

# Stellungnahme

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0125(34)  
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.  
15\_KHSG  
02.09.2015

**Diakonie**   
**Deutschland**

Evangelischer Bundesverband  
Evangelisches Werk für Diakonie  
und Entwicklung e.V.

Vorstand Sozialpolitik

Maria Loheide  
Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin  
Telefon: +49 30 65211-1632  
Telefax: +49 30 65211-3632  
maria.loheide@diakonie.de

**Stellungnahme der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KSHG), BT Drs. 18/5372 im Rahmen der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 7. September 2015.**

**Zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung nehmen die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD) Stellung. Die Diakonie Deutschland verweist auf diese Stellungnahme und beschränkt sich in ihrer eigenen Stellungnahme auf nachfolgende Passagen.**

Die Diakonie Deutschland regt an, im Rahmen der Krankenhausgesetzgebung die ambulante Versorgungslücke zu schließen, die entsteht, wenn Menschen nach Krankenhausaufenthalt, ambulanter Operation oder bei ambulanter Krankenhausbehandlung vorübergehend Hilfen der Grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen, jedoch nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind.

## § 37 SGB V: Ambulante Versorgungslücke

### Problembeschreibung

In unserer Praxis begegnet uns seit Jahren das Problem, dass Versicherte nach einem Krankenhausaufenthalt, aber auch nach einer ambulanten Therapie, z.B. Chemotherapie, einen hohen Bedarf an grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung haben. Da dieser Bedarf kurzfristiger Natur ist und nicht die Dauer von sechs Monaten übersteigt, haben diese Versicherten keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI. Für einen entsprechenden Leistungsanspruch aus dem SGB V fehlt die rechtliche Grundlage. Der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege (HKP) umfasst im Einzelnen zwar neben der Behandlungspflege auch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung; eine Verordnung von Grundpflege und/oder hauswirtschaftlicher Versorgung ohne Behandlungspflege ist jedoch nur als Krankenhausvermeidungs- und -verkürzungspflege möglich. Rechtsgrundlage hierfür ist § 37 Abs. 1 SGB V. Aufgrund der Einführung der Fallpauschalen hat sich jedoch die Verweildauer im Krankenhaus so verkürzt, dass die Grundlage für eine Krankenhausverkürzungspflege weitgehend entfallen ist. Durch die Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) gibt es kaum noch Fälle von Krankenhausvermeidungspflege. Die Regelungen des § 37 Abs. 1 SGB V laufen daher faktisch „ins Leere“. Dennoch ist gerade die Verkürzung der Verweildauer und eine entsprechende frühzeitige Ent-

lassung aus dem Krankenhaus Grund für das Entstehen einer Versorgungslücke im Übergang vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich.

Eine vergleichbare Versorgungslücke entsteht auch durch die zunehmende Verlagerung von Krankenhausbehandlungen in den ambulanten Bereich. Diese Entwicklung, die im Grundsatz aus Patientensicht sehr zu begrüßen ist, führt in der Praxis dazu, dass Patienten/innen nach ambulanten Operationen nach Hause entlassen werden, sich aufgrund des Eingriffs jedoch nicht selbst pflegen und versorgen können. Vergleichbare Konstellationen treten aufgrund von aufwändigen ambulanten Behandlungen mit erheblichen Nachwirkungen, wie z. B. nach einer Chemotherapie, auf. Auch in diesem Fall sind die Patienten/innen in der selbstständigen Bewältigung der Alltagserfordernisse sowie in ihrer Selbstpflege erheblich eingeschränkt. Sie bedürfen der Unterstützung durch Leistungen der Grundpflege und/oder der hauswirtschaftlichen Versorgung, je nach Einzelfall. Wenn die Versicherten keine entsprechende Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn haben oder sich den Einkauf entsprechender Dienstleistungen finanziell nicht leisten können, tritt eine Unterversorgung ein. Diese Situation betrifft vor allem Menschen, die in Singlehaushalten leben. Betroffen sind auch ältere Menschen in Paarhaushalten, sofern der nicht in Behandlung befindliche Partner die entstandene Lücke aufgrund eigener gesundheitlicher Einschränkungen nicht kompensieren kann.

## Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 1 S. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) ist wie folgt zu erweitern:

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird **sowie nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, wenn dies für den Heilungs- und Genesungsprozess erforderlich ist.** Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung; **erforderliche grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden auch ohne behandlungspflegerischen Bedarf gewährt. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.**“

## § 38 Pflichtleistung Haushaltshilfe bei ambulanter Behandlung

### Problembeschreibung

Die Leistungen nach § 38 Abs. 2 SGB V gewinnen seit Jahren gegenüber den Leistungen nach § 38 Abs. 1 SGB V an Bedeutung, weil eine zunehmende Anzahl der leistungsauslösenden Behandlungen nicht mehr stationär, sondern ambulant durchgeführt wird. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Chemotherapie bei Krebserkrankungen. Aber auch bei anderen langwierigen und schweren Erkrankungen, wie z.B. Multipler Sklerose oder psychischen Erkrankungen, sowie bei chronischen Erkrankungen und progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankungen mit einer begrenzten Lebenserwartung sind die betroffenen Familien oft für längere Zeiträume auf die Unterstützung und Begleitung durch Haushaltshilfen angewiesen.

Nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift ist die Gestellung der Haushaltshilfe eine begleitende Maßnahme bei der Bekämpfung der Krankheit im Sinne einer akzessorischen Nebenleistung, die eine ambulante Behandlung des Versicherten ermöglicht und seine Genesung unterstützt (vgl. Nolte in Kassler Kommentar, § 38 Rn. 2). In den letzten Jahren wurde die Satzungsleistung nach § 38 Abs. 2 SGB V von immer mehr Krankenkassen gekürzt. Dazu kommt eine sehr restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen im Einzelfall, die häufig nicht den vom Arzt verordneten notwendigen Leistungsumfang,

sondern eine reduzierte Stundenzahl gewährt. Besonders betroffen von solchen Maßnahmen sind Mehrkindfamilien oder Familien mit Kleinkindern, die in einer medizinisch und psycho-sozial schwierigen Situation dringend auf eine verlässliche Versorgung angewiesen sind. Daher soll die Krankenkasse auch in Fällen, in denen die haushaltsführende Person sich zwar zu Hause befindet, aber krankheitsbedingt ihre Aufgaben bei der Versorgung ihrer Kinder und bei der Haushaltsführung aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung nicht bewältigen kann, zumindest für einen Übergangszeitraum zur Leistung verpflichtet sein. Nur dann ist der Behandlungserfolg gesichert. Aus diesem Grund muss auch die ambulante Krankenbehandlung verpflichtend leistungsauslösend sein.

Der Bundesrat hat jüngst im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zum Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) gefordert, die Haushaltshilfe bei ambulanter Krankenbehandlung zu einer Pflichtleistung zu machen. Diese Forderung hat die Diakonie Deutschland schon seit vielen Jahren erhoben. Konkret hat sich der Bundesrat dafür eingesetzt, die bisherige „Soll-Regelung“ zu den Satzungsleistungen der Haushaltshilfe in anderen Fällen als bei stationärer Behandlung nach § 38 Absatz 2 SGB V in eine Pflichtleistung umzuwandeln, die in § 38 Absatz 1 SGB neu geregelt wird. Nach dem konkreten Vorschlag des Bundesrats (BR Drs. 641/14 Nummer 7) sollen Versicherte auch dann Haushaltshilfe erhalten, wenn ihnen nach ärztlicher Bescheinigung die Fortführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist. Die Leistung soll für mindestens 4 Wochen gewährt werden. Wenn ein Kind im Haushalt lebt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kann die Pflichtleistung auf 52 Wochen verlängert werden. Darüber hinaus kann die Satzung weitergehende Leistungen für weitere Fallkonstellationen nach § 38 Absatz 2 SGB V neu vorsehen.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland greift dieser Vorschlag jedoch zu kurz, wenn er eine Beschränkung der Pflichtleistung bei ambulanter Behandlung auf schwere Akuterkrankungen bzw. die Verschlimmerung von Akuterkrankungen vorsieht. Gerade bei schweren Erkrankungen, bei denen Einsätze von Haushaltshilfen erforderlich sind, ist der Übergang vom Akutstadium ins Stadium der Chronifizierung oft schwer zu bestimmen. So liegen uns zahlreiche Beispiele vor, bei denen die Krankenkassen bei nicht mehr stationär behandelten, fortgeschrittenen Krebserkrankungen die Kostenübernahme für Haushaltshilfen ablehnen, weil es sich hierbei um eine chronische Erkrankung handele, für welche die Satzung keine Leistung vorsehe. In der Praxis lehnen die Krankenkassen häufig bei schweren Erkrankungen Leistungen ab, mit der Begründung, die Krankheit sei inzwischen nicht mehr akut, sondern bereits chronisch. Gleichzeitig benötigen gerade diese Versicherten und ihre Familienangehörigen die Leistung ganz besonders dringend.

## **Änderungsvorschlag**

§ 38 Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren:

„Darüber hinaus erhalten Versicherte auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts nach Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter Operation oder wegen ambulanter Krankenbehandlung bei schwerer Erkrankung nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 52 Wochen.“

## Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge

### **Problembeschreibung**

Zusätzlich zu den beiden zu § 37 und § 38 beschriebenen Konstellationen kann auch noch der Fall auftreten, dass eine Person nach Krankenhausaufenthalt noch nicht in der eigenen Häuslichkeit leben kann, weil sie einen hohen Bedarf an Grundpflege und Behandlungspflege hat, der zuhause nicht gedeckt werden kann. Wenn diese Person nicht pflegebedürftig i.S. des SGB XI ist, hat sie keinen Anspruch und keine Möglichkeit, Kurzzeitpflege in entsprechenden Einrichtungen in Anspruch zu nehmen. Daher wird vorgeschlagen, einen entsprechenden Rechtsanspruch zu schaffen. Die Finanzierung der Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge soll aus dem SGB V erfolgen.

### **Änderungsvorschlag**

Es wird ein Rechtsanspruch auf Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge eingeführt als § 37c neu SGB V und wie folgt formuliert:

„Versicherte erhalten nach einem Krankenhausaufenthalt grundpflegerische, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Leistungen der Kurzzeitpflege, wenn häusliche Krankenpflege in ihrem Haushalt oder ihrer Familie nicht oder noch nicht möglich ist und diese Leistungen zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich sind. Die Leistungen können in vollstationären Einrichtungen i.S. des § 42 SGB XI erbracht werden. Die Leistungen nach Satz 1 werden längstens für die Dauer von 4 Wochen erbracht.“

Berlin, den 1. September 2015

Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik