

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0102(18)

gel. VB zur Anhörung am 23.3.

2011_Versorgungslücke

21.03.2011



**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

Antrag

der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Fritz Kuhn, Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Katrin Göring-Eckardt, Britta Haßelmann, Beate Müller-Gemmeke, Christine Scheel und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

(Bundestags-Drucksache 17/2924)

Berlin, 16. März 2011

Vorbemerkung

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme und unterstützt grundsätzlich das Anliegen des vorliegenden Antrags.

Mit über 3.100 Pflegediensten, die ca. 150.000 Patienten betreuen, und mehr als 3.400 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 222.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede vierte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Positionen des bpa

1.) Versorgungslücken schließen

Der bpa teilt nachdrücklich das Ziel des Antrags, bestehende Versorgungslücken zu schließen, indem ein erweiterter Anspruch auf häusliche Krankenpflege (Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung) nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten medizinischen Behandlung geschaffen wird.

2.) Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts

Häusliche Krankenpflege verordnet der Arzt aufgrund medizinischer Notwendigkeit. Diese ärztlich verordneten Maßnahmen zur Unterstützung der Behandlung des Patienten werden häufig seitens der Sachbearbeiter der Krankenkassen ohne erkennbare medizinische Grundlage mit Verweis auf den Genehmigungsvorbehalt abgelehnt oder gekürzt. Das Genehmigungsverfahren ist zudem für den Patienten aufwändig, bürokratisch und mit hohen Kosten verbunden. Der bpa fordert deshalb eine Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts bei ärztlich verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege.

3.) Ausbau der häuslichen Krankenpflege

Immer kürzere Krankenhausaufenthalte führen zu immer größerem Nachsorgebedarf. Gleichzeitig nimmt die Zahl der multimorbiden und chronisch kranken Menschen immer mehr zu. Um eine patientengerechte Versorgung in der Häuslichkeit der Menschen sicherstellen zu können, bedarf es einer Neubewertung der häuslichen Krankenpflege im Gesundheitssystem und eines systematischen Ausbaus. Hierbei sollten auch das Schnittstellenmanagement sowie das Patientenmanagement (Case- und Care-Management) zur Vermeidung von Fehlversorgung und Überwin-

derung der Sektorengrenzen einbezogen werden.

4.) Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege mit den maßgeblichen Leistungserbringerverbänden als gleichberechtigten Partnern

Derzeit werden die Inhalte der häuslichen Krankenpflege im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) von den Ärzten und den Krankenkassen festgelegt; die Leistungserbringer der Pflege haben dagegen nur ein Anhörungsrecht. Künftig sollte auch den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer von häuslicher Krankenpflege als gleichberechtigten Verhandlungspartnern die Beteiligung an der Ausgestaltung der entsprechenden Richtlinien ermöglicht werden.

Zu den einzelnen Positionen:

1.) Versorgungslücken schließen

Der bpa setzt sich seit vielen Jahren für den notwendigen Ausbau der häuslichen Krankenpflege ein und hat bereits in seiner Stellungnahme zur GKV-Gesundheitsreform 2000 vom September 1999 auf bestehende Versorgungslücken aufmerksam gemacht (vgl. außerdem die Stellungnahme des bpa zum GKV-Modernisierungsgesetz – GMG vom September 2003).

Der vorliegende Antrag greift dieses Ansinnen auf und setzt auch das Anliegen einer entsprechenden Petition an den Deutschen Bundestag um (s. www.ambulante-versorgungsluecke.de und die Petition „Häusliche Krankenpflege - Ambulante Nachsorge“ vom 08.04.2009, am 15.04.2010 abgeschlossen, Pet-ID 3694, <https://epetitionen.bundestag.de/index.php?action=petition;sa=details;petition=3694>).

Die in dem Antrag beschriebenen Versorgungslücken und Schnittstellenprobleme bestätigen sich in der Praxis.

