

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll

35. Sitzung

Berlin, den 23.03.2011, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Fritz Kuhn, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen

BT-Drucksache 17/2924

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöller, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Flach, Ulrike
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ernstberger, Petra
Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver
Molitor, Gabriele

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP)	13, 15, 16
Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD)	10
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	11, 26
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	17, 18, 19
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	20, 21, 22
Abg. Karin Maag (CDU/CSU)	24
Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU)	23
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	9
Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU)	7
Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD)	12
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	5
Die amtierende Vorsitzende	27
Stellv. Vorsitzende	27
Stellvertretende Vorsitzende, Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.)	5
SV Detlev Heins (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	13, 24
SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv))	15
SV Dr. Bernhard Rochell (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	20
SV Dr. Christian Jaeger (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	8
SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS))	6, 17, 24
SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD))	6, 18
SV Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband)	9, 12, 13, 14, 15, 23
SV Hans-Joachim Wasel (Deutscher Caritasverband e.V.)	5, 9, 10, 15, 16
SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft)	17, 18, 19
SV Johannes Wolff (GKV-Spitzenverband)	8, 25
SV Jürgen Miebach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	8, 15, 26
SV Manfred Adryan	10, 12, 26
SV Prof. Dr. Roland Schmidt	20
SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK))	14, 26
SV Ulrich Weigeldt (Deutscher Hausärzteverband e.V.)	24
SVe Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE))	19, 25
SVe Elsbeth Rütten (Verein Ambulante Versorgungslücken)	12, 13, 16, 21
SVe Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD))	5
SVe Katja Kracke (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)	17, 19, 23
SVe Sibylle Kraus (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH))	21, 22

Sitzungsbeginn: 14.00 Uhr

Stellvertretende Vorsitzende, Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste. Ich begrüße Sie zur 35. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Wir haben heute einen einzigen Punkt auf der Tagesordnung, den wir in einer öffentlichen Anhörung beraten wollen. Es geht um die Vorlage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf der Drs. 17/2924 „Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen“. Die Federführung hat der Ausschuss für Gesundheit, mitberatend sind der Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und der Ausschuss für Arbeit und Soziales. Ich möchte Ihnen, insbesondere denjenigen, die zum ersten Mal an einer öffentlichen Anhörung in unserem Ausschuss teilnehmen, kurz das Beratungsverfahren erläutern. Die Zeit von zwei Stunden, die uns heute zur Verfügung steht, ist in Zeitkontingente für die einzelnen Fraktionen entsprechend ihrer Stärke im Parlament aufgeteilt. Angesichts der Vielzahl von Fragen, die heute behandelt werden sollen, und im Interesse eines möglichst reibungslosen Ablaufs möchte ich die aufgerufenen Sachverständigen bitten, die Mikrofone zu benutzen und sich mit ihrem Namen sowie der Verbandszugehörigkeit vorzustellen und ihre Antwort möglichst kurz zu halten. Außerdem bitte ich alle Anwesenden, auch die Gäste auf den Tribünen, die ich herzlich begrüße, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ich gebe zunächst das Wort an Willi Zylajew für die CDU/CSU-Fraktion.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an das Diakonische Werk, den Caritasverband, den Sozialverband Deutschland und den MDS. Sie wissen, dass die Versicherten bereits einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement haben. Dazu habe ich drei Fragen. Erstens: Worin bestehen Ihrer Auffassung nach die Ursachen dafür, dass es immer

noch Probleme in diesem Bereich gibt? Zweitens: Ist eine mögliche Versorgungslücke aus Ihrer Sicht überwiegend ein Problem des Leistungsanspruchs oder müssen nur entsprechende Anreize und Sanktionen geschaffen werden? Drittens: Wie bewerten Sie die in dem Antrag vorgeschlagenen Lösungen und sehen Sie hierzu Alternativen?

Sve Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)): Ich versuche mit knapp zu fassen. Die erste Frage von Herrn Zylajew bezog sich auf das Versorgungsmanagement, also auf den § 11 Abs. 4 SGB V. Wir denken, dass das Versorgungsmanagement noch Defizite aufweist und kaum Ansprüche für die Versicherten begründet. Außerdem ist das Versorgungsmanagement allein nicht in der Lage, die Versorgungslücke, die sich nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei ambulanten Behandlungen auftut, zu schließen. Aus unserer Sicht besteht hier das Problem unzureichender Ansprüche der Versicherten auf Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung bei ambulanter Krankenbehandlung, sei es im Nachgang zu einem Krankenhausaufenthalt oder generell als Folge des Paradigmenwechsels hin zu einer Ambulantisierung der Versorgung. Ferner vertreten wir die Auffassung, dass der § 37 Abs. 1 SGB V nicht konkret genug gefasst ist und entsprechend überarbeitet werden müsste. Dazu haben wir als Diakonisches Werk, aber auch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in ihrer Gesamtheit, einen Vorschlag gemacht.

SV Hans-Joachim Wasel (Deutscher Caritasverband e.V.): Auch unserer Ansicht nach kann der § 37 Abs. 1 SGB V in der derzeitigen Fassung nicht gewährleisten, dass Menschen, die sich nach einem Krankenhausaufenthalt in einem hilflosen Zustand befinden, die notwendige Versorgung bekommen. Seit der Einführung der DRGs kann nicht mehr festgestellt

werden, ob ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder vermieden worden ist. Damit können die Krankenkassen – aus ihrer Sicht sogar zu Recht – sagen, dass hier kein Leistungsanspruch nach § 37 Abs. 1 SGB V besteht. Sie haben es somit leicht, den Bedarf des Versicherten an Grundpflege und Hauswirtschaft abzuweisen. In der Praxis geht es dabei um Fälle von Menschen, die zum Beispiel mit Fixateuren entlassen werden, mit komplizierten Brüchen, etwa Brüchen an beiden Armen oder beiden Beinen, ferner um Menschen, die nach einer Chemotherapie für einige Tage schwer beeinträchtigt bzw. nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu versorgen oder zu pflegen, um Menschen mit Rippenbrüchen, die sich nicht bewegen dürfen, wenn sie Schmerzen vermeiden wollen, Menschen mit großflächigen Wunden nach ambulanten OPs oder um Menschen, die sich aus anderen Gründen nicht bewegen können, ohne große Schmerzen zu erleiden. Alle diese Menschen sind auf eine Versorgung durch andere angewiesen. Das tatsächliche Leistungsgeschehen ist hier aber praktisch nicht messbar. Diese Menschen erhalten zur Abdeckung ihres Bedarfs keine Leistungen und werden von den Krankenkassen abgewiesen. Im konkreten Fall könnten sie Widerspruch einlegen und die Leistung privat vorfinanzieren in der Hoffnung, dass die Klage Erfolg hat. Bei der derzeitigen Ausgestaltung des § 37 Abs. 1 SGB V besteht dafür aber nur eine geringe Aussicht. Daher verzichten die meisten Menschen auf die Geltendmachung ihrer Ansprüche. Eine Lösung für dieses Problem haben wir in unserer Stellungnahme schriftlich dargelegt.

SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD): Im Großen und Ganzen kann ich mich meinen Vorrednern anschließen. Auch wir sind der Auffassung, dass der § 37 Abs. 1 SGB V – da er zu einer Zeit formuliert wurde, als es noch keine DRGs gab – zu den derzeitigen Verhältnissen nicht mehr passt. Denn es lässt sich nicht mehr feststellen, wann eine Krankenbehandlung zu Hause weiterge-

führt werden muss bzw. ob diese der Vermeidung einer Behandlung im Krankenhaus dient. Deswegen ergibt sich die konkrete Versorgungslücke. Den Krankenkassen kann man hier keinen Vorwurf machen, weil ihnen die gesetzliche Handhabe fehlt, eine häusliche Versorgung oder eine hauswirtschaftliche Versorgung als Pflichtleistung anzubieten. Die Lücke besteht aber nicht nur bei der ambulanten Versorgung. Vielmehr muss man die Problembeschreibung ein wenig weiter fassen. Es gibt verschiedene Schnittmengenprobleme. Ich möchte nur auf das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V verweisen. Auch hier – so erfahren wir bei unseren Beratungen – gibt es große Probleme, wenn eine Anschlussrehabilitation nicht zeitnah erbracht werden kann und die Menschen erst in ihre Häuslichkeit entlassen werden, wo sie dann kaum in der Lage sind, ihre hauswirtschaftliche Unterstützung sicherzustellen. Daher befürworten wir den Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den § 37 SGB V zu ändern. Wir könnten uns aber auch vorstellen, die Lösung in den § 38 SGB V zu integrieren. Es kommt auf die konkrete Ausgestaltung an, denn der § 38 regelt auch die Haushaltshilfe. Darüber müsste im Gesetzgebungsverfahren entschieden werden.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)): Die Frage, ob das Versorgungsmanagement funktioniert, kann man nicht generell beantworten. Es gibt Bereiche, in denen das Versorgungsmanagement gut funktioniert, und andere Bereiche, in denen es nicht funktioniert. Dies hängt stark mit den jeweiligen regionalen Bedingungen und den Bedingungen in den Einrichtungen zusammen. Wenn man eine Tendenz beschreiben will, kann man sagen, das Versorgungsmanagement funktioniert umso besser, je höher der Versorgungsbedarf ist. Dies bedeutet, der Wechsel vom Krankenhaus in die Rehabilitation funktioniert recht gut, und auch der Wechsel vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege ist recht gut organisiert.

Aber auf dem mittleren Niveau, also in den Fällen, in denen nur Heilmittel eingesetzt werden oder in denen es um häusliche Krankenpflege oder Grundpflege geht, wird es oft schwierig. Hier hängt es dann von den regionalen Bedingungen ab, ob das Versorgungsmanagement funktioniert. Meine Antwort auf die zweite Frage lautet: Die Versorgungslücke besteht zweifelsohne. Es gibt Fallkonstellationen, in denen Personen, die das Krankenhaus verlassen, einen Bedarf an Grundpflege oder hauswirtschaftlicher Versorgung haben, ohne dass ein entsprechender Leistungsanspruch besteht. Im Hinblick auf den in dem Antrag vorgeschlagenen Lösungsansatz sind wir skeptisch. Denn es ist eine grundsätzliche Frage, ob man den Unterstützungsbedarf bei Verrichtungen im Alltag, der über den Leistungskatalog der Pflegeversicherung hinausgeht, durch die Sozialversicherung oder von dem Betroffenen in Eigenverantwortung abdecken will. In jedem Fall muss man dafür sorgen, dass keine Fehlanreize gesetzt werden. Die Lösung über die Sozialversicherung würde eine niedrighschwellige Leistung beinhalten, die Fehlanreize im Krankenhaus auslösen könnte. Denn die Krankenhäuser könnten geneigt sein, vor der Überleitung auf einen Teil der Behandlung zu verzichten, um den Patienten früher entlassen zu können. Die zweite Gefahr besteht darin, dass eine niedrighschwellige Leistung auch für die Fälle vorgesehen wird, in denen möglicherweise komplexere Leistungen, die eine umfangreichere und umfassendere Absicherung, wie etwa die mobile Rehabilitation, umfassen, nötig wären. Wenn man diese Erweiterung will, muss man auch Rahmenbedingungen schaffen, von denen keine Fehlanreize ausgehen. Aber zweifelsohne gibt es hier einen Bedarf, der nicht durch das Sozialversicherungssystem abgedeckt ist.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich habe einige Fragen, die mit dem Thema DRG-Begleitforschung zu tun haben, und die ich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband, die Private Krankenversicherung und den Ca-

ritasverband richten möchte. Es wird in dem Antrag ein zeitlicher und – zumindest in dem zweiten Spiegelpunkt – auch ein kausaler Zusammenhang zwischen der Einführung des neuen Entgeltsystems (DRG) und der unterstellten Versorgungslücke hergestellt. Mich würde interessieren, ob Sie hier ebenfalls einen Zusammenhang sehen. Weiterhin haben wir schon über Unterschiede in Bezug auf die Schnittstelle gesprochen, also über Unterschiede im Versorgungsmanagement. Gibt es auch hier einen Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Systems oder ist das voneinander unabhängig? Daran schließt sich logischerweise die Frage an, ob es sinnvoll ist, diese Thematik in die DRG-Begleitforschung mit aufzunehmen, ob man dafür eine Gesetzesänderung benötigt oder ob das die Selbstverwaltungsparteien eigenständig regeln können bzw. ob sie die Motivation dazu haben. Inwieweit kann man, wenn man den Untersuchungsauftrag so erweitert, wie dies in dem Antrag angeregt wird, zu belastbaren Aussagen und nicht nur zu neuen Fragen über die möglichen Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Versorgungsqualität in den angrenzenden Versorgungsbereichen gelangen? Ist es möglich, über eine Begleitforschung zu Erkenntnissen zu gelangen, aus denen sich dann Handlungs-ideen und Festlegungen ableiten lassen? Schließlich stellt sich die Frage, ob angesichts der vielen Einflussfaktoren überhaupt eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ermittelt werden können oder ob nicht jede Begleitforschung wieder zu dem Ergebnis kommen wird, dass die untersuchten Sachverhalte schwierig zu überprüfen und einzugrenzen sind? Vielfach wird die Auffassung vertreten, dass eine solche Begleitforschung letztlich immer nur dazu dient – jedenfalls wenn sie von denjenigen in Auftrag gegeben wird, die das jeweilige System verwalten –, die Richtigkeit aller Entscheidungen der Auftraggeber zu belegen. Das ist sicher eine wenig gutwillige Unterstellung, der ich mich nie anschließen würde. Manche denken jedoch so.

SV Dr. Christian Jaeger (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die Begleitforschung soll die Auswirkungen des DRG-Systems erforschen. Wir haben inzwischen den ersten Bericht vorgelegt. Der Bericht über den zweiten Zyklus wird Ende April, Anfang Mai 2011 erscheinen. Ein Problem der Begleitforschung besteht darin, dass es kaum möglich ist, die kausalen Zusammenhänge zwischen dem DRG-System und bestimmten Entwicklungen in anderen Bereichen zweifelsfrei nachzuweisen. Wir haben in unserem ersten Forschungsbericht unter anderem eine quantitative Erhebung zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf andere Versorgungsbereiche, etwa auf die häusliche Krankenpflege und die Rehabilitation, durchgeführt. In dem zweiten Forschungsbericht gehen wir der Frage nach einer etwaigen Verlagerung in den ambulanten Versorgungsbereich nach. Wir sind grundsätzlich offen dafür, im Kontext der Versorgungsforschung auch die Qualität in den nachgelagerten Versorgungsbereichen zu untersuchen. Wir sind aber skeptisch, ob sich hier ein Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Systems herstellen lässt. Es gibt auch noch andere Faktoren, wie etwa der ordnungspolitische Rahmen, die hier maßgebend sein können. Wenn man alle diese Fragen im Rahmen der Begleitforschung untersuchen wollte – insbesondere im Hinblick auf kausale Zusammenhänge mit dem DRG-System –, dann würde man diese Studien überfrachten.

SV Johannes Wolff (GKV-Spitzenverband): Ich möchte zunächst zwei Fakten nennen, auf die wir unsere Entscheidung, den vorliegenden Antrag abzulehnen, im Wesentlichen stützen. Zum Einen hat der Rückgang der Verweildauer im Krankenhaus nicht erst mit der Einführung des DRG-Systems, sondern bereits in den neunziger Jahren begonnen. Zum Anderen hat Deutschland im internationalen Vergleich, insbesondere im Vergleich mit den anderen OECD-Ländern, noch immer die höchsten Verweildauern. Wenn man der Analyse diese Fakten zu-

grunde legt, dann ist zu erwarten, dass die Versorgungslücke in Deutschland im internationalen Vergleich am kleinsten ist. Zudem kann dann die Versorgungslücke nicht kausal auf das DRG-System zurückgeführt werden. Ursprünglich ist es jedoch das Ziel der DRG-Begleitforschung gewesen –darin gebe ich Herrn Dr. Jaeger recht –, einen kausalen Zusammenhang zwischen dem DRG-System und bestimmten Entwicklungen im Gesundheitswesen herzustellen. Dies wird aber in Bezug auf die Versorgungslücke nicht gelingen. Wir haben während des ersten Versorgungszyklus quantitative Analysen der Ausgaben der Krankenkassen durchgeführt und dabei keinen kausalen Zusammenhang zwischen der Einführung des DRG-Systems und der Versorgungslücke bzw. den Defiziten in der häuslichen Krankenpflege herstellen können. Im zweiten Zyklus versuchen wir, durch die Auswertung von Krankenkassendaten – unter anderem zur poststationären Mortalität und zu den poststationären Arztkontakten – Indizien dafür zu finden, was sich durch die Einführung des DRG-Systems im Bereich der Häuslichen Krankenpflege und im ambulanten Bereich verändert hat. Wir halten es aber für irreführend, die Versorgungslücke insgesamt auf das DRG-System zurückzuführen.

SV Jürgen Miebach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Ich kann mich kurz fassen, weil ich dem Kollegen der GKV, was die Analyse angeht, im Wesentlichen zustimme. Auch wir sehen keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Versorgungslücke und dem DRG-System. Wir sind der Meinung, dass man diese Fragestellung im Rahmen der Begleitforschung untersuchen könnte, dass sie sich aber nicht aufdrängt. Eine Gesetzesänderung ist aus unserer Sicht nicht notwendig. Man könnte aber darüber nachdenken, ob dies ein Thema für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung sein könnte.

SV Hans-Joachim Wasel (Deutscher Caritasverband e.V.): Wir unterstützen das Vorhaben, das Thema Versorgungslücke in die Begleitforschung über die Auswirkungen des DRG-Systems einzubeziehen, weil wir glauben, dass man noch gründlicher, als dies bisher geschehen ist, untersuchen sollte, welche Versorgungsqualität bei den Fallgruppen, die ich vorhin mehr oder minder vollzählig genannt habe, erreicht wird und ob es hier nicht Missstände gibt, die uns bisher verborgen geblieben sind. Insbesondere muss überprüft werden, inwieweit bei Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können, eine unzulässige Verschiebung von Kosten in den Bereich des SGB XI stattfindet. Denn es könnte sein, dass Menschen, die im Prinzip Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung haben, für die Zeit der nachstationären Versorgung auch einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben. Diese Personengruppe würde dann erst anschließend, wenn dieser Anspruch nicht mehr besteht, Ansprüche nach dem SGB XI geltend machen. Auch die Sozialhilfeträger werden unangemessen belastet, weil sie im Regelfall bei Sozialhilfeempfängern für die Versorgungslücke eintreten und zusätzliche Leistungen bewilligen müssen, damit die hauswirtschaftliche Versorgung zumindest rudimentär gesichert ist.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband und den Caritasverband. Ich möchte wissen, ob die Entwicklung der Ausgaben in dem Bereich, der hier in Rede steht, – gemeint ist der Anstieg von 1,6 Mrd. auf 3,2 Mrd. Euro in den Jahren 2000 bis 2010 – Anhaltspunkte für eine Versorgungslücke liefert und welche Schlüsse daraus für die Versorgung insgesamt zu ziehen sind. Eine weitere Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband: Mit welchen Kosten wäre zu rechnen, wenn, wie im Antrag gefordert, für die Zeit nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten medizinischen Versorgung ein genereller Anspruch insbesondere auf Grundpflege und hauswirtschaft-

liche Versorgung im Gesetz verankert würde?

SV Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband): Sie haben die Zahlen für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege schon genannt. Wir haben seit dem Jahr 2000 in der Tat einen kontinuierlichen Anstieg der Ausgaben und seit dem Jahr 2007 jährliche Zuwächse in einer Größenordnung von zehn bis elf Prozent zu verzeichnen. Die uns zur Verfügung stehenden statistischen Daten über die Ausgabensituation und die Fallzahlen geben jedoch keinerlei Hinweis darauf, in welchem konkreten Zusammenhang der Anstieg der Ausgaben im Bereich der häuslichen Krankenpflege mit den Versorgungsnotwendigkeiten nach einer stationären Behandlung steht. Da die Anlässe für die häusliche Krankenpflege nicht erfasst werden, ist eine entsprechende Differenzierung nicht möglich. Wenn man die derzeitige Rechtslage ändern und einen Leistungsanspruch im Bereich der häuslichen Krankenpflege für nicht-medizinische Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung und Grundpflege vorsehen würde, dann hätte dies erhebliche Ausgabenzuwächse zur Folge. Allerdings lassen sich diese nicht exakt quantifizieren, weil wir keinerlei Informationen darüber haben, inwieweit Versicherte nach einer Krankenhausbehandlung oder nach einer ambulanten Behandlung einen Versorgungsbedarf in den Bereichen Hauswirtschaft und gegebenenfalls auch Grundpflege haben und inwieweit es ihnen gelingt, diesen Versorgungsbedarf durch Leistungen anderer Träger – etwa der Pflegeversicherung für diejenigen, die pflegebedürftig sind, oder der Sozialhilfeträger (im Rahmen der Hilfe zur Pflege) – sicherzustellen. Wir nehmen an, dass der größte Teil der Betroffenen diese Art der Versorgung in Form von familialen und/oder nachbarschaftlichen Hilfeleistungen erhält. Da es hier nicht um medizinische, sondern überwiegend um hauswirtschaftliche Versorgung geht, ist davon auszugehen, dass es den meisten Menschen gelingt, den entsprechenden Bedarf im Rahmen von Familie und

Nachbarschaft zu decken. Wir haben aber nicht die notwendigen Informationen, um ein entsprechendes Ausgabenzenario zu entwerfen. In diesem Zusammenhang wäre es interessant herauszufinden, in welcher Weise der Anreiz für die Betroffenen, ihre Versorgung selbstständig zu organisieren, tangiert wäre, wenn man ihnen einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen einräumen würde. Es liegt die Vermutung nahe, dass in den meisten Fällen, in denen es heute noch gelingt, die Versorgung durch Angehörige sicherzustellen, ein Sachleistungsanspruch geltend gemacht würde, sobald dieser in der gesetzlichen Krankenversicherung verankert wäre.

