



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0102(13)

gel. VB zur Anhörung am 23.3.

2011

16.03.2011

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.03.2011

zum Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg,
Fritz Kuhn, Dr. Harald Terpe u. a.
sowie der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und
ambulanter medizinischer Behandlung schließen“

vom 14.09.2010 (Bundestagsdrucksache 17/2924)

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I.	Zusammenfassung	3
II.	Häusliche Krankenpflege als Leistung der GKV	4
III.	Ziele und Wirkungen des DRG-Systems	5
IV.	Erweiterung der DRG-Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG?	8



I. Zusammenfassung

Der vorliegende Antrag der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN zielt im Kern auf die Erweiterung des im Sozialgesetzbuch V verankerten Anspruchs auf häusliche Krankenpflege. Dabei soll ein Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auch dann verordnungsfähig sein, wenn kein unmittelbar krankheitsbedingter Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen besteht. Der GKV-Spitzenverband lehnt eine gesetzliche Leistungsausweitung in der vorgeschlagenen Form ab, weil diese vom originären Versorgungsauftrag der Krankenversicherung abweichen würde, nämlich Krankenbehandlung dann zu gewähren, wenn sie nach ärztlicher Einschätzung erforderlich ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zur häuslichen Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wird unter (B) ausführlich Stellung bezogen.

Grundlage des Antrags ist die empirisch nicht näher gestützte Feststellung, dass die Versicherten zunehmend einen Mangel an Versorgungsleistungen der Grund- oder Behandlungspflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung nach der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, insbesondere Krankenhausbehandlung, beklagen. Dieser festgestellte Versorgungsmangel wird vor allem in einen direkten Zusammenhang mit der Einführung des Systems der Diagnosebezogenen Fallgruppen (G-DRG) in die Krankenhausfinanzierung gestellt: Kürzere Verweildauern, respektive frühzeitigere Entlassungen legten die bestehenden Schnittstellenprobleme zwischen ambulant ärztlicher und stationärer Versorgung vermehrt offen und offenbarten ambulant pflegerische oder hauswirtschaftliche Versorgungsdefizite. Dieser Analyse folgend wird mit dem Antrag gefordert, den gesetzlich vorgegebenen Untersuchungsgegenstand der DRG-Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG um „die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der angrenzenden Versorgungsbereiche“ zu erweitern. Der GKV-Spitzenverband hält die geforderte Ausweitung des Untersuchungsgegenstandes nicht für erforderlich, da die DRG-Begleitforschung bereits umfassend beauftragt ist, mit einem klaren Fokus auf quantitative Analysen die Auswirkungen des DRG-Vergütungssystems zu erfassen. Dies gilt ausdrücklich auch für mögliche Wirkungen auf andere Versorgungsbereiche. Ausführungen zum Untersuchungsgegenstand der DRG-Begleitforschung finden sich unter (D); zuvor wird einfühend unter (C) zu den Zielen und Wirkungen der DRG-Einführung Stellung bezogen.



II. Häusliche Krankenpflege als Leistung der GKV

Die Häusliche Krankenpflege ist eine Leistung der Krankenbehandlung. Krankenbehandlung wird erbracht, wenn sie erforderlich ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Vor diesem Hintergrund darf die Häusliche Krankenpflege nach der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA verordnet werden, wenn der Versicherte wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedarf und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sind deshalb im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege nur verordnungsfähig, wenn auch ein Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen besteht. Dies wird in der Begründung des vorliegenden Antrags zutreffend dargelegt.

Der in der Antragsbegründung im weiteren vorgenommenen Argumentation, der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung folge in den geschilderten Fällen zwar nicht aus einer gleichzeitig stattfindenden, aber aus einer vorausgegangen medizinischen Behandlung, so dass sich daraus ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege ergebe, kann nicht gefolgt werden. Sie ist mit dem Versorgungsauftrag der GKV nicht zu vereinbaren. Die Sicherung eines Unterstützungsbedarfs, der ausschließlich der Bewältigung von Alltagsaktivitäten dient, wird grundsätzlich dem Eigenverantwortungsbereich der Versicherten zugerechnet, sofern der Unterstützungsbedarf keinen Umfang einnimmt, der einen Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung auslöst bzw. der Versicherte keinen Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII hat.

