
**Stellungnahme der
Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
zur
Übergangspflege nach § 39e Absatz 1 SGB V sowie
der zugehörigen Dokumentations-Vereinbarung**

Mit §39e SGB V hat der Gesetzgeber die Übergangspflege im Krankenhaus als neue Leistung der Krankenversicherung eingeführt. Demnach werden Leistungen der Übergangspflege von den Krankenkassen erbracht, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Übergangspflege kann nur in dem Krankenhaus erbracht werden, in dem die Behandlung erfolgt ist. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Gemäß §39e Absatz 5 SGB V haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Nähere zur Dokumentation des Vorliegens der Voraussetzungen einer Übergangspflege vereinbart.

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) begrüßt die Einführung der Übergangspflege durch den neuen §39e SGB V. Der Gesetzgeber hat damit die bestehenden Versorgungsdefizite in der Nachsorge erkannt und schafft mit der Übergangspflege eine vorübergehende Entlastung. Patient*innen können im Rahmen der Übergangspflege nach Ende ihrer Krankenhausbehandlung bis zu 10 Tage länger im Krankenhaus versorgt werden, wenn ihre erforderliche Anschlussversorgung aufgrund einer besonders schwierigen oder komplexen (Nach-)Versorgungssituation nicht rechtzeitig zum geplanten Entlasstermin organisiert werden kann. Dies überbrückt die Zeit, bis die notwendige Anschlussversorgung gewährleistet ist.

Die Übergangspflege löst jedoch nicht das Problem der grundsätzlich schwierigen nachstationären Versorgungslage, insbesondere aufgrund fehlender Kapazitäten bei Anschlussversorgern. Fehlende oder nicht ausreichend zur Verfügung stehende Nachsorgemöglichkeiten, vor allem Kurzzeitpflege- und/oder neurologische und geriatrische Frührehabilitations-Plätze, können nicht über Regelungen im SGB V geschaffen werden. Hier bedarf es struktureller Vorgaben, um die ambulante und stationäre Versorgungssituation vor Ort zu verbessern, z. B. durch eine stärkere Verpflichtung der Länder und Kommunen zur Organisation der Gesundheitsversorgung, Altenhilfe und Pflege. Hier besteht weiterhin dringender Handlungsbedarf.

Ferner wurde bedauerlicherweise versäumt, die Verpflichtung der Krankenkassen für ein gelingendes Entlassmanagement in Form von schneller Antragsbearbeitung, aktiver Beteiligung bei der Suche nach geeigneten Einrichtungen, Transparenz zu Verträgen mit Nachversorgern usw. zu konkretisieren. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Einbindung und Zusammenarbeit der Krankenkassen im Entlassmanagement häufig ein rein formaler Akt bleibt. Ohne konkrete unterstützende Maßnahmen droht jedoch die schwierige Versorgungslage der Patient*innen unverändert fortzubestehen. In diesen Fällen wird es auch nach der 10-tägigen Übergangspflege weiterhin Patient*innen geben, die nicht entlassen werden können. Weiterführende Regelungen sind dringend geboten.

Der Anspruch auf Übergangspflege gilt nur für wenige Bereiche einer erforderlich werdenden Anschlussversorgung (Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI). Dies geht aus Sicht der DVSG an weiteren,

ebenfalls entlassrelevanten Bedarfen und an entlassverzögernden Bedingungen, wie z. B. aufwendige Kostenträgerermittlung oder fehlenden Kostenzusagen vorbei. Andere erforderliche Nachsorgemaßnahmen begründen keinen Anspruch auf Übergangspflege, obgleich sie in der Praxis ebenso schwierig zu organisieren sind. Dazu gehören beispielsweise die Verlegung in neurologische oder geriatrische Frührehabilitation oder in Hospize; weiterhin der Bereich der Eingliederungshilfe oder die psychiatrische Nachversorgung für Menschen, die in geschlossenen Wohneinrichtungen untergebracht werden müssen.

In der Dokumentations-Vereinbarung grenzen die Vertragspartner den Kreis der Anspruchsberechtigten sogar noch weiter ein. So wird der Gesetzestext dahingehend interpretiert, dass ausschließlich im Anschluss erforderliche Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach SGB V, nicht aber nach SGB VI, einen Anspruch auf Übergangspflege begründen. Es sollte kritisch hinterfragt werden, ob diese Einschränkung vom Gesetzgeber tatsächlich intendiert ist. Die DVSG setzt sich mit Nachdruck dafür ein, dass der Anspruch auf Übergangspflege für einen erweiterten Personenkreis bzw. alle Patient*innen mit einem erforderlichen Nachsorgebedarf ermöglicht wird. Probleme im Entlassmanagement beziehen sich prinzipiell auf alle in den Sozialgesetzbüchern verankerten Formen der nachstationären Versorgung.

Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus in jedem Einzelfall nachprüfbar zu dokumentieren. Die nun vorliegende Dokumentations-Vereinbarung regelt die Einzelheiten dieser Dokumentation. Im Muster zur Dokumentations-Vereinbarung wird der Sozialdienst als Ansprechpartner*in benannt. Dies ist folgerichtig, da insbesondere der Sozialdienst aufgrund seiner steuernden Funktion im Entlassmanagement frühzeitig problematische Nachsorgesituationen erkennt, die im Kontext der Übergangspflege relevant sein können.

In der Regel dürften die im Muster erfragten Daten bereits heute in den meisten Krankenhausinformationssystemen (KIS) hinterlegt sein. Trotzdem wird die getroffene Vereinbarung zu einem deutlich erhöhten Dokumentationsaufwand insbesondere für diejenigen Kliniken führen, die zur Dokumentation der angefragten Nachsorge noch nicht auf ein digitales Überleitungsmanagement und Patientenportale zurückgreifen können. Es ist zu befürchten, dass dieser zusätzliche Aufwand wertvolle Arbeitszeit der mit dem Entlassmanagement betrauten Fachkräfte bindet, die dann für die Beratung und Begleitung der Patient*innen und ihrer Angehörigen sowie für die inhaltliche Organisation der Nachsorge nicht mehr zur Verfügung steht. Die digitale Umsetzung des Musterbogens ist daher dringend indiziert. Zielführend ist hier eine sinnvolle Verknüpfung mit den im KIS bereits hinterlegten Daten, insbesondere mit dem Entlassplan im Sinne des Rahmenvertrages Entlassmanagement. Diesen gilt es weiter zu entwickeln, um Mehrfachdokumentation zu vermeiden. Der Dokumentationsaufwand und der nach wie vor bestehende Aufwand des Entlassmanagements müssen bei den Vergütungsvereinbarungen berücksichtigt werden.

Für die digitale Datenübermittlung soll es künftig eine einheitliche Vorgehensweise im Rahmen der Telematikinfrastruktur geben. Bis diese Regelung getroffen wird, ist die Dokumentation papiergebunden zu übermitteln. Hierfür müssen die geforderten Daten in Form von Berichten gemäß der Musterdokumentation aus KIS herausgelesen werden. Sinnvoll wäre es, die KIS-Anbieter zu einem entsprechenden Update inkl. Verknüpfung mit den Vorgaben des Rahmenvertrages Entlassmanagements (hier: Entlassplan) zu verpflichten. Stattdessen entsteht ein Mehraufwand, weil Krankenhäuser gezwungen sind, zeitnah einrichtungsbezogene Lösungen zu erarbeiten.

Mit der Vereinbarung wird als wesentliches Kriterium für den erheblichen Aufwand vorgegeben, dass mindestens 20 geeignete Anschlussversorger anzufragen sind (§ 5 Abs. 1 Punkt e). Sofern weniger geeignete Anschlussversorger vorhanden sind, sind alle geeigneten Anschlussversorger anzufragen.

Die DVSG begrüßt, dass nur Anfragen an Anschlussversorger erfolgen müssen, die für die jeweilige Anschlussversorgung auch geeignet sind. In die Beurteilung der Eignung fließen die Art der erforderlichen Nachsorgeleistung und spezifische Anforderungen aufgrund eines komplexen oder besonderen Versorgungsbedarfs sowie der von der Patientin bzw. dem Patienten gewünschte Ort und Umkreis der

Versorgung ein. Auf diese Weise kann dem Wunsch- und Wahlrecht der Patient*innen nachgekommen und patient*innenindividuelle Anforderungen sowie biopsychosoziale Problemlagen und Settingaspekte berücksichtigt werden. Dies ist für den Erfolg der Nachversorgung maßgebend. Die geforderte Zahl von mindestens 20 anzufragenden Nachversorgern ist jedoch aus Sicht der DVSG eine willkürliche Größenordnung. Sie beinhaltet keinen Mehrwert für die Versorgung der Patient*innen. Vielmehr werden hier falsche Anreize gesetzt und der Fokus verschiebt sich weg von der gewünschten Patient*innenorientierung hin zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand.