SV Hans-Joachim Wasel (Deutscher Caritasverband e.V.): Nach unserer Ansicht sind die Ausgaben bereits dadurch gedeckt, dass Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V schon immer zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung gehört haben und über die Beiträge finanziert werden. Um einer unangemessenen Steigerung der Ausgaben entgegen zu wirken, muss dieser Anspruch aber auf das begrenzt sein, was für den Heilungs- und Genesungsprozess erforderlich ist. Dies hat der Arzt festzustellen, wie in anderen Bereichen auch. Wir sehen aber die Gefahr eines Drehtüreffekts, wenn eine unangemessene nachstationäre häusliche Versorgung zu Komplikationen bzw. zu schwereren Verläufen führt. Dies würde wiederum zusätzliche Kosten im Gesundheitssystem verursachen. Es ist auch nicht bekannt, wie häufig es zu einem Übergang in die stationäre Pflege kommt, nur weil sich nach einem stationären Aufenthalt keine angemessene häusliche Versorgung organisieren lässt. Deshalb vertreten wir die Ansicht, dass in dieser Frage nicht der unmittelbare finanzielle Aufwand, sondern der Bedarf der Betroffenen maßgebend für die Entscheidung sein sollte.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachver-

ständigen, Herrn Adryan. In Bremen war ein Modellprojekt zum Thema „Ambulante Versorgungslücke“ geplant. Uns interessiert, ob dieses Projekt bereits ange laufen ist und welche Erfahrungen man damit gemacht hat. Ferner hat die AOK Bremen/Bremerhaven eine Satzungsregelung für Mehrleistungen zur Haushaltshilfe eingeführt. Wie ist diese Regelung ausgestaltet, welche Erfahrungen sind damit gemacht worden und welche Daten existieren hierzu?

SV Manfred Adryan: Ich spreche für die AOK Bremen/Bremerhaven. Ich begleite Frau Rütten als Initiatorin des Projekts „Ambulante Versorgungslücke“ seit über zwei Jahren. Wir streiten häufig miteinander, wir stimmen aber auch in vielen Fragen überein. Am Beginn unseres gemeinsamen Vorhabens stand die Frage, mit welcher Zielgruppe wir es hier zu tun haben. Das war nicht klar definiert. In Bremen haben wir rasch zwei Krankenhäuser gefunden, die zur Mitwirkung bereit waren. Beteiligt waren ferner die Sozialdienste, die AOK Bremen/Bremerhaven sowie die größte Ersatzkasse, die allerdings mittlerweile ausgestiegen ist. Der Verein war zur Durchführung des Projekts bereit, und auch die wissenschaftliche Begleitung war gesichert. Offen blieb nur die Frage, wer das Projekt finanzieren soll. Im Dezember 2009 und im Januar/Februar 2010 haben bereits die ersten Sitzungen stattgefunden. Es schien alles geregelt. Auch ein Kostenvoranschlag für die Durchführung des Projekts mit einer Summe von 150.000 Euro lag vor. Die Finanzierung kam aber nicht zustande, weil wir klar gesagt haben, dass wir als Krankenkasse zwar bereit sind, Manpower einzubringen, aber nicht die Kosten übernehmen können. Wir haben uns sogar an das BMG gewandt und von diesem im Januar 2011 mitgeteilt bekommen, dass das Ministerium es begrüßen würde, wenn in Bremen ein wissenschaftlich begleitetes Modellprojekt zustande käme. Gleichwohl ist die Finanzierung immer noch nicht gesichert. Daher ist das Modellprojekt auch noch nicht angelaufen. Ich persön-

lich bin allerdings der Meinung, dass das Projekt in Bremen nur dann erforderlich ist, wenn man weiterhin die Meinung vertritt, dass der § 37 SGB V modifiziert werden sollte. Damit komme ich zu Ihrer zweiten Frage. Wir haben eine erweiterte Satzungsregelung zur Haushaltshilfe, der zufolge die AOK Haushaltshilfen zur Verfügung stellt, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Ferner enthält die Regelung folgenden Satz: „Darüber hinaus kann die AOK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen.“ Diese Satzungsregelung deckt fast den gesamten Bedarf der „ambulanten Versorgungslücke“ ab. Voraussetzung für die Umsetzung ist allerdings, dass die Organisationsstrukturen der Krankenkasse intakt sind, weil wir zusätzlich ein entsprechendes Fallmanagement vorgesehen haben. Außerdem muss es Philosophie der Krankenkasse sein, dass die Probleme des Versicherten in ihrer Gesamtheit betrachtet werden. Ich bin der Auffassung, dass die Lösung des Problems durch eine Satzungsregelung, wie der Gesetzgeber sie bereits vorsieht, sinnvoll ist. Denn der Kunde kann frei entscheiden, bei welcher Krankenkasse er versichert sein will. Und wenn ihm diese Regelung sehr wichtig ist, kann er diejenige Krankenkasse wählen, die ihm die gewünschte Leistung anbietet. Der Vorteil des § 38 SGB V ist, dass im Voraus ein Antrag gestellt werden muss, so dass wir die Möglichkeit haben, nach Alternativen zu suchen. Da wir in Bremen ein großes Netzwerk haben, können wir entsprechende Angebote machen. Das bedeutet, wir können die Familien unterstützen, wir können aber auch prüfen, inwieweit die Eigenverantwortung greift bzw. ob die privaten Netzwerke wie Familie, Freunde oder Nachbarn ausreichen. Hilfreich ist auch das große Reservoir an ehrenamtlich Tätigen. Ferner hat es uns sehr geholfen, dass wir im Jahre 2009 drei Pflegestützpunkte aufgebaut haben, in denen wir

vieles unter einem Dach haben und entsprechend viele Dinge regeln können. Daher stellen für uns die Themen hauswirtschaftliche Versorgung und Grundpflege letztlich kein Problem dar. Insgesamt betrachtet bekommen wir als AOK Bremen/Bremerhaven zwar viele Anfragen, die Zahl der Anträge blieb im Jahre 2010 aber auf 151 beschränkt, von denen 77 Prozent bewilligt wurden. Von diesen entfielen wiederum 70 Prozent auf die hauswirtschaftliche Versorgung und 30 Prozent auf die Grundpflege. Im Schnitt haben wir pro Fall 272 Euro bezahlt. Damit konnten wir vielen Menschen helfen. Es gab allerdings auch Anfragen, ob die Krankenkasse nicht auch eine Kraft finanzieren kann, die mit dem Hund spazieren geht, den Müll wegbringt, die Wohnung reinigt oder andere Hilfsdienste leistet. Entsprechende Anträge mussten wir natürlich ablehnen, weil solche Dinge eigenverantwortlich zu regeln sind.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband und den Verein Ambulante Versorgungslücken. Dem Ausschuss liegt eine schriftliche Stellungnahme von Herrn Prof. Gläske vor, der heute leider nicht anwesend sein kann. Darin führt er Folgendes aus: „Viel besser als der § 37 erscheint mir der § 38 (Haushalthilfe) geeignet, über Ergänzungen oder Veränderungen das zu erreichen, was die Befürworter der Schließung der oben beschriebenen Versorgungslücke – und zu diesen Befürwortern zähle ich mich nachdrücklich – als Ziel verfolgen. Hier geht es in der Tat nicht um häusliche Krankenpflege – die ist aus meiner Sicht ausreichend klar im § 37 geregelt –, sondern um die Unterstützung im Haushalt im engeren Sinne.“ Meine Frage lautet, ob unter der Voraussetzung, dass es eine Versorgungslücke in der beschriebenen Form gibt, die der Gesetzgeber schließen soll, die Änderung des § 37 SGB V der richtige Lösungsansatz wäre, wie dies von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgeschlagen wird, oder ob es vorzuziehen wäre, eine entsprechende Regelung im § 38 SGB V zu verankern.

SV Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband): Wir teilen die Einschätzung, dass eine Erweiterung der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) keine geeignete Lösung für die Fälle bieten würde, in denen man eine Versorgungslücke zu erkennen meint. Denn die häusliche Krankenpflege ist eine medizinisch orientierte Leistung. Dies bedeutet, dass immer auch ein medizinischer Versorgungsbedarf vorhanden sein muss, damit Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als ergänzende Leistungen erbracht werden können. Diese Voraussetzung ist in den hier geschilderten Fallgestaltungen nicht erfüllt. Sofern der Gesetzgeber aus übergeordneten Gründen die Notwendigkeit sieht, eine Leistungserweiterung vorzunehmen, hielten wir es für systemgerecht, diese im Bereich der Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) anzusiedeln.

SVe Elsbeth Rütten (Verein Ambulante Versorgungslücken): Zunächst einmal freue ich mich, dass wir dieses Thema heute in einer so hochkarätig besetzten Runde diskutieren können. Auf Grund unserer Erfahrungen plädieren wir inzwischen dafür, eher den § 38 als den § 37 SGB V zu ergänzen oder zu erweitern, damit Menschen mit hauswirtschaftlichem Bedarf oder mit Bedarf an Grundpflege optimal versorgt werden können. Ich möchte das Thema noch einmal – da hier bisher viel über Zahlen gesprochen wurde – mit einem Beispiel aus dem Alltag illustrieren. Denn neben der Einführung der DRGs hat es auch viele gesellschaftliche Veränderungen gegeben. Ich denke an das Beispiel einer 84jährigen Frau, die frühzeitig aus dem Krankenhaus entlassen wurde, aber nicht abgesichert war und die sich nach einer Woche den Arm und das Schambein gebrochen hat. Mittlerweile gibt es eine ganze Menge solcher Fälle, von denen uns die betroffenen Menschen oft auch persönlich berichten. Vor diesem Hintergrund böte der § 38 sicherlich den geeigneten Ansatzpunkt, um solche Menschen besser unterstützen, sie in ihrer Alltagskompetenz

stärken und sie wieder gesund machen zu können.

Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Adryan und an den Verein Ambulante Versorgungslücken. Inwieweit sehen Sie beim Thema Ambulante Versorgungslücken den Patienten in der Eigenverantwortung?

SV Manfred Adryan: Natürlich sehe ich hier den Patienten auch in der Eigenverantwortung. Allerdings muss er bereits im Vorfeld wissen, was auf ihn zukommt. Deswegen sage ich, wir müssen an die Wurzel des Problems gehen. Das heißt, wir müssen überlegen, wie wir die Ärzte, die eine Krankenhauseinweisung oder eine Überweisung zu einer ambulanten Operation veranlassen, dazu bringen, die Patienten darüber zu informieren, was nach der Behandlung passiert, ob sie einen Gips haben werden, ob sie laufen können usw. Es sollte, so stelle ich mir das in Bremen vor, auch ein Flyer ausgehändigt werden, dem zu entnehmen ist, an wen man sich in solchen Fällen wenden kann. Hier ist auch die Krankenkasse mit in der Verantwortung. Ähnliches müsste es im Krankenhaus geben. Wenn jemand aufgenommen wird, bekommt er viele Fragen gestellt, es wird nie aber gesagt, in welchem Zustand er das Krankenhaus wieder verlässt, wenn er nach sechs oder sieben Tagen entlassen wird. Der Patient sollte den Hinweis bekommen, dass es ihm dann schlecht gehen könnte, dass er sich um Hilfe kümmern muss, wenn er alleinstehend ist. Wir versuchen auch über das Entlassungsmanagement, also auf der Grundlage des § 11 Abs. 4 SGB V, vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenhäusern abzuschließen. Wir haben die ersten Gespräche hierzu bereits geführt. Ferner versuchen wir, in Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Vereinbarungen in den Hausarztvertrag zu integrieren oder Vereinbarungen mit entsprechenden Arztnetzen zu schließen, damit wir eine umfassende Versorgung realisieren können. Nach unseren Erfah-

rungen kann der Patient viele Dinge selbst regeln, wenn er vorher informiert wird. Er nimmt dann seine Eigenverantwortung wahr. Auf diese Weise hat er die Möglichkeit, auch nach dem Krankenhausaufenthalt oder nach einer Operation ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Dies halte ich für sehr wichtig.

SVe Elsbeth Rütten (Verein Ambulante Versorgungslücken): Ich denke, dass wir viel früher damit beginnen müssen, diesen Prozess zu gestalten. Ich begrüße ausdrücklich, was Herr Adryan gesagt hat. Menschen müssen über ihren Zustand Bescheid wissen. Wir werden demnächst in Bremen in einem ersten Krankenhaus aktiv werden, um Menschen im Vorfeld einer Erkrankung auf den Prozess der Genesung vorzubereiten. Es hilft einem Menschen wenig, wenn er weiß, dass er aus dem Krankenhaus mit einem eingegipsten Bein oder zwei eingegipsten Armen entlassen wird. Denn er kann sich oft nicht vorstellen, welche Konsequenzen dies für ihn hat, was es bedeutet, möglicherweise fünf bis acht Wochen mit diesen Einschränkungen ohne fremde Hilfe zu recht kommen zu müssen. Vor allem weiß er oft nicht, dass es entsprechende Informationen gibt und dass er sich als aktiver Patient ein Stück weit eigenverantwortlich – praktisch wie mental – auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt vorbereiten kann. Dies kann bedeuten, dass er Konserven zu Hause vorrätig hat oder dass er sich erkundigt, welcher Dienst ihm zu Hause welche Leistungen anbietet. Ich bin der Auffassung, dass häufig zu stark von einer passiven Rolle des Patienten ausgegangen wird, und ich vermisse bislang eine gute Idee, wie man Menschen auf die Reise durch unser Gesundheitswesen – sei bei einer ambulanten Operation, sei es nach einem stationären Eingriff – angemessen vorbereiten kann. Ich denke, wir müssen früher damit beginnen, über diesen Prozess nachzudenken.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Wir haben gerade vom Verein Ambulante

Versorgungslücken gehört, dass in Bremen ein Modellprojekt geplant ist. Ich möchte daher vom GKV-Spitzenverband wissen, inwieweit er es für sinnvoll hält, dass die Krankenkassen das Problem der ambulanten Versorgungslücken im Rahmen von Modellvorhaben intensiver untersuchen?

SV Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband): Ich denke da ähnlich, wie Herr Adryan es eben skizziert hat. Wenn es um das Ziel geht, die Haushaltshilfeleistung zu erweitern, dann benötigen wir keine detaillierten Erhebungen zu den unterschiedlichen Fallkonstellationen, weil sich viele Abgrenzungsfragen, die wir bei der häuslichen Krankenpflege hätten, nicht stellen. Bevor eine gesetzliche Regelung auf den Weg gebracht wird, müsste man jedoch die Frage beantworten, wie groß die vermeintliche Versorgungslücke ist und um welche Fallgestaltungen es dabei geht. Aus den verschiedenen Wortbeiträgen habe ich entnommen, dass der Anteil der Leistungen, der in den originären Aufgabenbereich der Krankenversicherung fällt, eher klein ist. Ich könnte mir gut vorstellen, dass die Krankenversicherung sich an Modellprojekten beteiligt und sich dort einbringt. Eine alleinige Verantwortung der Krankenversicherung für die Initiierung und Finanzierung solcher Modellprojekte sehe ich jedoch nicht. Solche Projekte gehören eher in den Bereich der Versorgungsforschung, für die die GKV keine sehr weitgehende Zuständigkeit hat.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an die DKG, den Bundesverband Deutscher Privatkliniken und den GKV-Spitzenverband. Mich würde interessieren, welche Probleme beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung durch ein Entlassungsmanagement oder Überleitungsmanagement gelöst werden könnten.

SV Detlev Heins (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Das Übergangs-, Entlassungs- oder Versorgungsmanage-

ment, das in § 11 Abs. 4 SGB V geregelt ist, wurde vor nicht allzu langer Zeit verschärft. Ich kann berichten, dass es einen bunten Strauß an Initiativen und Angeboten nicht nur bei den Krankenhäusern gibt, sondern dass – ebenfalls auf dieser rechtlichen Grundlage – die Krankenkassen Krankenhäuser bei der Umsetzung des Anspruchs der Versicherten auf Versorgungsmanagement – und das ist im weitesten Sinne ein Entlassungsmanagement – unterstützen. Insofern ermutige ich all diejenigen, die sich hier engagieren, dies fortzuführen. So haben sich zum Beispiel in Essen einige Krankenhäuser zusammengeschlossen, um einen sogenannten Patientenscout zu installieren. Ferner gibt es große Krankenhäuser mit eigenen Diensten und eigenem Entlassungsmanagement, die dafür eigene Manager beschäftigen. Daneben gibt es kleinere Krankenhäuser, bei denen dies über die Stationen geregelt wird. Insgesamt ist zu konstatieren, dass die Krankenhäuser ein originäres Interesse haben, das Entlassungsmanagement gut zu organisieren, um den Patienten frühzeitig entlassen zu können. Bei der Verweildauer gibt es sicherlich immer noch etwas zu verbessern. Deshalb stimme ich auch nicht mit der Aussage von Herrn Dr. Pick vom MDS überein, der befürchtet, dass von einer Erweiterung der häuslichen Krankenpflege Fehlanreize ausgehen werden. Wir sprechen uns dafür aus, die häusliche Krankenpflege ein Stück weit zu öffnen, um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, den Patienten in sein häusliches Umfeld zu überführen. Denn wenn das Krankenhaus eine Entlassung nicht vornehmen kann, dann liegt der Patient weiterhin im Krankenhaus. Wenn dann die Abrechnung des Krankenhauses einer Fehlbelegungsprüfung durch den MDK unterzogen würde, bekäme sie das Geld wahrscheinlich gestrichen.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)): Wir stellen trotz einer nach § 11 Abs. 4 SGB V bestehenden, klaren gesetzlichen Verpflichtung zu einem Versorgungsma-

nagement praktische Probleme fest. Die Verantwortung wird auf die Krankenhäuser und die Reha-Kliniken abgewälzt. Diese Verantwortung kann aber nicht wahrgenommen werden, weil an der Nahtstelle zwischen Klinikentlassung durch den Sozialdienst des Krankenhauses und der Krankenkasse eine Regelungslücke klafft. Der Sozialdienst kann zwar häusliche Krankenpflege für drei Tage verordnen bzw. anregen, aber nicht für einen längeren Zeitraum. Nach drei Tagen geht die Entscheidungskompetenz in den verordnungsberechtigten Bereich über. Danach muss der niedergelassene Vertragsarzt eine Verordnung ausstellen, ganz gleich, ob der Patient bereits in die Praxis gehen kann oder nicht. Noch deutlicher ist es bei Heil- oder Hilfsmitteln oder bei Arzneimitteln. Hier dürfen die Kliniken gar keine Verordnung ausstellen, so dass der Patient mit einer Klinikempfehlung nach Hause geht. Die Verantwortung, die bei den Kliniken und deren Sozialdiensten liegt, können sie aber gar nicht umsetzen, weil ihnen schlicht die Erlaubnis zur Verordnung fehlt. Sie können also das, was von ihnen erwartet wird, gar nicht realisieren, nämlich ein nach medizinischen Gesichtspunkten hinreichendes, gesteuertes Versorgungsmanagement. Das funktioniert an dieser Stelle nicht. Daher gibt es unabhängig von allem, was hier zu § 38 SGB V gesagt worden ist, einen Regelungsbedarf in Bezug auf den § 11 Abs. 4 SGB V. Dazu verweisen wir auf unsere Stellungnahme.

SV Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband): Versorgungsmanagement muss sicherstellen, dass die Überleitung eines Patienten aus dem stationären Bereich in die ambulante Weiterversorgung oder in eine andere Form der stationären Versorgung, wie Rehabilitation usw., reibungslos funktioniert. Wenn hier entsprechend früh angesetzt wird, kann das Versorgungsmanagement dies leisten. Der gesetzliche Auftrag richtet sich explizit an die Leistungserbringer, er verpflichtet aber auch die Krankenkassen, diesen Prozess zu unterstützen. Wir hätten uns seinerzeit eine

gesetzliche Regelung gewünscht, die die Krankenkassen in das Versorgungsmanagement stärker eingebunden hätte. Dies ist aber nicht geschehen. Versorgungsmanagement ist nicht in der Lage – und dies hat auch die Diskussion, die wir heute führen, gezeigt –, Probleme in der ambulanten Versorgung nach einer stationären Krankenhausbehandlung zu lösen, die darin begründet sind, dass jemand allein lebt und einen hauswirtschaftlichen Versorgungsbedarf hat. Die Aufgabe des Versorgungsmanagements besteht insoweit vielmehr darin – und darauf hat auch Herr Adryan hingewiesen –, frühzeitig, das heißt noch während der stationären Behandlung, diese Probleme mit dem Patienten zu besprechen und Informationen einzuholen, wie das häusliche Umfeld gestaltet ist und welche Angebote die Krankenversicherung etwa im Bereich der Haushaltshilfe zur Verfügung stellt.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an die Verbraucherzentrale und an den Deutschen Caritasverband. Mich interessiert, welche Einrichtungen Patientinnen und Patienten in Anspruch nehmen können, wenn sie keine Hilfe von der Krankenkasse erhalten?

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): In erster Linie ist man darauf angewiesen, im eigenen Freundes- oder Bekanntenkreis Vorsorge zu organisieren. Dies halte ich aber für in keiner Weise ausreichend. Im Übrigen muss man, wenn man sich in einer solchen Situation befindet, herausfinden, an wen man sich wenden, wo man sich beraten lassen und welche Hilfen in welchem Umfang man von welcher Einrichtung beanspruchen kann. Dabei empfiehlt es sich vor allem, sich an die Unabhängige Patientenberatung Deutschland zu wenden.

SV Hans-Joachim Wasel (Deutscher Caritasverband e.V.): Hilfemöglichkeiten sind

rar. Es gibt Selbsthilfegruppen, die gegenseitige Hilfe für Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild organisieren. Dies ist aber nur ein Tropfen auf den heißen Stein und kann keine flächendeckende Versorgung sicherstellen. Weiterhin gibt es die Möglichkeit, Unterstützung von der Pflegeversicherung zu erhalten, sofern man dort in eine Pflegestufe eingestuft ist. Ein letztes Mittel stellt die ergänzende Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, die Sozialhilfe, dar. Dies sind die einzigen Hilfen, die für einen solchen Fall zur Verfügung stehen.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an die PKV und den GKV-Spitzenverband. Ich möchte erfahren, welche Unterstützungsleistungen nach Krankenhausaufenthalt und ambulanten medizinischen Behandlungen aus Ihrer Sicht zu den Aufgaben der Krankenversicherung gehören und welche anderen Trägern oder auch der Eigenverantwortung der Patienten zuzuordnen sind.

SV Jürgen Miebach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Wir haben unser Versicherungsversprechen auf die medizinisch notwendige Heilbehandlung konzentriert. Daher werden die Kosten für medizinische Leistungen erstattet. Alles, was darüber hinausgeht, fällt entweder in die Eigenverantwortung des Einzelnen oder muss von anderen Anbietern sozialer Leistungen, nicht aber von der Krankenversicherung, übernommen werden.