Eine Veränderung des Versorgungsauftrags der GKV dergestalt, dass die Krankenkassen nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten medizinischen Behandlung Träger nicht-medizinischer Leistungen zur Bewältigung von Alltagsaktivitäten würden, hätte zur Folge, dass ein Versorgungsbedarf im Bereich der Grundpflege und/oder der Hauswirtschaft unterhalb der Eingangsschwelle der Pflegestufe I (so genannte Pflegestufe 0), der im Bereich der Pflegeversicherung dem Eigenverantwortungsbereich zugeordnet ist, zum Teil in den Verantwortungsbereich der Krankenversicherung verlagert würde. Die Konsequenz wäre, dass ein ggf. dauerhaft bestehender, erheblicher Versorgungsbedarf im Bereich der Hauswirtschaft weiterhin dem Eigenverantwortungsbereich der Versicherten zugeordnet würde, da ein alleiniger hauswirtschaftlicher Hilfebedarf nicht zur Anerkennung von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI führt. Hingegen würde ein kurzfristiger Versorgungsbedarf im Bereich der Hauswirtschaft etwa nach einem Krankenhausaufenthalt einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen auslösen.



In dem vorliegenden Antrag wird an dem Beispiel der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V darauf hingewiesen, dass es der GKV nicht fremd sei, Leistungsansprüche zu erfüllen, die nicht unmittelbar eine medizinische Behandlung beinhalten, sondern nur mit ihr im Zusammenhang stehen. Mit dieser Leistung wird die Weiterführung des Haushalts – eine nicht medizinische Leistung – bei stationärer Behandlung des Versicherten unterstützt, sofern in dem Haushalt des Versicherten ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Dieser gesetzliche Anspruch kann durch Satzungsregelung erweitert werden, wovon viele Krankenkassen Gebrauch machen. Einige satzungsgemäße Erweiterungen des Leistungsanspruchs decken Fallgestaltungen ab, in denen Haushaltshilfe auch in Haushalten ohne Kinder und auch bei ambulanter Behandlung geleistet wird. Gleichwohl ist bei der im vorliegenden Antrag gewählten Analogie zur Haushaltshilfe zu bedenken, dass die Haushaltshilfe explizit als versicherungsfremde Leistung der GKV ausgewiesen ist (siehe Pauschalabgeltungsverordnung vom 26.04.2004; §§ 221, 221a SGB V) und sich von daher nicht als Begründung dafür eignen dürfte, auch den Anspruch auf häusliche Krankenpflege um nicht-medizinische und somit in diesem Kontext ebenfalls versicherungsfremde Leistungsbestandteile zu erweitern.

Der vorliegende Antrag geht davon aus, dass in einer relevanten Anzahl von Fällen eine Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter medizinischer Behandlung besteht und dieses Phänomen mit der Zunahme der alten Bevölkerung, von Menschen mit Behinderung und auch von Einpersonenhaushalten künftig häufiger auftreten wird. Dem GKV-Spitzenverband liegen keine Daten darüber vor, in welchem Umfang bei Versicherten tatsächlich ein entsprechender Unterstützungsbedarf besteht und in welchem Maße es Versicherten nicht gelingt, diesen Bedarf über ihr eigenes soziales Umfeld, Leistungen der Pflegeversicherung, Leistungen der Sozialhilfe, Leistungen der Haushaltshilfe im Rahmen von Satzungsregelungen und darüber hinaus Hilfs- und Unterstützungsangebote im ehrenamtlichen Bereich sowie kommunale Unterstützungsleistungen abzudecken. Ungeachtet dessen wird aus den genannten Gründen eine Erweiterung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege in dem geforderten Sinne abgelehnt.

