

## **Stellungnahme des Vereins Ambulante Versorgungslücken e. V.**

zum Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Fritz Kuhn, Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Katrin Göring Eckhardt, 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  
Mittwoch, den 23. März 2011**

Patienteninitiative Ambulante Versorgungslücken e. V.

Humboldtstr. 126

28203 Bremen

Telefon/Fax:

0421 – 3 809 734 & 0163 – 4 430 020

0421 – 693 160 85

Mail

[avl@gmx.tn](mailto:avl@gmx.tn)

Website: [www.ambulante-versorgungsluecke.de](http://www.ambulante-versorgungsluecke.de)

Bremen, den 21. März 2011

## **A. Ausgangslage**

Bereits anlässlich einer Veranstaltung am 24.11.2003, die von der Bremer Krankenhausgesellschaft und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband organisiert wurde, stellten die Teilnehmer gemeinsam fest, dass bei einem Teil der Patientinnen und Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden oder an denen ein ambulanter Eingriff vollzogen wurde, noch ein deutlicher Versorgungsbedarf besteht.

Es wurde allgemein festgestellt, dass die Interpretation der §§ 37 und 38 SGB V in der Praxis von einer Vielzahl der Gesetzlichen Krankenkassen, vor allem in Bezug auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Unterstützung sehr restriktiv gehandhabt wird.

Seit jener Zeit haben sich die allgemeinen Bedingungen für eine Anwendung dieser §§ weiter verschlechtert.

- Die Verweildauer in den Krankenhäusern hat weiter abgenommen.
- Die Krankenhäuser lassen angesichts der wirtschaftlichen Lage noch sehr viel seltener soziale Indikationen für eine Verlängerung des Krankenhausaufenthalts gelten.
- Das Bundessozialgericht hat 2007 entschieden, dass allein medizinische Gründe einen Krankenhausaufenthalt und seine Länge rechtfertigen und dass die Kostenträger nur für diese Sachverhalte die Kosten übernehmen müssen.
- Die Krankenkassen stehen ebenfalls unter wirtschaftlichem Druck und schränken ihre Ermessensentscheidungen ein.
- Eine Ausweitung der Satzungsleistungen steht aus diesen Gründen kaum zur Debatte.
- Die Zahl der ambulanten Eingriffe und die Anzahl der Krankenhausaufenthalte steigen an. Ebenso nimmt der Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft zu. Die Patienten sind entsprechend nicht nur durchschnittlich älter, sondern auch multimorbider. Ihr poststationärer Rekonvaleszenzbedarf steigt kontinuierlich.
- Zusätzlich ist ein Trend zur Singularisierung zu beobachten, der vermehrt Menschen im höheren Lebensalter betrifft sowie eine erhöhte Mobilität von Erwerbstätigen, die der Entwicklung am Arbeitsmarkt geschuldet ist.
- Vor allem ältere Menschen kämpfen folglich in ihrem Genesungsprozess mit diversen, häufig miteinander kombinierten Problembereichen: entfernt lebende Verwandte, eingeschränkte Mobilität, Freunde, welche selbst ein höheres Lebensalter aufweisen, eingeschränkter finanzieller Rahmen und/oder Multimorbidität.

Folglich ist davon auszugehen, dass die ambulante Versorgungslücke, die bereits 2003 festgestellt wurde, größer geworden ist. Dem gegenüber sind die gesetzlichen Spielräume, einem poststationären beziehungsweise postoperativen Versorgungsbedarf entgegenzukommen, nicht erweitert worden.

Der Verein Ambulante Versorgungslücken e. V. widmet sich diesem prekären Thema bereits seit 2008. Ihm liegen vermehrt Berichte von Patienten aus verschiedenen Altersgruppen vor, deren poststationärer Versorgungsbedarf (hauswirtschaftliche Unterstützung, Grundpflege und/oder Behandlungspflege) nicht gesichert ist.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass

- *Patienten mit Anschlussheilbehandlung (stat. Behandlung mit Indikation),*
- *Patienten für eine geriatrische Reha (stat. Behandlung mit Indikation),*
- *„Pflegebedürftige“ aus dem Heim (stationäre Pflege - Voraussetzung: Einstufung nach SGB XI),*
- *ambulant „Pflegebedürftige“ (Kurzzeitpflege – Voraussetzung: Einstufung nach SGB XI),*
- *Menschen mit Kindern < 12 J. im Haushalt (Haushaltshilfe),*
- *Menschen mit verordnungsfähiger Behandlungspflege (Pflege mit Indikation),*
- *Psychisch Kranke (Soziotherapie mit Indikation)*

bereits auf eine Versorgung für die Phase nach der Akuttherapie zurückgreifen können. Problematisch wird es für diejenigen Patientinnen und Patienten, die in keine der genannten Kategorien fallen. So ist beispielsweise pflegebedürftig nur der, dessen Hilfebedarf die Dauer von sechs Monaten überschreitet (SGB XI, § 14 Absatz 1). Dem Verein sind aber mehrere Fälle bekannt, in denen Patientinnen und Patienten, aufgrund akuter Erkrankungen, wie beispielsweise Knochenbrüchen, Operationen an den Extremitäten o.ä., weniger als die im § 14 Abs. 1 SGB XI geforderten sechs Monaten auf Grundpflege und/oder Haushaltshilfe angewiesen sind. Als Konsequenz ergeben sich für die Krankenkassen und für die Versicherten selbst teils hohe direkte und indirekte Kosten. An dieser Stelle sei speziell auf die massiv eingeschränkte Lebensqualität, infolge von vermeidbaren Schmerzen, verlängerter Rekonvaleszenzphasen, Wiedereinweisungen ins Krankenhaus usw. hingewiesen.

