

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0102(7)

gel. VB zur Anhörung am 23.3.
2011_Versorgungslücke

16.03.2011

DER VORSTAND



**Deutscher Verein
für öffentliche
und private Fürsorge e.V.**

Deutscher Verein • Michaelkirchstraße 17/18 • D-10179 Berlin-Mitte

An den
Deutschen Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Dr. Carola Reimann, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Per Email: Katharina.Lauer@bundestag.de

Ihr Zeichen: PA 14 – 5410 - 35
Unser Zeichen: AF IV / HOF
Bearbeiter/in: Heike Hoffer
Telefon: +49 (0)30 62980 - 303
Fax: +49 (0)30 62980 - 350
email: hoffer@deutscher-verein.de
Internet: www.deutscher-verein.de
Datum: 15. März 2011

**Stellungnahme 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-Drs. 17/2924**

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann,
sehr geehrte Damen und Herren,

für die Möglichkeit, zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Thema „Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen“ Stellung zu nehmen, möchten wir uns bedanken.

Aufgrund unseres Gremienturnus war es uns leider nicht möglich, die Gremien des Deutschen Vereins an der Erstellung dieser Stellungnahme zu beteiligen. Daher handelt es sich um eine Stellungnahme der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins.

Mit freundlichen Grüßen

gezeichnet
Michael Löher



DV - 14/11 - AF IV
15.03.2011

Stellungnahme der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins 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-Drs. 17/2924

Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt den Antrag der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen an den Deutschen Bundestag:

1. einen Gesetzentwurf zur Änderung des SGB V vorzulegen, so dass Patienten und Patientinnen nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten medizinischen Behandlung bei Bedarf einen Anspruch auf Behandlungs-, Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung erhalten und
2. bei den Vertragspartnern nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) darauf hinzuwirken, dass im Rahmen der Begleitforschung nach § 17b Absatz 8 KHG auch die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der angrenzenden Versorgungsbereiche, so beispielsweise auch auf die ambulante Versorgung, Pflege und Rehabilitation, untersucht werden.

Zu dem Antrag möchte die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins folgendes ausführen:

Zu 1. Anspruch auf Behandlungs-, Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter medizinischer Behandlung

Die Einschätzung wird geteilt, dass z.B. nach Krankenhausaufenthalten insbesondere beim Personenkreis älterer und multimorbider Menschen eine Situation entstehen kann,

bei der die gesundheitlichen Beeinträchtigungen dazu führen, dass der Alltag nicht selbständig bewältigt werden kann. Soweit weder durch Angehörige oder Nachbarn eine Unterstützung geleistet werden kann, noch die Voraussetzungen für häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V), Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) oder z.B. für eine ambulante Sachleistung (§ 36 SGB XI) vorliegen, sind die Betroffenen in der Regel auf Eigenmittel angewiesen, um eine Alltagsunterstützung zu finanzieren. Nur in seltenen Fällen wird hierfür der Sozialhilfeträger im Rahmen der Hilfe zur Pflege, die grundsätzlich auch bei unter 6 Monaten dauernden und unterhalb der „Erheblichkeitsschwelle“ liegenden Bedarfen zu leisten ist, in Anspruch genommen werden, da hier ohnehin vorrangig eigenes Einkommen und Vermögen einzusetzen ist.

Die Einschätzung, dass Versorgungslücken wahrscheinlich hohe direkte oder indirekte Folgekosten verursachen (z.B. durch Wiedereinweisungen ins Krankenhaus oder vorzeitige Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung), wird ebenfalls geteilt. Dies widerspricht schon dem präventiven Ansatz der Sozialgesetzbücher, nach denen insbesondere auch Pflegebedürftigkeit vermieden werden soll. Es widerspricht außerdem dem parteiübergreifenden Konsens, dass der Vorrang von Prävention (und Rehabilitation) vor und bei Pflegebedürftigkeit gestärkt werden soll.

Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der Neuregelungen des SGB V gibt die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins folgende Hinweise:

a. Vorrangig frühzeitige Bedarfsklärung erforderlich

Die Bedarfe von Menschen im Nachgang zu Krankenhaus- oder ambulanten Behandlungen sind sehr unterschiedlich. So kann insbesondere bei älteren Menschen ein Bedarf an medizinischer (geriatrischer) Rehabilitation bestehen, der zur Nachsorge in einer Rehabilitationseinrichtung oder durch Anbieter der mobilen Rehabilitation führt. Andere bedürfen der Grundpflege und/oder Behandlungspflege, wieder andere „nur“ einer Unterstützung im Haushalt.

Schon bei der Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs sieht die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins Probleme, die sich unmittelbar auf die Frage einer Versorgungslücke auswirken können: So besteht in der Praxis die Einschätzung, dass

Rehabilitationsbedarfe häufig nicht erkannt werden. Dies bedeutet, dass ein Teil der z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt unzureichend versorgten Menschen bei entsprechender Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs erst gar nicht in die Situation einer unzureichenden häuslichen Versorgung gelangen würden, da sie z.B. durch stationäre Rehabilitationsaufenthalte auch hauswirtschaftlich versorgt wären.

Um Rehabilitationspotenziale rechtzeitig zu erkennen, ist ein geriatrisches Konsil zu einem geeigneten Zeitpunkt verbindlich vorzusehen.

Damit einerseits bedarfsgerechte Leistungen ausgewählt werden, andererseits die eigenen Ressourcen des Patienten/der Patientin, auch hinsichtlich möglicher Unterstützung durch Angehörige oder Nachbarn, angemessen eingesetzt werden können, kommt es zunächst darauf an, dass in allen Fällen, in denen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in die eigene Häuslichkeit „entlassen“ werden (auch z.B. nach einer ambulanten Behandlung), eine frühzeitige Bedarfsklärung stattfindet. Dabei sind die spezifischen Problemlagen von Menschen mit demenziellen und psychischen Erkrankungen zu beachten.

Es ist ein Verfahren zur frühzeitigen Bedarfsklärung einzuführen, das für die entsprechenden Leistungserbringer (insbesondere Krankenhäuser, MVZs und niedergelassene Ärzte) verbindlich ist. In dem Verfahren soll eine früh- bzw. rechtzeitige Erhebung der Lebensumstände der Patient/innen erfolgen (im Krankenhaus z.B. bereits bei Aufnahme). Ein solches Verfahren sollte nach einheitlichen Kriterien, ggf. mit verbindlichen Fristen (z.B. „mindestens 3 Tage vor Entlassung“) ausgestaltet werden. Das Verfahren einschließlich der Fristen könnte gesetzlich z.B. als Qualitätsanforderung an Krankenhäuser und andere Leistungserbringer verankert werden.

Dabei ist es von großer Bedeutung, dass z.B. über nachstationäre Heimaufenthalte nicht bereits in der Fachabteilung eines Krankenhauses „entschieden“ wird, ohne dass insbesondere der Krankenhaussozialdienst (im weiteren Verlauf dann [auch] der für den Wohnort der Person zuständige Pflegestützpunkt) und ggf. der Hausarzt mit einbezogen wurden.

In Netzwerken, die die Überleitung zwischen Leistungserbringern organisieren, besteht in der Regel ein Verantwortungsdefizit in der Hinsicht, dass keiner der Beteiligten eine übergreifende Verantwortlichkeit hat. Damit gibt es auch keinen Verantwortlichen für die Qualität des Überleitungsmanagements. Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) wird von den Krankenhäusern nicht als rechtlich verbindlich angesehen.

