

Stellungnahme der DVSG zur Gesundheitsreform 2006

Einführung

Die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) ist ein Fachverband mit dem Ziel der Stärkung und Weiterentwicklung der Sozialarbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens. Psychosoziale Beratung und Betreuung ist ein wesentlicher Bestandteil im gesamten System der Sozialen Sicherung. Sozialarbeit übernimmt gerade im Gesundheitswesen an vielen Stellen Vernetzungsaufgaben in den unterschiedlichen Behandlungsphasen zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem. Sie agiert in und zwischen den Sektoren (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Nachsorge), zwischen den beteiligten Institutionen und kooperiert mit allen Berufsgruppen.

Die DVSG nimmt aus dem Fokus der Patientenorientierung und Sicherstellung der gleichberechtigten Teilhabe aller Menschen an den gesellschaftlichen Ressourcen unter gleichzeitiger Beachtung der ökonomischen Rahmenbedingungen Stellung zu relevanten Aspekten der Gesundheitsreform 2006:

Aus unserer Sicht werden wesentliche im Eckpunktepapier formulierte Schwerpunkte im Gesetzesentwurf nicht adäquat berücksichtigt.

Ambulante ärztliche Versorgung

Besondere Versorgungsformen - Integrierte Versorgung

Die DVSG begrüßt den Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung.

Die Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe und Leistungen des SGB XI in die Verträge bietet die Möglichkeit, bisherige Versorgungslücken zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem zu schließen. Die Erfordernis von Integrations- und Koordinationsaufgaben wird benannt ohne jedoch die Finanzierung dieser Aufgaben explizit einzuordnen.

Trotz der zu erwartenden Zunahme der Integrierten Versorgung als Versorgungsform darf das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten und das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nicht eingeschränkt werden, wenn sie sich für einen Behandlungsweg außerhalb der Integrierten Versorgung entscheiden. Die Ausrichtung auf eine flächendeckende Versorgung durch einen IV-Vertrag ist daher mit Skepsis zu betrachten.

Die Einbindung von Leistungen auch nichtärztlicher Heilberufe und der Pflegeversicherung ist begrüßenswert. Dadurch kann die Kontinuität der Versorgung sichergestellt und die Übergänge zwischen den Systemen für Patienten erleichtert werden. Zielführend wäre jedoch die umfassende Verzahnung des Gesundheits- und Sozialbereichs durch die Einbindung zusätzlicher Angebote (z.B. Beratungsstellen, Psychosoziale Dienste) zur Erreichung der intendierten Ziele.

Es ist darauf zu achten, dass eine sektorenübergreifende Versorgung patienten- und qualitätsorientiert erfolgt. Der Verzicht auf eine qualitätsgestützte Kontrolle der Erfolge neuer Versorgungsformen ist daher fragwürdig. Ein jährlicher Bericht an die zuständigen Behörden über Inhalt und Umfang - ohne Erfolgskontrolle – ist nicht ausreichend, da ggf. eher finanzielle Anreize zu Lasten von Qualitätsaspekten beim Abschluss von IV-Verträgen im Vordergrund stehen. Kurzfristige Kostenersparnis darf nicht zu Lasten der Qualität, und damit zu Lasten der Patienten gehen.

Problematisch ist die durch die intendierte Vielzahl der verschiedenen Vertragskonstruktionen und -partner zunehmende Intransparenz der Versorgungsmöglichkeiten. Viele Versicherte sind bereits heute überfordert, die Angebote der Krankenkassen zu überblicken und das für sie beste Angebot (das günstigste Hausarztmodell, das beste Chronikerprogramm für ein erkranktes Familienmitglied, der offerierte IV-Vertrag einer bestimmten Diagnose oder doch das attraktive Bonus-Programm für präventive Maßnahmen) zu wählen.