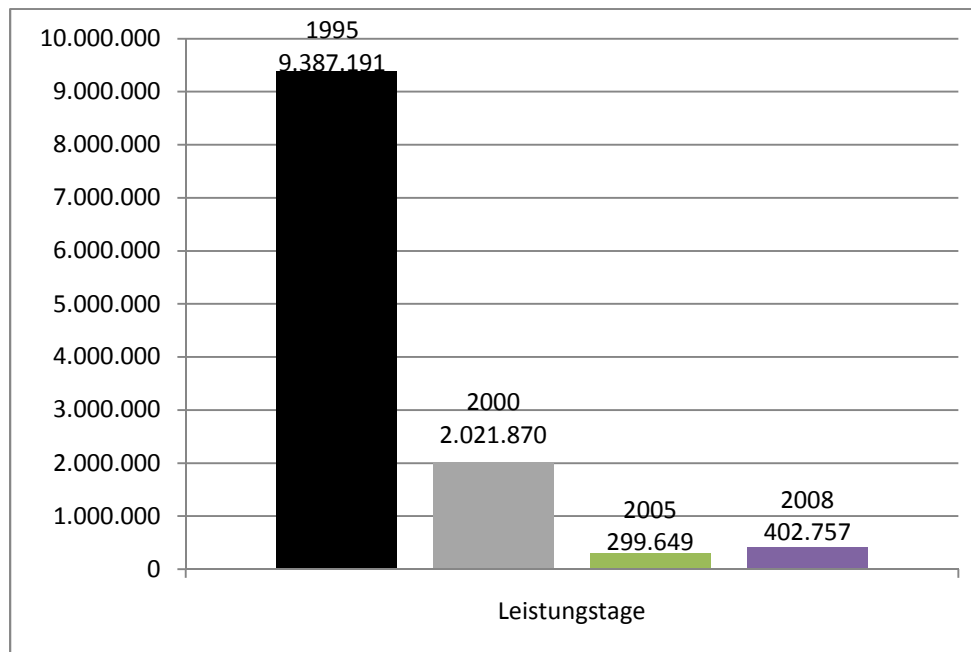
§ 37 SGB V regelt den Anspruch der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen auf häusliche Krankenpflege. Häusliche Krankenpflege umfasst – in Abhängigkeit zum jeweiligen Leistungsanspruch – die medizinische Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 SGB V) sowie die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung (§ 37 Abs. 1 SGB V) in Verbindung mit der Behandlungspflege.

Nach § 37 Abs. 1 SGB V wird häusliche Krankenpflege nur gewährt, sofern sie einen Krankenhausaufenthalt vermeidet oder verkürzt. In diesen

Fällen umfasst sie sowohl medizinische Behandlungspflege als auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. In der Praxis wird diese Form der häuslichen Krankenpflege aber fast überhaupt nicht mehr verordnet; und wenn sie verordnet wird, dann wird sie regelhaft von den Krankenkassen abgelehnt. Der Rückgang an häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V von 1995 bis 2008 ist als dramatisch zu bezeichnen, wie die nachfolgende Übersicht verdeutlicht.

Daneben wird häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V gewährt, um das Ziel der ärztlichen Behandlung zu sichern. Leistungsgegenstand ist hierbei die Behandlungspflege; es sei denn, die Krankenkasse sieht in ihrer Satzung auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vor. Von dieser Satzungsleistung machen nur vereinzelte Krankenkassen noch Gebrauch.

Leistungstage der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V/§ 8 KVLG 1989, § 198 RVO/§ 25 KVLG:



Quelle: KG 2-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit, zit. n. www.gbe-bund.de

Zwischen 1995 und 2008 haben sich die Leistungstage bei der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V um rund neun Millionen verringert! Aber nicht nur bei den Leistungstagen, sondern auch bei den Leistungsfällen gab es eine ähnliche Entwicklung:

Leistungsfälle von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V/§ 8 KVLG 1989, § 198 RVO/§ 25 KVLG:

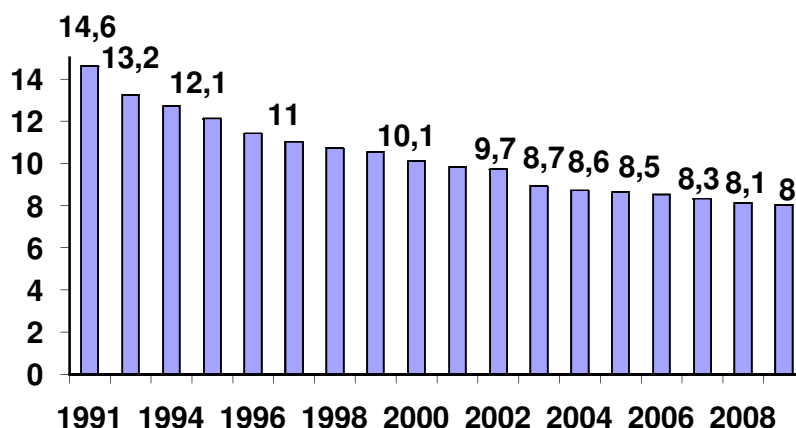
	1995	2000	2005	2008
Leistungs-fälle	399.017	127.451	15.597	16.843