Zusätzlicher Aufwand droht bei privatversicherten Patient*innen: Zwar ist der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Vertragspartner der Dokumentationsvereinbarung Übergangspflege. Über die Aufnahme in das Leistungsspektrum ihrer Verträge entscheidet jedoch jede Privatversicherung selbst. Es ist davon auszugehen, dass es hier zu einer heterogenen Umsetzung kommen wird. In der Folge werden viele Patient*innen die für sie zutreffende Regelung nicht kennen. Verwirrung und erheblicher Mehraufwand bei der Klärung der Anspruchsgrundlage sind vorprogrammiert.

Aus Sicht der DVSG ist aufgrund der benannten Kritikpunkte eine regelmäßige Evaluation der Inanspruchnahme der Übergangspflege zwingend erforderlich. Das Muster zur Dokumentation der Übergangspflege enthält bereits Angaben, die eine Auswertung der Daten ermöglicht. Die DVSG regt an, verbindliche Regelungen zur Überprüfung der getroffenen Dokumentations-Vereinbarung und insbesondere zur Überprüfung der Sinnhaftigkeit des hohen Dokumentationsumfangs und -inhalts zu treffen. Auf Grundlage der übermittelten Daten könnten die Krankenkassen mit relativ geringem Aufwand eine systematische und regelmäßige (z. B. jährliche) Evaluation zu folgenden Fragen durchführen:

- Für welche Patient*innen wird Übergangspflege in welchem Umfang erforderlich?
- Was sind die Gründe für die nicht zeitgerechte Sicherstellung der Anschlussversorgung (fehlende Kapazitäten, fehlende Kostenübernahme, anderes?)
- Ist der Umfang der Dokumentation notwendig? Was kann reduziert werden?
- Konnte die erforderliche Anschlussversorgung nach Abschluss der Übergangspflege sichergestellt werden?

Die DVSG setzt sich mit Nachdruck dafür ein, dass bei der Weiterentwicklung der Übergangspflege auf Basis der beschriebenen Evaluation weitere problematische Situationen und Nachsorgebedarfe berücksichtigt werden. Dabei handelt es sich in erster Linie um folgende Aspekte:

- Fehlende Kostenzusage z. B. wegen eines unklaren Versichertenstatus bzw. aufwändiger Kostenträgerermittlung (neben SGB V auch SGB II, VI, IX, XI, XII, Asylbewerberleistungsgesetz) und/oder
- fehlende Nachversorgungsstrukturen oder Wartezeiten bei Nachversorgern, insbesondere aufgrund patient*innenindividueller Anforderungen (z. B. komplexe Versorgungslage, Methadonbehandlung, Menschen mit extremer Adipositas, Demenz oder Suchtproblematik, junge und immobile Menschen, kognitiv beeinträchtigte Menschen) und/oder
- biopsychosoziale Problemlagen und Settingaspekte, die für den Erfolg der Sicherstellung einer Nachversorgung relevant sind (z. B. Verzögerungen durch die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung, Kommunikationsprobleme, Fehlen einer verlässlichen Beteiligung an der Versorgung durch Angehörige, Organisation ergänzender Maßnahmen außerhalb SGB V oder XI).

Idealerweise sollte sich der Nachweis des erheblichen Aufwandes aus der vorhandenen Prozess- und Ergebnisdokumentation erschließen. Deshalb empfiehlt die DVSG als Interpretation der Begriffe ‚erheblicher Aufwand‘ Folgendes zu berücksichtigen:

- Der erhebliche Aufwand wird bereits ausreichend im Rahmen der laufenden Prozesse des Entlassmanagements belegt.
- Übergangspflege wird in der Folge nur für diejenigen Patient*innen erforderlich werden, für die der geplante Entlasstermin nicht eingehalten werden kann, obwohl alle Prozessschritte des Entlassmanagements (Anforderung Sozialdienst, Anfrage Nachversorger, Antrag Kostenübernahme, Einbindung Krankenkasse zur Unterstützung des Entlassmanagements) dokumentiert erfolgt sind.

Berlin, 11.12.2021

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

DVSG-Stellungsname zur Übergangspflege nach §39e Absatz 1 SGB V (Stand: Dezember 2021)