– Fachbeitrag E5-2016 –

21.09.2016

Das Krankenhausstrukturgesetz: Ein wichtiger Beitrag zur Schließung von Versorgungslücken für Patienten[1]

Von Ingo Neupert, Dipl. Sozialpädagoge, M. A.,
stellv. Abteilungsleitung Sozialdienst Universitätsklinikum Essen

I. Einleitung

Im November 2015 wurde durch den Bundestag und Bundesrat das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) beschlossen und trat unmittelbar zum 01.01.2016 in Kraft.[2] Mit den Neuerungen soll die Qualität in der Krankenversorgung erhöht werden. Wesentliche Inhalte beziehen sich auf eine engere Verknüpfung der Behandlungsqualität von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus und der Krankenhausplanung/-finanzierung sowie eine verbesserte Finanzierung der Pflege innerhalb der Kliniken.

Mit dem KHSG wurden zusätzlich die gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Sozialgesetzgebung verändert, um bestehende Versorgungslücken zu schließen und die Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. einer ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus sicherzustellen und maßgeblich zu verbessern.

In der Praxis hatten sich wegen fehlender gesetzlicher Grundlagen zur Finanzierung und eingeschränkter Leistungsansprüche im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) immer wieder Brüche in der Versorgungskette nach einem Krankenhausaufenthalt gezeigt:

Aufgrund akuter Erkrankungen oder reduziertem Allgemeinzustand[3] ergibt sich häufig ein poststationärer Hilfebedarf in der Versorgung im häuslichen Umfeld bzw. ist eine Rückführung aufgrund des fehlenden sozialen Umfelds oder der räumlichen Gegebenheiten im Wohnumfeld temporär nicht möglich. Patientinnen und Patienten ohne Leis-

---

[1] Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag E5-2016 in der Kategorie E: Recht der Dienste und Einrichtungen veröffentlicht; Zitiervorschlag: Neupert: Das Krankenhausstrukturgesetz: Ein wichtiger Beitrag zur Schließung von Versorgungslücken für Patienten; Beitrag E5-2016 unter www.reha-recht.de; 21.09.2016.

[2] Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229).

[3] Der Begriff „Allgemeinzustand“ dient zur orientierenden Beschreibung der allgemeinen körperlichen und geistigen Verfassung eines Patienten, die im Wesentlichen auf Erfahrungswerten beruht, mit u.a. folgenden Parametern: Konstitution, Körperhygiene, Mobilität, Aktivität und Fähigkeit zur Selbstversorgung.

tungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung bei fehlender Pflegeeinstufung mussten bisher für ihre Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt im Wesentlichen selbst Sorge tragen; die Pflege war aufgrund fehlender Finanzierungsoptionen nur unzureichend sichergestellt.

Im klinischen Alltag betrifft diese Situation insbesondere Patientinnen und Patienten nach Frakturen der Extremitäten bei Entlassung, wenn eine medizinische Rehabilitation nicht angezeigt ist. Ebenso sind Personen nach schweren operativen Eingriffen, mit internistischen Krankheitsbildern oder ältere Menschen nach längeren Liegezeiten bei reduziertem Allgemeinzustand zeitlich begrenzt auf fremde Unterstützung angewiesen. Ihr Bedarf konnte im Rahmen des Entlassungsmanagements aus dem Krankenhaus nicht gedeckt werden; die Einsätze eines Pflegedienstes oder die Unterbringung in einer Kurzzeitpflege waren von einer Eigenfinanzierung der Patientinnen und Patienten abhängig. In der Praxis war jedoch der Großteil von ihnen mit dieser Eigenfinanzierung überfordert, so dass eine adäquate Nachversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt häufig nicht gegeben war.

Im Folgenden werden die bisherigen Leistungsansprüche im SGB V und SGB XI den Änderungen nach der Umsetzung des KHSG gegenübergestellt. Anhand der konkreten Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen soll skizziert werden, wie die bisher existierenden systematischen Versorgungslücken mit Hilfe der neuen Gestaltungsmöglichkeiten bei der sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten durch das KHSG geschlossen werden können.

II. Bisherige Leistungsansprüche für die poststationäre Versorgung

Bei der Organisation von Versorgungsstrukturen lassen sich unter dem Blickwinkel der pflegerischen Versorgung drei wesentliche Leistungsangebote unterscheiden: die Haushaltshilfe, die häusliche Krankenpflege und die Kurzzeitpflege. Unter der Maßgabe, dass Patientinnen und Patienten über keine Ansprüche auf Grund einer Pflegeeinstufung gegen die Pflegeversicherung verfügen, stellen sich die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung auf Grundlage der bisherigen Sozialgesetzgebung wie folgt dar:

1. Haushaltshilfe

Durch die Unterstützung mittels einer Haushaltshilfe wird die Fortführung des Haushalts sichergestellt. Im Wesentlichen sind hiervon Tätigkeiten wie Einkaufen, Reinigen der Wohnung oder Waschen der Wäsche erfasst. Personen z. B. nach Frakturen der Extremitäten, die über keinerlei Unterstützung im sozialen Umfeld verfügen, haben in diesen Bereichen häufig einen Hilfebedarf.

Generell ist die Haushaltshilfe gem. § 38 SGB V eine Leistung der Krankenversicherung. Für den Leistungsanspruch muss grundsätzlich ein Kind unter zwölf Jahren im Haushalt leben, und es darf keine andere Person aus dem Haushalt diesen fortführen können. Damit ergibt sich ein Leistungsausschluss älterer Menschen von der Haus-

haltshilfe, weil diese in der Regel nicht mit einem Kind dieser Altersgruppe zusammenleben. § 38 SGB V ermöglicht den Krankenkassen darüber hinaus, in ihrer Satzung den Leistungsanspruch der Versicherten zu erweitern. In der Praxis wurde diese Option aber von kaum einer Krankenkasse als Kann-Leistung in die jeweilige Satzung aufgenommen, so dass ältere Menschen die Fortführung ihres Haushaltes ohne Unterstützung sicherstellen mussten. Folgen hiervon waren erhebliche finanzielle Eigenbelastungen oder ein Mangel an Hilfestellungen.

2. Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege muss generell zwischen der Behandlungs- und Grundpflege unterschieden werden.

Unter die Behandlungspflege fallen medizinisch erforderliche Pflegetätigkeiten wie beispielsweise Wundversorgung, Injektionsgabe, Medikamentengabe oder unter bestimmten Voraussetzungen die Stomaversorgung. Für den Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse gem. § 37 SGB V ist eine Verordnung der häuslichen Krankenpflege durch den behandelnden Arzt erforderlich.

Im Gegensatz dazu bezieht sich die Grundpflege auf die rein körperliche Pflege. Im SGB V war die Grundpflege als Leistung der Krankenkassen bisher nur in Kombination mit einem Bedarf an Behandlungspflege und nach Prüfung der Krankenkasse unter engen Maßgaben vorgesehen. Die oben beschriebene Patientengruppe weist aber regelhaft keinen Hilfebedarf in der Behandlungspflege auf, so dass § 37 SGB V nicht greift.

Folglich ergeben sich für die Grundpflege nur mögliche Ansprüche gegen die Pflegekasse (SGB XI). Zwei wesentliche Voraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung und die Pflegeeinstufung sind Dauer und Umfang des Hilfebedarfs. Gem. § 14 Abs. 1 SGB XI liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn der Hilfebedarf mindestens sechs Monate andauern wird. Wenn also keine dauerhafte, sondern lediglich zeitlich befristete Funktionseinschränkungen beim Patienten vorliegen, ergibt sich bereits ein Leistungsausschluss. Erschwerend kommt hinzu, dass der Anspruch nach § 15 Abs. 3 SGB XI erst ab einem Hilfebedarf von mindestens 90 Minuten täglich in der Pflegestufe 1 einsetzt, davon mehr als 45 Minuten in der Grundpflege. Die Feststellung erfolgt durch eine Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Personen, die einen Hilfebedarf aufweisen, der unterhalb der zeitlichen Voraussetzungen der Pflegestufe 1 liegt, können somit auch keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

