

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0102(1)
gel. VB zur Anhörung am 23.3.
2011_Versorgungslücke
14.03.2011



BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Berlin, 14.03.2011

Stellungnahme des
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
zur Öffentlichen Anhörung am 23. März 2011
„Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer
Behandlung schließen“

Seit Einführung des § 11 Abs. 4 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz haben die Versicherten Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Damit sollte die Versorgungslücke nach einem Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung geschlossen werden. Trotz dieser Regelung und weiteren verbindlichen Regelungen zur Weiterversorgung in den §§ 140a bis 140d, 112, 115 SGB V sowie in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses funktioniert das Versorgungsmanagement nicht reibungslos.

Das liegt aus unserer Sicht daran, dass Verantwortlichkeiten und Kompetenzen nicht stimmig geregelt sind und damit der Erfolg des Versorgungsmanagements vom Zusammenwirken mehrerer Leistungserbringer und Leistungsträger abhängig ist. Die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sind grundsätzlich dafür verantwortlich, dass die Empfehlungen und erforderlichen Daten für eine Anschlussversorgung an die Krankenkassen bzw. Vertragsärzte weitergegeben werden. Die Krankenkassen bzw. Vertragsärzte sind verantwortlich, dass der Versicherte die erforderlichen Leistungen erhält. Die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, die über ausgebildete und qualifizierte Sozialdienste verfügen, können somit nur Empfehlungen geben und haben größtenteils keine eigene Kompetenz zur Umsetzung. Danach hängt die Weiterversorgung vor allem davon ab, dass die Krankenkassen bzw. die Vertragsärzte die erforderlichen Leistungen veranlassen. Problematisch hieran ist, dass die Krankenkasse auf eine Verordnung des Vertragsarztes verweist und der Vertragsarzt eine Leistung verordnen soll, die er nicht empfohlen hat.

Zur Verbesserung des Entlassmanagements ist daher aus unserer Sicht erforderlich, dass die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen im § 11 Abs. 4 SGB V konkret geregelt werden. Eine mögliche Regelung wäre, dass die Krankenkassen ohne Zwischenschaltung des Vertragsarztes die Empfehlungen der Kliniken umsetzen müssen bzw. begründen müssen, weshalb sie sie nicht umsetzen und eine andere Leistung zur Weiterversorgung veranlassen. Eine andere Lösungsmöglichkeit wäre, dass die Ärzte in den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen ein Verordnungsrecht für die erforderlichen Leistungen zur Organisation der Weiterversorgung erhalten.

Anhang

Ausgangslage:

§ 11 Abs. 4 SGB V

Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

Als Leistungen kommen in Betracht:

- Hilfsmittel
- Heilmittel
- Arznei- und Verbandmittel
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Ambulante (mobile) und stationäre Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Häusliche Krankenpflege
- Haushalthilfe
- Psychotherapie
- Selbsthilfe
- Pflegeeinstufung für Pflegeleistungen
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- Soziotherapie
- Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen
- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

- **§ 112 Abs. 2 SGB V** regelt: die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge. Die Verträge sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich. Die Verträge regeln insbesondere

Nr. 4: die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus

Nr. 5: den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege

- **§ 115 Abs. 2 SGB V** regelt: die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten. Die Verträge sind für die Krankenkassen, die Vertragsärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich. Die Verträge regeln insbesondere

Nr. 2: die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen

- Krankenhausärzte sind durch die **Häusliche Krankenpflege-Richtlinie** des G-BA ermächtigt, häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus für die Dauer bis zum Ablauf des dritten auf die Entlassung folgenden Werktages zu verordnen (§ 3 Abs. 1 Satz 2 und § 7 Abs. 5).

- Die **Rehabilitations-Richtlinie** des G-BA regelt:

Nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhält die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt einen Entlassungsbericht mit folgenden Angaben: -Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, stufenweise Wiedereingliederung, Rehabilitationssport und Funktionstraining, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Arzneimittelversorgung, psychotherapeutische Leistungen) und zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

Wird während einer ambulanten oder stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz der Versicherten gefährdet

ist oder andere Leistungen zur Teilhabe notwendig sind, unterrichtet die Rehabilitationseinrichtung die Krankenkasse.

Vertragsärztin oder Vertragsarzt und Krankenkasse wirken gemeinsam mit der oder dem Versicherten darauf hin, dass die Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) umgesetzt werden.