

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0102(17)
gel. VB zur Anhörung am 23.3.
2011_Versorgungslücke
17.03.2011

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Stellungnahme

des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

**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

**anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
am Mittwoch, 23. März 2011**

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Wurzerstraße 4a

53175 Bonn

Telefon: 0228 82093 - 0

Telefax: 0228 82093 - 43

e-mail: kontakt@vdk.de

Bonn/Berlin, den 11. März 2011

Inhalt

| | Seite |
|--|--------------|
| I. Darstellung der Problemlage | 3 |
| II. Allgemeine Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem zur Verhinderung von Versorgungslücken | 4 |
| III. Konkrete Maßnahmen zur Verhinderung von Versorgungslücken nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung | 5 |
| IV. Zusammenfassung und Ausblick | 6 |

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt den vorliegenden Antrag „*Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen*“ der Fraktion *Bündnis 90/DIE GRÜNEN* im Grundsatz und nimmt hierzu wie folgt Stellung:

I. Darstellung der Problemlage

Versorgungslücken und sektorale, professionelle und sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen gehören zu den zentralen Problemen des deutschen Gesundheitswesens:

- **sektorale Schnittstellen** bestehen vor allem zwischen Prävention, ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege
- **professionelle Schnittstellen** bestehen zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen
- **sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen** existieren insbesondere zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV).

Versorgungslücken entstehen vor allem dort, wo keine sektorenübergreifende, interdisziplinäre und trägerübergreifende Gesundheitsversorgung gewährleistet ist und können dazu beitragen, dass sich die gesundheitliche Situation der Patientinnen und Patienten verschlechtert bzw. sich die Genesung verzögert und dadurch weitere Kosten entstehen.

Nach einer Krankenhausbehandlung haben die Patientinnen und Patienten jedoch lediglich einen Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege bzw. Behandlungspflege gemäß § 37 Absatz 1 oder 2 SGB V. Dieser Anspruch deckt den tatsächlichen Versorgungsbedarf nach einem stationären Krankenhausaufenthalt bzw. nach einer ambulanten ärztlichen Behandlung allerdings nicht ab: Vielmehr benötigen Patientinnen und Patienten in diesem poststationären bzw. postoperativen Stadium häufig Unterstützung bei der Grundpflege und den hauswirtschaftlichen Verrichtungen zur Unterstützung des Genesungsprozesses, ohne dass es sich um Krankenhausvermeidungspflege im Sinne des § 37 Absatz 1 SGB V handelt.

Entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung können in diesem Stadium von den Patientinnen und Patienten zudem nur dann erfolgreich beantragt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich länger als sechs Monate besteht (siehe § 14 Absatz 1 SGB XI). Dies ist jedoch nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. einer ambulanten medizinischen Behandlung in der Regel nicht der Fall, da der Genesungsprozess normalerweise früher abgeschlossen sein wird und somit auch nur ein kurzfristiger Unterstützungsbedarf besteht.

Es entsteht somit eine auf sechs Monate begrenzte Versorgungslücke im Hinblick auf eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit grundpflegerischen Maßnahmen und hauswirtschaftlicher Versorgung zur Unterstützung des Genesungsprozesses.

II. Allgemeine Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem zur Verhinderung von Versorgungslücken

Nur durch moderne Kooperationsformen über die gesamte medizinische und pflegerische Versorgungskette kann eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Patientenversorgung erreicht werden. Notwendig sind deshalb abgestimmte Behandlungs- und Pflegekonzepte zwischen den Kassenärzten, die Patienten vor und nach stationären Behandlungen betreuen, und zwischen Klinik, Reha- und Pflegeeinrichtung unter rein medizinischen und pflegerischen Aspekten. Disease-Management-Programme (DMP), die Instrumente der integrierten Versorgung (IV) und medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind geeignet, eine durchgängige Therapie sicherzustellen.

Der Sozialverband VdK Deutschland fordert deshalb, die Finanzierung für die integrierte Versorgung dauerhaft zu sichern. Eine Projektevaluation muss nach einheitlichen, die Vergleichbarkeit sicherstellenden Kriterien verpflichtend vorgeschrieben, die Qualitätsergebnisse müssen für die Versicherten transparent gemacht und die Versorgungsforschung in diesem Bereich muss intensiviert und gefördert werden. Zudem müssen die sektoralen Grenzen der medizinischen Versorgung nachhaltig überwunden werden, dies kann – neben der Versorgung in speziellen DMP- und IV-Programmen bzw. der Versorgung im MVZ und im Rahmen von speziellen Selektivverträgen – in der *allgemeinen Regelversorgung* vor allem durch die folgenden Maßnahmen gewährleistet werden:

- Ein **Versorgungsmanagement** kann dazu beitragen, sektorale, professionelle und sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen zu überwinden. Es existiert auch bereits ein Anspruch auf Versorgungsmanagement: In § 11 Absatz 4 SGB V ist der Anspruch der GKV-Versicherten auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche normiert. Die betroffenen Leistungserbringer sollen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sorgen und sich gegenseitig die erforderlichen Informationen übermitteln, dabei sind sie von den Krankenkassen zu unterstützen. Außerdem sind die Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement einzubeziehen und eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern nach § 7 a SGB XI zu gewährleisten. Das Nähere ist im Rahmen von Verträgen nach den §§ 140 a ff. SGB V bzw. im Rahmen von Verträgen nach § 112 (zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung) oder § 115 (dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten) oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der GKV und mit Leistungserbringern nach dem SGB XI sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

Hintergrund für die Implementierung dieses Anspruchs auf Versorgungsmanagement sind die Kommunikations- und Koordinationsprobleme an den beschriebenen Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen. Unklar bleibt jedoch im Ergebnis sowohl der Anspruchsinhalt als auch der Anspruchspflichtete. Es ist jedenfalls von einer Gewährleistungsverpflichtung der Krankenkassen gegenüber den Versicherten auszugehen, wobei sich jedoch bereits aufgrund des unklaren Anspruchsinhaltes kaum ein konkreter Leistungsanspruch der Patientinnen und Patienten

ableiten lässt. Unklar ist bisher außerdem, ob bzw. inwiefern dem Anspruch gemäß § 11 Absatz 4 SGB V derzeit in Rahmen der GKV-Versorgung bzw. insbesondere in den Versorgungsverträgen mit den Leistungserbringern und in der Versorgungspraxis Rechnung getragen wird.

Im Ergebnis ist der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zu konkretisieren (zum Beispiel im Sinne einer Formulierung von Anforderungen an ein durchzuführendes Case-Management, die Entwicklung und Anwendung klinischer Behandlungspfade etc.) und die Anforderungen an die Leistungserbringer in der Versorgungskette sind parallel festzulegen. Vollzugsdefiziten ist nachhaltig entgegenzuwirken. Außerdem ist – in Anlehnung an die DRG-Begleitforschung – eine Versorgungsmanagement-Begleitforschung zu normieren und zu etablieren, welche sowohl die Versorgungssituation an den Schnittstellen in den Blick nimmt, als auch – in Ergänzung zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (vergleiche hierzu die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung) – Qualitätsaspekte berücksichtigt.

- Die Versicherten haben außerdem einen **Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche (Anschluss-) Behandlung**. Diesem Anspruch wird die Gesundheitsversorgung im Rahmen der GKV nur dann gerecht, wenn eine lückenlose, sektorübergreifende Versorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt ist.

III. Konkrete Maßnahmen zur Verhinderung von Versorgungslücken nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung

Zur Verhinderung von Versorgungslücken nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung sind aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland vor allem die folgenden konkreten Maßnahmen nötig:

- **Stärkung des individuellen Anspruchs auf ein Versorgungsmanagement gemäß § 11 Absatz 4 SGB V**

Eine besonders wichtige Schnittstelle bildet der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitere ambulante medizinische, ambulante oder stationäre rehabilitative oder ambulante oder stationäre pflegerische Versorgung, an der im Einzelfall auch noch weitere Leistungserbringer des Gesundheitswesens (zum Beispiel zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Arzneimitteln und Medizinprodukten etc.) beteiligt sind, so dass einem Versorgungsmanagement zur Überwindung der Koordinations- und Kommunikationsprobleme eine besonders große Bedeutung zukommt. Unterstützungsbedarf besteht hier insbesondere in den Fällen, in denen Patientinnen und Patienten aus der stationären Krankenhausbehandlung entlassen werden und nicht lediglich Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als ambulante Leistungen benötigen, sondern aufgrund ihres geschwächten Gesundheitszustandes noch nicht in der Lage sind, die Anschlussversorgung zu Hause selbst zu organisieren. In diesen Fällen ist ein professionelles Versorgungs-

management unter Einbeziehung aller an der (Anschluss-) Versorgung Leistungserbringer besonders wichtig. Der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement gemäß § 11 Absatz 4 SGB V ist deshalb unter besonderer Berücksichtigung dieser Schnittstelle zu konkretisieren. Außerdem ist die Schnittstelle stationäre Krankenhausbehandlung – ambulante (Anschluss-) Versorgung bei der geforderten Versorgungsmanagement-Begleitforschung zu fokussieren.

- **Gewährleistung einer adäquaten (Anschluss-) Versorgung**

Der Bedarf der Patientinnen und Patienten an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten medizinischen Behandlung resultiert aus einer vorangegangenen medizinischen Behandlung und der sich anschließenden und durch pflegerische Maßnahmen zu unterstützenden Rekonvaleszenzphase. Ähnlichen Bedarfslagen trägt zum Beispiel auch § 37 Absatz 1 Satz 1, 2. Alternative SGB V (Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege) bzw. § 38 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Anspruch Haushaltshilfe wegen Krankenhausbehandlung) Rechnung. Zur Unterstützung der Genesung und zur Vermeidung einer erneuten, durch pflegerische Unterversorgung in der Rekonvaleszenzphase bedingten und zusätzliche Kosten verursachenden ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung ist deshalb ein Anspruch auf bedarfsgerechte Behandlungs-, Grundpflege und/ oder hauswirtschaftliche Versorgung in das SGB V aufzunehmen.

- **Ausweitung der Begleitforschung nach § 17 b Absatz 8 KHG auf die angrenzenden Versorgungsbereiche**

Die Auswirkungen der Einführung der Diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG) müssen im Zuge einer sektorübergreifenden Versorgungsforschung auch im Hinblick auf die ambulante medizinische, pflegerische und rehabilitative (Anschluss-) Versorgung untersucht werden. Die DRG-Begleitforschung muss deshalb zukünftig zur Generierung von Entscheidungsgrundlagen zur Gestaltung einer vernetzten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung vor allem die aus der Versorgungsverlagerung in den ambulanten Bereich resultierenden Veränderungen der Versorgungsqualität bzw. die geänderten Bedarfe der angrenzenden Versorgungssektoren verstärkt berücksichtigen.

IV. Zusammenfassung und Ausblick

Der Sozialverband VdK Deutschland unterstützt den vorliegenden Antrag „*Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen*“ vollumfänglich:

- Patientinnen und Patienten benötigen nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten medizinischen Behandlung eine bedarfsgerechte adäquate (Anschluss-) Versorgung. In das SGB V ist deshalb ein Anspruch auf Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten medizinischen Behandlung aufzunehmen. Die Leistung soll nur bei Bedarf bzw. nur dann gewährt werden, wenn die Versorgung nicht auf andere Weise (z.B. durch mit im Haushalt lebende Angehörige) sichergestellt werden kann.

- Im Zuge der Intensivierung der Versorgungsforschung insbesondere im Bereich der sektoralen Schnittstellen ist bei den Vertragspartnern nach § 17 b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) darauf hinzuwirken, dass im Rahmen der Begleitforschung nach § 17 Absatz 8 KHG auch die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der angrenzenden Versorgungsbereiche – also vor allem die ambulante Versorgung, die Pflege und die Rehabilitation – untersucht werden.
- Die Überbrückung von sektoralen, professionellen und sozialversicherungsrechtlichen Schnittstellen und der an diesen Schnittstellen entstehenden Versorgungslücken stellt auch perspektivisch eine der größten Herausforderungen für das deutsche Gesundheitswesen dar. Deshalb ist es aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland unverzichtbar, den Anspruch der Patientinnen und Patienten auf ein bedarfsgerechtes Versorgungsmanagement zu konkretisieren, nachhaltig zu stärken, Vollzugsdefizite abzubauen und auch in diesem Bereich eine Begleitforschung zu etablieren.