflege spielen? Professionelle Pflege als Faktor in der Integrierten Versorgung. Tagungsbeitrag. Berlin: Deutscher Pflegekongress 2004 auf dem Hauptstadtkongress 2004.
- SVR. *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos 2003. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf> (13 Oktober 2016).
- Udsching P. § 92 b Integrierte Versorgung. In: Udsching P, Schütze B, Behrend N (Hrsg). *SGB XI, Soziale Pflegeversicherung. Kommentar*. 4. Auflage (Beck-online) 2015; 542–4.
- Weber-Halter E. *Praxishandbuch Case Management. Professioneller Versorgungsprozess ohne Triage*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber 2011.