

Gesundheitsreform 2007

Neuer Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement – Folgen für die Sozialarbeit

Die neue Gesundheitsreform, die ab April 2007 in Kraft tritt, wird viele Änderungen mit sich bringen. Besonders interessant für die Sozialarbeit in Akut- und Rehakliniken ist die Ergänzung des § 11 SGB V um den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement. Die Leistungserbringer werden verpflichtet, eine sachgerechte Anschlussversorgung sicherzustellen. Die neue Regelung im Wortlaut:

In § 11 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen

Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung

und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.“

Sozialarbeit in den Kliniken leistet bislang Unterstützung „beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“, sei es beim Übergang nach Hause, in Einrichtungen, in Bezug auf Rehabilitation oder bei weitere Teilhabeleistungen. Die Frage ist nun, ob die Akut- und Rehakliniken den neuen gesetzlichen Auftrag ernst nehmen und die Beratung durch Sozialarbeit ausbauen oder ob auf Regelungen gewartet wird, die irgendwann vereinbart werden und vielleicht nur geringe oder keine Wirkung zeigen. Diese Befürchtung äußert der Düsseldorfer Sozialexperte Harry Fuchs, den die DVSG um eine Einschätzung zu den Auswirkungen des neuen Absatzes für die Sozialarbeit gebeten hat (siehe Kasten).

Aus Sicht der DVSG ist es wichtig, dass die Sozialarbeiter vor Ort die neue gesetzliche Vorschrift kennen und ent-

Stellungnahme von Harry Fuchs, Organisations- und Verwaltungswissenschaftler:

Die Arbeit der Krankenhaussozialdienste basiert in den meisten Bundesländern institutionell auf den Krankenhausgesetzen der Länder. Weil es sich um gesetzlich zugewiesene Aufgaben handelt, ist die Finanzierung auch Bestandteil der Krankenhausvergütung. Darüber hinaus werden den Krankenhäusern in den Leistungsgesetzen der Sozialgesetzbücher noch spezifische Pflichten zugewiesen, die ebenfalls von den Sozialdiensten auszuführen sind (z.B. Mitteilungspflicht bei sich abzeichnender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit nach § 7 SGB XI).

Die Einleitung von Rehabilitationsleistungen war für die Rentenversicherung schon seit Ende der 50er Jahre in entsprechenden Regelungen der Rentenversicherung geregelt (ab 1968 im Rheinland für die Arbeiterrentenversicherung und ab 1973 insgesamt insbe-

sondere für die Anschlusshilfsbehandlung). Im Verhältnis zur Krankenversicherung gab es ab 1990 entsprechende Verträge zwischen den Spitzenverbänden der Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Durch das SGB IX sind diese Regelungen alle in der Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 13 SGB IX aufgegangen, die den Sozialdiensten ausdrücklich die Aufgabe zuweist, Rehabilitationsleistungen anzuregen und in Abstimmung mit den Reha-Trägern auch einzuleiten (§ 2).

Daraus ergibt sich, dass das Versorgungs- bzw. Überleitungsmanagement für die Bereiche Rehabilitation und Pflege bereits bislang ziemlich umfassend gesetzlich und/oder durch gemeinsame Empfehlungen geregelt war. Aus dieser Sicht bringt die neue Gesundheitsreform nicht wirklich etwas Neues.

Die neue Regelung (§ 11 Abs. 4 SGB V) gilt nur für die Leistungen bzw. Versorgungssektoren der Krankenversicherung und die Schnittstelle zur Pflege,

nicht für Rentenversicherung oder Sozialhilfe. In der Krankenversicherung erfasst sie allerdings alle Leistungen einschließlich Heil- und Hilfsmittel und Rehabilitationsleistungen.

§ 11 Abs. 4 SGB V verpflichtet die Leistungserbringer (d. h. das Krankenhaus oder die Reha-Klinik) das Versorgungsmanagement durchzuführen, das heißt, die nachfolgenden Leistungen zu organisieren und die Überleitung in diese Leistungen zu gewährleisten. Die Krankenkassen sollen die Leistungserbringer dabei lediglich unterstützen.