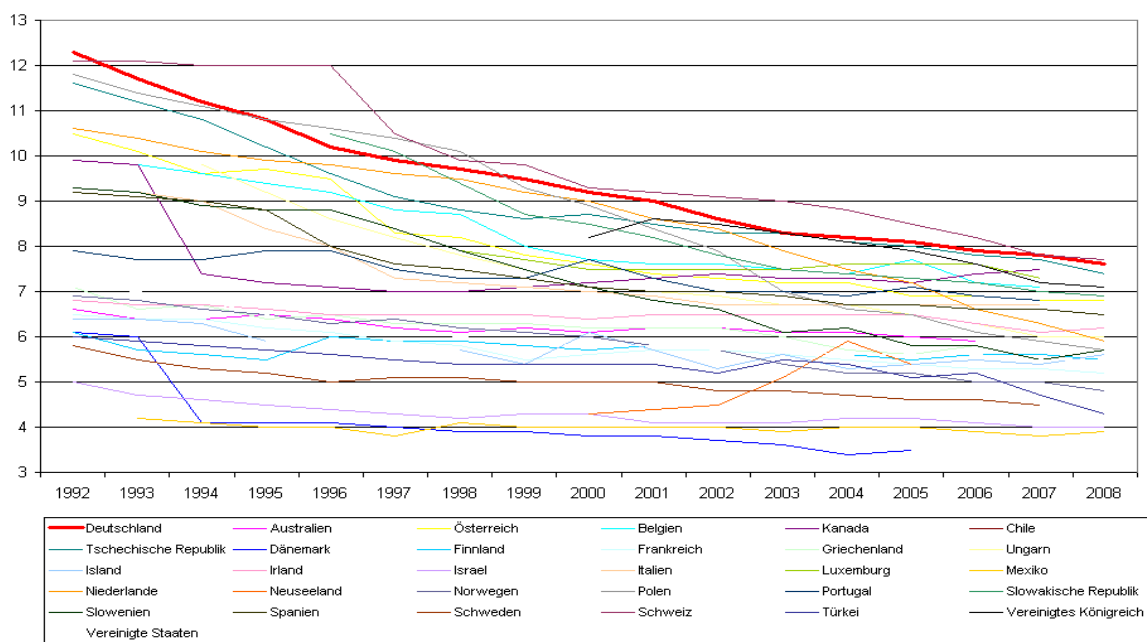
III. Ziele und Wirkungen des DRG-Systems

Eine Zielsetzung der DRG-Einführung war die Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer durch Vermeidung medizinisch nicht begründete Krankenhaustage. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wurde dieses Ziel zwar erreicht; die tatsächliche Wirkung des neuen Entgeltsystems auf den Verweildauerrückgang wird allerdings überschätzt. Festzustellen ist, dass die Entwicklung zur kürzeren Verweildauer in Krankenhäusern bereits seit etwa zwei Jahrzehnten ein relativ stetiger Prozess ist,



der sowohl in Deutschland als auch international beobachtet werden kann. Die Gründe hierfür liegen keinesfalls allein in den durch die DRG-Einführung bedingten Anreizen, sondern sind wesentlich dem erfreulichen medizinischen Fortschritt zuzurechnen, etwa weil Operationen heute vielfach wesentlich geringere Eingriffe verlangen oder weil zunehmend schonendere Therapien entwickelt werden. Eine monokausale Wirkungskette „DRG-Einführung ⇒ Verweildauerrückgang ⇒ Versorgungslücke im ambulanten Sektor“ besteht nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes jedenfalls nicht. Dies gilt vor dem Hintergrund, dass die Verweildauer in Deutschland im OECD-Vergleich immer noch eine der höchsten ist (vgl. untenstehende Grafik). Wesentliche Gründe für den empfundenen Versorgungsmangel dürften vielmehr in der demographisch bedingten Zunahme älterer Patientinnen und Patienten sowie der Zunahme von Einpersonenhaushalten liegen.

Vergleich der Verweildauer zwischen OECD-Ländern



Quelle: OECD Health Policy and Data website: www.oecd.org/health, bis Datenjahr 2008, eigene Darstellung

Neben der angestrebten Verkürzung der Verweildauern wurden mit der DRG-Einführung weitere politische Ziele angestrebt, u. a.

