



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0102(10)
gel. VB zur Anhörung am 23.3.
2011_Versorgungslücke
16.03.2011

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zur Öffentlichen Anhörung am Mittwoch, 23. März 2011 zum

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

Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen

(BT-Drs. 17/2924)

Berlin, 23. März 2011

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Bestehende Versorgungslücken

Die Antragsteller gehen davon aus, dass mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) die Verweildauer im Krankenhaus deutlich gesunken ist und mehr medizinische Behandlungen ambulant erbracht werden. Die frühere Entlassung war gewünscht. Deutlich stärker offenbarten sich aber nun vorhandene Schnittstellenprobleme zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Die Versorgung durch Grundpflege und / oder hauswirtschaftliche Hilfen nach einem stationären Aufenthalt oder einer ambulanten Operation bzw. Behandlung (z. B. Chemotherapie) sei nicht ausreichend. Dies könne die gesundheitliche Situation der Patientinnen und Patienten verschlechtern bzw. die Genesung erheblich verzögern.

Zur Notwendigkeit gesetzgeberischen Handelns

ver.di stimmt dieser Einschätzung prinzipiell zu und begrüßt die Initiative der Fraktion BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und deren Forderung nach einem Gesetzentwurf zur Änderung des SGB V, womit bewirkt werden soll, 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.

Zugleich soll die Bundesregierung darauf hinwirken, dass im Rahmen der vorgeschriebenen Begleitforschung zu den DRGs auch die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der angrenzenden Versorgungsbereiche, wie ambulante Versorgung, Pflege und Rehabilitation, untersucht werden.

Die Forderungen der Antragsteller weisen in die richtige Richtung, sind aber nach Auffassung von ver.di nicht weitgehend genug. Es handelt sich auch nicht allein um eine durch die Einführung der DRGs entstandene Versorgungslücke, sondern um ein generelles Problem fehlender Vernetzung innerhalb unserer Gesundheitsversorgung. Der Trend zur Verkürzung der Verweildauer bei Krankenhausaufenthalten besteht bereits seit längerer Zeit und nicht erst seit Einführung der DRGs. Zwischen 1991 und 2000 ist ein Rückgang der Verweildauer bei stationären Aufenthalten von 14,0 auf 9,7 Tage (- 4,3 Tage) zu verzeichnen. Von 2000 bis 2009 sank die Verweildauer um 1,7 Tage von 9,7 auf 8,0 Tage. Seit Einführung der DRGs im Jahr 2004 bis Ende 2009 waren es noch 0,7 Tage. Dies widerspricht der Annahme, erst die Einführung der neuen Krankenhausvergütung habe zur Absenkung der Verweildauer geführt. Vielmehr dürften andere Faktoren ausschlaggebend gewesen sein. So etwa können immer mehr Operationen und Behandlungen aufgrund des medizinischen Fortschritts in kürzerer Zeit durchgeführt werden.

Schnittstellenprobleme beheben

Die gute Qualität der Versorgung in den einzelnen Sektoren ist bislang noch nicht zu einer guten Gesamtleistung zusammengeführt worden. Dies hätte mit der Einführung integrierter Versorgung erreicht werden können. Allerdings wurden die seit der GKV Gesundheitsreform 2000 entwickelten Möglichkeiten zum Abschluss von Integrationsverträgen und mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 durch Anschubfinanzierung in Gang gebrachten Verträgen nur zögerlich für eine echte regionale Integrationsversorgung genutzt. Zwischenzeitlich ist sogar ein deutlicher Rückschritt bei der Integrationsversorgung erkennbar. Eine Fortentwicklung findet nicht statt. Zur Lösung von Versorgungsproblemen wird in der Gesundheitspolitik wieder stärker auf sektorale Lösungen gesetzt, die sich längst als erfolglos erwiesen haben.

Wir haben nach wie vor eine Vielzahl mehr oder weniger unverbundener Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Sie könnten unter entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zu einem integrierten Versorgungssystem zusammenwachsen. Dabei erfolgt nicht nur ein Wechsel hin zu einer anderen Versorgungsform, sondern auch ein Perspektivwechsel. Nicht mehr der Bedarf der unterschiedlichen Leistungserbringer steht im Fokus, sondern der Bedarf der Patientin oder des Patienten. Wesentliches Qualitätsmerkmal eines solchen Versorgungssystems ist, dass unterschiedliche Einrichtungen und Akteure im Einklang mit den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten über die bislang bestehenden Schnittstellen hinweg zusammenarbeiten. Nicht mehr die einzelne Leistung ist gefragt, sondern eine koordinierte Gesamtleistung ist zu organisieren und zu erbringen. Für die integrierte Versorgung brauchen wir einen Rahmen, in dem diese Versorgungsform gefördert wird, z.B. ein regionales Globalbudget. Das Auslaufen der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung Ende 2008 hatte dem Ausbau dieser Versorgungsform geschadet. Mehr Zusammenarbeit braucht eine dauerhafte und verlässliche Förderung.