3. Kurzzeitpflege

Insbesondere wegen unzureichender Gegebenheiten im Wohnumfeld oder wegen fehlender Unterstützung im sozialen Umfeld sind häufig ambulante Versorgungsangebote nicht ausreichend. Eine zeitlich befristete stationäre Unterbringung in einem Pflegeheim zur Sicherstellung der weiteren Versorgung ist somit erforderlich.

Bis 2015 war die Kurzzeitpflege ausschließlich eine Leistung der Pflegekasse. Sie ist nach § 42 SGB XI für maximal acht Wochen zu gewähren und berücksichtigt die pflegebedingten Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Bedingung für den Leistungsanspruch auf eine Kurzzeitpflege ist jedoch das Vorliegen einer Pflegestufe. An dieser Stelle ergeben sich die gleichen Probleme wie bereits beim Anspruch auf Grundpflege beschrieben. Für Pflegebedürftige ohne zeitlich und umfänglich ausreichenden Hilfebedarf nach SGB XI ergibt sich eine Versorgungslücke, und sie sind von Kurzzeitpflege als Versorgungsangebot ausgeschlossen. Eine Finanzierung ist nur über Eigenleistung oder unter sehr engen Vorgaben (Anrechnung von Einkommen und Vermögen) über die Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe nach § 61 Abs. 1 S. 2 SGB XII zu realisieren.

III. Erweiterte Leistungsansprüche und wesentliche Änderungen durch das KHSG in der poststationären Versorgung

Mit neuer Gesetzeslage ändern sich seit 2016 für die Versorgungsstrukturen von Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt die Rahmenbedingungen. Die Voraussetzungen in den nachfolgend zitierten Gesetzen („insbesondere nach…“) sind so ausgestaltet, dass es sich bei den dort genannten Fällen (Krankenhausaufenthalt, ambulante Operation oder Krankenhausbehandlung) um beispielhafte Konkretisierungen handelt, der wesentliche Anknüpfungspunkt für den Leistungsanspruch aber die Schwere der Erkrankung oder eine akute Verschlechterung darstellt. Dies kann z. B. auch nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung der Fall sein.

1. Haushaltshilfe

§ 38 Abs. 1 SGB V wurde um einen neuen Satz 3 ergänzt. Demnach wird Haushaltshilfe Versicherten gewährt, die ihren Haushalt wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht weiterführen können. Dieser Leistungsanspruch besteht für maximal vier Wochen. Auch in diesem Kontext darf keine Person im Haushalt leben, die den Haushalt führen könnte.

In der Praxis profitiert eine große Versichertengruppe von diesem erweiterten Versorgungsangebot: Der Antrag ist bei einer Krankenkasse mit Vorlage eines ärztlichen Attests zu stellen, wobei § 38 SGB V hinsichtlich des zeitlichen Umfangs der Haushaltshilfe keine Vorgaben macht; die Festlegung obliegt dem behandelnden Arzt sowie der Prüfung durch die Krankenkasse. Pro Tag der Inanspruchnahme der Haushaltshilfe wird eine Zuzahlung von 10% der Haushaltshilfekosten (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro) verlangt.

Aktuell besteht noch die Situation, dass ambulante Pflegedienste nicht über ausreichend Personal in der hauswirtschaftlichen Versorgung verfügen. Aufgrund des ver-

mehrten Bedarfs ist aber davon auszugehen, dass sich die Angebots- und Personalstruktur von ambulanten Pflegediensten dahingehend anpassen und erweitern wird.

