

## **Gesundheitsreform 2000 zwei Schritte vor und drei zurück?**

**Die neue Bundesregierung plant unter Führung der grünen Gesundheitsministerin Fischer eine grundlegende Veränderung der bisherigen Gesundheitsversorgung. Frau Fischer will das System der gesetzlichen Krankenversicherung bei zumutbaren Beiträgen auch in Zukunft auf qualitativ hohem Niveau sichern. Diesem Anspruch wird der Gesetzentwurf nur zum Teil gerecht. Problematisch ist vor allem die Machtfülle, die die Krankenkassen erhalten, ohne das die Einflußnahme der Patienten sicher gestellt wird. Mehr noch als bisher wird Krankheit als rein medizinische Fragestellung verstanden, ohne das soziale und ökologische Ansätze verfolgt werden. Der DBSH hat eine Stellungnahme erarbeitet, die an die Bundesgesundheitsministerin und die Bundesfraktionen gesandt wurde. Dem DBSH ist es gelungen, Gespräche mit führenden GesundheitspolitikerInnen im September und Oktober in Berlin zu vereinbaren. Ziel dieser Gespräche wird vor allem auch die Sicherung der Tätigkeit der Sozialdienste im Gesundheitswesen sein. Im Folgenden dokumentieren wir Auszüge aus der Stellungnahme des DBSH.**

Prinzipiell unterstützen wir die Absicht, eine gute gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu bewahren.

In diesem Zusammenhang begrüßen wir viele der vorgesehenen Maßnahmen (z.B. Mechanismen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung, Einführung eines Qualitätsmanagement, Selbsthilfeförderung, Begrenzung der Arzneimittelausgaben usw.).

Allerdings scheint das Prinzip einer Monistik, die die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung allein als Versicherungsdienstleistung definiert, für zu kurz gegriffen. Krankheit und Gesundheit vollziehen sich immer in gesellschaftlichen, sozialen und ökologischen Bezügen, die voneinander nicht zu trennen sind.

In dem Gesetzentwurf werden den Krankenkassen umfassende Rechte im Gesundheitssystem zugestanden, ohne das eine Kontrollmechanismus für die Krankenkassen selbst vorgesehen ist. Allen Erfahrungen nach aber wird das Verhalten der untereinander konkurrierenden Krankenkassen durch den Versuch geprägt, Krankheitskosten (und damit Beitragssätze) möglichst niedrig zu halten. Aus der Praxis heraus können wir eine Vielzahl von Beispielen nennen, wo dieses Verhalten insbesondere zu Lasten von älteren und nur wenig Beiträge zahlenden Mitglieder geht:

- So sind viele Krankenkassen aus wirtschaftlichen Gründen dazu übergegangen, Exklusivverträge mit REHA-Kliniken zu schließen, an die die jeweiligen Mitglieder gebunden sind – unabhängig von der Qualität der jeweiligen Klinik und der besonderen Situation der PatientIn (z.B. Wohngebietsnähe für Angehörige, Organisation der häuslichen Versorgung, usw.).

Auch die geplante Übertragung von Funktionen der Patientenberatung an den MDK scheint vor diesem Hintergrund mehr zu einer Rollenkonfusion, als zu einer wirksamen Beratung der Patienten zu führen. Wie soll die PatientIn ausgerechnet zu dem Funktionsbereich der Gesundheitsversorgung Vertrauen aufbauen, der an anderer Stelle mit der Eingruppierung in Pflegestufen und mit der Verkürzung von Liegezeiten (unabhängig von der psychosozialen Situation der PatientInnen) beauftragt ist?

Es ist keineswegs so, daß die Krankenkassen selbst "eigeninteressenfrei" arbeiten, vielmehr werden auch sie sich "wirtschaftlich" und "kundenfreundlich" verhalten. Der normale Kunde der

Krankenkasse im Wettbewerb aber ist nicht der kranke Mensch, sondern in aller Regel die Mehrheit der gesunden, niedrige Beiträge einfordernden Verdiener.

- Es bedarf daher der Institutionalisierung einer Funktionsstelle, die geeignet ist, die Patienten zu beraten und ihre Rechte nicht nur gegenüber den Leistungserbringern, sondern auch gegenüber den Krankenkassen zu vertreten.

Die alleinige Definition der Gesundheitskosten als Versicherungsleistung wird zu Problemen führen, die als Ausdruck eines "Budgetdenkens" ("nicht zu Lasten meines Kontos") zu werten sind: Mit der flächendeckenden Einführung von Fallpauschalen wird der notwendige Übergang "Krankenhaus" – Alltag erschwert und die öffentliche Hand – freilich an anderer Stelle – mit zusätzlichen Kosten belastet werden.

Insbesondere in der internistischen Versorgung älterer Menschen erscheint die Einführung von Fallpauschalen, angesichts der äußerst differenzierten Krankheitsbilder und der notwendigen Berücksichtigung des allgemeinen Zustandes äußerst problematisch. Darüber hinaus ist der Übergang in den Alltag für diese Patientengruppe bereits jetzt sehr schwierig: Angehörigengespräche, Abklärung mit Pflegediensten, Genehmigung der notwendigen Pflegestufe, evtl. Durchführung eines vormundschaftsgerichtlichen Verfahrens, Sicherstellung der Wohnungssituation, Berücksichtigung des allgemeinen Gesundheitszustandes usw. erfordern zuweilen einen Zeitrahmen, der durch ein eng gefaßtes System der Fallpauschalen nicht gedeckt werden kann. Im Einzelfall können die geplanten Maßnahmen dazu führen, daß PatientInnen ins "Nichts" entlassen werden.