1. die Sicherstellung einer leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser,
2. mehr Transparenz über Leistungen und Kosten der Krankenhäuser,
3. mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander,
4. die Förderung des Strukturwandels und die Umsetzung des Prinzips „Geld folgt Leistung“ sowie die



5. Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven.¹

Kein explizites, wenn auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ein sinnvolles Ziel der DRG-Einführung war die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich. Dabei muss aber dringend unterschieden werden, ob es sich um eine Verlagerung von bislang stationären Leistungen in den Bereich der niedergelassenen Ärzte handelt, oder um eine Verlagerung in den Bereich der ambulanten Krankenhausbehandlung, etwa dem Ambulanten Operieren nach § 115b SGB V, der seit Einführung der DRGs enorme Leistungszuwächse verzeichnet.

Hinsichtlich der ersten fünf Ziele kann die DRG-Einführung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes alles in allem als Erfolg gewertet werden. Sowohl hinsichtlich der Transparenz des Leistungsgeschehens, als auch hinsichtlich der wettbewerblichen Aspekte der Krankenhäuser untereinander haben die DRG-Anreize überwiegend positive Veränderungen bewirkt. Das Ziel der Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen durch die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven wurde hingegen nicht erreicht.

Für Krankenhäuser existieren im DRG-System grundsätzlich zwei Möglichkeiten, ihre Wirtschaftlichkeit im Wettbewerb zu steigern: Kosten reduzieren oder Erlöse steigern. Die Krankenhäuser haben beides getan. Die zur Adjustierung des DRG-Systems verwendete Bezugsgröße der DRG-Kalkulation als Indikator der Kosten der Krankenhäuser je Casemixpunkt wies deutliche Kostenreduktionen aus. Zugleich steigen die Erlöse der Krankenhäuser seit Jahren massiv an. Das mit den Krankenkassen abgerechnete Casemixwachstum weist Steigerungsraten von jährlich über drei Prozent aus. Die Krankenhäuser sind mithin je Krankenhausfall wirtschaftlicher geworden, die Ausgaben der Krankenkassen hingegen durch den starken Casemixanstieg bei parallel konstanten oder politisch induziert steigenden Preisen stark gestiegen.

Neben den positiven Anreizwirkungen der DRGs in Bezug auf Transparenz und Wirtschaftlichkeit setzen DRGs u. a. auch einen allgemeinen Anreiz, die Leistungsintensität je Fall zu reduzieren, etwa durch eine medizinisch unsachgerechte Verweildauerverkürzung. Denn für ein Krankenhaus lassen sich hierdurch unmittelbar Kosten einsparen, während für die Krankenkassen durch die Leistungskodierung die Kosten in der Regel steigen. Der Anreiz könnte auch dazu führen, dass durch zu frühe und nicht medizinisch induzierte Entlassungen ein erhöhter Bedarf an medizinisch begründeter häuslicher Krankenpflege entsteht. Die Selbstverwaltungspartner haben zur Vermeidung dieses negativen Anreizes parallel zur DRG-Einführung verschiede-

¹ Vgl. Bundestagsdrucksache 14/6893



ne Mechanismen vereinbart. Beispielsweise wurden Abrechnungsregeln geschaffen, die „blutige Entlassungen“ oder ein Fallsplitting weitgehend verhindern. Außerdem wurde parallel zur DRG-Einführung die Qualitätssicherung deutlich intensiviert. Der Antrag legt richtig dar, dass „blutige Entlassungen“ bei der Einführung des DRG-Systems weitgehend vermieden wurden.