Wesentlich für das Gelingen von IV-Verträgen bzw. sektorenübergreifender Versorgung ist ein funktionierendes Case Management, das nicht nur die Grenzen innerhalb des Gesundheitswesens überwindet sondern auch Leistungen des Sozialsystems für die Patienten erschließen kann. Durch die Einbeziehung von Leistungen der Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung ist ein erster Schritt getan, dem jedoch weitere konsequent folgen müssen. Angesichts der u.a. von der WHO im ICF-Katalog bereits beschriebenen Tatsache, dass soziale Kriterien wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit oder Bewältigung von Krankheitsfolgen haben, kann die verbindliche Implementierung professioneller Sozialarbeit an diesen Schnittstellen wesentlich zum Gelingen der angestrebten Ziele beitragen.

Stationäre Versorgung einschließlich der stationären Rehabilitation

Die Entwicklung neuer Qualitätssicherungsrichtlinien zwischen GKV und GRV ist aus Sicht der DVSG nicht erforderlich, da ein differenziertes Qualitätsmanagement der DRV bereits erfolgreich in den Rehabilitationseinrichtungen umgesetzt wird, wie z. B. die vereinbarten Leitlinien zur Rehabilitation bestimmter Erkrankungen. Hier steht - im Gegensatz zu der eher strukturell ausgerichteten Zertifizierung der Einrichtungen - der Erfolg der Rehabilitation im Mittelpunkt, das heißt, die Qualität der rehabilitativen Arbeit am und mit dem Patienten.

Dieses System ist für alle Bereiche der Rehabilitation anwendbar und kann ohne großen bürokratischen Aufwand auf die Rehabilitationsmaßnahmen der GKV übertragen werden.

Das Recht der Versicherten, auch andere als die von jeweiligen Kasse unter Vertrag stehenden Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch zu nehmen, festzuschreiben und damit das Wunsch- und Wahlrecht umzusetzen, wird ausdrücklich begrüßt. Die Kostenträger sollten jedoch verpflichtet werden, ihren Versicherten für alle Rehabilitationsmaßnahmen ausreichend wohnortnahe Einrichtungen anzubieten. Gerade im Bereich der Geriatrischen Rehabilitation ist die wohnortnahe Durchführung der Maßnahme empfehlenswert um die Nähe zu den versorgenden Angehörigen sicherzustellen und diese auch in ganzheitliche Konzeptionen der Rehabilitation einbeziehen zu können.

Die Übernahme von Mehrkosten durch die Versicherten darf nur dann erfolgen, wenn wohnortnahe Einrichtungen ausreichend angeboten werden.

Die Verbesserung der Übergänge zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation sollte als Aufgabe verpflichtend den qualitativ verbesserten *Gemeinsamen Servicestellen* übertragen werden. Hier bestehen bereits flächendeckende Einrichtungen aller Rehabilitationsträger, die diese Aufgabe z.B. in regionalen *Runden Tischen Rehabilitation* organisieren könnten. Gemeinsam mit den Einrichtungen und den zuweisenden Sozialdiensten könnten so die Probleme vor

Ort schnell und praktikabel gelöst werden. Die konkrete Zusammenarbeit mit Sozialdiensten ist bereits in den Gemeinsamen Empfehlungen „Sozialdienste“ gem. § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX differenziert geregelt.

Arzneimittelversorgung

Kosten-Nutzen-Bewertung

Die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln wird kritisch gesehen. Dem verständlichen Wunsch nach einer ökonomischen Steuerung des Arzneimittelmarktes muss die Bewertung von ethischen Kriterien gegenüber gestellt werden. Die *Verlängerung der Lebensdauer*, *Verbesserung der Lebensqualität* und *Verkürzung der Krankheitsdauer* sind subjektive, individuell geprägte Kriterien, die nicht zu verallgemeinern sind. Jeder hat eigene Vorstellungen über seine „eigene“ Lebensqualität, insbesondere chronisch und sehr schwer kranke Menschen. Eine objektive Bewertung ist daher kaum möglich.