Bereits das jetzige System der Pauschalierung erweist sich in vielen Fällen als problematisch. Auch hier wieder ein Beispiel:

- Eine Patientin mit Oberschenkelhalsfraktur verbleibt drei Wochen im Akutkrankenhaus. Dieses verzichtet auf eine frühere Überweisung in eine geriatrische REHA, weil dies zu einer Teilung der Fallpauschale führt. Die Patientin wird an die freipraktizierenden Ärzte verwiesen, die ihr ja Krankengymnastik verschreiben würde. Diese verschreiben auf der Basis des begrenzten Budgets nur Krankengymnastik nur für die Dauer von einer Woche. Dem betroffenen Sozialdienst bleibt nichts anderes übrig, als die Eingruppierung in eine Pflegestufe zu beantragen, und einen Platz in Kurzzeitpflege oder in einem Altenheim zu vermitteln. Angesichts der ausbleibenden Maßnahmen zur Mobilisierung werden der öffentlichen Hand auf lange Sicht wesentliche Mehrkosten (bei Pflegekassen und Sozialhilfeträgern) entstehen.
- Daher bedarf es der Möglichkeit vom System der Fallpauschalierung dann abzuweichen, wenn dadurch eine Integration in den Alltag des Patienten erleichtert wird. In diesen Fällen ist die Stellungnahme des Sozialdienstes im Krankenhaus zu berücksichtigen. Gleichzeitig ist den Krankenhausträgern aufzugeben, ein System des Case-Management einzuführen, das Fragen der Weiterführung des Patienten in die REHA- oder ambulante Versorgung und seine Integration in den Alltag berücksichtigt.

In diesem Zusammenhang bedauern wir sehr, daß in dem Gesetzentwurf die Arbeit der Krankenhaussozialdienste nicht erwähnt, geschweige denn in ihrer qualitativen und quantitativen Ausstattung festgeschrieben wurde, wie dies in einzelnen Landesgesetzen noch der Fall ist. Gerade aber der Krankenhaussozialdienst ist in idealer Weise geeignet als Schnittstelle zwischen Krankenhausversorgung und Alltag den Krankenhausaufenthalt selbst und die Nachsorge im Sinne des Patienten zu optimieren.

- Die Arbeit der Sozialdienste ist als Pflichtaufgabe der Krankenhausträger in ihrer qualitativen und quantitativen Ausstattung (Qualifikation als SozialpädagogIn/-arbeiterIn und Stellenschlüssel nach Bettenanzahl 160/1 im Akutkrankenhaus) festzuschreiben. Dabei ist der Krankenhaussozialdienst als eigenständige Säule im Krankenhaus zu etablieren

und in seiner fachlichen Ausgestaltung unabhängig von einer direkten Fachaufsicht durch Krankenhausträger und Krankenkassen zu gestalten.

In dem Gesetzentwurf wird als Modellvorhaben die Schaffung von "Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung" vorgeschlagen. Dies ist gegenüber der bisherigen Situation eine Verbesserung.

- Warum aber werden die vorhandenen Krankenhaussozialdienste nicht, zumindest bezogen auf den Krankenhausaufenthalt, als entsprechende Beratungsstelle genannt und in ihrer Unabhängigkeit gegenüber den jeweiligen Krankenhausträgern und Krankenkassen gestärkt?
- Warum sollen diese Beratungsstellen von "Parteienvertretern" mit ihren jeweiligen Eigeninteressen (Krankenkassen und Verbände) anerkannt werden, und nicht von den entsprechenden politischen Gremien auf Landesebene?

Ausgehend von diesen Fragen empfiehlt der DBSH:

- Die Übertragung der genannten Beratungsaufgaben für Patienten im Krankenhaus sollte an die Krankenhaussozialdienste erfolgen, soweit keine haftungsrechtlichen Vorgänge angesprochen sind. Gleichzeitig notwendige Beratungsstellen außerhalb der Krankenhausversorgung sollten an Träger der freien Wohlfahrtspflege übertragen werden. Die Beauftragung und Sicherstellung ihrer Unabhängigkeit selbst sollte nach Anhörung der Verbände und Krankenkassen durch die Landespolitik erfolgen.

Bislang waren Betreute von Behinderteneinrichtungen von der Budgetierung der Leistungen für Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie ausgenommen. Im Gesetzentwurf findet sich keine Fortschreibung dieser Sonderregelung, so daß im Umfeld dieser Einrichtungen, insbes. für die Behinderten selbst, mit erheblichen Einschränkungen bei diesen oft überlebenswichtigen Therapieleistungen gerechnet werden muß.

- Der DBSH fordert eine Fortschreibung der bisherigen Regelung der Herausnahme von Leistungen der Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie für Betreute von Behinderteneinrichtungen aus der Budgetierung.

Der DBSH begrüßt dagegen die Aufnahme des Angebot der "Soziotherapie" in den Leistungskatalog. Aber auch hier stellt sich die Frage, warum das Berufsbild der SozialpädagogIn/-arbeiterIn nicht genannt wird.

Zusammenfassend verleihen wir unserer Sorge Ausdruck, daß das Gesetz zu einer weiteren Aufspaltung und damit Bürokratisierung der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland führen kann, wenn die besonderen Aufgaben in der Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Bereichen des einzelnen Menschen nicht ausreichend gefördert werden.

*Autor: Wilfried Nodes*