Ein ganz wesentlicher weiterer Faktor der Reduktion der Leistungsintensität zwecks Einsparung von Kosten stellt für die Krankenhäuser die Möglichkeit der Verweildauerreduktion stationärer Leistungen um medizinisch nicht notwendige Tage dar. Der Fehlanreiz zur Verlängerung der Verweildauer im früheren System tagesgleicher Pflegesätze wurde damit korrigiert. Zwar setzte der Trend zum Rückgang der Verweildauer schon weit vor der Einführung der DRGs ein, hat sich aber durch die DRGs verstetigt. Verweildauerreduktion bedeutet in der Regel auch Kostenreduktion. Durch das System der DRG-Fallpauschalen verbleiben gehobene Wirtschaftlichkeitsreserven infolge Verweildauerreduktion allerdings weitgehend bei den Krankenhäusern. Die gesetzlichen Vorgaben verhindern, dass die einzelwirtschaftliche Effizienzsteigerung zum gesamtwirtschaftlichen Erfolg beiträgt. Die Krankenkassen und damit ihre Beitragszahler profitieren nicht von den Kosteneinsparungen des seit Jahren stattfindenden Verweildauerückgangs. Die Effizienzgewinne des DRG-Systems verbleiben allein den Krankenhäusern. Im Ergebnis sind die Ausgaben stetig und ohne einen Strukturbruch durch Einführung des DRG-Systems gestiegen und mit den Maßnahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes im Jahr 2009 auf einen neuen Höchststand geklettert.

IV. Erweiterung der DRG-Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG?

Die DRG-Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG soll die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, inklusive der Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und den Umfang von Leistungsverlagerungen, untersuchen. Die Selbstverwaltungspartner sind diesem gesetzlichen Auftrag im Jahr 2010 nachgekommen. Das beauftragte IGES Institut hat erste Ergebnisse für den Forschungszyklus 2004 bis 2006 vorgelegt. Unter anderem wurden die Auswirkungen des DRG-Vergütungssystems auf den rehabilitativen Versorgungsbereich, das ambulante Operieren und die häusliche Krankenpflege untersucht.

Für die Fragestellung des ersten Zyklus, ob die Einführung des DRG-Systems zu Leistungsverlagerungen aus der stationären Krankenhausversorgung in den Bereich



der häuslichen Krankenpflege geführt hat, wurden die Ausgaben der GKV im Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V betrachtet.²

Nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V erhalten Versicherte bis zu vier Wochen lang häusliche Krankenpflege, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn die Krankenhausbehandlung durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann (Regelleistung). Sofern der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) festgestellt hat, dass eine Verlängerung über die Zeit von 4 Wochen hinaus erforderlich ist, kann die Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen zudem die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen (Ermessensleistung nach § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V).

Im Rahmen dieser sogenannten Krankenhausvermeidungspflege können – entsprechend den Erfordernissen im Einzelfall – Leistungen der Grund- und Behandlungspflege ebenso wie hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden.

