



Tariffähige Gewerkschaft
Mitglied der IFSW (International Federation of Social Workers)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0102(8)
gel. VB zur Anhörung am 23.3.
2011_Versorgungslücke
16.03.2011

*Deutscher Berufsverband
für Soziale Arbeit e. V.*

Rungestr. 22-24
10179 Berlin

Tel.: 030 40 05 40 12
E-Mail: info@dbsh.de
Internet: www.dbsh.de

16.03.2011

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH)

zum Antrag

„Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen“

BT-Drs. 17/2924, Bündnis 90/Die Grünen

Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) ist der fachspezifische Berufsverband und gleichzeitig tariffähige Gewerkschaft für SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, HeilpädagogInnen und ErzieherInnen in verschiedensten Arbeitsfeldern. Zentrale Aufgabe des DBSH ist es, die Entwicklungen in der Sozialen Arbeit und seinem sozialpolitischen Umfeldes kritisch zu begleiten und eigene Akzente zu setzen.

Der DBSH übernimmt die Arbeits- und tarifrechtliche Vertretung, Fachvertretung der o.g. Berufsgruppen, erstellt Stellungnahmen zu Themen im Rahmen der Berufs-, Gesellschafts- und Sozialpolitik und fungiert als Kommunikationsplattform der sozialen Berufe.

Der DBSH arbeitet themenspezifisch eng mit entsprechenden nationalen und internationalen Fachorganisationen zusammen.

Zu Themen des Gesundheitswesens stimmt sich der DBSH eng mit der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) ab.

Positionierung des DBSH

Der DBSH unterstützt vollumfänglich die Forderungen der Antragsteller, geht allerdings mit seinen Forderungen darüber hinaus.

Begründung

Eine aus unserer Sicht entscheidende Entwicklung für die Krankenhäuser ist die Veränderung der Patientenstruktur im Zuge des demografischen Wandels. Mit den wachsenden Anteilen älterer und hochaltriger Patienten, sowie chronisch Erkrankter gehen nicht nur neue medizinische und pflegerische Herausforderungen einher. Für diese wachsenden Patientengruppen stellen Krankenhausaufenthalte keine singulären Ereignisse dar, sondern häufig wiederkehrende Stationen in einer Kette von Versorgungsleistungen, die sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Anspruch nehmen müssen. Aus der Sicht dieser

Patienten stellt sich ihr Versorgungsbedarf nicht allein als die Behebung isolierter medizinischer oder pflegerischer Probleme dar. Vielmehr charakterisiert sich ihre Situation durch eine Mischung gesundheitlicher Probleme, finanzieller Einschränkungen, der Notwendigkeit die alltägliche Lebensführung nach der Entlassung zu bewältigen, schrumpfende soziale Netzwerke zu kompensieren, professionelle Hilfe in die häusliche Versorgungsnetzwerke zu integrieren und Barrieren beim Zugang zu Leistungsansprüchen der verschiedenen Sozialversicherungsträger zu überwinden sowie passende Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zu erhalten.

Aber auch für die Gruppe der Patienten ohne medizinischen Pflegebedarf stellen sich Versorgungslücken als genauso gravierend dar wie für die oben genannten Patientengruppen. In der Praxis ist zu beobachten, dass Krankenkassen nur dann die Grundpflege nach SGB V § 37 Abs. 1 und Abs. 2 übernehmen, wenn medizinische Behandlungspflege dringend geboten ist. Patienten, die z.B. nach beidseitigen Frakturen die Arme oder Beine in Gips tragen, wird eine grundpflegerische Versorgung oder die Übernahme hauswirtschaftlicher Verrichtungen nicht gewährt, da von Seiten der Behandlungspflege kein Indikationsgrund vorliegt.

Besondere Versorgungsanforderungen kumulieren an der Schnittstelle zwischen dem DRG-gesteuerten akutstationären und dem nachstationären Sektor:

- Multimorbide Erkrankungen lassen sich – mit Ausnahme im Rahmen der sog. Komplexpauschalen - bis dato nicht ausreichend erlössichernd innerhalb der DRG-Systematik abbilden. Der DRG-bedingte Zwang der Festlegung auf eine Hauptdiagnose (ggf. mit entsprechenden Nebendiagnosen) bereits ab Aufnahme des Patienten steht dem Verlauf der Diagnostik und zielgerichteten Behandlung multimorbider Patienten diametral entgegen, da sich die jeweils zielgerichtete Behandlung multimorbider Patienten i.d.R. erst im Verlauf der stationären Behandlung herausstellt und die mit der Aufnahmediagnose hinterlegte Verweildauer ggf. nicht mehr ausreicht, um eine fundierte Behandlung multimorbider Patienten durchzuführen. Diese systemimmanente Logik verschärft den Entlassungsdruck, insbesondere bei Menschen mit umfassendem Unterstützungs- und Koordinationsbedarf. Draus resultieren Probleme bei der Organisation einer nachhaltigen Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt.
- Die Behandlung multimorbider und chronisch Kranker Menschen erfordert ein abgestimmtes multiprofessionelles Behandlungssetting. In der bestehenden DRG-Systematik werden die pflegerischen, therapeutischen und psychosozialen Leistungen, wie auch die erforderlichen Leistungen im Rahmen des Entlassungsmanagements bedingt durch die einseitig medizinorientierte Abrechnungslogik nicht ausreichend erlössichernd abgebildet. Damit bleibt die Sicherstellung einer funktionierenden, nachhaltigen und patientenorientierten nachstationären Versorgung aus Sicht des Krankenhauses nur Beiwerk. Die wahrgenommene Verantwortung für die Behandlung und Versorgung des Patienten endet unter diesen strukturellen Bedingungen an der Krankenhauspforte. Auch die in der Begründung des Antrages formulierte These, dass die medizinische Versorgung in der Regel sichergestellt sei, ist zu hinterfragen angesichts der Versorgungs- und Prozessbrüche einer umfassenden, gemeinsam abgestimmten (fach-)ärztlichen ambulanten Versorgung¹ insbesondere an der Schnittstelle stationär - ambulant.
- Mit Einführung des § 11 Abs. SGB V wurden Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken zwar verpflichtet, die passgenaue Anschlussversorgung der Patienten sicherzustellen. Es wurde allerdings versäumt, entsprechende Systemanreize oder eben Sanktionsmöglichkeiten zu schaffen und Indikatoren festzulegen, die dazu beitragen,

¹ Siehe Broschüre: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz – die Patientenbeauftragte (2011): „Alt und krank – wer hilft? Ein Leitfaden für die gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten bei Problemen in der gesundheitlichen Versorgung“

die Qualität des Entlassungsmanagements und der sektorenübergreifenden Versorgungskoordination dauerhaft abzusichern.

- Der Komplexität der individuellen Bedarfslagen multimorbider und chronisch Kranker Menschen steht die Komplexität und Heterogenität der Versorgungsangebote und Finanzierungsmöglichkeiten der Einrichtungen, Dienste, Leistungserbringer und Kostenträger gegenüber (SGB V versus SGBG XI, XII, und weiterer Kostenträger der nachstationären Maßnahmen). Gleichzeitig wird der Betroffene immer stärker zum mündigen, selbst verantwortlichen Nutzer (gar „Kunden“) von Dienstleistungen im Gesundheitswesen erklärt. Dies kann jedoch nur dann gewährleistet sein, wenn die Betroffenen ausreichend und nutzerfreundlich informiert werden, Prozesse und Leistungsprofile transparent sind und sie in die Lage versetzt werden, ihrem Selbstbestimmungsrecht Geltung zu verschaffen. Hier wird die Bedeutung eines qualifizierten Versorgungsmanagements, das den Menschen – trotz oder gerade wegen der ungleichgewichtigen Machtverhältnisse zwischen den Protagonisten – in seiner Individualität, aber auch Komplexität der Lebens- und Versorgungsbezüge ernst nimmt, besonders deutlich.