2. Häusliche Krankenpflege

Neu geschaffen wurde § 37 Abs. 1a SGB V, in dem der Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse auf die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für den Fall festgeschrieben wurde, dass kein Anspruch gegen die Pflegekasse nach dem SGB XI besteht. Entsprechend der Haushaltshilfe ist auch bei der häuslichen Krankenpflege die Voraussetzung eine schwere Erkrankung oder die akute Verschlimmerung der Krankheit nach einem stationären oder ambulanten Krankenhausaufenthalt bzw. einer ambulanten Operation. Je nach Krankheitsfall können Patientinnen und Patienten dieses Leistungsangebot für bis zu vier Wochen in Anspruch nehmen. In begründeten Ausnahmefällen und nach Prüfung des MDK ist eine Verlängerung möglich.

Seit Ende März 2016 ist die angepasste Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)[4] in Kraft. Leistungen der häuslichen Krankenpflege erfordern keinen Antrag bei der Krankenkasse, sondern erfolgen durch Verordnung des behandelnden Arztes in Form der Verordnung zur häuslichen Krankenpflege.

Im Bezug auf die Änderungen im KHSG definiert die Richtlinie die Krankenhausvermeidungspflege. Demnach kann bei entsprechender Indikation die im Einzelfall erforderliche Behandlungs-, Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung einzeln oder in Kombination verordnet werden. Die Erstverordnung durch den Vertragsarzt sollte sich auf einen Zeitraum von maximal 14 Tagen beschränken mit ggf. erforderlicher Folgeverordnung. Für die Verordnung durch das Krankenhaus im Rahmen des Entlassungsmanagements sind maximal sieben Kalendertage zulässig. Für die Versicherten gelten die gleichen Zuzahlungen wie bei der Haushaltshilfe (s. o.). Bei einer bereits vorhandenen Pflegeeinstufung kommt es nur zu einer Kostenübernahme der Behandlungspflege durch die Krankenkasse.

3. Kurzzeitpflege

In Bezug auf die Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit wurde § 39c SGB V neu eingefügt für den Fall, dass häusliche Krankenpflege bei schwerer oder akuter Verschlimmerung der Krankheit insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder ambulanter Krankenhausbehandlung nicht ausreichend ist. Für die Dauer des Leistungsanspruchs gilt § 42 SGB XI, er besteht bis zu acht Wochen bzw. 1.612 Euro pro Kalenderjahr.

---

[4] Abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1141/HKP-RL_2015-12-17_iK-2016-03-19.pdf.

Die Kostenübernahme erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag. Abgedeckt sind jedoch nur die pflegebedingten Aufwendungen, die soziale Betreuung sowie die medizinische Behandlungspflege. Versicherte müssen die Kosten der Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten, die je nach Heim variieren, eigenständig finanzieren. Das in einigen Bundesländern existierende Pflegewohngeld ist an einen Anspruch gegen die Pflegekasse gebunden, so dass es zur Deckung der Investitionskosten nicht herangezogen werden kann. Wenn aus dem eigenen Einkommen oder Vermögen die Eigenanteile der Kurzzeitpflege bei fehlendem Anspruch gegen die Pflegekasse nicht gedeckt werden können, so kann im Einzelfall zusätzlich Sozialhilfe (§ 61 Abs. 1 S. 2 SGB XII) beantragt werden.

IV. Zusammenfassung

Mit dem KHSG hat es der Gesetzgeber geschafft, große Versorgungslücken in der poststationären Versorgung von Patienten durch erweiterte Leistungsansprüche gegenüber den Krankenkassen zu schließen, so dass sich die sektorenübergreifende Versorgung auf der strukturellen Ebene im Zusammenspiel mit den in 2017 in Kraft tretenden Reformen der Pflegeversicherung nachhaltig verbessern wird.[5] Durch die neuen gesetzlichen Regelungen gewinnen das Entlassungsmanagement und die Schnittstellenarbeit der Sozialdienste an Komplexität. Damit zukünftig einer größeren Patientengruppe Versorgungsleistungen nach einem Krankenhausaufenthalt vermittelt werden können, ist ein strukturiertes, qualitativ hochwertiges und effizientes Entlassungsmanagement durch die Kliniken erforderlich.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.

---

[5] Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424)