



Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.
Fachverband seit 1926

Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)

zum

Regierungsentwurf vom 03.08.2011: Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetz- lichen Krankenversicherung (GKV-VSG)

Vorbemerkung

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. Zu Themen der Sozialen Arbeit stimmt sich die DVSG eng mit dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) ab.

Psychosoziale Beratung und Betreuung ist ein wesentlicher Bestandteil im gesamten System der Sozialen Sicherung. Soziale Arbeit übernimmt im Gesundheitswesen in den unterschiedlichen Behandlungsphasen an vielen Stellen Vernetzungsaufgaben zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem, zwischen Sektoren, zwischen Institutionen und zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Insbesondere durch diese Schnittstellenfunktion sind Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken sowie in nachstationären Einrichtungen und Diensten regelmäßig mit den Folgen eines gelingenden bzw. misslingenden Versorgungs- und Entlassungsmanagements befasst.

Allgemeine Einschätzung des Entwurfs

Die DVSG unterstützt das Ziel des Gesetzes, die flächendeckende bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern und Versorgungsungleichheiten zwischen städtischen und ländlichen Räumen abzubauen. Grundsätzlich werden dabei aber zwei Punkte vernachlässigt: Die Versorgungsungleichheiten innerhalb von urbanen Räumen zwischen privilegierten und benachteiligten Quartieren stellen aus unserer Sicht ein Problem dar, das in der Diskussion um dieses Gesetz zu wenig Beachtung findet. Wenn man die Versorgungsungleichheiten innerhalb von Großstädten betrachtet, erscheint der Ansatz des Gesetzes, ausschließlich über positive Anreize die Ansiedlung von Arztpraxen in unterversorgten Räumen zu verbessern, ohne steuernd auf die Überversorgung in

bestimmten Regionen und Quartieren einzuwirken, problematisch. Mittelfristig ist dadurch mit höheren finanziellen Belastungen für die Versicherten zu rechnen, so dass es für Menschen in sozial und gesundheitlich prekären Situationen zu zusätzlichen, gravierenden Belastungen kommt.

Durch die Fokussierung der Diskussion auf die Verbesserung der ärztlichen Versorgung gerät das Problem der Unterversorgung in bestimmten ländlichen Regionen und sozial benachteiligten Wohnquartieren mit anderen Gesundheitsleistungen zu stark aus dem Blickfeld der Diskussion. Dies betrifft beispielsweise die wohnortnahe Versorgung mit Rehabilitationsmöglichkeiten, Präventionsangeboten sowie psychosozialen Beratungsangeboten.

Aus diesem Blickwinkel nehmen wir im Folgenden zu den Neuregelungen des Entlassungsmanagements und des Versorgungsmanagements im Regierungsentwurf zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 03.08.2011 Stellung.

§ 37 Absatz 1 Satz 1 und § 38 Absatz 1 SGB V (Versorgungslücke):

Grundsätzlich:

Seit längerem wird unter dem Stichwort „Versorgungslücke“ das Problem diskutiert, dass bestimmte Patientengruppen nach einem Krankenhausaufenthalt oder auch einer ambulanten Behandlung einen Bedarf an hauswirtschaftlicher und/oder grundpflegerischer Unterstützung haben, aber auf Grund des vorübergehenden Charakters (weniger als sechs Monate) keine Leistung gewährt wird.

Folgende konkrete Versorgungsbrüche an der Schnittstelle stationär – nachstationär sind festzustellen:

- Die äußerst restriktive Bewilligungspraxis von Leistungen gem. § 37 Abs. 1 SGB V mit der zwingenden Kopplung am Bedarf an Behandlungspflege, sowie der Auflage der Vermeidung bzw. Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und dem damit verbundenen Aufwand der „Beweisführung“ führt zu einer Aushöhlung der Regelung; sie wird kaum noch umgesetzt.
- Die fehlende eindeutige gesetzliche Grundlage zur Finanzierung von Leistungen bei Bedarf an Haushaltshilfe auch über die in § 38 SGB V angeführten Sachverhalte hinaus.
- Die fehlende eindeutige gesetzliche Grundlage zur Erschließung von Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bei Menschen, die krankheitsbedingt voraussichtlich weniger als 6 Monate pflegebedürftig sind und damit keinen Leistungsanspruch im Rahmen des SGB XI haben.
- Der Kostensenkungsdruck und die widerstreitenden Systemanreize zwischen Kostenträgern stellen weitere erhebliche Hürden bei der Sicherstellung einer passgenauen, reibungslosen, patientenorientierten und nahtlosen Abschlussversorgung dar. So gibt es für Krankenkassen z.B. zu wenig wirksame Anreize zur Finanzierung einer (Geriatrischen) Rehabilitation, wenn der „Nutznießer“ dieser Maßnahmen neben dem Patienten ggf. eher die Pflegeversicherung ist. Die Ablehnung von Anträgen erfordert in vielen Fällen eine Unterstützung bis hin zum Widerspruchsverfahren. Die Unterstützung bei der Durchsetzung von Betroffenenrechten ist allerdings angesichts des Systemanreizes der schnellen Entlassung aus dem Krankenhaus für die Sozialdienste i.d.R. schwierig.