SV Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband): Es geht hier um die medizinischen Leistungen, die im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung zur Verfügung gestellt werden. Dazu gehört die Krankenbehandlung, die sich aus unterschiedlichen Einzelleistungen wie ärztliche Behandlung, Heilmittel, Hilfsmittel usw. sowie der häuslichen Krankenpflege zusammensetzt. Maßgebend ist hier der medizi-

nische Versorgungsbedarf. Wenn dieser nicht gegeben ist – und um diese Fälle geht es im Zusammenhang mit dem vorliegenden Antrag –, dann ist bei Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, die Pflegeversicherung auch für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung zuständig. Ein Versorgungsbedarf, der unterhalb der Schwelle der Pflegestufe I liegt, fällt in den Bereich der Eigenverantwortung. Für den Fall, dass man die Versorgung nicht mit eigenen finanziellen Mitteln organisieren kann, besteht ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege durch den Sozialhilfeträger.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an den Verein Ambulante Versorgungslücken und an den Deutschen Caritasverband. Ich möchte gern wissen, welche Leistungen aus Ihrer Sicht gesetzlich geregelt und von welchen Kostenträgern sie übernommen werden sollten.

SVe **Elsbeth Rütten** (Verein Ambulante Versorgungslücken): Es geht vor allen darum, Menschen bei vorübergehender Hilflosigkeit zu unterstützen, und nicht um Pflege oder um medizinische Versorgung. Einer solchen Hilflosigkeit sind Menschen oftmals nur acht oder zehn Wochen im Rahmen ihres Genesungsprozesses ausgesetzt. Ich bin der Auffassung, dass in diesen Fällen Selbsthilfe nicht ausreicht. Denn Selbsthilfe richtet sich an Menschen mit einer chronischen Erkrankung, die sich langfristig auf diese Erkrankung einrichten müssen. Möglicherweise werden sich Menschen irgendwann einmal auch gemeinsam auf einen Zustand vorübergehender Hilflosigkeit vorbereiten. Wir organisieren so etwas. Aber Verantwortung kann man nur übernehmen, wenn man auch weiß, worauf man sich einlässt. Wenn jemand akut krank wird, weiß er aber in der Regel nicht, was für ein Abenteuer ihm bevorsteht. Es bedarf daher neuer Möglichkeiten, um Menschen auf diese Reise mitzunehmen, und es reicht auch nicht aus, sie nur für schwere Er-

krankungen, wie eine Krebserkrankung, abzusichern. Denn wenn jemand beispielsweise ein Bein gebrochen hat, dann ist er vielleicht ebenso gehandikapt oder hilflos, weil er zu Hause allein lebt, weil er alt und multimorbide ist. Wir haben heute ein ganz anderes Spektrum an Hilfebedarfen als zu der Zeit, als die DRGs eingeführt worden sind.

SV **Hans-Joachim Wasel** (Deutscher Caritasverband e.V.): Ich möchte noch einmal betonen, dass der Heilungs- und Genesungsprozess bei den Fallgruppen, die ich bereits genannt habe, nicht mit der Entlassung abgeschlossen ist. Diese Menschen sind weiterhin krank und werden wahrscheinlich medizinisch weiterhin ambulant versorgt. Die Behandlungspflege läuft im Heilungsprozess quasi nebenher und ist die Grundlage dafür, dass überhaupt eine Leistungsverpflichtung der GKV besteht. Aber diese muss auch eingefordert werden. Aus der Verkürzung der stationären Versorgung kann nicht abgeleitet werden, dass es keinen Leistungsanspruch gegenüber der GKV mehr gibt. Es kommt auch niemand auf die Idee, dass die Patienten ihr Mittagessen selbst organisieren müssen, weil dies zu ihrer privaten Lebensführung gehört. Vielmehr sind wir uns einig, dass die Verpflegung zum Leistungsspektrum der GKV gehört. Für den nachstationären Heilungs- und Genesungsprozess kann aus unserer Sicht nichts anderes gelten. Man kann die Patienten nicht sehenden Auges in ein Loch fallen lassen. Ganz bewusst sind viele Behandlungsformen, die früher stationär erfolgt sind und für die die Nachsorge durch den § 37 Absatz 1 SGB V umfassend geregelt war, in den ambulanten Bereich verlagert worden. Ambulante OPs, ambulante Chemotherapien oder sehr frühzeitige Entlassungen sind Maßnahmen, die früher nicht denkbar gewesen wären. Ich will hier nicht von blutigen Entlassungen reden, weil diese Formulierung die Sache nicht trifft, aber Tatsache ist, dass Entlassungen heute in einem wesentlich früheren Stadium des Genesungsprozesses erfolgen, als dies vor zehn oder noch vor

fünf Jahren der Fall gewesen ist. Diese Entwicklung ist grundsätzlich zu begrüßen. Aber eigentlich müsste man die Menschen auffordern, so lange im Krankenhaus zu bleiben, bis sie vollkommen genesen bzw. wiederhergestellt sind. Wer diese Haltung ernsthaft vertreten würde, nähme jedoch in Kauf, dass es zu erheblichen Kostensteigerungen käme.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich möchte an die Wortbeiträge zum § 11 SGB V, in dem es um das Versorgungsmanagement geht, anknüpfen. Ich möchte von Herrn Dr. Pick vom MDS, vom VdK, von ver.di und dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge erfahren, in welchem Maße Änderungen am § 11 SGB 4 zu einer Verbesserung des Versorgungsmanagements beitragen könnten.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)): Wie ich bereits angedeutet hatte, gibt es kein Patentrezept, weil die Ausgestaltung des Versorgungsmanagements je nach Region und Einrichtung unterschiedlich ist. Deshalb kann man nicht generell sagen, was zu tun ist. Wir haben Bereiche, in denen die Versorgung gut funktioniert und gut organisiert ist. Ich habe die entsprechenden Tendenzen dargestellt. Wo es um komplexere Leistungen geht, ist das Überleitungsmanagement meist gut organisiert, etwa bei der geriatrischen Rehabilitation oder der Kurzzeitpflege. In diesen Bereichen sind die Strukturen vorhanden, die Angebote sind bekannt und die Versorgung funktioniert in der Regel gut. Weniger gut ist die Versorgung, soweit es um die Heil- und Hilfsmittelversorgung geht, also darum, an alles Notwendige zu denken, Impulse rechtzeitig zu setzen und zum Beispiel dafür zu sorgen, dass schon am Tag der Entlassung mit der Krankengymnastik begonnen werden kann, oder dass benötigte Hilfsmittel geliefert worden sind. Das ist alles eine Frage der Organisation, und die funktioniert zum Teil auch beim Übergang reibungslos. Auf der anderen

Seite geht es um die Versorgungslücke, über die wir hier diskutieren, also zum Teil um die Grundpflege. Diese ist heute nicht durch ein entsprechendes Leistungsangebot der Sozialversicherung abgedeckt. Im Rahmen eines Überleitungsmanagements ist es zwar möglich, einen Pflegedienst zu organisieren, der die Grundpflege übernimmt. Es ist aber nicht sichergestellt, dass die betreffenden Kosten von einem Versorgungsträger übernommen werden. Vielmehr ist der Patient oder der Versicherte hier selbst gefordert; und wenn er nicht in der Lage ist, die Kosten zu tragen, dann geht die Leistungspflicht subsidiär auf die Sozialhilfe über. Es gibt also keine Patent-, sondern nur eine differenzierte Lösung. Man kann die Versorgung organisieren, aber die Details müssen vor Ort geregelt werden, wie auch das Bremer Beispiel gezeigt hat. Man steht jedenfalls immer vor der Frage, wie man die Versorgung im Einzelfall sicherstellen kann und ob sich Beteiligte finden, die die Sache in die Hand nehmen.

Sve Katja Kracke (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Wir sehen beim § 11 Abs. 4 SGB V insbesondere das Problem, dass der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zu wenig konkretisiert ist. Das heißt, es ist unklar, was mit dem Begriff Versorgungsmanagement gemeint ist. Bedeutet er Case-Management, Care-Management oder klinische Behandlungspfade? Hinzu kommt, dass der Versicherte seinen Anspruch nicht durchsetzen kann. Er kann sich zwar an seine Krankenkasse wenden, diese ist für das Versorgungsmanagement aber nicht zuständig. Erfüllt werden muss der Anspruch letztlich von den Leistungserbringern. Allerdings gibt es hier erhebliche Defizite, wie uns die VdK-Mitglieder berichten. Deswegen halten wir eine Änderung des § 11 Abs. 4 für erforderlich.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir haben es sehr begrüßt, dass der § 11 SGB V seinerzeit in das Wettbewerbsstärkungs-

gesetz (GKV-WSG) aufgenommen worden ist. Allerdings müssen wir feststellen, dass das Versorgungsmanagement vier Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes sehr unterschiedlich ausgestaltet ist. Oft wird das Versorgungsmanagement nach Krankenhausaufenthalten lediglich von den Verwaltungen der Krankenhäuser durchgeführt. Wir halten es demgegenüber für notwendig, schon bei der Aufnahme ins Krankenhaus einen Behandlungspfad anzulegen, damit bei der Entlassung ein erfolgreiches Versorgungsmanagement durchgeführt werden kann. Außerdem sollten hier kompetente Kräfte zum Einsatz kommen, die eine Ausbildung in einem pflegerischen oder sozialarbeiterischen Beruf absolviert und sich zum Case-Manager weitergebildet haben. Dies müsste bundes- bzw. landesgesetzlich geregelt werden. Nach unseren Schätzungen müssten in den Krankenhäusern bundesweit etwa 8.000 Stellen zur Verfügung stehen, damit ein geeignetes Versorgungsmanagement organisiert und eine Anschlussbehandlung durchgeführt werden kann. Zudem müsste die Finanzierung sichergestellt sein.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich wiederum an ver.di sowie an den SoVD. Wie groß ist die Bereitschaft der Krankenkassen, Versorgungsmanagement als Satzungsleistung anzubieten, vor allem angesichts des zunehmend über die Zusatzbeiträge ausgetragenen Preiswettbewerbs? Würden Sie die Umwandlung des Versorgungsmanagements in eine Pflichtleistung befürworten?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Satzungsleistungen der Krankenkassen sind sicherlich sinnvoll, unter anderem um regionale Bedarfe besser abdecken zu können. Daher befürworten wir das Angebot von Satzungsleistungen. Wir befürchten allerdings, dass die Krankenkassen angesichts ihrer angespannten finanziellen Situation dazu tendieren werden, Sat-

zungsleistungen einzuschränken, um die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu vermeiden. Unsere Vertreter in der Selbstverwaltung berichten, dass kaum noch neue Leistungen als Satzungsleistungen angeboten werden und dass oft auch über eine Einschränkung bestehender Satzungsleistungen nachgedacht wird. Wir sehen dies mit Sorge und treten daher dafür ein, die Finanzierung der Krankenkassen so auszugestalten, dass eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden kann.

SV **Fabian Székely** (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Wir sprechen uns dafür aus, dass die Krankenkassen bedarfsgerecht finanziert werden. Zur eigentlichen Thematik: Die Krankenkassen können nach unserer Ansicht – und da möchten wir ihnen keinen Vorwurf machen – keine neuen Satzungsleistungen mehr aufnehmen. Denn es ist vom Gesetzgeber gewollt, dass jetzt allein der Zusatzbeitrag, also der Preis, den Wettbewerb bestimmt. Jede zusätzliche Satzungsleistung, wie z. B. die freiwillige Aufnahme der Leistung „hauswirtschaftliche Hilfe“, würde zu höheren Zusatzbeiträgen führen. Deshalb sprechen wir uns dagegen aus, eine solche Regelung der Satzungsleistung der Krankenkassen zu überlassen. Man muss die Konsequenzen bedenken. Beispielsweise sind ALG II-Empfänger darauf angewiesen, eine Krankenkasse mit einem Zusatzbeitrag zu wählen, der höchstens so hoch ist wie der durchschnittliche Zusatzbeitrag. Da sie nicht in eine Krankenkasse wechseln können, die einen höheren Zusatzbeitrag erhebt, wird ihnen wahrscheinlich auch die zusätzliche Satzungsleistung „hauswirtschaftliche Unterstützung“ vorenthalten. Daher bestehen wir darauf, diese Leistung in eine Regelleistung zu überführen und den § 38 SGB V so zu verändern, dass er die Grundpflege mit abdeckt.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an die BAG SELBSTFILFE. Frau Dr. Doka, in Ih-

rer Stellungnahme sehen Sie für finanzielle Probleme einen kassenübergreifenden Fonds vor. Weshalb erheben Sie diese Forderung und in welchen Fällen sollte der Fonds Leistungen gewähren?