Die jeweils zuständigen Beratungs- und Koordinierungsstellen (Krankenhaussozialdienst, Pflegestützpunkte etc.) sind verpflichtend in ein Überleitungsmanagement einzubeziehen (im Krankenhaus z.B. durch Teilnahme an Fallkonferenzen). Dabei ist verbindlich zu klären, wer zu welchem Zeitpunkt den Prozess der Überleitung übergreifend koordiniert und wie die Koordinationsverantwortung übergeben wird (z.B. während Aufenthalts im Krankenhaus: dortiger Sozialdienst; 3 Tage vor Entlassung: Kontaktaufnahme mit jeweiligem Pflegestützpunkt oder Hausarzt; nach Rückkehr in die Häuslichkeit: Pflegestützpunkt und Hausarzt). Für die beteiligten Leistungserbringer ist eine Vergütung dieser Leistungen vorzusehen.

b. Änderungen im Sozialleistungsrecht und anderen Gesetzen

Bei der Änderung leistungsrechtlicher Vorschriften, z.B. im SGB V, sind einige grundsätzliche Überlegungen zu beachten. Zum einen sollte der in der Krankenversicherung in § 37 Abs. 3 SGB V und in der Pflegeversicherung in § 3 SGB XI gesetzlich verankerte Vorrang der Laienpflege/-versorgung bei allen sozialleistungsrechtlichen und anderen gesetzlichen Änderungen beachtet bzw. mit verankert werden. Die Sozialleistungssysteme würden sich übernehmen, wenn sie Leistungen, die nur mittelbar dem Ziel der gesundheitlichen Versorgung dienen, als flächendeckenden Rechtsanspruch auch für solche Personen verankern, die sich grundsätzlich selbst helfen können.

Daher sollten entsprechende Änderungen des SGB V davon abhängig gemacht werden, dass einerseits keine Grundpflege/Betreuung durch Laienpflegepersonen möglich ist, andererseits sollten bei Regelungen im SGB V weiterhin Eigenbeteiligungen vorgesehen werden (abgedeckt durch Härtefallregelungen

analog der §§ 61, 62 SGB V), um Anreize für den Missbrauch solcher Regelungen zu verhindern.

Als weiterer Grundsatz ist der Nachrang der Sozialhilfe, § 2 Abs. 2 SGB XII zu beachten. Gegenwärtig sind die Leistungen der Sozialhilfe (z.B. der Hilfe zur Pflege, §§ 61 ff. SGB XII, Hilfen zur Weiterführung des Haushalts, § 70 SGB XII, oder Altenhilfe, § 71 SGB XII – die letzteren als „Soll-Leistungen“ der Sozialhilfeträger vorgesehen) für die Personen, die ihren Alltag aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen vorübergehend nicht allein bewältigen können, faktisch häufig die einzigen gesetzlichen Leistungsmöglichkeiten, die einen Verbleib in der Häuslichkeit sichern können.¹

Gleichzeitig sehen das SGB V und SGB XI – dies entspricht dem sozialpolitischen Trend und der tatsächlichen Entwicklung – einen Vorrang ambulanter Versorgung vor. Hierdurch verschiebt sich die Bedeutung dieser SGB XII-Leistungen von nachrangigen Leistungen mit „Auffangcharakter“ zu Leistungen, für die immer häufiger ein Bedarf besteht und die damit zu einem eigenen Lebensrisiko erwachsen. Daher ist eine ausschließlich auf Sozialhilfeleistungen fußende Absicherung dieses Lebensrisikos nicht statthaft; eine Verankerung ist vielmehr vorrangig in den SGB V und SGB XI vorzusehen.

Soweit Heimaufenthalte nur deswegen erforderlich werden, weil eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit über einen kürzeren Zeitraum nicht möglich ist, ist dies für die Sozialhilfeträger ebenfalls von Bedeutung, soweit sie – manchmal auch erst nach einiger Zeit – zu ergänzenden Leistungen der Hilfe zur Pflege und Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen herangezogen werden. Damit wird der Grundsatz ambulant vor stationär (§ 13 SGB XII) auch in der Sozialhilfe weiter ausgehöhlt und werden die Kosten für die Sozialhilfeträger unnötig in die Höhe getrieben.

Aus Sicht der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins ist es daher aus dem Sinn und Zweck und systematischen Zusammenhang heraus sinnvoll, entsprechende Leistungen vorrangig im SGB V oder SGB XI anzusiedeln. Der Nachranggrundsatz der Sozialhilfe darf nicht ausgehöhlt werden.