Quelle: KG 2-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit, zit. n. www.gbe-bund.de

Während 1995 noch rund 400.000 Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V erhielten, weil ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt wurde, waren es 2008 nur noch rund 17.000! Und das, obwohl das ambulante Operieren deutlich ausgeweitet wurde und obwohl seit 2003 die neuen Fallpauschalen im Krankenhaus eingeführt wurden, die dazu geführt haben, dass sich die Dauer der Krankenhausaufenthalte deutlich verringert hat.

Nach den neuesten Zahlen des Statistischen Bundesamtes betrug die Verweildauer im Krankenhaus für 2009 im Durchschnitt nur noch acht Tage. Damit hat sich die Verweildauer in den letzten 20 Jahren um durchschnittlich 6,6 Tage reduziert, das entspricht 45 % (s. Graphik).

Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus in Tagen:



Quelle: Statistisches Bundesamt

Zwischenfazit:

- Durch die Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaus hat sich die Verweildauer im Krankenhaus drastisch reduziert und die häusliche Krankenpflege als Krankenhausverkürzungspflege und

–verhinderungspflege ist kaum noch existent, weil sie nicht verordnet bzw. im Rahmen des Genehmigungsverfahrens durch die Krankenkassen abgelehnt wird.

- Das System der Fallpauschalen geht davon aus, dass die Behandlung des Patienten mit der Entlassung aus dem Krankenhaus abgeschlossen ist. Die Notwendigkeit der Verordnung oder Genehmigung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege wird daher nicht gesehen.
- Ungeachtet des sich in der Praxis darstellenden Bedarfs an Leistungen der Grundpflege und der Hauswirtschaft (auch in Kombination mit Behandlungspflege) und trotz einer immer größeren Zahl an ambulanten Operationen werden die Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V kaum noch gewährt.

Gesetzesregelung als Ursache der Versorgungslücke

Die Regelung nach § 37 Abs. 1 SGB V ermöglicht die Erbringung von hauswirtschaftlichen oder grundpflegerischen Leistungen ausschließlich bei der Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes – allerdings nur, wenn gleichzeitig noch Behandlungspflege durchgeführt wird.

Ohne eine behandlungspflegerische Leistung ist weder die Grundpflege noch die hauswirtschaftliche Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Diese Leistungen sind in aller Regel auch nicht Inhalt der Leistungen der Pflegeversicherung. Zudem besteht auf diese Leistungen nach SGB XI i.d.R. auch kein Anspruch, denn im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI werden diese kurzzeitigen Leistungserfordernisse nicht berücksichtigt. Besonders ausgeprägt ist die Versorgungslücke im Rahmen von ambulanten Eingriffen und Operationen. Wählt der Patient diese Form der Krankenhausvermeidung, besteht auch dann kein Anspruch auf die erforderliche ärztlich verordnete Grundpflege bzw. hauswirtschaftliche Versorgung, wenn eine ärztliche Folgebehandlung notwendig ist und durch die krankenpflegerische Behandlungspflege unterstützt wird. In diesen Fällen ist immer nur die Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V verordnungsfähig.

Nachfolgend soll verdeutlicht werden, dass die dadurch entstandene Versorgungslücke nicht nur ein rechtliches Schnittstellenproblem ist, sondern zu einer konkreten Unterversorgung führt.

Wenn der Arzt, z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt des Patienten aufgrund der fehlenden Krankenhausverkürzung oder –vermeidung keine häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V verordnet oder die Krankenkasse diese Leistung entsprechend ablehnt, erhält der Patient keine Leistungen der Grundpflege, auch wenn diese medizinisch indiziert

sind.

Die Folgen dessen werden besonders am **Beispiel Dekubitus** deutlich.

Hier muss erst ein Dekubitus vorhanden sein, bis der Arzt Behandlungspflege verordnen darf und der Versicherte diese Leistungen erhält. Die Verhinderung des Dekubitus, z.B. durch Prophylaxen als Unterstützung der ärztlichen Behandlung ist nicht verordnungsfähig, weil diese Leistungen der Grundpflege zur Krankheitsvermeidung zugeordnet werden. Die Krankenkassen vor Ort übernehmen daher entgegen der vorherrschenden medizinisch-pflegerischen Auffassung eine vom Arzt verordnete Dekubitusbehandlung immer erst dann als Leistung, wenn der Dekubitus mindestens Grad I (gekennzeichnet durch eine offene Wunde) erreicht hat.

Die Behandlung eines Patienten mit einem Dekubitus kann also erst erfolgen, wenn sich sein Zustand so verschlechtert hat, dass er der Behandlungspflege bedarf oder er in ein Krankenhaus eingewiesen werden muss.

Deswegen fordert der Antrag zu Recht eine zusätzliche Verordnungsfähigkeit von Grundpflege, da so die Verschlimmerung einer Krankheit verhindert werden kann. Gerade nach Krankenhausaufenthalten ist sehr häufig eine Dekubitusprophylaxe angezeigt, die der Arzt verordnen können sollte. Bisher ist dieses nicht möglich.

LÖSUNGSVORSCHLAG

Die beschriebene Versorgungslücke sollte dadurch geschlossen werden, dass ein eigenständiger Anspruch der Versicherten auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in § 37 Abs. 1 SGB V geschaffen wird.

Auf diese Weise kann bei Kranken die erforderliche Grundpflege zur Vermeidung einer Entstehung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Erkrankung beigetragen werden.

Dieses wäre ein wichtiger Beitrag

- zur Stärkung der häuslichen Versorgung,
- zur Stärkung der Selbstversorgungskompetenz und
- zum Aufbau eines ambulanten Versorgungssystems, das hilft, Krankenhausaufenthalte wesentlich weitgehender als heute zu vermeiden.

Dieses wäre auch angesichts der stark gestiegenen Kosten für die Krankenhäuser ein wichtiger Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr

2009 sind die Kosten für die Krankenhausbehandlung um rund 25 % auf 55,4 Mrd. Euro gestiegen).

Vorschlag für eine Gesetzesänderung von § 37 Abs. 1 SGB V:

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird **sowie nach Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter Operation oder nach bzw. bei ambulanter Krankenbehandlung, wenn dies für den Heilungs- und Genesungsprozess erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung; erforderliche grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden auch ohne behandlungspflegerischen Bedarf gewährt. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen; der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall.**“

2.) Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts für Leistungen der häuslichen Krankenpflege

Der bpa spricht sich dafür aus, den bisher bestehenden Genehmigungsvorbehalt für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege abzuschaffen. Die derzeitige Situation stellt sich wie folgt dar:

Gegenwärtig ist bei der häuslichen Krankenpflege der Vertragsarzt der von der Krankenkasse „Beliehene“. Er entscheidet über die Notwendigkeit, den Umfang und den Inhalt der Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkasse. In der täglichen Praxis stellt sich dieses allerdings ganz anders dar. Hier entscheidet letztlich nicht der Arzt, sondern der Verwaltungsmitarbeiter der Krankenkasse, der in vielen Fällen ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) die vom Arzt verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ganz oder teilweise ablehnt. Darüber hinaus muss der Patient innerhalb einer sehr kurzen Frist die Verordnung bei seiner Krankenkasse einreichen. Dieses ist für viele i.d.R. ältere und chronisch kranke Patienten kaum realisierbar. Das gilt insbesondere dann, wenn akut Maßnahmen erforderlich werden. Es ist nicht zumutbar, dass der Patient dann erst seine Verordnung vom Arzt abholt und innerhalb von drei Tagen seiner Krankenkasse zur Genehmigung vorlegt. An dieser Stelle kommt es in der Praxis permanent zu Problemen: Die Krankenkassen lehnen Leistungen der häuslichen Krankenpflege ab, weil sie

nicht rechtzeitig eingereicht wurden, obwohl sie ohne jeden Zweifel medizinisch indiziert sind, ärztlich verordnet und durch ambulante Pflegedienste erbracht wurden. Das Genehmigungsverfahren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist verbraucherunfreundlich und verursacht enorme Kosten und einen erheblichen Bürokratieaufwand.