Um die Anschlussversorgung nach einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik sicherzustellen und Versorgungslücken zu vermeiden, schlagen wir folgende Änderungen in den Paragrafen § 37 Absatz 1 Satz 1 und § 38 Absatz 1 vor:

Änderungsvorschlag zu § 37 Abs. 1 S. 1 SGB V:

Erweiterung:

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird *sowie nach Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter Operation oder nach ambulanter Krankenbehandlung, wenn dies für den Heilungs- und Genesungsprozess erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung; erforderliche grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden auch ohne behandlungspflegerischen Bedarf gewährt. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.*

Änderungsvorschlag zu § 38 Abs. 1 SGB V:

Streichung Abs. 1 Satz 2:

Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. ~~Voraussetzung ist ferner, daß im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.~~

§ 39 Absatz 1 SGB V:

Grundsätzlich:

Bereits im Eckpunktepapier wird zu Recht festgestellt, dass aufgrund der Unverbindlichkeit der bestehenden gesetzlichen Regelung mit § 11 Abs. 4 SGB V das Versorgungsmanagement von den Leistungserbringern des SGB V nur sehr uneinheitlich umgesetzt wird. Mit Aufnahme von § 39 Absatz 1 SGB V wird das Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung als Bestandteil der Krankenhausbehandlung festgelegt.

Die DVSG begrüßt grundsätzlich die Konkretisierung des § 11 Abs. 4 Versorgungsmanagement auf das Entlassungsmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung, sowie die Aufwertung des Entlassungsmanagements als expliziter und festgeschriebener Bestandteil der Krankenhausbehandlung.

Gleichzeitig befürchtet die DVSG, dass mit der Konkretisierung des Entlassungsmanagements eine Verengung der Leistungen auf den Übergang zwischen Akutklinik und ambulanter und stationärer Pflege einhergehen könnte. Die Sicherstellung einer passgenauen Anschlussversorgung der Versicherten im Anschluss an Krankenhausaufenthalte betrifft letztendlich bei Beachtung der Teilhabesicherung i.S. des SGB IX die Schnittstellen zu einer Vielzahl von Leistungsbereichen. Insbesondere der Übergang zu Rehabilitationsleistungen und die Koordination der Leistungen der Sozialgesetze sollten ebenfalls gesetzlich konkretisiert werden.

Einige grundsätzliche Probleme bei der Umsetzung des § 11 Abs. 4 SGB V werden auch durch die Neuregelung des Entlassungsmanagements nicht gelöst: Sie liegen in der unklaren Regelung von Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und mangelnden bzw. kontraproduktiv gesetzten Systemanreizen bei der Sicherung der Anschlussversorgung. Ferner ist zu berücksichtigen, dass bestimmte Leistungen (z.B. Verlängerung der Verordnungen zu § 37 a,

§ 37 b SGB V oder Fahrtkosten nach § 60 Abs. 1 SGB V¹), derzeit erst nach persönlicher Untersuchung durch Vertragsärzte verordnet werden können. Die dabei entstehenden Versorgungsbrüche werden auch durch die vorgeschlagene Festschreibung eines Entlassungsmanagements nicht verhindert. Hier sind weitere entsprechende gesetzliche Anpassungen erforderlich.

Änderungsvorschlag zu § 39 Absatz 1 SGB V:

Streichung: „Entlassmanagement“

Einfügung: „interdisziplinäres Entlassungsmanagement“

Neue Fassung: „Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein interdisziplinäres Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt.“

Begründung:

Besondere Versorgungsanforderungen kumulieren an der Schnittstelle zwischen dem DRG gesteuerten akutstationären und dem nachstationären Sektor. Der Komplexität der individuellen Bedarfslagen von multimorbiden und chronischen Kranken steht die Komplexität und Heterogenität der Versorgungsangebote und ihrer Finanzierungsmöglichkeiten gegenüber – sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialbereich. Die Sicherstellung einer passgenauen nachstationären Versorgung bezieht sich in komplexen Fällen nicht allein auf medizinische, therapeutische oder pflegerische Leistungen, sondern alle Aspekte der Teilhabesicherung. Sie schließt darüber hinaus die Aktivierung der intrapersonalen Ressourcen des Betroffenen, seiner Familie und sozialen Netzwerke ebenso mit ein sowie die Inanspruchnahme von individuell passgenauen Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems.

