

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0102(3)

gel. VB zur Anhörung am 23.3.

2011\_Versorgungslücke

15.03.2011



**MDS**

Medizinischer Dienst  
des Spitzenverbandes Bund  
der Krankenkassen e.V.

**Stellungnahme**  
**des Medizinischen Dienstes**  
**des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.**  
**(MDS)**

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen**

(BT/Drucksache 17/2924)

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) geht wie die Antragstellerinnen und Antragsteller davon aus, dass es bei einigen, insbesondere allein lebenden Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus stationärer Behandlung oder bei belastenden ambulant durchgeführten Behandlungen zu einem vorübergehenden grundpflegerischen oder hauswirtschaftlichen Versorgungsbedarf unterhalb der Pflegestufe 1 kommen kann. Diese Einschätzung beruht auf Erfahrungen aus der Einzelfallbegutachtung der Medizinischen Dienste (MDK) für die Kranken- und Pflegekassen.

Ein typischer Fall wäre bspw. eine alleinlebende ältere Person mit einem chirurgisch versorgten gebrochenen Arm: Ein aktuell bestehender Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung kann gegeben sein. Dennoch liegen weder die Voraussetzungen für die Gewährung häuslicher Krankenpflege, noch die zur Gewährung einer Pflegestufe vor, weil keine medizinische Behandlungspflege erforderlich ist bzw. weil der Hilfebedarf nicht auf Dauer (für mindestens 6 Monate) besteht.

In welchem Umfang ein derartiger Versorgungsbedarf insgesamt besteht und ob der Bedarf als Folge der DRG-Einführung zugenommen hat, lässt sich aus Sicht des MDS derzeit durch empirische Daten nicht belegen.

Versicherte, die einen solchen Versorgungsbedarf aufweisen, haben bisher nur die Möglichkeit, sich entsprechende hauswirtschaftliche oder pflegerische Leistungen selber zu organisieren bzw., wenn die Eigenmittel dazu nicht ausreichen, den Sozialhilfeträger anzugehen.

Ob bei Versicherten, bei denen einerseits die Voraussetzungen für die Erbringung häuslicher Krankenpflege nach § 37 Absatz 1 SGB V nicht vorliegen und andererseits ein hauswirtschaftlicher oder grundpflegerischer Versorgungsbedarf unterhalb der Pflegestufe 1 besteht, die gesetzliche Krankenversicherung vorübergehende hauswirtschaftliche oder grundpflegerische Leistungen tragen sollte, ist keine medizinische oder pflegfachliche Frage. Aus sozialmedizinischer Sicht ist allerdings auf folgende mögliche Auswirkungen einer solchen Regelung hinzuweisen:

- Für stationäre Leistungserbringer könnte ein Anreiz entstehen, ihrer Verpflichtung zur Sicherstellung eines qualifizierten Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 SGB V durch Verlagerung dieser Aufgabe auf den ambulanten Sektor nicht nachzukommen.
- Für Krankenhäuser könnte ein Anreiz entstehen, Versicherte noch früher aus stationärer Behandlung zu entlassen, obwohl sie innerhalb der Fallpauschale noch zur Versorgung verpflichtet wären. Eine medizinisch nicht sachgerechte Verlagerung von eigentlich im Krankenhaus zu erbringenden Leistungen in den ambulanten Sektor sollte vermieden werden.
- Ein erleichterter Zugang zu einer hauswirtschaftlichen oder grundpflegerischen Versorgung könnte ggf. dazu führen, dass Versicherte, die eigentlich eine rehabilitative oder kurzzeitpflegerische Versorgung benötigen, auf eine medizinisch-pflegerisch nicht ausreichende Leistung, die ggf. aber leichter erreichbar ist, verwiesen werden.
- Ein erleichterter Zugang zu einer professionellen hauswirtschaftlichen oder grundpflegerischen Versorgung könnte ggf. dazu führen, dass es zu einer (weiteren) Abnahme der Bereitschaft zur informellen Hilfe durch Nachbarn oder Angehörige kommt.
- Je nach Ausgestaltung des Zugangs zu den vorgeschlagenen Leistungen, ist mit aufwändigen sozialmedizinisch/pflegerischen Prüfungen der Indikation für die hauswirtschaftliche und grundpflegerische Versorgung zu rechnen.

Vor dem Hintergrund der o.g. Ausführungen ist der MDS skeptisch, ob die intendierten Verbesserungen für eine bestimmte Versichertengruppe nicht durch negative Entwicklungen an anderer Stelle wie

- medizinisch-pflegerisch unzureichende Versorgung,
- Rückgang informeller Hilfen,
- aufwändige Bedarfsfeststellung

relativiert werden.

Aus Sicht des MDS wäre anstelle neuer Einzelleistungen eine Stärkung der sektorenübergreifenden Vernetzung eher geeignet, um Verbesserungen für die in Rede stehende Personengruppe zu erreichen, z.B.:

- Noch stärkere Verpflichtung der stationären Einrichtungen ein qualifiziertes Überleitungs- und Entlassungsmanagement durchzuführen. In diesem Rahmen sollten die heute bereits bestehenden Versorgungsmöglichkeiten vollumfänglich zum Einsatz gebracht werden.
- Verpflichtung auch ambulanter Behandlungseinrichtungen (z. B. bei ambulanter Durchführung einer Chemotherapie) ein qualifiziertes Versorgungsmanagement im Zusammenhang mit der erbrachten Leistung zu übernehmen. In diesem Rahmen sollten die heute bereits bestehenden Versorgungsmöglichkeiten vollumfänglich zum Einsatz gebracht werden.

Essen, den 11. März 2011