

13.02.2019

## Antwort

der Landesregierung

auf die Kleine Anfrage 1898 vom 15. Januar 2019  
der Abgeordneten Angela Lück SPD  
Drucksache 17/4850

### **Verlässliche und planbare Rahmenbedingungen in der Kurzzeitpflege**

#### ***Vorbemerkung der Kleinen Anfrage***

Solitäre Kurzzeitpflegen müssen Anfragen zur Übergangspflege aus Krankenhäusern oder zur Entlastungspflege pflegender Angehöriger regelmäßig ablehnen, da die Kapazitäten voll ausgelastet sind. Gesetzliche Vorgaben und die Handhabung der Kostenzusagen durch die Krankenkassen erschweren zusätzlich die Arbeit in der Kurzzeitpflege.

Der Pflegegrad bei übergeleiteten Kurzzeitpflegepatienten liegt in der Regel höher als der pauschal gewährte PG 2, erfahrungsgemäß liegt die Pflegebedürftigkeit der übergeleiteten Patienten meistens im Pflegegrad 4.

**Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales** hat die Kleine Anfrage 1898 mit Schreiben vom 12. Februar 2019 namens der Landesregierung beantwortet.

#### ***Vorbemerkung der Landesregierung***

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen hat das IGES Institut im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen wichtige Hinweise auf Handlungserfordernisse und Lösungsansätze zusammengestellt.

Die Studie bestätigt, dass Kurzzeitpflegegäste im Unterschied zu stationär Langzeitpflegebedürftigen einen deutlich höheren Behandlungs- und Pflegebedarf aufweisen und der Kurzzeitpflege hier eine wesentliche Brückenfunktion zwischen Krankenhausbehandlung und nachgelagerter Versorgung zukommt.

Datum des Originals: 12.02.2019/Ausgegeben: 18.02.2019

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter [www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)

Im Rahmen der Studie wurde festgestellt, dass solitäre Einrichtungen ihre Kurzzeitpflege-Gäste deutlich häufiger in die ambulante Versorgung überleiten als vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen. Gerade solitäre Einrichtungen leisten deshalb einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung von Versorgungssituationen und zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit.

Das Angebot an Kurzzeitpflege hat sich jedoch strukturell verändert. Die Zahl der eingestreuten Plätze hat sich erhöht, dagegen ist die Zahl der ausschließlich für Kurzzeitpflege nutzbaren Plätze zurückgegangen.

Als Gründe werden Wirtschaftlichkeitsprobleme wegen häufiger Bewohnerwechsel, der in der Kurzzeitpflege durchweg höhere Pflegeaufwand einschließlich eines wachsenden Anteils an Palliativpflege, ungünstigere Refinanzierungsbedingungen sowie die im Jahresverlauf schwankenden Auslastungen benannt.

Die Studie hebt die Bedeutung und das Erfordernis des Ausbaus ausschließlich für die Kurzzeitpflege nutzbarer Plätze für eine verlässliche Versorgung mit dem für die Stabilisierung der häuslichen Pflege sowie der Entlastung der pflegenden Angehörigen notwendigen Angebot hervor. Sowohl für Pflegebedürftige als auch ihre Angehörigen ist es entscheidend, Kurzzeitpflege verlässlich, planbar sowie kurzfristig in Anspruch nehmen zu können.

Für den Ausbau der (solitären) Kurzzeitpflege ist auch aus Sicht der Landesregierung eine kritische Prüfung und Verbesserung der aktuellen Rahmenbedingungen erforderlich. Diese müssen eine zielgerichtete, effektive Versorgungskonzeption und eine auskömmliche Refinanzierung ermöglichen.

Die Refinanzierungsstrukturen sind zu einem großen Teil bundesrechtlich geregelt. Dies hat die Landesregierung zum Anlass genommen, im Rahmen der 95 Arbeits- und Sozialministerkonferenz vom 5./6. Dezember 2018 einen Antrag miteinzubringen, mit dem die Bundesregierung aufgefordert wurde, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Kurzzeitpflege insbesondere an der Schnittstelle zwischen gesundheitlicher und pflegerisch-betreuerischer Versorgung zu verbessern.

(Link: <https://asmkintern.rlp.de/de/beschluesse/> )

Auf Landesebene haben die Pflegeselbstverwaltung sowie das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in der letzten Zeit mehrere Maßnahmen zur Stärkung der Kurzzeitpflege auf den Weg gebracht:

1. Die Pflegeselbstverwaltung hat vereinbart, dass Pflegeheime, die sich verpflichten, größenabhängig mindestens ein bis zwei Plätze ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorzuhalten, eine um 30 Prozent verbesserte Vergütung für ihre Kurzzeitpflegeplätze erhalten. Nach Angabe eines Pflegekassenverbands in Nordrhein-Westfalen werden mit Stand 30. Januar 2019 durch diese Vereinbarung (sogenannte Fix/Flex-Regelung) in 189 Pflegeheimen insgesamt 387 Pflegeplätze für die Kurzzeitpflege freigehalten.
2. Nach einer weiteren Vereinbarung der Pflegeselbstverwaltung können die Einrichtungen außerdem für Menschen, die ohne einen bereits endgültig festgestellten Pflegegrad nach einem Krankenhausaufenthalt direkt in eine Kurzzeitpflege kommen, Vergütungen auf Grundlage des Pflegegrads 3 statt des Pflegegrads 2 abrechnen. Die Maßnahme trägt dem oftmals hohen Pflegebedarf gerade dieser Personengruppe Rechnung.

3. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat darüber hinaus verfügt, dass Pflegeeinrichtungen, die zum 1. August 2018 über zu viele Doppelzimmer verfügten, diese Zimmer für drei Jahre weiter als Doppelzimmer nutzen können, wenn sie ausschließlich Kurzzeitpflegegäste darin aufnehmen. Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen wurden von der Verpflichtung zur Erreichung der Einzelzimmerquote von 80 % und der Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl von Bädern (Einzel- bzw. max. Tandembäder mit direktem Zugang aus den Zimmern der Nutzer) generell freigestellt.
4. Außerdem hat das Ministerium mit den Landesverbänden der Pflegekassen eine Arbeitsgruppe begründet, die prüfen soll, wie Kurzzeitpflegeplätze mit Anbindung an Krankenhäuser geschaffen werden können. Hier sollen zunächst Modellprojekte zur Klärung der Rahmenbedingungen durchgeführt werden.

Hinsichtlich der nachfolgenden Einzelfragen wird darauf hingewiesen, dass sich die Antworten auf die Fragen 1 und 2 auf die Verfahrensweisen der der Rechtsaufsicht des Landes Nordrhein-Westfalen unterstehenden Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, Pflegekassen und deren Landesverbände bezieht.

**1. *Warum erfolgt die Einschätzung des Pflegegrades bei der Überleitung in die Kurzzeitpflege nicht nach Aktenlage?***

Zunächst erfolgt ein kurzer Überblick über die von den Pflegekassen zu beachtenden rechtlichen Voraussetzungen.

Rechtsgrundlage für die Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, bilden § 18 SGB XI sowie die bundesweit geltenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI.

Danach haben der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter die Versicherten in ihrem Wohnbereich zu untersuchen. Die Begutachtung der antragstellenden Person im Wohnbereich kann unterbleiben, wenn ausnahmsweise bereits aufgrund einer eindeutigen Aktenlage feststeht,

- ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind,
- welcher Pflegegrad vorliegt und
- ob und in welchem Umfang geeignete primärpräventive therapeutische bzw. rehabilitative Leistungen in Betracht kommen.

Befindet sich die antragstellende Person im Krankenhaus, ist die Begutachtung in der Einrichtung durchzuführen, wenn Hinweise vorliegen, dass dies zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung (z.B. Kurzzeitpflege) erforderlich ist. In diesen Fällen ist festzustellen, ob die Voraussetzungen mindestens des Pflegegrads 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung – insbesondere zum Pflegegrad - ist dann unverzüglich nachzuholen.

In Nordrhein-Westfalen wurden in der Vereinbarung zu § 3 Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (jetzt § 5 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen), an der u.a. die Landesverbände der Pflegekassen und die Träger der nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen

beteiligt waren, für die Landesteile Rheinland und Westfalen-Lippe leicht voneinander abweichende Regelungen getroffen.

Im Rheinland wendet sich der Soziale Dienst des Krankenhauses, in dem die pflegebedürftigen Personen stationär behandelt werden, direkt an den MDK und parallel hierzu an die zuständige Pflegekasse. Der MDK Nordrhein führt eine körperliche Begutachtung mit Feststellung des Pflegegrads noch im Krankenhaus durch. Eine Kostenzusage über die beantragte Kurzzeitpflege erfolgt dann dem festgestellten Pflegegrad entsprechend.

In den Fällen, in denen bis zur Verlegung in die Kurzzeitpflegeeinrichtung kein Pflegegrad festgestellt werden konnte, erhält die Kurzzeitpflegeeinrichtung nach dem Beschluss des Grundsatzausschusses nach § 22 des Rahmenvertrags gemäß § 75 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege in Nordrhein-Westfalen eine Kostenzusage nach dem Pflegegrad 3. Eine Rückverrechnung erfolgt in diesen Fällen nicht.

Im Landesteil Westfalen-Lippe begutachtet der MDK Versicherte, die direkt aus der stationären Krankenhausbehandlung in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung verlegt werden sollen, zunächst nach Aktenlage. Eine Feststellung erfolgt lediglich insoweit, ob Pflegebedürftigkeit mindestens im Rahmen des 2. Pflegegrads vorliegt. Die abschließende Begutachtung findet in der Pflegeeinrichtung statt.

Bis zur körperlichen Begutachtung und Feststellung des endgültigen Pflegegrads werden die Kosten von den Pflegekassen gemäß des oben aufgeführten Beschlusses in Höhe des 3. Pflegegrads übernommen.

Beide Verfahrensweisen sind mit der geltenden Rechtslage vereinbar und bieten keinen Anlass zu Beanstandungen.

## **2. *Warum geben die Pflegekassen keine direkten Kosten-zusagen an die Einrichtungen bei der Überleitung?***

Sofern den Pflegekassen die Kurzzeitpflegeeinrichtungen bekannt sind, erfolgt in den überwiegenden Fällen eine direkte Kostenzusage an das aufnehmende Kurzzeitpflegeheim. Lediglich eine landesunmittelbare Pflegekasse sieht hierdurch sozialdatenschutzrechtliche Bestimmungen verletzt.

Die Prüfung, inwieweit eine direkte Unterrichtung der Kurzzeitpflege-einrichtung mit den Grundsätzen des Sozialdatenschutzes zu vereinbaren ist, wird die Landesregierung aufgreifen und die landesunmittelbaren Pflegekassen in Kürze entsprechend informieren.

## **3. *Warum entscheiden die Krankenkassen das Verfahren nach § 39c (Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit) fast grundsätzlich mit einer Ablehnung?***

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 10. Dezember 2015 wurde die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V bei fehlender Pflegebedürftigkeit zum 1. Januar 2016 als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Der Anspruch besteht, wenn wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen im Bereich der Grundpflege und Hauswirtschaft Unterstützung notwendig ist.

Liegt Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad 2, 3, 4, oder 5 nach dem SGB XI vor, ist der Leistungsanspruch nach § 39c SGB V ausgeschlossen, da der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung vorrangig ist.

Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem SGB XI oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.

Die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V kommt insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt in Betracht und wird regelmäßig im Rahmen des Entlassmanagements des Krankenhauses veranlasst. Zeichnet sich aus Sicht des Sozialen Dienstes keine dauerhafte Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 ab und werden die o. a. Voraussetzungen für eine Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V erfüllt, wird durch das Krankenhaus ein entsprechender Leistungsantrag gegenüber der Krankenkasse ausgelöst.

Nach einem Beschluss der nordrhein-westfälischen Verbandsvorstände/Geschäftsführer der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen vom 8. März 2018 werden die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V generell entsprechend des Pflegegrads 3 genehmigt und vergütet. Die Kurzzeitpflegeeinrichtung erhält in diesem Fall eine entsprechende Kostenzusage im Rahmen des § 39c SGB V nach dem Pflegegrad 3 durch die Krankenkasse.

Eine Verwaltungspraxis, wonach Leistungsanträge auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V grundsätzlich abgelehnt werden, ist dem Land Nordrhein-Westfalen nicht bekannt. Eingaben hierzu - soweit landesunmittelbare Krankenkassen betroffen sind - lagen dem Land Nordrhein-Westfalen bislang nicht vor. Diese Aussage widerspricht zudem dem Bericht des GKV-Spitzenverbands zu den Erfahrungen mit der Einführung der Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit vom 19. Dezember 2018 an das Bundesministerium für Gesundheit (BT-Druck-sache 19/6933).

Hiernach haben die Krankenkassen im Jahr 2017 bundesweit in insgesamt 18.534 Fällen Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V erbracht.

In diesem Zusammenhang wäre es aus Sicht der Landesregierung im Sinne einer bundeseinheitlichen Rechtsanwendung hilfreich, unmittelbar in § 39c SGB V eine angemessene Vergütungsregelung vorzusehen. Diese Überlegung ist auch Bestandteil des in der Vorbemerkung der Landesregierung aufgeführten und auf Initiative Nordrhein-Westfalens zu Stande gekommenen Beschlusses der 95. ASMK mit einer entsprechenden Aufforderung an die Bundesregierung.

#### **4. *Warum stellen die Krankenhäuser bei Überleitung in die Kurzzeitpflege nicht mindestens für 3 Tage Medikamente zur Verfügung, um an Wochenenden und Feiertagen die Kontinuität der Medikation einzuhalten?***

Die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung ist im § 39 Abs. 1a SGB V geregelt. Demnach können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen (u.a. die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel) für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet werden.

Ergänzend hierzu ergibt sich aus bundesrechtlichen Vorgaben nach § 14 Abs. 7 Satz 3 und 4 Apothekengesetz in Bezug auf die Arzneimittel:

„Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln nur abgegeben werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.

Unbeschadet des Satzes 3 können an Patienten, für die die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 (*u.a. die Mitgabe von Arzneimitteln im Krankenhaus im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt*), des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt, die zur Überbrückung benötigten Arzneimittel für längstens drei Tage abgegeben werden.“

Danach dürften die angesprochenen Probleme nicht auftreten. Entsprechende Beschwerden in den letzten fünf Jahren sind im Rahmen der Krankenhausaufsicht nicht bekannt.