Gerade wenn die Kosten-Nutzen-Bewertung die Grundlage für Therapieempfehlungen und Verordnungseinschränkungen wird, besteht die Gefahr einer Selektion von Patientengruppen, die Zugang zu einer Therapie erhalten bzw. davon ausgeschlossen werden. Aus ethischen Gründen ist eine derartige Regelung abzulehnen.

Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel

Die Möglichkeit der Weitergabe nicht verbrauchter Arzneimittel innerhalb von Hospizen und Pflegeheimen wird sehr positiv bewertet. Diese Regelung ist sowohl ökonomisch als auch pragmatisch und trägt zu einer Kostenersparnis bei.

Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege

Um die Schnittstellenproblematik zwischen Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege zu mindern, wird in verschiedenen Punkten Handlungsbedarf festgestellt.

Entlassung aus dem Krankenhaus

Die Entlassung aus dem Krankenhaus und die Organisation der Nachsorge ist traditionell die Aufgabe des Krankenhaussozialdienstes. In fast allen Landeskrankenhausgesetzen ist die Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen sowie die Vermittlung in nachstationäre Rehabilitation und Pflege als originäre Aufgabe des Sozialdienstes fest geschrieben, da nicht die Art der Erkrankung (medizinische Aspekte) oder der Grad der Pflegebedürftigkeit (pflegerische Aspekte) über die angemessene Form der nachstationären Versorgung entscheiden, sondern die Vorstellungen des Patienten und die Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzes.

Die DVSG fordert daher eine verbindliche Regelung für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken, einen Sozialdienst mit entsprechender fachlicher Qualifikation vorzuhalten und die Verantwortung für das Entlassungsmanagement dort zu verankern. Die konkreten Inhalte sind in Verträgen im Rahmen des § 112 Abs.1 und Abs.2 Nr. 4 und 5 unter Beteiligung des Fachverbandes DVSG differenziert festzulegen.

Häusliche Krankenpflege

Es ist zu begrüßen, dass der Anspruch auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nicht nur in der eigenen Häuslichkeit bestehen soll. Der derzeitigen Entwicklung neuer Wohnformen wird damit Rechnung getragen. Allerdings muss der Anspruch explizit auch für Wohnungen von Angehörigen gelten, da viele ältere Patienten direkt nach der Entlassung nicht in die eigene Wohnung zurück kehren, sondern sich vorübergehend aufgrund noch bestehender Hilfe-

oder Pflegebedürftigkeit bei Angehörigen aufhalten. Der Haushaltsbegriff sollte daher möglichst umfassend definiert werden.

Häusliche Krankenpflege trägt insbesondere dazu bei, die Zeit bei noch nicht bestehender Rehabilitationsfähigkeit oder noch nicht bestehender Dauerpflegebedürftigkeit abzusichern. Allerdings ist in der Praxis zu beobachten, dass Krankenkassen nur dann die Grundpflege nach SGB V § 37 Abs. 1 und Abs.2 übernehmen, wenn medizinische Behandlungspflege dringend geboten ist. Patienten, die z.B. nach beidseitigen Frakturen die Arme oder Beine in Gips tragen, wird eine grundpflegerische Versorgung oder die Übernahme hauswirtschaftlicher Verrichtungen nicht gewährt, da von Seiten der Behandlungspflege kein Indikationsgrund vorliegt. Es wird daher vorgeschlagen, die Trennung zwischen *medizinischer Behandlungspflege*, *Grundpflege* und *hauswirtschaftlicher Verrichtung* aufzuheben und die Gewährung von Grundpflege nach Abs.2 nicht allein in das Ermessen der Krankenkassen (Satzungsleistung) zu stellen.

Die Übertragung der Verantwortung der Behandlungspflege in die Finanzierungsverantwortung der Pflegeversicherung wird als problematisch angesehen. Die bereits in der Praxis durchgeführte Pflege aus einer Hand sollte zukünftig aus einem Topf finanziert werden. Die von der Pflegeversicherung gewährten Leistungen der Grundpflege werden bei vielen Menschen ergänzt durch erhebliche Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Es ist zu befürchten, dass es durch die Deckelung der Leistungen im SGB XI zu einer erheblichen Mehrbelastung für die Pflegebedürftigen und auch den Sozialhilfeträger kommen wird. Eine Verschiebung der Leistungen kann ohne zusätzliche finanzielle Mittel zu einer Benachteiligung der Pflegebedürftigen führen, wenn sie ihr Budget zusätzlich für Maßnahmen der Behandlungspflege verwenden müssen.

Rehabilitation

Es ist begrüßenswert, dass die Bedeutung insbesondere der Geriatrischen Rehabilitation anerkannt und als Pflichtleistung eingeführt wird. Eine konsequente Umsetzung dieser Leistungsansprüche wird zu einer stabileren Gesundheitssituation und damit zu einer höheren Lebensqualität älterer Menschen und zu einer Verringerung der Anträge auf Einstufung (bzw. Höherstufung) der Pflegeversicherung führen.

Aus Sicht der DVSG ist es jedoch erforderlich, die dem SGB IX zugrunde liegende ganzheitliche Betrachtung des Menschen (ICF) und die darin festgelegten Standards anzuwenden. Diese regeln den umfassenden Anspruch auf fachspezifische, individuellen und passgenaue Rehabilitation und gleichzeitig den Anspruch auf Teilhabe an allen gesellschaftlichen Ressourcen (medizinische, berufliche *und* soziale Rehabilitation).

Der Grundsatz *Rehabilitation vor Pflege* muss in die Realität umgesetzt werden. Um dieses zu erreichen müssen neue Systemanreize geschaffen werden, die positiv bewerten, wenn die Sektorengrenze zwischen SGB V und SGB XI durchbrochen wird. Bisher wird der Grundsatz *Rehabilitation vor Pflege* nicht systematisch umgesetzt, da die hierfür erforderlichen Investitionen im Bereich des SGB V getätigt werden müssen, die Erfolge und positiven Auswirkungen dieser Maßnahmen sich jedoch (z.B. bei der Geriatrischen Rehabilitation) im SGB XI niederschlagen. Erforderlich wäre hier die Steuerung in Form von systematischen Assessmentverfahren und vor allem die verpflichtende Evaluation der Maßnahmen.

Es muss sicher gestellt sein, dass *alle* Patientengruppen, egal welchen Alters, die der Rehabilitation bedürfen auch Zugang zu den entsprechenden Maßnahmen erhalten. Grundlage der Entscheidung muss die gesundheitliche Situation, unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation sein.

Palliativversorgung

Die DVSG begrüßt eine Regelung zur Verankerung der Palliativversorgung.

Die palliative Versorgung beinhaltet eine Vielzahl von Maßnahmen, die multiprofessionell erbracht werden müssen. Neben der medizinischen und pflegerischen Betreuung sind dabei psychosoziale Leistungen unverzichtbar. Die ganzheitliche Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, sowohl ambulant wie stationär, erfordert ein hohes Maß an Kooperation zwischen den Berufsgruppen und die Einbeziehung von Leistungen der ehrenamtlichen Hospizarbeit. Die DVSG bietet ihre Mitwirkung bei der Erarbeitung spezifische Konzepte an.

Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

Die am individuellen Bedarf ausgerichtete Versorgung mit Hilfsmitteln entscheidet für jeden einzelnen Patienten über den Grad der Teilhabe. Gerade für Patienten, die sich aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes zwischen den Systemen bewegen ist eine qualitative Versorgung derzeit häufig mit großen Schwierigkeiten verbunden.

Es ist begrüßenswert, wenn dieses Problem erkannt und gelöst werden soll. Allerdings ist zu befürchten, dass bei den angestrebten Verträgen mit Hilfsmittelanbietern (Festbeträge) aufgrund der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen finanzielle Kriterien bei der Vertragsgestaltung im Vordergrund stehen. Dieses kann in der Praxis zu Lasten der Patienten und zu Lasten aller Versicherten gehen, denn nicht individuell angepasste und damit nicht genutzte Hilfsmittel bedeuten letztendlich die Verschwendung von ohnehin knappen finanziellen Ressourcen.

Transparenz und Bürokratieabbau

Durch die sich immer weiter verkürzenden Liegezeiten und den daraus resultierenden schnelleren Entlassungen mit noch bestehendem, zum Teil sehr hohem Pflegebedarf sollte die Regelung für die Verordnungen Häuslicher Krankenpflege (SGB V § 37 Abs.1) neu geregelt werden. Bisher dürfen die behandelnden Krankenhausärzte keine Verordnungen für die Patienten ausstellen, da sie keine Vertragsärzte der Kassenärztlichen Vereinigung sind. Der Aufwand, die Pflege nach der Entlassung sicher zu stellen, könnte deutlich für alle Beteiligten (Sozialdienst des Akutkrankenhauses, Haus- bzw. Facharzt, ambulanter Pflegedienst und Kostenträger) verringert werden, wenn das Krankenhaus Verordnungen für Häusliche Krankenpflege für die erste Zeit nach der Entlassung ausstellen könnte. Durch eine Regelung analog eines Vertrages gem. § 115 b Abs. 1 SGB V könnte damit eine reibungslose Anschlussversorgung durch häusliche Pflege wesentlich unbürokratischer und effektiver erfolgen.

Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten

Die DVSG begrüßt die im Eckpunktepapier formulierte Absicht, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten zu stärken.

Es muss jedoch sichergestellt werden, dass auch Menschen mit Behinderung barrierefreien Zugang zu den entsprechenden Entscheidungsmöglichkeiten haben. Im Rahmen der finanziellen Wahloptionen darf die Gruppe der chronisch Kranken oder behinderten Menschen nicht benachteiligt werden, da gerade sie häufig über geringes Einkommen verfügen und sie Einsparungen aufgrund ihres in der Regel hohen Bedarfs an Gesundheitsleistungen nicht leisten können.

Prävention

Die Stärkung der Prävention als eigenständige Säule der gesundheitlichen Versorgung wird begrüßt.

Die Umsetzung sollte in einem eigenen Präventionsgesetz erfolgen, denn Gesundheitsförderung ist nicht allein Sache der Versicherten, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe! Daher ist zu prüfen, ob die Finanzierung nicht unabhängig von den Versichertenbeiträgen erfolgen muss, damit die Intention von Prävention und Gesundheitsförderung eindringlich verdeutlicht wird.

Der skizzierte Settingansatz und der bereits im § 20 SGB V formulierte Grundsatz, dass Leistungen der Primärprävention insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen, kann erfolgreich nur dann umgesetzt werden, wenn Sozialarbeit in die prioritären Handlungsfelder und Maßnahmen verbindlich und verantwortlich eingebunden wird. Die DVSG als unabhängiger Fachverband ist bereit, sich an entsprechenden Planungen zu beteiligen.

Die Einführung einer Bonus/Malus-Regelung bei der Inanspruchnahme von Früherkennung- und Vorsorgeleistungen in Verbindung mit der Überforderungsklausel wird abgelehnt. Gerade finanziell schlecht gestellt Gruppen, Menschen mit Behinderungen oder mit geringem Bildungsstand werden nur unzureichend von solchen präventiven Programmen und Maßnahmen erreicht. Die Definition von „hinreichender Beteiligung“ an der Therapie wird überdies zu einer strittigen Frage, ebenso die Definition von persönlicher Lebensqualität.

Auch hier ist das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten zu beachten, insbesondere bei der erklärten Zielvorstellung von mehr Selbstbestimmung und Patientensouveränität.

Leistungskatalog und Zuzahlungen

Die Übernahme von Leistungen der Geriatrischen Rehabilitation, Palliativversorgung, Mutter-Vater-Kind-Kuren und die von der STIKO empfohlenen Impfungen wird ausdrücklich begrüßt.