¹ Da die Sozialhilfestatistik (Fachserie 13, Reihe 2) die Hilfen in anderen Lebenslagen (§§ 70 – 74 SGB XII) nur zusammen mit den Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 – 69 SGB XII) ausweist, sind hier kaum verlässliche Aussagen über die Ausgaben und Ausgabenentwicklung auf Bundesebene möglich.

Schließlich ist der Grundsatz des Vorrangs von Prävention und Rehabilitation (§ 5 SGB XI) zu beachten. Hierfür wären gerade für solche Personen, die nach einem Krankenhausaufenthalt zu Hause genesen sollen, insbesondere Angebote der mobilen Rehabilitation vonnöten, die jedoch gegenwärtig nicht ausreichend vorhanden sind. Als Gründe hierfür werden ein Missverhältnis zwischen Qualitätsanforderungen und Vergütung sowie überlange Vertragsverhandlungen angegeben.

Neben einer Stärkung der mobilen Rehabilitation wird es unter dem Aspekt der Stärkung von Prävention und Rehabilitation angeregt, eine rehabilitativ orientierte Kurzzeitpflege als eigene Leistung einzuführen, die über den bisherigen Leistungszeitraum der Kurzzeitpflege von 4 Wochen hinausgeht.

Soweit Menschen sich kurzfristig nicht selbst zu Hause versorgen können, sollten vorrangig Maßnahmen eingesetzt werden, die der Unterstützung durch Angehörige und der Nachbarschaftshilfe dienen. § 37 Abs. 3 SGB V und § 38 Abs. 4 SGB V sehen beide einen Vorrang der Angehörigenpflege/-versorgung vor.

Der Vorrang der Angehörigenpflege/-versorgung ist beizubehalten, auch, soweit die Leistungen der §§ 37 und 38 SGB V weiter ausgebaut werden.

Bezüglich der Regelung des § 37 Abs. 1 S. 1 SGB V schließt sich die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins der Forderung, dass der Anwendungsbereich auf solche Fällen, in denen kein behandlungspflegerischer, aber ein Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht, anzuwenden ist.

§ 37 Abs. 1 S. 1 SGB V sollte insofern erweitert werden, dass eine Verordnung der häuslichen Krankenpflege zur Sicherung des Heilungs- und Genesungsprozesses möglich ist. Die Verordnung sollte auch durch den Krankenhausarzt erfolgen können.

Allerdings besteht der Anspruch nur auf einen Zeitraum für 4 Wochen; ein Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch die Pflegeversicherung erst dann, wenn zu erwarten ist, dass eine erhebliche Pflegebedürftigkeit für mehr als 6 Monate vorliegt. Diese sich an die häusliche Krankenpflege anschließende

„Versorgungslücke“ ist ebenfalls nicht hinreichend gedeckt. Damit nicht bei einem sich über mehr als 4 Wochen erstreckenden Genesungsprozess Heimeinweisungen allein aus Gründen eines längerfristigen, von der Krankenversicherung ggf. nicht mehr und von der Pflegeversicherung (noch) nicht erfassten Bedarfs an Grundpflege und/oder hauswirtschaftlicher Versorgung erfolgen, ist der Versicherte zunächst bereits zu Beginn der Leistung nach § 37 Abs. 1 S. 1 SGB V n.F. hinsichtlich einer evtl. erforderlichen Weiterversorgung zu beraten und sicher zu stellen, dass rechtzeitig vor Ablauf dieses Zeitraums eine Klärung der weiteren Versorgung und eine Prüfung, ob zusätzlich ambulante Rehabilitationsleistungen erforderlich sind, erfolgt.

Im Bedarfsfall muss ein Rechtsanspruch darauf bestehen, dass die Leistung des § 37 Abs. 1 S. 1 SGB V auch für einen längeren Zeitraum bewilligt wird. § 37 Abs. 1 S. 3 SGB V ist daher in einen Rechtsanspruch (bisher: „kann“) umzuwandeln.