Wenn es darum geht, Versorgungslücken bei den Patienten zu schließen, ist es u.E. nach erforderlich, sowohl den Leistungsanspruch als auch das Verfahren bis zum Leistungsbezug sachgerecht, effektiv und effizient auszugestalten. Der erste Schritt ist es – wie im Antrag formuliert wurde – einen eigenständigen und weitergehenden Anspruch der Versicherten auf hauswirtschaftliche Versorgung sowie Grund- und Behandlungspflege zu schaffen. Der zweite Schritt muss sicherstellen, dass der Anspruch in einem unbürokratischen und effizienten Verfahren im ärztlich verordneten Umfang bei dem Patienten ankommt. Hierzu bedarf es der Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts. Einer Überprüfung, ob die ärztliche Verordnung sachgerecht und wirtschaftlich ist, steht dem nicht entgegen.

3.) Ausbau der häuslichen Krankenpflege

Der bpa plädiert dafür, die Möglichkeiten der häuslichen Krankenpflege sowohl als Krankenhausvermeidung oder –verkürzung als auch zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung, wie im Antrag gefordert und hierüber hinaus, auszubauen. Eine verstärkte Nutzung der Potentiale der häuslichen Krankenpflege trägt dem Anliegen der Patienten Rechnung, in der vertrauten Umgebung seiner Häuslichkeit zu verbleiben. So kann auch eine Fehlversorgung mit hohen Kosten vermieden werden und es können gleichzeitig die Selbsthilfepotentiale gestärkt werden.

Auch die intensivpflegerische Versorgung von Patienten zu Hause kann durch die häusliche Krankenpflege erfolgen. Hierzu gehören u.a. folgende Leistungen:

- Versorgung beatmungspflichtiger Patienten, Wachkoma- und Apalliker- Patienten
- Versorgung chronischer Wunden
- Stomaversorgung
- Palliativpflege und Sterbebegleitung
- Onkologische Krankenpflege und Unterstützung der Schmerztherapie
- Pflege von AIDS-Patienten/ HIV-Positiven
- Spezielle Krankenpflege bei Schlaganfallpatienten

In diesen Fällen kann häufig durch häusliche Krankenpflege eine Ein-

weisung in ein Krankenhaus vermieden werden und gleichzeitig wird dem Wunsch des Patienten entsprochen, in seiner gewohnten Häuslichkeit zu verbleiben. Für die Krankenkassen ergeben sich ebenfalls positive Effekte durch erhebliche Kosteneinsparungsmöglichkeiten. Der bpa plädiert daher für einen Ausbau der häuslichen Krankenpflege hin zu einem umfassenden Schnittstellenmanagement sowie Patientenmanagement (Case- und Care-Management) zur Vermeidung von Fehlversorgung und Überwindung der Sektorengrenzen.

4.) Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege mit den maßgeblichen Leistungserbringerverbänden als gleichberechtigten Partnern

Über die Verordnung der häuslichen Krankenpflege erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss gem. § 92 SGB V Richtlinien. Diese bestimmen weitgehend die Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege. Leistungen, die nicht in diesen Richtlinien enthalten sind, werden in der Regel von den Ärzten vor Ort nicht verordnet und stehen somit auch den Versicherten nicht zur Verfügung. Vereinbarungspartner der Richtlinien sind die Krankenkassen und die Ärzte, während den Verbänden der Pflegedienste lediglich ein Anhörungsrecht eingeräumt wird. Hier wurden die Pflegeeinrichtungen im Gegensatz zu den Ärzten und z.B. Psychotherapeuten von der qualifizierten Mitwirkung ausgeschlossen, obwohl die Umsetzung der häuslichen Krankenpflege durch die Pflegeeinrichtungen erfolgt.

Die Folgen sind nicht selten Versorgungslücken für krankenpflegebedürftige Patienten, die aus den Richtlinien resultieren. Diese Patienten müssen dann in langwierigen Rechtsstreitigkeiten ihre Leistungsansprüche durchsetzen. Erst wenn entsprechende Gerichtsentscheidungen einschlägiger Instanzen vorliegen, werden diese zum Anlass genommen, die Richtlinien anzupassen.

Deshalb bedarf es einer Erweiterung: Die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer von häuslicher Krankenpflege sollten als gleichberechtigte Vereinbarungspartner der Richtlinien für die häusliche Krankenpflege verankert werden.