Vorfahrt für Integrationsversorgung

Die Möglichkeiten zum Angebot integrierter Versorgung sollen weiterentwickelt werden. Als erste Maßnahme sollte die bis 2008 bewährte Anschubfinanzierung insbesondere für eine bevölkerungsbezogene regionale Integrationsversorgung für einen längeren Zeitraum gesichert werden. Damit soll der Anreiz gestärkt werden aufwändige Verträge mit den gewünschten regionalen Versorgungsansätzen zu schließen. Erforderlich ist zudem, dass die Formen der Finanzierung in den einzelnen Versorgungssektoren einander angeglichen werden. Die derzeit sektoral unterschiedlichen Finanzierungsformen hindern Integrierte

Versorgung und sind Mitverursacher von Versorgungslücken. Ziel ist insgesamt, dass Integrationsversorgung zur Regelversorgung wird. Hierzu wird ein regionales Globalbudget gebraucht, das zwischen den Selbstverwaltungspartnern vereinbart wird.

Zusammenarbeit zwischen Professionen stärken

Der zunehmende Versorgungsbedarf und die Tatsache, dass im Jahr 2020 etwa 1,4 Mio. Menschen weniger als heute dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, ist Anlass einen Blick auf die Arbeitsteilung zwischen den Berufen im Gesundheitswesen zu richten. So hat ver.di im Rahmen eines EQUAL Programms „Netzwerk Integration und Pflege (InCareNet)“ neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen den Professionen im Gesundheitswesen erprobt. Zu den insgesamt 7 Praxisprojekten gehörte auch die Ausbildung zur „Community Medicine Nurse“ oder zu deutsch: Tele-Gesundheitsschwester. Es wurde von der Universitätsklinik Greifswald zusammen mit der Hochschule Neubrandenburg entwickelt und in einer Machbarkeitsstudie in Mecklenburg-Vorpommern getestet.

Die Idee: Moderne telemedizinische Technik und eine speziell geschulte Krankenschwester könnten dazu beitragen, dass eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung auch auf dem Land erhalten bleibt und die Ärzte, die dort arbeiten mehr Patienten in einem größeren Umkreis versorgen können. Die speziell geschulte Fachkraft entlastet die Ärzte, indem sie Routine-Besuche bei Patienten übernimmt und so dem Arzt – gerade in weniger dicht besiedelten ländlichen Gebieten – Stunden im Auto erspart. Und sie hält den sozialen Kontakt zum Patienten, kennt seine Lebenssituation, seine speziellen Probleme.

Viele der alten Menschen in Mecklenburg-Vorpommern sind chronisch krank. Der Weg zum Arzt aber ist oft weit. Mit der Folge, dass dieser oft nur im Notfall angetreten wird. Die Tele-Medizin soll mit Hilfe der „Community Medicine Nurse“, dafür sorgen, dass der Patient zu Hause betreut wird – ohne dass er oder der Arzt die meist langen Wege auf sich nehmen muss.

Die Pflegefachkräfte verfügen bereits über Berufserfahrung. Bei der Weiterbildung stehen die chronischen Krankheiten im Vordergrund, aktuelle Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft werden vermittelt; und die Pflegekräfte lernen, wie eine Praxis organisiert ist. Zudem geht es um Datenschutz, um Gesprächsführung mit den Patienten und Angehörigen, um Medizintechnik und natürlich um den Umgang mit Tele-Care-Geräten.

Das Besondere an dieser neuartigen ärztlich pflegerischen Zusammenarbeit: Nicht die „Community Medicine Nurse“, sondern die Ärztin oder der Arzt stellt die Diagnose und verordnet die Therapie. Die Tele-Gesundheitsschwester entlastet aber den Arzt. Dennoch mussten sich Ärzte erst an den Gedanken gewöhnen, dass die Tele-Gesundheitsschwester

nun Tätigkeiten übernimmt, die bisher dem Arzt überlassen waren. Wenn der Arzt tatsächlich nur noch zu den Patienten losfährt, bei denen er aufgrund der telemedizinischen Daten eine Diagnose erweitern oder neue Therapiemaßnahmen einleiten muss, die Routine aber der Tele-Gesundheitsschwester überlässt, ist allen geholfen. Den Patienten, weil ihr Gesundheitszustand besser überwacht wird, sie damit besser versorgt sind, vielleicht länger zu Hause leben können oder eben nicht in eine Versorgungslücke geraten; den Ärzten, weil sie entlastet werden und sie so mehr Zeit für Diagnose und Therapie haben; den Gesundheits- und Krankenpflegern, weil es ihr Betätigungsfeld erweitert.

Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung ausbauen

Es ist nicht nachvollziehbar, dass ambulante fachärztliche Behandlung durch angestellte Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus zwar von Privatversicherten jedoch nicht von Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse in Anspruch genommen werden darf.

Durch verkürzte Verweildauer können Ressourcen der Krankenhäuser - anstelle von Schließungen der Häuser - stärker in der ambulanten Versorgung genutzt werden. Dieser wünschenswerten Entwicklung stehen jedoch hemmende Faktoren entgegen. Dazu zählen die mangelhafte Ausstattung mit investiven Mitteln durch die Bundesländer aber auch die Beibehaltung und Verschärfung der Deckelung unter DRG – Bedingungen sowie die Weigerung der Bundesregierung den 2009 beschlossenen Orientierungswert umzusetzen, der die Kostenstrukturen im Krankenhaus besser abbildet.

Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung erhalten und ausbauen

Mit dem KHRG vom 17. März 2009 wurde auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems beschlossen (§ 17d KHG). Anders als die DRGs bilden tagesbezogene Entgelte die Grundlage. Weiterhin wurde vorgegeben, dass von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie – Personalverordnung (PsychPV) auszugehen ist. Geprüft werden sollte auch inwieweit im Krankenhaus ambulant zu erbringende Leistungen und Leistungen aus anderen Versorgungsbereichen (integrierte Versorgung) in das neue Vergütungssystem einbezogen werden sollten. Eine Begleitforschung ist durchzuführen. Deren erste Ergebnisse sind im Jahr 2014 zu veröffentlichen.

Die Gewerkschaft ver.di sieht mögliche Risiken eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär in der psychiatrischen Versorgung, die es zu vermeiden gilt. Dabei kann aus den Erfahrungen bei der Einführung und Weiterentwicklung der DRGs gelernt werden. Eine

hochwertige und vernetzte regionale Versorgung muss absolut Priorität haben. Anders als im somatischen Bereich erleben psychisch Erkrankte sehr individuelle Krankheitsverläufe, die von unterschiedlichen Determinanten (Familie, Arbeitssituation, Wohnort, Behandlungsmöglichkeiten u.a.m.) abhängig sind.

Die Anpassung an neue Entwicklungen und an neue Versorgungsstrukturen muss auch in einem pauschalierenden Entgeltsystem gewährleistet werden. Es muss darauf reagieren können, dass in der stationären Versorgung der Anteil von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen und komplexem Behandlungs-, Pflege-, und Hilfebedarf steigt. Andererseits müssen personenzentrierte Behandlungs- und Hilfesettings im außerklinischen Bereich organisiert und gesteuert werden, um das Empowerment des Patienten und seines Lebensumfeldes zu fördern. Aus diesem Grunde müssen sich psychiatrische Krankenhäuser in Zukunft auf den Ausbau integrierter, gemeindenaher und personenzentrierter Angebote konzentrieren können. Ein pauschalierendes Entgelt allein für den stationären Sektor widerspricht diesem Bedarf. Die vom Gesetzgeber formulierten Prüfaufträge sind daher von Anfang an in die Gestaltung des Vergütungssystems einzubeziehen. Die vorgesehene Begleitforschung ist bereits während der Entwicklungsphase unabdingbar.

Ebenso muss die Psychiatrie-Personalverordnung die Grundlage für die Festlegung der leistungsorientierten Entgelte bilden. Spätestens die Erfahrungen aus der Umsetzung der DRGs haben gezeigt, welche unerwünschten Wirkungen entstehen, wenn eine Personalregelung lediglich zum Berechnungsinstrument wird. Dann nämlich entsteht ein ökonomischer Anreiz zum Personalabbau. Für die psychiatrische Versorgung wäre das eine Katastrophe.

Entlassmanagement verbessern

Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 haben Versicherte gemäß § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die einzelnen Versorgungsbereiche. Der Anspruch richtet sich gegen die Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser oder Arztpraxen). Sie haben eine sachgerechte Anschlussversorgung sicherzustellen. Pflegeeinrichtungen sind in das Versorgungsmanagement einzubeziehen. Die Leistungserbringer sollen von den Krankenkassen bei der Erfüllung dieser Aufgaben unterstützt werden.

Vier Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes stellt ver.di jedoch fest, dass das Entlassmanagement nicht in dem erforderlichen Umfang ausgebaut wurde. In einigen Einrichtungen fehlt es noch vollständig, bei anderen werden erst bei Entlassung Aktivitäten entfaltet und nur bei einer Minderheit ist es als Behandlungspfad von der Erstuntersuchung

über mehrere Versorgungssektoren hinweg bis hin zur Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation oder Pflege ausgestaltet.

Im Sinne einer hochwertigen und bedarfsgerechten Versorgung ist es erforderlich, dass bereits zu Beginn der Behandlung ein kompetentes Fallmanagement einsetzt. Eine abgeschlossene Berufsausbildung der Fall- oder Case-manager/-innen in der Pflege oder in der Sozialarbeit (im Idealfall sollten beide Professionen im Case-Management vertreten sein) und eine entsprechende Weiterqualifikation, die durch Landesrecht oder unter Beteiligung der Sozialpartner durch Bundesrecht zu regeln ist, hält ver.di für erforderlich.

Auch die Finanzierung der Fallmanager/-innen bedarf der Regelung. Allein in den Krankenhäusern müssten nach Berechnung von ver.di rund 8.000 Stellen im Fallmanagement geschaffen werden, um eine bedarfsgerechte Weiterbehandlung oder Pflege ohne Versorgungslücken zu gewährleisten.