Das Gesetz führt zur Umsetzung und zum Verfahren keine Einzelheiten aus, sondern überlässt es den Krankenkassen und den Leistungserbringern, die Einzelheiten in zwei- oder dreiseitigen Verträgen (§§ 112, 115 SGB V) zu regeln. Diese Verpflichtung besteht aber beispielsweise nach § 112 SGB V seit Jahren, ohne dass es jemals zu mehr als einer Entwurfsfassung gekommen wäre. Zielrichtung des BMG ist primär die Schnittstelle Krankenhaus/Pflege

Treffen zwischen DVSG und VPU

Wichtige Annäherung zwischen Sozialarbeit und Pflege

sprechend ihre Position stärken. Es kann für eine Klinik nicht angehen, Sozialarbeit nur in geringem Umfang vorzuhalten oder gar abbauen zu wollen, wenn gleichzeitig vom Gesetzgeber ein „Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement geschaffen wird, den die Leistungserbringer (Kliniken) gewährleisten müssen. Wenn hierzu Verträge abgeschlossen werden, muss die Sozialarbeit – im Sinne der Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 13 SGB IX – darin berücksichtigt sein.

■ *Ilse Weis,*
Mitglied des DVSG-Vorstandes,
© ilse_weis@med.uni-heidelberg.de

Info

Aktuelle Informationen zur Gesundheitsreform bietet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf der Internetplattform www.die-gesundheitsreform.de

Zu einem ersten Treffen zwischen dem Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland (VPU) und der DVSG sind im Januar Vertreter beider Vorstände in Münster zusammen gekommen.

Die DVSG Vorsitzenden Heike Ulrich und Ulrich Kurlemann sowie Irene Maier und Michael Rentmeister auf Seiten des VPU und haben sich zunächst grundsätzlich über die Strukturen beider Verbände informiert und über inhaltliche Aufgabenschwerpunkte der Pflege und der Sozialarbeit im Gesundheitswesen ausgetauscht.

Dabei wurde deutlich, dass es zahlreiche Schnittstellen zwischen beiden Berufsgruppen im Alltag gibt.

Von beiden Seiten wird eine Kooperation beispielsweise im konzeptionellen und gesundheitspolitischen Bereich als sinnvoll angesehen und angestrebt. Im weiteren Schritt sollen nun die sich daraus ergebenden Möglichkeiten einer Kooperation eruiert werden.

Das Themenfeld „Entlassungsmanagement/Überleitungsmanagement“ könnte hier ein wichtiger Schwerpunkt sein.

Info

Nähere Informationen zum VPU finden Sie auf der Internetplattform unter www.vpu-online.de

Informationen im Internet

Sozialarbeit im Palliativbereich

Im Palliativbereich ist Sozialarbeit auch schon in der Vergangenheit ein wichtiger Faktor des interdisziplinären Teams. Derzeit entstehen viele Palliativstationen neu. Auch im ambulanten Sektor entstehen neue Versorgungsstrukturen. Im neuen Gesundheitsreformgesetz wird im § 37 b die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ neu geregelt.

Für Interessenten an diesem Bereich hat die DVSG im Internet eine erste Sammlung wichtiger Informationsquellen zu Sozialarbeit im Palliativbereich eingestellt. Zu finden sind beispielsweise Links zur „Stellungnahme zur Notwendigkeit von Sozialarbeit in der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung“ (in den von der Bundesregierung geplanten flächendeckenden Palliativteams) des AK Soziale Arbeit der DGP (Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin), „Stan-

dards Sozialarbeit im Bereich Palliative Care“ des Dachverbandes Hospiz Österreich oder der Hinweis auf das Nordrhein-westfälische Qualitätskonzept – Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich, das vom Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW erstellt wurde. Geplant ist, diese Informationssammlung auszuweiten. Rückmeldungen über weitere Informationen und Literatur sind erbeten an: Ilse Weis, DVSG-Vorstandsmitglied Universitätsklinikum – Radiologie, Sozialdienst, Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg
☎ (0 62 21) 56-66 52,
☎ (0 62 21) 56-56 52
© ilse_weis@med.uni-heidelberg.de
Informationen unter www.dvsg.org, Fachgruppe Akutbehandlung

und man erwartet die Lösung durch Verträge zur Integrierten Versorgung unter Einbeziehung der Pflege.

Für das Verhältnis Krankenhaus/Reha besteht im Hinblick auf das vorhandene fortschrittliche Regelwerk der gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ mit einer relativ starken Stellung der Sozialdienste die Gefahr, dass im Rahmen künftiger Verträge nach §§ 11 Abs. 3, 112, 115 SGB V abweichende – auch schlechtere – Regelungen getroffen werden könnten. Der neue § 11 Abs. 4 SGB V ist nämlich im Verhältnis zu § 13 SGB IX, auf dem die gemeinsame Empfehlung basiert, im Sinne des § 7 SGB IX spezifisches und damit vorrangiges Recht. Das mindeste, was erreicht werden muss ist, dass in den Verträgen entweder nichts von der gemeinsamen Empfehlung abweichendes oder gar nichts geregelt wird. Dann gilt auch für die Krankenversicherung die gemeinsame Empfehlung Sozialdienste weiter.