Die Behandlung multimorbider, pflegebedürftiger und chronisch kranker Menschen erfordert ein abgestimmtes systematisiertes interdisziplinäres Behandlungssetting. Unterschiedliche Bedarfe können sach- und fachgerecht nur von den jeweils qualifizierten Professionen in einem abgestimmten und zielorientierten Vorgehen erkannt und gesichert werden. Dabei ist die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen bzw. Bezugspersonen von entscheidender Bedeutung für die Organisation einer tragfähigen Lösung nach dem Krankenhausaufenthalt. Die Beachtung von Selbstbestimmung und der Würde der Patientinnen und Patienten ist zwingend geboten, wenn Betroffene mündige und selbst verantwortliche Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen sein sollen. Dies kann jedoch nur dann gewährleistet sein, wenn die Betroffenen ausreichend und nutzerfreundlich informiert werden, wenn Prozesse und Leistungsprofile transparent sind und sie in die Lage versetzt werden, ihrem Selbstbestimmungsrecht Geltung zu verschaffen.

Aufgrund der Vielschichtigkeit der Bedarfe ist eine verantwortliche Regelung der Zuständigkeiten und Fachkompetenzen der beteiligten Berufsgruppen ein wichtiger Bestandteil eines wirkungsvollen Entlassungsmanagements. Zusätzlich erfordert dies die Festschreibung eines systematisierten Vorgehens und die Festlegung einer verbindlichen Verantwortung für jeden einzelnen Prozessabschnitt. Dazu gehört auch die Pflicht zur Evaluation, orientiert an der Prozess- und Ergebnisqualität und unter besonderer Berücksichtigung der Patientenorientierung und der Effizienz. Beispielfhaft sei hier auf die Publikation Konferenz der Fachberu-

¹ Weitere Beispiele siehe: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz – die Patientenbeauftragte (2011): „Alt und krank – wer hilft? Ein Leitfadens für die gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten bei Problemen in der gesundheitlichen Versorgung“.

fe im Gesundheitswesen (2011): „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ verwiesen².

Aus Sicht der Patienten stellt sich ihr Versorgungsbedarf nicht allein als die Behebung isolierter medizinischer oder pflegerischer Probleme dar. Vielmehr charakterisiert sich ihre Situation durch eine Mischung gesundheitlicher Probleme, finanzieller Einschränkungen, der Notwendigkeit die alltägliche Lebensführung nach der Entlassung zu bewältigen, schrumpfende soziale Netzwerke zu kompensieren, professionelle Hilfe in die häusliche Versorgungsnetzwerke zu integrieren und Barrieren beim Zugang zu Leistungsansprüchen der verschiedenen Sozialversicherungsträger zu überwinden.

Um die Anforderungen des Entlassungsmanagements kompetent im Sinne der Patienten erledigen zu können, sind eine hohe fachliche Kompetenz in der psychosozialen Betreuung, Beratungsexpertise, Kenntnis der Strukturen von regionalen Angeboten im ambulanten, teilstationären und stationären Gesundheits- wie Sozialbereich sowie Kenntnisse der Zugangs- und Finanzierungsmöglichkeiten zu Leistungen verschiedener Bereiche der SGB notwendig. Fehler und Brüche bei der Koordination der zersplitterten institutionellen Antworten auf diese komplexen Bedarfslagen machen sich als unnötige Belastungen der Patienten und ihrer Angehörigen, aber auch als vermeidbare Drehtüreffekte sowie Über- und Fehlversorgung ökonomisch bemerkbar. Deshalb sollte die erforderliche Qualifikation zur Umsetzung eines Entlassungsmanagements mit Absolventinnen und Absolventen eines Studiums der Sozialen Arbeit mit staatlicher Anerkennung konkret in der Gesetzesbegründung benannt sein.

Mit Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung erkennt der Gesetzgeber bei komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten neben der je Krankheitsbild erforderlichen speziellen Qualifikation auch die Bedeutung einer interdisziplinären Zusammenarbeit unter Beteiligung der Sozialen Arbeit, wie es z.B. in den G-BA-Richtlinien zum § 116b SGB V teilweise festgelegt ist, bereits an.

Die Sicherstellung einer effektiven, effizienten, qualitätsgesicherten, patientenorientierten und damit nachhaltigen Gesundheitsversorgung kann nur gelingen, wenn der Nutzen tatsächlich für alle Patientinnen und Patienten erlebbar ist und wenn Selbstbestimmung nicht Alibi bleibt. Die Behandlung, die gemäß § 39 Abs. 1 SGB V nunmehr auch das Entlassungsmanagement beinhaltet, muss den Menschen in seiner Gesamtheit berücksichtigen und multiprofessionell erfolgen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Wesentlich ist ein systematisiertes und vernetztes Vorgehen, das zugleich das Erschließen der Ressourcen aus den jeweils relevanten Segmenten des Gesundheitssystems und die Verknüpfung mit entsprechenden Hilfen aus dem Sozialsystem vorsieht, um Nachhaltigkeit und Wirksamkeit zu erreichen.

Aus Sicht der DVSG ist hierfür die konsequente strukturelle Einbeziehung der Sozialen Arbeit in das Entlassungsmanagement nach § 39 SGB V zwingend erforderlich.

Berlin, 16.08.2011

² Bundesärztekammer (Hrsg.) 2011: Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Berlin .