§ 38 SGB V sieht die Möglichkeit vor, den Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe zu finanzieren. Dies ist als Pflichtleistung in § 38 Abs. 1 SGB V für den Fall eines stationären Aufenthalts der haushaltsführenden Person vorgesehen. Nach § 38 Abs. 2 SGB V kann die Satzung bestimmen, dass Haushaltshilfen bewilligt werden, wenn der Versicherte krankheitsbedingt nicht zur Führung des Haushalts in der Lage ist. Diese Form der Haushaltshilfe wird in der Praxis selten bewilligt. Dies ist besonders für die wachsende Anzahl von alleinlebenden und kinderlosen (älteren) Menschen, die sich aufgrund von Krankheit nicht selbst versorgen können, ein Problem und führt – entgegen der gesundheits- und sozialpolitischen Zielvorstellungen – zudem häufig zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen.

§ 38 Abs. 2 ist von einer Satzungsleistung in eine Pflichtleistung der Krankenkassen umzuwandeln, die im gleichen Umfang wie die Haushaltshilfe nach Abs. 1 zu gewähren ist.

Aus der Praxis wird weiterhin berichtet, dass Angehörige, die aufgrund von eigener Erwerbstätigkeit die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nicht übernehmen können, nicht selten vom Hausarzt selbst krankgeschrieben werden, um eine (finanzierte) Betreuung des/der betreuungsbedürftigen Person zu ermöglichen. In § 37 Abs. 3 SGB V ist der Anspruch auf häusliche Krankenpflege ausgeschlossen, soweit

eine im Haushalt lebende Person den Kranken im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Dies mag bezüglich behandlungspflegerischer Leistungen eher selten der Fall sein. Soweit § 37 Abs. 1 S. 1 SGB V auch auf Fälle erweitert wird, in denen kein behandlungspflegerischer Bedarf besteht, sondern allein ein Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung während eines Heilungs- und Genesungsprozesses, wäre dieses Problem jedenfalls teilweise gelöst. Allerdings würde dann dem Vorrang der Laienpflege nur dann genüge getan, wenn – vergleichbar der Regelung in § 38 Abs. 4 SGB V – auch die Möglichkeit besteht, statt einer (fremden) Kraft selbst organisierte Unterstützung in Anspruch zu nehmen (z.B. durch nicht im Haushalt lebende Angehörige oder Nachbarn). Soweit diesen dann Fahrtkosten oder ein Verdienstaussfall hierfür entstehen, sind entsprechende Kompensationsregelungen vorzusehen.

Soweit bei Versicherten während des Heilungs- und Genesungsprozesses die häusliche Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung durch selbst beschaffte Unterstützungspersonen erfolgt, ist dies vom Gesetzgeber zu unterstützen. § 37 Abs. 3 SGB V ist daher entsprechend der Regelung des § 38 Abs. 4 SGB V zu fassen. In beiden Fällen sollten der Verdienstaussfall und die Fahrtkosten als Pflichtleistung, nicht als „kann“-Leistung, übernommen werden. Anhaltspunkt hierfür könnte die Regelung des § 39 SGB XI (Verhinderungspflege) sein. Alternativ könnten auch Lohnersatzleistungen und Regelungen über Pflegezeiten vorgesehen werden.

Angelegentlich dieser Stellungnahme wird zudem darauf hingewiesen, dass die Beschränkung des § 38 Abs. 1 SGB V auf Fälle, in denen Kinder unter 12 Jahren im Haushalt leben, nicht überzeugt. Denn auch für pflegende Angehörige, die einen Pflegebedürftigen im eigenen Haushalt versorgen, stellt sich die Frage nach einer Abwesenheitsvertretung bei Krankenhausaufenthalten und ähnlich begründeten Abwesenheiten. Jedenfalls soweit – z.B. mangels Pflegestufe des Pflegebedürftigen, insbesondere bei Demenzkranken – kein Anspruch auf entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung (z.B. Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege) besteht, ist eine entsprechende Erweiterung der Leistungen sinnvoll.

