

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zu den Änderungsanträgen
zum Entwurf eines
Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung (GVWG)

vom 7. Mai 2021

Zu Änderungsantrag Nr. 4 (§ 39d SGB V neu – Übergangspflege im Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll ein Anspruch des Versicherten auf unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erfolgende Übergangspflege in demjenigen Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, bestehen, sofern erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden können. Dieser Anspruch umfasst die im Einzelfall erforderlichen medizinischen und pflegerischen Leistungen einschließlich Unterkunft, Verpflegung, Versorgung mit Arzneimitteln sowie Entlassmanagement. Der Anspruch auf Übergangspflege besteht für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen für Übergangspflege ist vom Krankenhaus zu dokumentieren, eine entsprechende Vereinbarung über das Nähere zur Dokumentation ist von GKV-SV, PKV-Verband und DKG innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des § 39d SGB V abzuschließen, anderenfalls legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG die Inhalte ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren sechs Wochen fest.

Stellungnahme

Die Aufnahme der Möglichkeit eines Krankenhauses, Leistungen der Kurzzeitpflege erbringen zu dürfen und der Verpflichtung der Krankenkasse, diese Leistungen zu vergüten, ist ausdrücklich zu begrüßen. Eine entsprechende gesetzliche Verankerung wird seit langem von der DKG gefordert.

Krankenhäuser werden in der Praxis vielfach mit dem Problem konfrontiert, dass Patientinnen und Patienten zwar nicht mehr akut stationär behandlungsbedürftig sind, aber einer Anschlussbehandlung bedürfen. Die Unterbringung in einer entsprechenden Einrichtung oder die Entlassung der Patientin/des Patienten in ihr/sein Zuhause scheidet oftmals aus, da entweder keine entsprechenden Kapazitäten in geeigneten Einrichtungen zur Verfügung stehen oder die häusliche Pflege nicht möglich ist. Werden Patientinnen und Patienten in diesen Fällen aus sozialen Gründen nicht entlassen, sondern verbleiben sie im Krankenhaus, führt dies häufig zu MD-Prüfungen mit der Folge, dass – formal korrekt, da eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit in diesen Fällen nicht besteht – eine sekundäre Fehlbelegung festgestellt wird, die zu Rechnungskürzungen zu Lasten der Krankenhäuser führt.

Die bislang bestehende Gesetzeslage kann diese Problematik nicht lösen. Die Erbringung von Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI erfordert das Vorliegen einer vollstationären Pflegeeinrichtung sowie eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 Abs. 2 SGB XI. Eine Zulassung als vollstationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung nach SGB XI scheidet für ein Krankenhaus in der Regel aus, da beispielsweise zur Erfüllung der räumlichen Anforderungen einer Pflegeeinrichtung vom normalen Stationsbetrieb abweichende Räumlichkeiten erforderlich sind, was Krankenhäuser oftmals nicht umsetzen können.

Daher ist die nunmehr in § 39d SGB V – neu – verankerte Regelung, die einen Anspruch des Versicherten auf Übergangspflege im Krankenhaus beinhaltet, zur sachge-

rechten Lösung des in der Praxis vielfach anzutreffenden Problems der fehlenden Anschlussversorgung erforderlich und wird von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. Dessen ungeachtet besteht an einigen Stellen der intendierten Regelung des § 39d SGB V – neu – Änderungsbedarf.

So besagt § 39d Abs. 1 S. 1 SGB V – neu –, dass Übergangspflege im Krankenhaus nur dann in Betracht kommt, wenn die erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden können. Was darunter zu verstehen ist, wird nicht deutlich. Die Begründung zum Änderungsantrag sorgt nicht für Klarheit. Dort wird ausgeführt, dass die Patientin/der Patient keinen unzumutbaren Aufwand zur anderweitigen Sicherstellung der Versorgung betreiben müsse, dem Anspruch stehe beispielsweise nicht entgegen, dass ein Kurzzeitpflegeplatz in erheblicher Entfernung zur Verfügung stehe. Dieser Ansatz verkennt zum einen, dass der Aufwand zur Sicherstellung einer angemessenen Anschlussversorgung als Bestandteil des Entlassmanagements in der Regel beim Krankenhaus und nicht bei der Patientin oder dem Patienten anfällt. Zum anderen erscheint die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffes „unzumutbar“ durch einen anderen unbestimmten Rechtsbegriff, den der „erheblichen“ Entfernung, unglücklich, da dieser nichts zur Konkretisierung des Begriffes „unzumutbar“ beiträgt, sondern vielmehr selbst Auslegungsfragen provoziert. Welche Entfernung zu einem angemessenen Kurzzeitpflegeplatz „erheblich“ ist, bestimmt sich nicht allein nach der geographischen Entfernung, sondern vor allem nach der Erkrankung, wegen derer die Patientin oder der Patient behandelt wurde. Je erheblicher und spezieller eine Erkrankung ist, desto spezieller wird die angemessene Kurzzeitpflege ausfallen müssen, die nicht in der Fläche, sondern nur punktuell gegeben sein wird. Wo aber besteht dann die Grenze einer „erheblichen“ Entfernung?