SVe Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Bei den seltenen Erkrankungen sind die DRGs oft nicht zielgenau. Die Durchschnittskosten lassen sich hier nur schwer ermitteln, eben weil die Krankheiten selten sind. Zudem kommen bei den seltenen Erkrankungen sowohl sehr teure als auch relativ preiswerte Verlaufsformen vor. Daher sind wir der Meinung, dass es für diese Fälle einen Fonds geben müsste, der eine höhere Zielgenauigkeit aufweist.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an ver.di und den VdK. Wir haben uns bis jetzt mit der häuslichen Grundpflege, den hauswirtschaftlichen Leistungen und dem Versorgungsmanagement befasst. Sehen Sie für das Problem der Versorgungslücken bzw. für die Schnittstellenproblematik noch andere Lösungsmöglichkeiten, als die, die bisher angesprochen worden sind?

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Aus unserer Sicht gibt es im Gesundheitswesen generell einen Bedarf an verstärkter Zusammenarbeit. Wir bedauern daher, dass die Diskussion über die Integrierte Versorgung auf der Ebene der Gesetzgebung nicht fortgeführt worden ist und sehen in diesem Bereich noch einen hohen Änderungsbedarf. Es gibt auch ein Schnittstellenproblem, weil die Formen der Finanzierung in den einzelnen Versorgungsbereichen unterschiedlich sind. Wir halten es deshalb für notwendig, die Idee einer bevölkerungsbezogenen regionalen Versorgung weiterzuentwickeln. Vielleicht ergibt sich bei den Beratungen über das

Versorgungsgesetz die Möglichkeit, in dieser Richtung voranzukommen. Ich wünsche mir hier eine gesetzliche Regelung, die sich stärker am Bedarf der Patienten als am Bedarf der Leistungserbringer orientiert. Es muss sicher auch Anreize für die Leistungserbringer geben, aber der Bedarf des Patienten muss immer im Mittelpunkt stehen. Dies kann man durch ein Integriertes Versorgungssystem, in dem unterschiedliche Professionen auf Augenhöhe zusammenarbeiten, sicherstellen.

SVe Katja Kracke (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Unserer Ansicht nach besteht an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und stationärer Behinderteneinrichtung eine weitere Versorgungslücke. Unsere Mitglieder berichten zum Beispiel, dass es häufig schwierig ist, in einer stationären Behinderteneinrichtung den Anspruch auf Behandlungspflege durchzusetzen. Dieser wird oft mit dem Hinweis abgewiesen, dass in der Behinderteneinrichtung qualifiziertes Personal vorhanden sei. Das entspricht allerdings nicht den Tatsachen. Die Heilerziehungspfleger, die hier beschäftigt sind, können eine Behandlungspflege gar nicht leisten. Oft werden die behinderten Menschen zuerst zu ihrer Krankenkasse geschickt. Diese lehnt ihren Anspruch jedoch ab. Sie wenden sich daraufhin an den Sozialhilfeträger, der aber auch nicht zahlt. Daher wird die Leistung der Behandlungspflege häufig gar nicht erbracht.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an die KBV. Es wird häufig beklagt, dass beim Übergang vom Krankenhaus in den ambulanten Sektor die Arzneimittelversorgung nicht gewährleistet ist. In der vergangenen Legislaturperiode wurde diesbezüglich eine Gesetzesänderung vorgenommen. Ich möchte erfahren, ob es hier nach wie vor Probleme gibt und welche Verbesserungen Sie vorschlagen.

SV Dr. Bernhard Rochell (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): An dem Problem der Überleitung bei der Medikation hat sich durch die Einführung des DRG-Systems nichts Grundlegendes geändert. Dies war schon immer ein Thema, wenn es um die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ging. Uns ist jedoch nicht bekannt, dass die Schnittstelleprobleme beim Medikamentenmanagement nach der Einführung des DRG-Systems zugenommen hätten. Gleichwohl bemühen wir uns, hier weitere Verbesserungen herbeizuführen. Wir haben mit öffentlichen und privaten Krankenhausträgern Rahmenvereinbarungen geschlossen, auf deren Grundlage mittlerweile Projekte bei den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden, die zum Ziel haben, das Überleitungsmanagement insgesamt zu verbessern. Dabei bildet das Medikamentenmanagement einen zentralen Bestandteil. So erhält der Vertragsarzt im Rahmen der Erprobung von Ansätzen einer elektronischen Fallakte die Möglichkeit, sich bereits während eines stationären Aufenthaltes die Daten zur stationären medikamentösen Versorgung anzusehen. Er kann anschließend die ambulante Medikation entsprechend weiterführen. Wir schlagen vor, im Rahmen der Beratungen über eine Neuregelung des Verhältnisses zwischen den Sektoren bei der spezialärztlichen Versorgung anzusetzen. Außerdem empfehlen wir, das Überleitungsmanagement zum Bestandteil der Begleitforschung zu machen. Die Begleitforschung zu den Auswirkungen des DRG-Systems bzw. zur Veränderung der Versorgung darf nicht wie bisher ausschließlich eine Angelegenheit von Kostenträgern und Krankenhausträgern sein, die im Krankenhausfinanzierungsgesetz geregelt ist, sondern sollte in das SGB V integriert und unter Beteiligung aller Betroffenen konzipiert werden.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Schmidt. Um welches spezifische Problem handelt es

sich, wenn wir von einer ambulanten Versorgungslücke sprechen und woraus resultiert dieses Problem?

SV Prof. Dr. Roland Schmidt: Ich möchte vermeiden, das zu wiederholen, was andere schon dargestellt haben. Daher beschränke ich mich auf einige Hinweise. Erstens: Versorgungsmanagement orientiert sich eindeutig am Einzelfall. Ein Versorgungsmanager kann nur die Leistungen zusammenführen, für die eine leistungsrechtliche Grundlage in der Versorgungslandschaft existiert. Eine „Versorgungslücke“ kann man nicht in ein solches Paket einbinden. Daher ist das Versorgungsmanagement nicht geeignet, das Problem zu lösen, über das wir hier diskutieren. Unabhängig davon stimme ich der Auffassung zu, dass in dem einem Fall die Qualität des Versorgungsmanagements in einem Haus sehr hoch sein kann, während in dem anderen Fall ein Versorgungsmanagement gar nicht stattfindet. Es gibt bei der Umsetzung hier ein sehr weites Spektrum an Zuständen, weil das Management in die Verantwortung des einzelnen Leistungserbringers fällt. Der Gesetzgeber hat sich seinerzeit dagegen entschieden, die Krankenkassen in die Versorgungssteuerung einzubeziehen. Zweitens: Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass die Beantwortung der Frage, ob eine Bedarfsgruppe, die keinen Leistungsanspruch hat, auch mit einer Versorgungslücke konfrontiert ist, nicht allein vom Bedarf bzw. von den DRGs abhängt, sondern auch von der Fähigkeit der einzelnen Betroffenen, eigenverantwortlich zu handeln bzw. ein eigenes Unterstützungsnetzwerk zu mobilisieren. Wir diskutieren hier nicht nur über ein DRG-Problem, sondern auch über den Zusammenhang zwischen den DRGs und ihren Wirkungen auf die ambulante Struktur. Dabei spielt auch die Fähigkeit der Familien eine Rolle, angesichts hoher beruflicher Mobilität und anderer Entwicklungen einen Beitrag zur Lösung dieses Problems zu leisten. Man müsste also die Bedarfsgruppen daraufhin überprüfen, wie sich ihre privaten Konstellationen

tionen gestalten. Nur so ließe sich beurteilen, inwieweit sie in der Lage sind, mit dem Problem umzugehen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Berufsverband für Soziale Arbeit. Ich würde gern erfahren, vor welchem Problem Sie als Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhaussozialdienste stehen, wenn Patientinnen oder Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden müssen, obwohl es auf der Hand liegt, dass sie ihren Lebensalltag noch nicht allein bewältigen können – unter anderem weil sie nicht über ein informelles Netzwerk verfügen, das sie unterstützt. Wie gestaltet sich diese Problemlage insbesondere für ältere Menschen? Steigt hierdurch das Risiko einer Heimeinweisung unmittelbar nach der Krankenhausentlassung bzw. das Risiko einer Wiedereinweisung ins Krankenhaus (Drehtüreffekt), und welche Möglichkeiten sehen Sie, diese Probleme zu lösen?

SVe **Sibylle Kraus** (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH)): Das Problem ist vielfältig. Sofern der Sozialdienst rechtzeitig verständigt worden ist, das heißt, sofern das Entlassungsmanagement tatsächlich greift und der Betroffene einen Hilfebedarf nach der Entlassung hat, ist es im Einzelfall möglich, mit ihm gemeinsam über Ressourcen/Potentiale nachzudenken. Selbst wenn ihm erst einmal keine Personen einfallen, die für eine Hilfeleistung in Betracht kommen, zeigt sich bei solchen Gesprächen manchmal doch, dass es irgendwelche Verbindungen oder Ressourcen gibt, die erschlossen werden können – zum Beispiel Vereine, die sich um den Betroffenen kümmern bzw. ihm helfen können, entsprechende Anträge zu stellen. Dabei ist es zunächst wichtig, bestehende Leistungsansprüche durchzusetzen. Letztlich sind alle Kostenträger verpflichtet, Einzelfallentscheidungen zu treffen. Dies ist oft ein langwieriger Prozess. Die Versorgungslücken, die wiederum aus Gesetzeslücken

resultieren, kommen insbesondere bei den Patienten zum Tragen, die einen Bedarf an Grundpflege und Haushaltshilfe haben. Das Beispiel des Patienten mit den Frakturen, der zwei Arme in Gips hat, wurde bereits dargestellt. In solchen Fällen gibt es zwar die Möglichkeit, eine Einzelfallentscheidung zu erwirken, es ist aber erforderlich, dass man diesen Prozess über die Sektorengrenzen hinaus begleitet. Hier kommen noch einmal die Systemanreize ins Spiel. Der Patient verschwindet aus dem Blickfeld des Krankenhauses, sobald er entlassen ist. Die Verantwortung für die Versorgung im ambulanten Bereich liegt dann nicht mehr dort, sondern bei dem Betroffenen, der damit in der Regel überfordert ist. So entstehen zusätzliche Lücken. Hier müssen die Lösungskonzepte ansetzen. Es muss gesetzlich festgelegt werden, worin qualitätsgesichertes Versorgungsmanagement besteht, welche Qualifikationen die betreffenden Leistungserbringer aufweisen müssen und wie die Leistungen finanziert werden. Ferner muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass es hier einen multiplen Abstimmungsbedarf – mit den Betroffenen, aber auch mit einem multiprofessionellen Team – gibt. Solche Abstimmungsprozesse kosten Zeit und müssen vergütet werden, damit das Versorgungsmanagement im Krankenhaus und danach stattfinden kann.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Verein Ambulante Versorgungslücken. Können Sie uns noch einmal aus Ihrer Sicht die primären Ursachen für Versorgungslücken im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung und eine ambulante medizinische Behandlung skizzieren?

