



Kurzzeitpflege zu Lasten der GKV: „Neues“ aus dem SGB V

AG SFB

Köln, 02.07.2019

MFB ambulante Versorgung/AU

MDK

MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
NORDRHEIN

Historie

- Am 01.01.2016 ist mit dem **§ 39c SGB V** eine neue Rechtsvorschrift in Kraft getreten, welche für Versicherte einen Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege (KZP) zu Lasten der GKV regelt.
- Die Rechtsvorschrift wurde im Rahmen des **Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG)** eingeführt.
- Sinn und Zweck der völlig neuen Rechtsvorschrift ist, dass **Versicherte eine erforderliche Kurzzeitpflege erhalten, wenn keine Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung realisiert werden können**, z. B. weil der aktuelle Hilfebedarf nicht über eine Dauer von mindestens sechs Monate besteht und es damit zu keiner Einstufung in einen Pflegegrad kommt.

§39c SGB V:

1 Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach §37 Abs.1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insb. nach einem KH-Aufenthalt, nach einer amb. OP oder nach einer amb. KH-Behandlung, nicht aus, erbringt die KK die erforderliche KZP entsprechend §42 SGB XI für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit PG 2,3,4 oder 5 im Sinne des SGB XI festgestellt ist.

2 Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt §42 Abs.2 Satz 1 und 2 SGB XI entsprechend.

3 Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach SGB XI oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden (s. auch §132h SGB V).



§42 Abs. 2 SGB XI:

1 Der Anspruch auf KZP ist auf 8 Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

2 Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1612 EUR im Kalenderjahr.

- *Die Vorschriften zur Berücksichtigung bzw. Anrechnung der Verhinderungspflege nach § 42 Abs. 2 Sätze 3 bis 5 SGB XI finden bei KZP zu Lasten der GKV keine Anwendung.*



Bedeutung des „neuen“ Paragraphen

- Es wurde ein völlig neuer Leistungsanspruch im SGB V geschaffen, der ergänzend zu den erweiterten Leistungsansprüchen nach den §§37 Abs. 1a und 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V sicherstellt, dass Versicherte, die aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen im Bereich der Grundpflege und Hauswirtschaft Unterstützung benötigen, übergangsweise eine entsprechende Versorgung unter stationären Bedingungen in einer Einrichtung erhalten können.

Anspruchsvoraussetzungen

- Schwere der Erkrankung weder im Gesetzestext, noch in der Gesetzesbegründung konkretisiert, deshalb sind die Anforderungen an die Krankheit nicht isoliert, sondern nur in einer Gesamtbetrachtung mit den weiteren gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen zu beurteilen.
- Voraussetzungen nur dann erfüllt, wenn auch unter Hinzuziehung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach §37 Abs. 1a ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht.

Anspruchsvoraussetzungen

- Auch die mit den genannten Leistungen vergleichbaren Fallkonstellationen (z. B. ambulante onkologische Chemotherapie) sind zu berücksichtigen.
- Ein spezieller Bedarf des Versicherten liegt insbesondere dann vor, wenn die Versorgungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich nicht ausreichen (z. B. Versorgungsbedarf rund um die Uhr oder unvorhersehbar) und die Versorgung mangels Unterstützung im persönlichen Umfeld des Versicherten nur im stationären Kontext ausreichend sichergestellt werden kann.

Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

- Liegt Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vor, ist der Leistungsanspruch nach SGB V ausgeschlossen.
- Wird rückwirkend beim Versicherten das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit für einen Zeitraum festgestellt, in dem Leistungen der KZP nach §39c SGB V erbracht wurden, endet mit dem Tag, ab dem die Pflegebedürftigkeit vorliegt, der Anspruch auf diese Leistungen.
- Für den zurückliegenden Raum ist von der KK ein Erstattungsanspruch zu prüfen.
- Ausnahme: das Vorliegen des PG 1 ist kein Ausschlussgrund für KZP nach § 39c SGB V, da beim PG 1 kein Anspruch auf Pflegeleistung nach SGB XI besteht.

Im Haushalt lebende Person

- Die KZP nach §39c kommt nur in Betracht, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach §37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichen.
- Die Leistungen nach §37 Abs. 1a können nur erbracht werden, wenn keine im Haushalt lebende Person die Leistungen erbringen kann.
- Der Grundsatz der Subsidiarität des Leistungsanspruchs ist unmittelbar auch auf den Bereich der KZP zu Lasten der GKV übertragbar.

Im Haushalt lebt ein Kind <12 J./ ein Kind mit Behinderung, welches auf Hilfe angewiesen ist:

- Anspruch auf Leistungen der Haushaltshilfe nach §38 Abs. 1 Satz 4 (Versorgung des Kindes) bleibt durch die Beanspruchung der Kurzzeitpflege unberührt.



Verfahren

- KPZ **muss** bei der KK beantragt werden.
- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung, dass aufgrund einer schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit KPZ indiziert ist, **ist erforderlich**.
- Aus den Antragsunterlagen **muss** hervorgehen, dass Leistungen nach §37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichend sind.
- Voraussichtliche Dauer des KPZ-Aufenthalts **soll** aus der Bescheinigung hervorgehen.

Leistungsinhalt, Dauer und Betrag

- Ausweislich der Gesetzesbegründung richtet sich der Leistungsinhalt nach §42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI, so dass die Leistungen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfassen.
- Der Anspruch auf die KZP nach § 39c SGB V wird an den § 42 SGB XI angelehnt. Das bedeutet, dass ein Anspruch auf die Kurzzeitpflege zu Lasten der Krankenversicherung für höchstens 56 Tage (acht Wochen) und einen maximalen Leistungsbetrag von 1.612,00 Euro pro Kalenderjahr besteht.

Fahrkosten zur KZP nach §39c SGB V

- Versicherte haben nach §60 Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf Fahrkosten, sofern diese im Zusammenhang mit einer Leistung der KK aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Demnach sind die Fahrkosten bei Leistungen, die stationär erbracht werden, zu übernehmen.
- Bei KZP handelt es sich um eine stationäre Leistung, welche durch die KK zur Verfügung gestellt wird. Somit besteht ein Anspruch auf Fahrkostenerstattung durch KK.
- Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit und ist vom Arzt festzustellen.

Zusammenfassung

- Der Gesetzgeber hat drei verschiedene Leistungsansprüche bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit eingeführt.
- Diese Leistungen sind voneinander abzugrenzen, aber im Sinne einer kaskadenformen Versorgung aufeinander aufzubauen.
- Hierfür wurde ein internes Ablaufschema entworfen.