## **B. Forderung**

Der Verein Ambulante Versorgungslücken e.V. fordert die gesetzliche Regelung der sogenannten „Versorgungslücke“ für Versicherte, die nach einer stationären Behandlung oder einem ambulanten Eingriff (inklusive ambulant versorgter Knochenbrüche) nicht in der Lage sind ihren Haushalt selbstständig weiterzuführen und/oder die Grundpflege durchzuführen. Es gilt den Anspruch der Versicherten, welche der „Versorgungslücke“ zugeordnet werden können, neu zu formulieren und gesetzlich, bei gleichzeitiger Abgrenzung zum Missbrauch dieser Leistungen, zu verankern. Die Option der Unterstützung durch Angehörige sollte hierbei weiterhin vorrangig sein.

Als für eine Änderung gemäß der zuvor genannten Forderung geeignet, erachtet der Verein den **§ 38 SGB V** „Haushaltshilfe“. Eine **Ausweitung** des in Absatz 1 § 38 SGB V angegebenen **Personenkreises** (hier vor allem die häufig übersehene Fallgruppe der Versicherten mit ambulanten Eingriffen, zu denen gleichermaßen die ambulante Versorgung von Knochenbrüchen zählt) sowie der **Angabe eines angemessenen Gewährungszeitraumes** wären in diesem Zusammenhang sinnvoll. Darüber hinaus sollte die **Erbringung** und der Umfang der **Haushaltshilfe** nicht von der Krankenkassenzugehörigkeit des Versicherten und den entsprechenden Satzungsleistungen abhängen, sondern unter dem Gebot der Gleichbehandlung für alle Krankenkassen **obligat** sein.

Die stringente Argumentation des Angebotes einer Haushaltshilfe als Wettbewerbsparameter und daraus folgend als Wechselkriterium für Versicherte trifft nicht auf die häufigste Fallgruppe in der ambulanten Versorgungslücke, der Menschen im höheren Alter zu. Gerade hier bestehen hohe und teils unüberwindbare subjektive Wechselbarrieren, die letztendlich zu menschenunwürdigen Situationen führen.

Vor dem Hintergrund des Versorgungsauftrages der GKV, der sich auf Krankheit und Krankheitsfolgen bezieht, sieht der Verein Ambulante Versorgungslücken e.V. den Antrag auf Schließung der „Versorgungslücke“ als berechtigt an und unterstützt ihn in oben genannter Weise.

Der Verein möchte zusätzlich darauf hinweisen, dass der Leistungsanspruch der Patientinnen und Patienten, die sich in der sogenannten „Versorgungslücke“ wiederfinden, prinzipiell in der Form des Vorrangs der unter der Überschrift Subsidiarität zusammengefassten informellen Hilfestellungen (Nachbarn, Freunde, Familie) begrenzt sein muss.

Eine überbordende Inanspruchnahme der GKV im Sinne einer uneingeschränkten Leistungsausweitung erachtet der Verein als nicht sinnvoll. Eigenverantwortlichkeit und Subsidiarität sollen als Prinzipien erhalten und gestärkt werden. Für eben diese Begrenzung empfiehlt der Verein eine stärkere Fokussierung auf das Überleitungsmanagement der Krankenhäuser, das sich an verbindlichen Qualitätsstandards orientieren und zu intensiver sektorenübergreifender Kooperation führen sollte. Eine Nicht-Beachtung sollte zwingend Sanktionen nach sich ziehen. Beschlussfähige regionale Koordinierungsstellen sind an dieser Stelle sinnvoll, um eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Kontrolle zu ermöglichen.

Darüber hinaus muss ebenfalls die Vorbereitung von stationären Aufenthalten, beziehungsweise ambulanten Operationen stärker in den Blick genommen werden. Durch die Sensibilisierung der Versicherten für ihre poststationäre oder –operative Situation, kann eine drohende Unterversorgung frühzeitig erkannt und ihr entgegengewirkt werden.

Eine Änderung des § 17 b Abs. 8 KHG bewertet der Verein Ambulante Versorgungslücken e.V. als nicht notwendig. Um die beschriebene Ausgangssituation empirisch zu stützen und des weiteren die Auswirkungen der ggf. folgenden Gesetzesänderungen auf die Versorgungssituation zu überprüfen, reicht die Vergabe entsprechender **Untersuchungsaufträge** an einschlägige Institute, wie das Bremer Zentrum für Sozialpolitik aus.