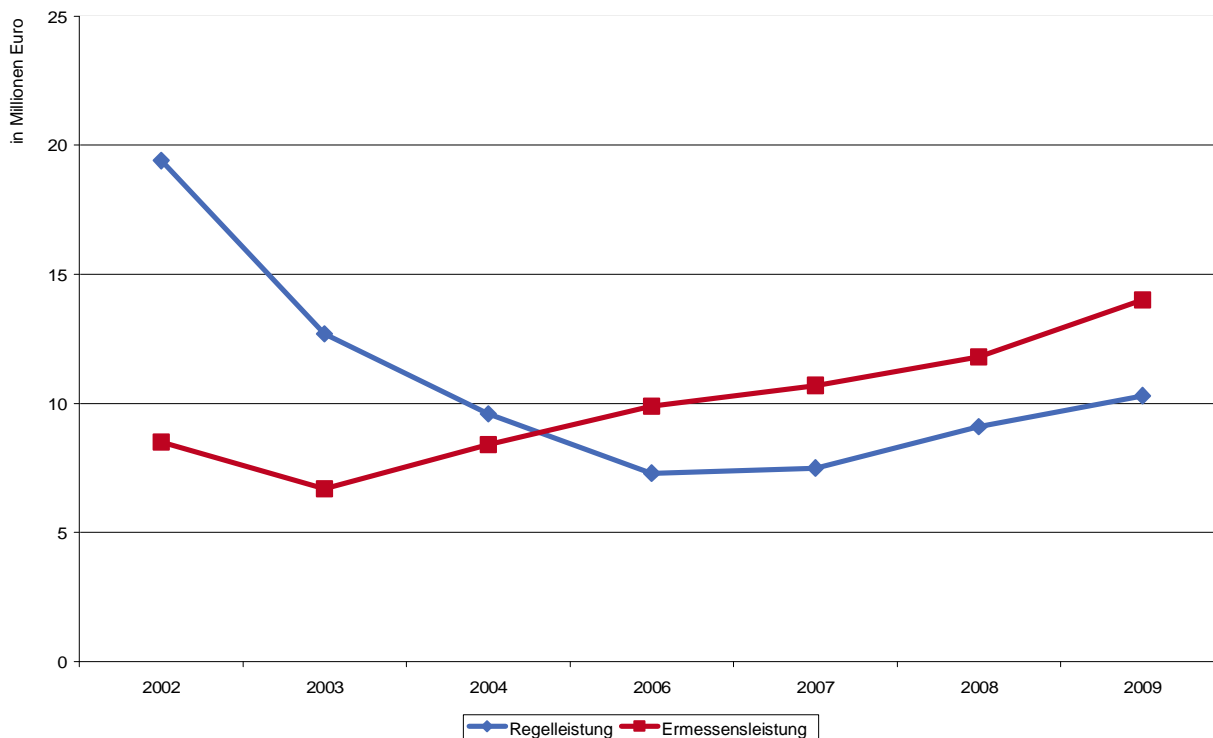
Eine Leistungsverlagerung vom stationären Sektor in den Bereich der häuslichen Krankenpflege würde sich wahrscheinlich überwiegend in steigenden Ausgaben für häusliche Krankenpflege, die zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes erbracht wird, niederschlagen, sofern durch frühzeitigere Entlassungen ein Bedarf an medizinischer Behandlung bzw. Behandlungspflege entsteht. Entsprechend müsste nach DRG-Einführung vor allem ein Anstieg der Regelleistung zu beobachten sein.

Die Leistungsausgaben der GKV für häusliche Krankenpflege werden im Folgenden unterschieden nach Ausgaben im Rahmen der Regelleistung und der Ermessensleistung. Dabei kann jedoch nicht nach der Leistungsvoraussetzung für die häusliche Krankenpflege (Nichtausführbarkeit der Krankenhausbehandlung oder Verkürzung bzw. Vermeidung der Krankenhausbehandlung) differenziert werden.

² Siehe im folgenden: IGES Institut: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG – Endbericht des ersten Forschungszyklus (2004 bis 2006), März 2010, im Internet abrufbar unter www.g-drg.de



GKV-Ausgaben für häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V (2002 bis 2009)



Quelle: KJ 1 für 2002 bis 2009

Die Einführung des DRG-Systems hat gemessen an der Ausgabenentwicklung nicht zu einer Leistungsverlagerung in der Form geführt, dass verstärkter Bedarf an medizinischer Behandlung bzw. Behandlungspflege besteht.

Inwiefern eine Versorgungslücke in Bezug auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorliegt, lässt sich mit den vorliegenden Informationen nicht abschätzen. Eine Ausweitung des Forschungsauftrags in der im Antrag beschriebenen Weise wird abgelehnt, weil es sich erstens beim allgemeinen Verweildauerrückgang- wie oben beschrieben - nicht um eine spezifische Wirkung der Einführung der DRG-Fallpauschalen handelt, zweitens weil es im Kern um einen nicht unmittelbar krankheitsbedingten Unterstützungsbedarf geht, der nicht in den Leistungsbereich der GKV fällt.

Zudem werden die Ergebnisse des zweiten Forschungszyklus der Begleitforschung voraussichtlich im zweiten Quartal dieses Jahres vorliegen. Hier werden mögliche Auswirkungen des DRG-Systems auf die Ergebnisqualität der stationären Versorgung sowie Leistungsverlagerungen zwischen stationärem und ambulantem Versorgungsbereich - u. a. anhand von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Entwicklung der Zahl der poststationären Arztbesuche und zur poststationären Mortalität - untersucht.

