

## ANTWORT

zu der Anfrage

der Abgeordneten Astrid Schramm (DIE LINKE.)

betr.: Pflegestützpunkte und Überleitungsmanagement

Vorbemerkung der Fragestellerin:

„In ihrem Koalitionsvertrag haben die Regierungsparteien CDU und SPD 2012 vereinbart: ‚Mit den Einrichtungs- und Kostenträgern wollen wir sicherstellen, dass im Saarland kein Patient mehr ohne ein geordnetes Überleitungsmanagement eine Klinik verlässt. Ergänzend streben wir einen Rechtsanspruch auf vorübergehende krankenzuversichernde Leistungen zur Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt an, wenn dies medizinisch indiziert ist. Dies werden wir zum Gegenstand einer Bundesratsinitiative machen ebenso wie die Neudefinition des Begriffs ‚Pflegebedürftigkeit‘ (auf der Grundlage der Vorschläge des Pflegebeirates der Bundesregierung) und die gesetzliche Verankerung der Möglichkeit zur vorübergehenden Einweisung in eine Pflegestufe.‘ Außerdem heißt es im Koalitionsvertrag: ‚Die Pflegestützpunkte wollen wir zu regionalen Kompetenzzentren für die älter werdende Gesellschaft (Ansiedlung Wohnberatung, Beratung technischer Assistenzsysteme, Beratung Gesundheits- und Pflegeprävention) und zu zentralen Koordinierungsstellen für ambulante Dienste ausbauen. Die Landesregierung strebt an, die Pflegestützpunkte mit Ehrenamtsbörsen und AhA – Dienstleistungszentren zu vernetzen und die Präsenz vor Ort zu stärken.‘ “

Vorbemerkung der Landesregierung:

Die Fragestellerin zitiert in ihrer Vorbemerkung zahlreiche Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag der Regierungsparteien CDU und SPD aus dem Jahr 2012, die zwischenzeitlich entweder durch eigene Initiative der Landesregierung oder durch den Bundesgesetzgeber bereits umgesetzt worden sind. Die Einzelheiten der Umsetzung ergeben sich aus den nachfolgenden Antworten zu den Fragestellungen.

Wie ist der konkrete Stand der Umsetzung beim Ausbau der Pflegestützpunkte zu regionalen Kompetenzzentren und der Vernetzung mit Ehrenamtsbörsen und AhA - Dienstleistungszentren?

Welche Maßnahmen wurden bisher konkret umgesetzt und welche weiteren Maßnahmen sind geplant?

Zu den Fragen 1 und 2:

Die Fragen 1 und 2 werden gemeinsam beantwortet:

In Umsetzung des Koalitionsvertrages wurde das Institut für Gesundheitsforschung und –technologie (igft) der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (HTW) vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie mit der Durchführung einer Studie zur Weiterentwicklung des Case- und Care-Managements in den saarländischen Pflegestützpunkten beauftragt. Die Studie hatte folgende Inhalte:

- Erarbeitung bestimmender Faktoren einer erfolgreichen Netzwerkarbeit.
- Bestandserhebung der regional verfügbaren sozialen und pflegerischen Dienstleistungsangebote sowie Beratungsangebote Dritter; dazu gehören u.a. die AhA-Dienstleistungszentren und die Ehrenamtsbörsen.
- Erfassung der Netzwerkstruktur und Netzwerkqualität der Pflegestützpunkte.
- Modifikation der in allen Pflegestützpunkten verwendeten Dokumentationssoftware „Syncase“.

Die Studie wurde im Mai 2015 mit einer Fachtagung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie und der HTW mit den Landkreisen, dem Regionalverband Saarbrücken, den Pflegekassen sowie den Pflegestützpunkten abgeschlossen. Aufbauend auf den Ergebnissen der Studie betreibt die Landesregierung zurzeit im Einvernehmen mit den Trägern der Pflegestützpunkte (Pflegekassen, Landkreise und Regionalverband Saarbrücken) den Ausbau der strukturellen Netzwerkarbeit (Care-Management) in den saarländischen Pflegestützpunkten.

Wann wird die Landesregierung im Bundesrat die Initiative ergreifen, um einen Rechtsanspruch auf vorübergehende krankenpflegerische Leistungen zur Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt zu schaffen? Gibt es hierzu bereits konkrete Gespräche mit anderen Bundesländern?

Zu Frage 3:

Durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, welches zum 23.07.2015 in Kraft getreten ist, wurde der Rechtsanspruch der Versicherten auf ein Entlassmanagement nach erfolgter Krankenhausbehandlung in § 39 Absatz 2 SGB V ergänzt. Seither dürfen Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements, soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung.

Gemäß § 37 Absatz 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf die Verordnung häuslicher Krankenpflege für die Dauer von bis zu vier Wochen je Krankheitsfall, wenn diese der Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes dient. Umfasst sind dabei die erforderliche Grund- und Behandlungspflege. Im Bedarfsfall kann nach Einholen einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die 4-Wochen-Frist verlängert werden.

Gemäß § 37 Absatz 2 SGB V haben Versicherte darüber hinaus Anspruch auf die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in Form der Behandlungspflege, wenn die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der stationären oder ambulanten ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

Durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz), welches am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, wurde der Anspruch auf häusliche Krankenpflege durch Einfügen eines § 37 Absatz 1a SGB V (neu) ergänzt. Künftig haben Versicherte auch Anspruch auf Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, wenn dies wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Der Anspruch besteht für die Dauer von vier Wochen je Krankheitsfall. Die Frist kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung verlängert werden.

Ebenfalls durch das Krankenhausstrukturgesetz erhalten die Versicherten künftig einen Anspruch auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (neu). Danach erbringen die Krankenkassen Leistungen der Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen für eine Übergangszeit, wenn die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen und (noch) keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI festgestellt ist.

Damit besteht bereits ein ausdifferenziertes System von Rechtsansprüchen der Versicherten auf kranken- und grundpflegerische Leistungen zur Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt. Mit dem durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführten Ordnungsrecht des Krankenhauses wird zudem sichergestellt, dass keine Versorgungslücken bei der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit mehr entstehen.

Die Landesregierung sieht angesichts dieser gesetzlichen Verbesserungen keinen Handlungsbedarf für eine Bundesratsinitiative.

Wann wird die Landesregierung im Bundesrat die Initiative ergreifen, um die Möglichkeit zur vorübergehenden Einweisung in eine Pflegestufe gesetzlich zu verankern? Gibt es hierzu bereits konkrete Gespräche mit anderen Bundesländern?

Zu Frage 4:

Gemäß § 42 SGB XI haben Pflegebedürftige für eine Übergangszeit von maximal acht Wochen im Anschluss an eine stationäre Behandlung Anspruch auf Kurzzeitpflege. Ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI vorliegen, haben die Pflegekassen gemäß § 18 SGB XI durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen zu lassen. Grundsätzlich hat die Begutachtung im Wohnbereich des Versicherten zu erfolgen (§ 18 Absatz 2 Satz 1 SGB XI).

Dabei besteht gemäß § 18 Absatz 2 Satz 4 SGB XI jedoch auch die Möglichkeit eine Begutachtung nach Aktenlage vorzunehmen, wenn aufgrund der Aktenlage bereits das Ergebnis der medizinischen Prüfung feststeht. Von dieser Möglichkeit macht der MDK Saarland in den Fällen, in denen der behandelnde Arzt des Krankenhauses Hinweise zur Pflegebedürftigkeit im Anschluss an die stationäre Behandlung vorlegt, regelmäßigen Gebrauch. Dabei erfolgt laut den Qualitätssicherungsdaten des MDK eine nahezu tagessgleiche Begutachtung und Weiterleitung des Gutachtens an die Pflegekassen.

Problemanzeigen im Zusammenhang mit der Beanspruchung von Kurzzeitpflege bzgl. der fristgerechten Begutachtung und Feststellung einer (vorläufigen) Pflegebedürftigkeit haben die Pflegekassen und der MDK im Jahr 2012 zum Anlass genommen, die Verfahrensabläufe zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI zu überprüfen und im Sinne der Betroffenen zu optimieren. Im Ergebnis bedeutet dies, dass Krankenhaus-Patienten seither auf der Basis der Feststellung des MDK, dass im Zeitpunkt der Begutachtung voraussichtlich für mindestens sechs Monate wenigstens in erheblichem Umfang Pflegebedürftigkeit besteht, Kurzzeitpflege und entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können. Die konkrete Pflegeeinstufung erfolgt nach der Entlassung aus der Kurzzeitpflegeeinrichtung auf der Basis einer Wiederholungsbegutachtung durch den MDK.

Durch die gewählte Vorgehensweise ist im Einklang mit geltendem Recht sichergestellt, dass die Pflegekassen auf der Grundlage der nach Aktenlage erstellten Gutachten des MDK Leistungen der Kurzzeitpflege gewähren können. Damit wird ein zügiger Übergang des Pflegebedürftigen von der stationären Behandlung in die Kurzzeitpflege ermöglicht.

Die Landesregierung sieht daher keinen Handlungsbedarf mehr für eine Bundesratsinitiative.