Daher suggeriert der Begriff des „unzumutbaren“ Aufwandes – vor allem in Kombination mit der wenig aussagefähigen Begründung – eine fast nicht zu überwindende Hürde für das Vorliegen der Berechtigung zur Erbringung der Übergangspflege im Krankenhaus. Es bleibt unklar, ob sich die Unzumutbarkeit ausschließlich auf die Entfernung eines zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplatzes bezieht oder auch der Aufwand des Krankenhauses, eine angemessene Anschlussversorgung zu finden und die Verbringung des Patienten dorthin zu organisieren, bei der Frage der Unzumutbarkeit zu berücksichtigen ist. Es ist zuzugestehen, dass im Gesetz ein in gewisser Weise unbestimmter Rechtsbegriff zu verwenden ist, um die verschiedenen Gestaltungen der Lebenswirklichkeit regeln zu können, allerdings sollte nicht der kaum überwindbare Begriff der Unzumutbarkeit verwendet werden. Besser ist es, darauf abzustellen, dass eine angemessene Anschlussversorgung nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden kann. Diese Formulierung stellt sicher, dass die Suche nach einem Platz zur angemessenen Anschlussversorgung im routinemäßigen Rahmen des Entlassmanagements keinen Anspruch auf Übergangspflege auslöst, dies aber dann erfolgen kann, wenn der Aufwand einer solchen Suche das übliche Maß der Tätigkeit im Rahmen des Entlassmanagements übersteigt. Somit können Krankenhäuser aufgrund ihrer Erfahrungen einschätzen, wann eine Übergangspflege in Betracht kommt. Hilfreich wäre es zudem, in der Begründung den Begriff des erheblichen Aufwandes näher zu konkretisieren, indem beispielsweise Faktoren aufgezählt werden, die den Aufwand näher bestimmen

(z. B. Anzahl der Versuche der Kontaktaufnahme mit den für eine angemessene Versorgung zur Verfügung stehenden Einrichtungen).

Vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen die Möglichkeit, Kurzzeitpflege im Krankenhaus zu ermöglichen, bisher wegen Bedenken finanzieller Art sehr restriktiv behandelt haben, ist eine zeitliche Begrenzung dieses Anspruchs nachvollziehbar. Allerdings ist die Begrenzung auf lediglich 10 Tage zu kurz gegriffen. So kann es in Einzelfällen dazu kommen, dass diese Frist zu kurz ist, zu denken wäre beispielsweise an Langlieger, die einer intensiven pflegerischen Versorgung und Aktivierung bedürfen oder an Patientinnen und Patienten, deren Fähigkeit zur Durchführung einer Rehabilitation noch nicht festgestellt worden ist. Um auch diese Patientinnen und Patienten, die in besonderem Maße einer Anschlussversorgung bedürfen, Übergangspflege im Krankenhaus in ausreichendem Umfang gewähren zu können, ist der Anspruch auf Übergangspflege zumindest auf 14 Tage zu verlängern.

Änderungsvorschlag

§ 39d Absatz 1 SGB V – neu – wird wie folgt gefasst:

(1) Können im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur ~~unter unzumutbarem~~ **mit erheblichem** Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Leistungen zur Frührehabilitation, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, pflegerische Versorgung, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens **zehn vierzehn** Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum (Einsetzen: letzter Tag des dritten Monats nach dem Inkrafttreten) das Nähere zur Dokumentation nach Satz 4. Kommt die Vereinbarung nach Satz 5 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen den Inhalt der Vereinbarung fest.

Zu Änderungsantrag Nr. 8 (§ 132m SGB V neu – Verträge über Erbringung von Leistungen zur Übergangspflege im Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgevorschrift zu § 39d SGB V – neu – beinhaltet § 132m SGB V – neu – die Regelung, dass die Verbände der Krankenkassen und Krankenhäuser auf Landesebene Verträge über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus schließen. Sollte keine diesbezügliche Einigung gelingen, wird der Vertragsinhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach dem KHG festgelegt.

Stellungnahme

§ 132m SGB V – neu – überträgt als Folgevorschrift zu § 39d SGB V – neu – der Landesebene die Aufgabe, Verträge über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus – mit Ausnahme der näheren Einzelheiten zur Dokumentation, die gemäß § 39d Absatz 1 Satz 5 SGB V – neu – in einer bundeseinheitlichen Vereinbarung zu regeln ist – abzuschließen. Die Übertragung dieser Aufgabe auf die Landesebene ist sachgerecht, da nur so die Berücksichtigung landesspezifischer Besonderheiten möglich ist.

Dennoch bitten wir dringend darum, den Regelungsinhalt der abzuschließenden Verträge festzulegen. Wichtig ist herauszustellen, dass diese Verträge die für die Durchführung von Übergangspflege im Krankenhaus zu zahlende Vergütung zu regeln haben. Eine solche Regelung ist erforderlich um sicherzustellen, dass in allen Bundesländern Vergütungsregelungen für die Übergangspflege im Krankenhaus bestehen, wobei die konkrete Ausgestaltung dieser Regelungen landesspezifische Besonderheiten berücksichtigen kann.

Dass Inhalt dieser abzuschließenden Verträge die Regelung der Vergütung für die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus ist, macht schon der Verweis auf die Schiedsstelle nach § 18a KHG als Konfliktlösungsinstrument deutlich. Ein Verweis auf die im KHG vorgesehenen Schiedsstellen kommt insbesondere dann in Betracht, wenn Vergütungsfragen zwischen den Vertragsparteien streitig sind. Allerdings erscheint der Verweis auf die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG fehlerhaft zu sein, vielmehr ist auf die Schiedsstelle(n) nach § 18a Absatz 1 KHG zu verweisen, da es hier nicht um eine Festlegung des Inhaltes einer Vereinbarung auf Bundesebene, anders als in § 39d SGB V – neu –, geht, sondern um die Festlegung von Inhalten von Verträgen auf Landesebene, für die nicht die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG, sondern diejenigen nach § 18a Absatz 1 KHG zuständig sind.

Änderungsvorschlag

§ 132m SGB V – neu – wird wie folgt gefasst:

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die **bei** Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39d **zu zahlende Vergütung**. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch

die Schiedsstelle nach § 18a Absatz ~~6~~ **1** des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten festgelegt.