§ 38 Abs. 1 SGB V ist daher nicht nur auf die Situation von Familien mit Kindern, sondern auch auf die Situation von Familien mit Pflegebedürftigen anzuwenden, soweit die Pflegeversicherung hierfür keine Leistungen vorsieht.

Bei der Hilfsmittelversorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt besteht zudem teilweise das Problem, dass Hilfsmittel nicht rechtzeitig zur Entlassung vorhanden sind.

Krankenhäuser sollten (z.B. bis zur Ausschöpfung der DRG) verpflichtet und darüber hinaus berechtigt sein (vergütet), in Bedarfsfällen Patienten länger stationär zu versorgen. Krankenhausärzte sollen ermächtigt werden, neben häuslicher Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel sowie Arzneimittel für einen längeren Zeitraum (z.B. 4 Wochen) nach der Entlassung zu verordnen.

c. Qualitätsgesicherte, verbindliche Zusammenarbeit und verbindlicher Informationsaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern

Problematisch sind nach Auffassung der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern. Hierzu hat der Deutsche Verein bereits in seinen Empfehlungen für eine wohnortnahe Pflegeinfrastruktur² vielfältige Aspekte erörtert. Für die Vermeidung der genannten und vergleichbarer Versorgungslücken sind nach Auffassung der Geschäftsstelle die folgenden Maßnahmen förderlich:

- **Bundesweit einheitlicher Überleitungsbogen zwischen allen Leistungserbringern, der nach dem gleichen Schema aufgebaut ist. Dabei ist die Qualität der Daten bei allen Leistungserbringern sicher zu stellen.**
- **Datenschutzrechtliche Regelungen über einen Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern sind so zu verändern, dass ein sinnvoller Datenaustausch eindeutig erlaubt ist und nicht der Auslegung einer Generalklausel unterfällt.**

² Vgl. „Selbstbestimmung und soziale Teilhabe sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine wohnortnahe Pflegeinfrastruktur“ vom 8. Dezember 2010, NDV 2011, 14 ff. und 72 ff.

- Zur Organisation der Überleitungen auf Ebene des Care Management sollten kommunale Pflegekonferenzen verbindlich vorgesehen werden.
- Für das Überleitungsmanagement sollten verbindliche Qualitätskriterien mit Sanktionen bei Nichteinhaltung eingeführt werden.
- Soweit erforderlich, sollten nachsorgende Leistungserbringer (vergütet) Besuche zur Entlassungsplanung insbesondere im Krankenhaus durchführen dürfen.
- Auch beteiligte Ärzte müssen ihre zeitliche Verfügbarkeit für Überleitungsprozesse sicherstellen, ggf. sollten sie für Vertretungen sorgen. Hierfür sind entsprechende Regelungen, aber auch Vergütungen erforderlich.

Aktuell wird im Bund und in den Ländern über ein Versorgungsgesetz (ärztliche Versorgung) diskutiert. In diesem Kontext sollten die folgenden Aspekte mit berücksichtigt werden:

- Bei der finanziellen Förderung von Ärzten, die über bestimmte Qualifikationen verfügen, sollte auch „Vernetzung“ als Qualitätskriterium gewertet werden.
- Im Rahmen der Ausbildung (Förderung der Allgemeinmedizin) sollte nicht nur die Möglichkeit zur Ableistung studienpraktischer Zeiten in hausärztlichen Praxen, sondern auch in bestimmten sozialen Dienstleistungseinrichtungen (z.B. Pflegeheimen oder Beratungsstellen) möglich sein, um angehende Haus- und Fachärzte für die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu sensibilisieren.

Zu 2. Begleitforschung über Auswirkungen auf Versorgungsqualität der angrenzenden Versorgungsbereiche

Die Forschung ist bereits gesetzlich vorgesehen.

Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins fordert zu einer Umsetzung dieser Vorschriften auf.