SVe **Elsbeth Rütten** (Verein Ambulante Versorgungslücken): Ich denke, zunächst ist entscheidend, dass unsere Gesellschaft immer älter wird, dass immer mehr Menschen Hilfebedarfe entwickeln und immer mehr soziale Netzwerke, gerade für ältere

Menschen, nicht mehr funktionieren. Oft lassen sich die Arrangements, auf die man in jungen Jahren gesetzt hat, später nicht realisieren. Ich denke hier an das Beispiel einer 83-jährigen Dame, die nach kurzer Zeit aus dem Krankenhaus entlassen wurde und dann von ihren älteren Mitbewohnerinnen im Haus versorgt werden musste, oder an eine 91-jährige, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht die Haushaltshilfe zur Verfügung gestellt bekommen hat, die sie benötigt hätte, um wieder in Ruhe gesund zu werden. Es gibt auch immer mehr Single-Haushalte bzw. immer mehr Familienkonstellationen, bei denen die einzelnen Familienmitglieder anders, als vielleicht noch fünf oder zehn Jahre früher, nicht mehr an einem Ort leben, weil sich die berufliche Situation eines Mitglieds geändert hat. Auch Freundschafts- und andere soziale Netzwerke funktionieren oft nicht mehr. Gleichzeitig haben immer mehr ältere Menschen mit vorübergehenden Versorgungsproblemen zu kämpfen, weil sie sich an der Grenze zur Pflegeversicherung bewegen. Sie müssen dann möglicherweise in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen. Viele ältere Menschen können sich jedoch eine Kurzzeitpflege, die zwischen 3.000 und 5.000 Euro kosten kann, nicht leisten. Manche Familien oder ältere Menschen müssen sich hierfür erheblich verschulden. Wir plädieren dafür, die finanziellen Rahmenbedingungen so auszugestalten, dass Menschen sich solche Hilfen auch leisten können.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Berufsverband für Soziale Arbeit. Ich möchte erfahren, inwieweit die besondere soziale und häusliche Situation von Patientinnen und Patienten über den gesamten Behandlungsprozess hinweg – von der Einweisung in die Klinik über die Behandlungsplanung während des Krankenhausaufenthaltes bis hin zu einer möglichen Anschlussversorgung bzw. zu Hilfen bei der Entlassung – Berücksichtigung findet? Gibt es zielgrup-

penspezifische Besonderheiten bei der Bedarfsplanung bis hin zum Entlassungsmanagement?

SVe **Sibylle Kraus** (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH)): Wenn ein Patient genau in den Standardprozess hineinpasst, der in der Fachabteilung, in der er behandelt wird, praktiziert wird, dann treten in der Regel wenig Probleme auf. Dann werden auch die erforderlichen Daten erhoben und dann entwickelt man dort in der Regel auch eine Vorstellung davon, wie die nachstationäre Versorgung aussehen soll. Wenn der Patient aber aus irgendwelchen Gründen nicht in diese Prozessgestaltung hineinpasst, wenn er zum Beispiel wegen einer somatischen Grunderkrankung in die Chirurgie muss, zugleich aber auch eine demenzielle Erkrankung oder andere kognitive Einschränkungen hat, dann gibt es oft Probleme bei der Kommunikation oder bei der Sicherstellung einer individuell passgenauen Anschlussversorgung, wie sie in § 11 Abs. 4 SGB V vorgesehen ist. Dadurch kann sich wiederum die Verweildauer im Krankenhaus erhöhen. Die Erfassung der Parameter erfolgt in einzelnen Fachbereichen, die die Komplexität von Krankenhausbehandlungen sehr differenziert abbilden; zum Beispiel in der Neurologie, der Geriatrie, der Onkologie, der Palliativstation oder der Psychiatrie. Hier sind die Assessmentverfahren und die weiteren Prozesse schon so weit verfeinert worden, dass in einem gemeinsamen Abstimmungsprozess zwischen Arzt, Pflegekraft, Sozialarbeiter und Physiotherapeut einerseits sowie dem Betroffenen andererseits geklärt werden kann, wie es nach der stationären Behandlung weitergeht. Dies gilt aber, wie gesagt, nur für diese Fachbereiche.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den vdk. Die Sicherstellung der alltäglichen Versorgung, unter anderem mit hauswirtschaftlichen Hilfen als Folge einer vorausgegangen, aber nicht

mehr erforderlichen medizinischen Behandlung, ist derzeit nicht Gegenstand der Gesundheitsversorgung bzw. der Leistungsgewährung. Halten Sie dies für gerechtfertigt?

SVe **Katja Kracke** (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Wir halten dies nicht für gerechtfertigt. Denn wenn man sich das Gesetz anschaut, dann stellt man fest, dass das Leistungsspektrum des SGB V deutlich über die akutmedizinische Behandlung hinausgeht. Zum Beispiel haben die Versicherten nach § 11 Abs. 1 SGB V unter anderem Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung. Der Gesetzgeber geht offenbar davon aus, dass zur Verhütung, zur Vermeidung der Verschlimmerung sowie zur Behandlung von Krankheiten nicht nur ambulante oder stationäre akutmedizinische Leistungen im Sinne von ärztlichen Maßnahmen mit rein kurativen Ansatz zu gewähren sind. Dies kommt auch in § 11 Abs. 2 SGB V zum Ausdruck. Danach haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterstützende und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen bzw. ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Solche Leistungen sind dem SGB V also nicht fremd, zumal die Entlassung aus dem stationären oder ambulanten medizinischen Versorgungsbereich allein kein Indiz dafür ist, dass keine Krankheit mehr vorliegt. Vielmehr befindet sich der Patient zu diesem Zeitpunkt in der Rekonvaleszenzphase, das heißt, er ist noch nicht gesund. Auch in § 27 Abs. 1 Nr. 4 SGB V werden häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe explizit als Leistungen der Krankenbehandlung genannt. Leistungen der aktivierenden Pflege vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit sowie pflegerische Prophylaxe und weitere Unterstützungsmaßnahmen, wie zum Beispiel die Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, sind gerade nach einem Kran-

kenhausaufenthalt oder einer ambulanten medizinischen Behandlung, insbesondere bei Älteren und chronisch kranken Menschen, als Maßnahme mit rehabilitativem und präventivem Charakter in vielen Fällen notwendig, um den Behandlungserfolg zu sichern und Folgeerkrankungen vorzubeugen. Vor allem wird dadurch der bereits erwähnte Drehtüreffekt verhindert. Ein Missbrauch ist hier insofern ausgeschlossen, als die Dauer des Anspruchs derzeit auf einen Monat begrenzt ist. Wir schlagen vor, an diesem Leistungsanspruch festzuhalten, ihn zugleich aber auf die Fälle zu beschränken, in denen keine andere Möglichkeit zur Versorgung, zum Beispiel durch Familienangehörige oder andere soziale Netzwerke, besteht.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe zunächst eine Frage an den GKV-Spitzenverband: Gibt es empirische Beispiele bzw. statistische Belege dafür, dass sich aufgrund mangelnder Grundpflege und hauswirtschaftlicher Hilfen die gesundheitliche Situation von Patientinnen und Patienten verschlechtert hat? Meine zweite Frage richtet sich unter Bezugnahme auf die schriftliche Stellungnahme an den MDS: Sie gehen dort auf die informelle Nachbarschaftshilfe ein. Es gibt in unserem Land in großem Umfang informelle Nachbarschaftshilfe, und es gibt darüber hinaus auch in zunehmendem Umfang formell organisierte ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe. Steht zu befürchten, dass diese Ansätze wieder zunichte gemacht werden, wenn die Kosten für Grundpflege und hauswirtschaftliche Hilfen von der GKV übernommen werden?

SV **Gerd Kukla** (GKV-Spitzenverband): Nach meiner Kenntnis gibt es keine empirischen Daten, die sich auf einen nicht-medizinischen Versorgungsbedarf beziehen, also einen Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlichen Hilfen, und aus denen sich ableiten lassen würde, bei welchen Fallgestaltungen und in welcher Größenordnung sich wegen unterbliebener

Hilfestellung ein medizinischer Versorgungsbedarf ergibt.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)): Wenn eine Leistung gesetzlich definiert wird und verordnet werden kann, besteht immer die Gefahr, dass diejenigen, die diese Leistung bisher innerhalb eines sozialen Netzwerks freiwillig erbracht haben, sich zurückziehen. Manchmal ist die Hilfe im familialen Verbund nicht so einfach zu organisieren. Die Gründe dafür sind alle schon genannt worden; da ist die Berufstätigkeit, da sind unterschiedliche Wohnorte usw. Daher besteht grundsätzlich die Gefahr, dass informelle Netzwerke ausgedünnt werden. Dies muss man bei den Planungen zu einem Gesetz berücksichtigen. Wenn man den Versorgungsbedarf prüfen will, ist es immer schwierig zu entscheiden, ob die Leistung auch von jemand anderem erbracht werden kann. Dies kann zu einer problematischen Situation führen. Entscheidend ist, dass eine Entlastung erforderlich ist. Diese kann dann entweder durch Hilfen aus dem informellen Umfeld oder durch Leistungen der Sozialversicherungsträger erfolgen. Darüber muss politisch entschieden werden.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Ich will für die Union abschließend noch zwei Fragen stellen. Frau Rütten hatte das, worüber wir hier sprechen, sehr treffend als vorübergehende Hilflosigkeit bezeichnet. Der GKV-Spitzenverband hat in seiner schriftlichen Stellungnahme den Bedarf in Frage gestellt. Ich will den Blick noch einmal auf die geltende Rechtslage lenken und richte daher an die DKG, den Hausärzterverband und die BAG SELBSTHILFE folgende Frage: Es gibt im SGB V bereits eine Regelung zur Verbesserung der Koordination bei der Medikation. In der Praxis scheint hier das eine oder andere aber noch stark verbesserungsbedürftig zu sein. Gibt es aus Ihrer Sicht eine Veranlassung, an der Regelung etwas zu ändern? Könnten Sie dazu aus Ihrer Erfahrung etwas sagen? Meine

nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, die PKV und die DKG: Halten Sie die Regelung, wonach der Sozialdienst für die Betreuung am Ende eines Krankenhausaufenthaltes zu sorgen hat, für ausreichend?

SV Detlev Heins (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die Frage bezieht sich offenbar auf den § 115c SGB V, der die Entlassungsmedikation betrifft. An dieser Regelung wurden in der Vergangenheit in der Tat einige Änderungen vorgenommen. Dies hat aus unserer Sicht aber nicht zur Verbesserung der Koordination beigetragen. Vielmehr wurde dadurch die Abstimmung mit den Kollegen im niedergelassenen Bereich erschwert. Dies gilt insbesondere für die Medikation mit Insulinanaloga, die nach den Richtlinien des G-BA im niedergelassenen Bereich nicht zugelassen sind, über den Weg der Rabattverträge dann aber doch. Hier stellt sich, insbesondere für die DKG, das praktische Problem, die Krankenhäuser ständig auf dem Laufenden darüber zu halten, wie die Rabattverträge ausgestaltet sind. Es gibt auch eine Reihe von praktischen Problemen in der Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich, die auf Änderungen im § 115c SGB V zurückzuführen sind. Allerdings habe ich für diese Probleme ad hoc keinen Lösungsvorschlag. Grundsätzlich halten wir es aber für erforderlich, in diesem Bereich Änderungen vorzunehmen.