Folgende konkrete Versorgungsbrüche an der Schnittstelle stationär – nachstationär sind festzustellen:

- Die äußerst restriktive Bewilligungspraxis von Leistungen gem. § 37 Abs. 1 SGB V mit der im Antrag beschriebenen zwingenden Kopplung am Bedarf an Behandlungspflege, sowie der Auflage der Vermeidung bzw. Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und dem damit verbundenen Aufwand der „Beweisführung“ führt zu einer Aushöhlung der Regelung; sie wird kaum noch umgesetzt.
- Die fehlende eindeutige gesetzliche Grundlage zur Finanzierung von Leistungen bei Bedarf an Haushaltshilfe auch über die in § 38 SGB V angeführten Sachverhalte hinaus.
- Die fehlende eindeutige gesetzliche Grundlage zur Erschließung von Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bei Menschen, die krankheitsbedingt voraussichtlich weniger als 6 Monate pflegebedürftig sind und damit keinen Leistungsanspruch im Rahmen des SGB XI haben.
- Der Kostensenkungsdruck und die widerstreitenden Systemanreize zwischen Kostenträgern stellen weitere erhebliche Hürden bei der Sicherstellung einer passgenauen, reibungslosen, patientenorientierten und nahtlosen Abschlussversorgung dar. So gibt es für Krankenkassen z.B. zu wenig wirksame Anreize zur Finanzierung einer (Geriatrischen) Rehabilitation, wenn der „Nutznießer“ dieser Maßnahmen neben dem Patienten ggf. eher die Pflegeversicherung ist. Die Ablehnung von Anträgen erfordert in vielen Fällen eine Unterstützung bis hin zum Widerspruchsverfahren. Die Unterstützung bei der Durchsetzung von Betroffenenrechten ist allerdings angesichts des Systemanreizes der schnellen Entlassung aus dem Krankenhaus für die Sozialdienste i.d.R. schwierig.

Konkrete Forderungen zum vorliegenden Antrag

Folgende gesetzliche Maßnahmen wären aus Sicht des DBSH zielführend, um die Anschlussversorgung nach einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik sicherzustellen und Versorgungslücken zu vermeiden:

- Gesetzliche Änderungen des SGB V zur Sicherstellung der erforderlichen Behandlungs- und Grundpflege, sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Krankenhausaufenthalt bzw. im Rahmen einer medizinischen Behandlung → Entkoppelung von dem Erfordernis der Behandlungspflege, um auch die Versorgung von Menschen sicherzustellen, die voraussichtlich weniger als 6 Monate pflegebedürftig sind.
- Ausweitung des Rechtsanspruchs auf Haushaltshilfe gem. § 38 SGB V → bisherige Satzungsleistung als Regelleistung
- Versorgungsforschung über Sektorengrenzen hinaus, wie z.B. das Forschungsprojekt

„Entwicklung und Etablierung der **sektorenübergreifenden Versorgung älterer Menschen** nach einem Krankenhausaufenthalt in Potsdam (SEVERAM)“ gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Demografie-Schwerpunktes: Forschung an Fachhochschulen für die alternde Gesellschaft. Pilot-Förderrunde „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“ ([SILQUA-FH](#)).

Weitergehende Forderungen

- Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Festschreibung von personellen und qualifikatorischen Mindeststandards, sowie deren Finanzierung im Rahmen des § 11 Abs. 4 SGB V, um die Qualität des Entlassungsmanagements und der sektorenübergreifenden Versorgungskoordination dauerhaft abzusichern.
- Sicherstellung der psychosozialen und leistungserschließenden Beratung der Patienten durch qualifiziertes Personal (AbsolventInnen der Sozialen Arbeit)
- Refinanzierung der erforderlichen Personalanteile zur Sicherstellung des Versorgungsmanagements gem. § 11 Abs. 4 SGB V → Schaffung von Systemanreizen für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken
- Refinanzierung der erforderlichen Personalanteile und Schaffung weiterer Systemanreize zur Bildung funktionierender Kooperationen und vernetzter Strukturen mit konkreten Vereinbarungen zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung (inkl. Feedbacksystem)

Fazit

Der DBSH begrüßt den vorgelegten Antrag ausdrücklich, wie auch weitere Initiativen zur Vermeidung von Versorgungslücken und zur Sicherstellung einer effektiven, effizienten und patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Dies kann nur gelingen, wenn der Nutzen tatsächlich für die Patienten erlebbar ist, wenn Selbstbestimmung nicht Alibi bleibt und wenn die Behandlung von Patientinnen und Patienten multiprofessionell und sektorenübergreifend erfolgt.

Der DBSH und damit die Sozialarbeit im Gesundheitswesen bieten ihre Expertise an, um nachhaltige Lösungsansätze zur Vermeidung von Versorgungslücken zu entwickeln.