Die Möglichkeit der Leistungsbeschränkung bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit wird sehr kritisch gesehen. Die Definition solcher Bereiche wird – wie schon in öffentlichen Statements erkennbar – schwierig. Die Selbstverschuldung wird in vielen Fällen schwer feststellbar sein und die Klärung voraussichtlich nur auf juristischem Wege erfolgen können.

Es wird begrüßt, dass die Steuerungswirkung bei Zuzahlungen evaluiert und überprüft wird. Die DVSG plädiert für eine Vereinfachung der bestehenden Regelungen in entbürokratisierte und überprüfbare Verfahren.

Am Beispiel der Zuzahlungen bei der Häuslichen Krankenpflege lässt sich feststellen, dass die Krankenkassen bei der Bewilligung von Verordnungen in der Regel die Dauer kürzen obwohl lt. SGB V § 37 Abs. 1 bis zu vier Wochen ein Anspruch darauf besteht. Dies führt zu einer erheblichen Steigerung der individuellen Zuzahlungen, die Kontinuität der Versorgung beeinträchtigen können und Betroffene mit geringen finanziellen Ressourcen erheblich belasten.

Es ist aus Sicht der DVSG sicher zu stellen, dass auch Menschen mit geringem Bildungsniveau und in schlechten finanziellen oder sozialen Verhältnissen, die häufig einen hohen Bedarf an gesundheitlichen Leistungen haben, der Zugang zu diesen Leistungen erhalten bleibt.

Reform der Institutionen

Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Die DVSG begrüßt die Stärkung der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes!

Der Einflussnahme der Krankenkassen auf fachliche Entscheidungen des MDK ist vermehrt zu beobachten.

Auf der Ebene der indikationsbezogenen Rehabilitation war die bisherige Begutachtung durch den Medizinischen Dienst bereits in der Vergangenheit schon nicht mehr die Regel. Unter der neuen Voraussetzung, dass die Geriatrische Rehabilitation eine Pflichtleistung wird, ist die Vorgabe, dass der MDK nur noch stichprobenartig und bei Verlängerungen seine Zustimmung gibt, sinnvoll. Ein reduzierter Prüfaufwand darf jedoch nicht zu einer Willkür bei der Bewilligung von Maßnahmen führen.

Verhältnis der Privaten Krankenversicherung (PKV) zur Gesetzlichen Krankenversicherung

Nicht (mehr) Versicherte

Die Verankerung der Rückkehrmöglichkeit für nicht mehr Versicherte in das jeweilige System ist sehr begrüßenswert!

Insbesondere die Einführung eines Basistarifes bei der PKV stellt sicher, dass im Bedarfsfall jeder Zugang zu den medizinischen Leistungen des Gesundheitswesens hat.

Die Beteiligung der PKV an den Leistungen zur Primärprävention muss als selbstverständlich angesehen werden, wengleich die Gesamtfinanzierung dieses Bereichs noch offen ist.

Fazit

Die Sicherstellung einer effektiven, effizienten und patientenorientierten Gesundheitsversorgung kann nur gelingen, wenn der Nutzen tatsächlich für die Patienten erlebbar ist und wenn Selbstbestimmung nicht Alibi bleibt. Die Behandlung von PatientInnen muss den Menschen in seiner Gesamtheit berücksichtigen und multiprofessionell erfolgen. Wesentlich ist das Erschließen der Ressourcen aus den jeweils relevanten Segmenten der verschiedenen Versorgungssektoren innerhalb des Sozial- und Gesundheitssystems, um Machhaltigkeit und Wirksamkeit zu erreichen.

Aus Sicht der DVSG kann eine solche Neuorientierung des Gesundheitswesens durch eine systematische und konsequente Einbeziehung der Sozialen Arbeit in die Behandlungs- und Versorgungskonzepte gelingen.

Mainz, 27. Oktober 2006