SV Ulrich Weigeldt (Deutscher Hausärzterverband e.V.): Das Problem ist leider durch die letzte Gesetzesänderung nicht gelöst worden. Generell zeigt sich bei den Versuchen zur Koordination der medikamentösen Behandlung, dass es eine scharfe Trennlinie zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor gibt, die sich für beide Seiten als Kommunikationshindernis erweist. So sollte der ambulant behandelnde Arzt das Krankenhaus bei der Aufnahme seines Patienten in eine stationäre Therapie über die Medikation dieses Patienten informieren. Umgekehrt

sollte der Hausarzt nach der Entlassung des Patienten vom Krankenhaus rechtzeitig über die Medikation informiert werden, insbesondere um Komplikationen bei einer Multimedikation zu vermeiden. Probleme, die im Zusammenhang mit Rabattverträgen auftreten, wären leichter lösbar, wenn das Krankenhaus den ambulanten Bereich über die komplette Medikation informieren würde. Dabei sollten nach meinem Dafürhalten auch Auskünfte über Abführmittel und Schlafmittel enthalten sein. Im Regelfall wird darauf verzichtet, obwohl dies bei vorübergehender Hilflosigkeit zu Komplikationen führen kann. Wenn man im Krankenhaus beispielsweise 14 Tage lang Schlafmittel bekommen hat, dann treten sicherlich zu Hause Schlafprobleme auf, sofern das Mittel nach der Entlassung aus dem Krankenhaus abrupt abgesetzt wird. Solche Probleme fangen meist schon bei der Übermittlung an. Ich glaube aber, dass es möglich ist, die Lage zu verbessern, insbesondere durch vertragliche Vereinbarungen, beispielsweise im Rahmen der Integrierten Versorgung. Die Chancen stehen gar nicht schlecht, dass wir das zustande bringen, und zwar unter Einbeziehung der Pflege. Auf diese Weise wäre zu verhindern, dass es zwischen den Sektoren zu Kommunikationsstörungen zu Lasten der Patienten kommt. Die Patienten könnten dann vielmehr darauf vertrauen, dass die hausärztliche Versorgung ihre Koordinations- und Schnittstellenfunktion wahrnimmt und der Hausarzt sich mit den anderen Leistungserbringern abstimmt. Hier gibt es einiges zu tun. Grundsätzlich halte ich Verträge zur Integrierten Versorgung für sinnvoller als Modellversuche, weil sie rascher umzusetzen sind. Modellversuche haben den Nachteil, dass sie lange dauern und aufgrund der Evaluationsvorschriften erhebliche Zusatzkosten verursachen.

Sve Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Ich kann mich meinen Vorrednern weitgehend anschlie-

ßen. Auch wir beobachten, dass die Rabattverträge große Probleme aufwerfen. Die Patienten empfinden die Lage als sehr unübersichtlich. Sie haben kaum Möglichkeiten, sich über Rabatte zu informieren. Auch die Selbsthilfeorganisationen haben manchmal Schwierigkeiten, adäquat zu informieren. Aus unserer Sicht wäre es sinnvoll, die Medikamentenumstellung mit den Patienten bereits im Krankenhaus zu besprechen, weil sie oft überrascht sind, wenn sie in der ambulanten Versorgung ganz andere Medikamente als im Krankenhaus verschrieben bekommen. Auch haben die Patienten oft das Gefühl, Medikamente zweiter Wahl zu bekommen, was zur Verunsicherung und zur Verminderung der Compliance beiträgt. Ferner würden wir es für sinnvoll halten, wenn IV-Verträge unter Beteiligung von Patientenorganisationen zustande kämen, damit die Erfahrungen der Betroffenen unmittelbar eingespeist werden können.

SV Johannes Wolff (GKV-Spitzenverband): Wir sind der Ansicht, dass die Sozialdienste der Krankenhäuser hinter dem zurückbleiben, was sie leisten könnten. Denn es geht auch darum, den Patienten zu vermitteln, welche Angebote die Krankenkasse macht. Die Versuche der Krankenkassen, sich über Verträge zur Integrierten Versorgung in das Versorgungsmanagement einzubringen, sind nicht von großem Erfolg gekrönt, weil die Hürde für diese Verträge sehr hoch liegt. Ich denke auch, dass die Krankenhäuser es sich manchmal zu einfach machen, indem sie auf die Verantwortung der Krankenkassen verweisen und behaupten, die Sache würde schon funktionieren, wenn nur mehr finanzielle Mittel bereitgestellt würden. Die Effizienzgewinne, die durch den Rückgang der Verweildauer im Krankenhausbereich erzielt worden sind und die schon seit Jahren, bedingt durch das DRG-System, anfallen, kommen allein den Krankenhäusern zugute. Wenn jetzt die Forderung erhoben wird, dass die Krankenkassen Dinge finanzieren sollen, die über den Auftrag zur Krankenversorgung

hinaus gehen, dann wäre zu überlegen, ob man nicht auch die Krankenhäuser stärker einbindet und sie verpflichtet, die finanziellen Reserven, die dort durch den Rückgang der Verweildauer entstanden sind, zum Teil wieder an die GKV zurückzugeben. Jedenfalls sollte der Sozialdienst den Patienten nicht nur zum Beispiel eine Taxirufnummer für die Heimfahrt am Entlassungstag oder andere Empfehlungen mit auf den Weg geben, sondern es sollte auch entsprechende Angebote der Krankenkassen geben, wie sie Herr Adryan vorgeschlagen hat, sei es einen Flyer oder Ähnliches, dem zu entnehmen wäre, wie man einen ambulanten Pflegedienst beauftragt oder wie man Hilfe zur Selbsthilfe organisiert. Meiner Ansicht nach ist dies ein Aspekt, den man auch im Gesetz noch konkreter formulieren sollte.

SV Jürgen Miebach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Wir haben keinen Anlass, uns über die Arbeit der Sozialdienste zu beklagen. Vielmehr arbeiten die Sozialdienste nach unseren Erfahrungen sehr engagiert und machen einen guten Job.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)): Ich übernehme die Beantwortung der Frage für Herrn Heins. Wir haben uns zuvor abgestimmt. Die Erfahrungen, über die der Vertreter der PKV berichtet, können wir bestätigen. Die Sozialdienste arbeiten in der Tat engagiert. Gleichwohl gibt es ein Problem, das gerade von dem Einzelsachverständigen Prof. Schmidt aufgezeigt worden ist. Sozialdienste können den Patienten nur dann in ein Überleitungsmanagement vermitteln, wenn dieses auch als professionelles Leistungsangebot zur Verfügung steht. Es wäre unfair, vom Sozialdienst oder vom Krankenhaus zu erwarten, dass sie im Rahmen des Überleitungsmanagements oder des Entlassungsmanagements auch Nachbarschaftshilfe organisieren. Das können wir nicht leisten. Daher ist die mehrfach angesprochene Konkretisierung der Bestimmungen

zum Versorgungsmanagement dringend erforderlich. Andernfalls wecken wir Erwartungen, die wir nicht erfüllen können oder schieben anderen die Verantwortung für das Versorgungsmanagement zu. Beides verunsichert die Patienten. Bezeichnenderweise funktioniert das Versorgungsmanagement in den Fällen am besten, in denen der Hilfebedarf am größten ist, beispielsweise bei der Verlegung vom Krankenhaus in eine Rehabilitationseinrichtung; denn dabei ist der Entscheidungsspielraum Krankenkasse eher klein.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte noch eine Frage an Herrn Adryan richten: Sie haben vorhin gesagt, dass die AOK Bremen/Bremerhaven eine Satzungsregelung über Mehrleistungen zur Haushaltshilfe eingeführt hat. Welche Folgen hat dies gehabt: Musste die AOK daraufhin Zusatzbeiträge erheben oder sind vielleicht sogar Einsparungen erzielt worden, weil man Folgekrankheiten verhindert hat?

SV Manfred Adryan: Zunächst kann ich zusichern, dass die AOK Bremen-Bremerhaven in den nächsten zwei Jahren keine Zusatzbeiträge erheben wird. Wir sehen für viele Fälle ein Fallmanagement vor, und wir sind der Überzeugung, dass es sich am Ende lohnt, wenn man an der richtigen Stelle investiert. Wir versuchen auch, den Behandlungs- und Genesungsprozess als Ganzes zu sehen. Dies heißt aber nicht, dass wir unser Geld mit vollen Händen ausgeben. Vielmehr wollen wir es gezielt einsetzen, vor allem für eine gute Beratung. Als das Thema Entlassungsmanagement zur Sprache kam, habe ich mich heimlich gefreut, in Bremen zu leben und zu arbeiten, weil wir viele Vereinbarungen mit den Krankenhäusern zu den Themen Reha, Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Arzneimittel usw. bereits abgeschlossen haben. Wenn ein Patient zum Beispiel im Krankenhaus ambulant operiert werden soll und allein stehend ist, dann übernehmen wir entweder die Nachtwache oder wir gewähren

eine Übernachtungspauschale. Es gibt dafür keine globale Regelung, sondern wir regeln das im Einzelfall. Das verstehe ich unter Fallmanagement. Dies trägt nicht nur zur Zufriedenheit der Versicherten bzw. der Patienten bei, sondern vermindert vielleicht auch noch die Kosten, weil man Folgeerkankungen vermieden hat. So etwas wird nicht immer gelingen, das ist vollkommen klar. Aber wir setzen uns seit zwei Jahren intensiv mit diesem Thema auseinander. Ich habe dafür eigens Kollegen abgestellt, über deren Tische all diese Fälle laufen und die auch wissen, wo Nachbarschaftshilfe zur Verfügung steht. Die Schwierigkeiten bei der Anwendung des § 11 Abs. 4 SGB V resultieren daraus, dass die Kostenträger nur unterstützend tätig sein dürfen. Das kann nicht funktionieren. Hier bedarf es einer Regelung, die es Krankenkassen und Krankenhäusern ermöglicht, Vereinbarungen zu treffen. Dann wird die Sache am Ende funktionieren, und dann wird auch der Sozialdienst nicht mehr in die Lage kommen, Nachbarschaftshilfe empfehlen zu müssen. In unseren Gesprächen bieten wir

Alternativen an, auch auf der Grundlage der Kenntnis der verschiedenen Sozialleistungsträger, ob nun PV oder GKV. Wir wissen auch, unter welchen Bedingungen bei wirtschaftlicher Hilfebedürftigkeit das Amt für soziale Dienste eintritt usw. Es gibt da viele Möglichkeiten. Daher müssen nicht die §§ 37 oder 38 SGB geändert werden, sondern nur der § 11 Abs. 4 SGB V. Wenn dies geschieht, dann bekommen wir viele Probleme wieder in den Griff.

Stellv. Vorsitzende: Ich möchte mich ganz herzlich bei den Sachverständigen bedanken, sowohl für den Sachverstand, den sie eingebracht haben, als auch für die Geduld mit uns Parlamentariern. Ich bedanke mich auch bei den Kolleginnen und Kollegen Abgeordneten, bei den Vertretern des Gesundheitsministeriums und des Ausschusseksretariats. Ich wünsche Ihnen allen einen guten Heimweg.

Die amtierende Vorsitzende schließt die Sitzung um 17.55 Uhr.