

**Änderungen im SGB V zur  
weiteren Versorgung seit dem  
01. 01. 2016**

# **Entlassmanagement**

**Das Entlassmanagement ist ein obligatorisches Leistungsangebot der Krankenhäuser an die Versicherten.**

**Die Krankenhäuser sind bei der Krankenhausbehandlung verpflichtet, den Versicherten ein Entlassmanagement anzubieten.**

**Den Versicherten steht es frei, dieses Angebot in Anspruch zu nehmen.**

# Bisherige Situation

Bislang gab es Probleme, wenn Versicherte noch nicht im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig waren, auf der anderen Seite aber an einer schweren Krankheit litten.

Das hängt vor allem mit dem (aktuell noch gültigen) Pflegebedürftigkeitsbegriff zusammen. Danach werden Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung grds. erst dann gewährt, wenn der Hilfebedarf eine gewisse Schwelle überschreitet.

Schwerkranke Menschen können mitunter aber noch sehr viel selbst erledigen, gelten also als nicht als pflegebedürftig und haben deswegen keine Ansprüche gegenüber der Pflegekasse.

Aber auch nicht gegenüber der Krankenversicherung. Das kann insbesondere dann sehr misslich sein, wenn sie gerade aus dem Krankenhaus entlassen wurden

# Bestandteile des Entlassmanagements

- die Ermittlung des nachstationären Versorgungs-Bedarfs des Versicherten
- die Erstellung eines Entlassplans
- die Aufklärung und Beratung des Versicherten über den nachstationären Versorgungsbedarf
- die Information des Versicherten über die im Rahmen des Entlassmanagements angebotenen Leistungen, die insoweit tätigen Kooperationspartner und das Wahlrecht des Versicherten
- das Einholen der Einwilligungserklärung des Versicherten (soweit er sich nicht für eine anderweitige poststationäre Versorgung entschieden hat),
- Auf Wunsch des Patienten die Information der vorgenannten Leistungserbringer über den Bedarf und die zur Versorgung des Versicherten erforderlichen Daten,
- die Information des weiterbehandelnden niedergelassenen Arztes über den nachstationären Versorgungsbedarf des Versicherten (Entlassbrief)
- die Organisation der erforderlichen strukturellen Voraussetzungen, um eine zeitgerechte Versorgung des Versicherten zu ermöglichen sowie
- die Nachkontrolle zur Umsetzung der Entlassung.

# Anspruch des Patienten gegenüber seiner Krankenkasse

- die Information des Versicherten über das Angebot im Rahmen des Entlassmanagements,
- die Kooperation mit den Pflegekassen,
- die Unterstützung des Krankenhauses beim Entlassmanagement auf Wunsch des Versicherten und
- die interne Prozessgestaltung, um eine zeitnahe Versorgung zu gewährleisten (z. B. Einführung eines Genehmigungsverzichts)

# **Das ist neu**

**Diese Versorgungslücke hat der Gesetzgeber mit dem soeben verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz geschlossen.**

**Mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes ab dem 1.1.2016 können die Betroffenen nunmehr eine Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen.**

**Ergänzend dazu werden die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erweitert.**

# § 37 SGB V: Häusliche Krankenpflege

In Zukunft erhalten Versicherte auch außerhalb eines Krankenhauses (insbesondere, wenn sie zu Hause versorgt werden) die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 37 Abs. 1a SGB V neue Fassung).

Und zwar selbst dann, wenn sie nicht im Sinne des SGB XI (soziale Pflegeversicherung) pflegebedürftig sind. Voraussetzung dazu ist, dass eine schwere Krankheit oder akute Verschlimmerung einer Krankheit vorliegt.

Insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung

# § 38 SGB V: Haushaltshilfe

Unter den gleichen Voraussetzungen wie bei der häuslichen Krankenpflege erhalten Versicherte ab Januar 2016 auch eine Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 1 SGB neue Fassung).

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 das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf längstens 26 Wochen



# § 39c SGB V: Kurzzeitpflege

Schließlich bringt die Reform eine völlig neue Vorschrift (§ 39c SGB V neue Fassung).

Darin geht es um die Kurzzeitpflege. Voraussetzung ist, dass wegen einer schweren Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, die häusliche Krankenpflege nicht ausreicht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf **vier** Wochen (ab 2017 **acht** Wochen) pro Kalenderjahr beschränkt. Die Kasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag in Höhe von 1.612 Euro im Kalenderjahr

# Fazit

Bei sämtlichen Leistungen liegt noch keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung vor.

Die neue Regelung soll gerade die Lücke schließen, wenn Versicherte zwar schwer krank sind, aber noch nicht als pflegebedürftig gelten.

Sie erhalten zukünftig unter bestimmten Voraussetzungen häusliche Krankenpflege, eine Haushaltshilfe und, wenn die häusliche Krankenpflege nicht ausreicht, sogar Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung.