

Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften

Politikwissenschaften

Blockseminar „Pflege und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“

vom 30.6. – 4.7.2014

Dienstag, 1.7.14

Er Beitrag der sozialen Arbeit beim Zugang zur pflegerischen Versorgung:

- Zugang zu den Teilhabeleistungen
- Ziel- und Bedarfsorientierung sowie Wirksamkeit der Leistungen
- ICF-orientierte Feststellung des Leistungsbedarfs
- Teilhabemanagement/Versorgungsmanagement/Pflegeberatung

Zugang

- zu den Teilhabeleistungen
- zur Pflege
- zu den Leistungen
der Pflegeversicherung?

Zugang zu den Teilhabeleistungen

SGB IX: Leistungen zur Teilhabe

§ 5 Leistungsgruppen:

Zur Teilhabe werden erbracht Leistungen zur

Medizinische Rehabilitation

Teilhabe am Arbeitsleben

Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

§ 6 Rehabilitationsträger:

Träger der Unfallversicherung

Rentenversicherung

Krankenkassen

Sozialhilfe (Eingliederungshilfe)

...

Pflege

Pflegeleistungen

Pflegeversicherung

Sozialhilfe

(Hilfe zur Pflege)

...

Zugang zu den Teilhabeleistungen

- Antrag gem. § 19 Satz 1 SGB IV
- Antrag auf ein persönliches Budget gem. § 17 SGB IX
- von Amts wegen gem. § 8 SGB IX
- Betriebliches Eingliederungsmanagement gem. § 84 SGB IX
- Beratung durch Ärzte gem. § 61 SGB IX
- Einleitung durch Sozialdienste oder behandelnde Ärzte nach den gemeinsamen Empfehlungen Sozialdienste, Frühzeitige Bedarfserkennung und zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation (§ 13 Abs. 2 Nrn 10, 5 und 8/9 SGB IX)
- Verordnung nach der Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V) – sogen. Rehabilitations-Richtlinie

Pflichten der Sozialleistungsträger nach § 8 SGB IX - Zugang von Amts wegen -

Werden bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht, *prüft* dieser unabhängig von der Entscheidung über diese Leistung, *ob Leistungen zur Teilhabe erfolgreich sind.*

Ziel- und Bedarfsorientierung der Leistungen

ICF-orientierte Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs

Gemeinsame und trägerübergreifende Verantwortung der Rehabilitationsträger

- Individuelle funktionsbezogene Feststellung des Leistungsbedarfs
§ 10 SGB IX
- Begutachtung möglichst nach einheitlichen Grundsätzen
§ 12 SGB IX
- Gemeinsamer Sicherstellungsauftrag
§ 19 SGB IX
- Gemeinsame Verantwortung zur Sicherung der Qualität der Leistungen sowie zur Durchführung vergleichender QS-Analysen
§ 20 SGB IX
- Abschluss von Versorgungsverträgen nach einheitlichen Grundsätzen
§ 21 Abs. 2 SGB IX

§ 10 SGB IX – ICF-orientierte Bedarfsfeststellung

- Die Rehabilitationsträger sind dafür verantwortlich, dass die ... Rehabilitationsträger .. **in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten** die **nach dem individuellen Bedarf** voraussichtlich erforderlichen Leistungen **funktionsbezogen feststellen** und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen (Abs. 1 S. 1).
- Sie sichern durchgehend das Verfahren **entsprechend dem Bedarf** und gewährleisten die **wirksame** und wirtschaftliche Ausführung nach gleichen Grundsätzen (Abs. 1 S. 3)
- Die **Leistungen werden entsprechend dem Verlauf angepasst** (Abs. 1 S. 2 – Prüfung ob Ausführung bedarfsgerecht)

Zielorientierung der Teilhabeleistungen

**Teilhabeleistungen dürfen nach § 4 Abs. 2 Satz 1
SGB IX nur gewährt werden, wenn damit Teilhabeziele
erreichbar erscheinen (Rehabilitations- (besser)
Teilhabeprognose)**

Konkret anzustrebende Rehabilitationsziele

Im Sinne von zwingenden Leistungsvoraussetzungen müssen die Rehabilitationsleistungen geeignet sein, folgende Ziele zu erreichen

(§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX):

- Herstellung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe (§ 1 SGB IX)
- Behinderung abwenden, beseitigen, mindern usw.
- Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Sozialleistungsbezug vermeiden, vermindern usw.
- Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft sichern
- Förderung der persönlichen Entwicklung, Ermöglichung, Erleichterung u.a. d. selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung

(§§ 4 Abs. 1 Nr. 1 – 4 SGB, 26 Abs. 1 IX)

Bedarfsfeststellung iSd § 10 SGB IX

erfordert

- sachverständige Klärung der die Teilhabebeeinträchtigung verursachenden Gesundheitsstörung oder Krankheit (Dokumentation mittels ICD)
- sachverständige Klärung von Art und Ausmaß der durch diese Gesundheitsstörung verursachten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Dokumentation mittels ICF) unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren

(Das Ergebnis dieser Klärung begründet den Leistungsanspruch)

- **Bestimmung der danach voraussichtlich durch Leistungen erreichbaren Teilhabeziele (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX)**
- **Prüfung welche Leistungen nach ihrer Struktur- und Prozessqualität voraussichtlich geeignet sind, die Teilhabeziele zu erreichen (eigentliche Leistungsbedarfsfeststellung)**

Anschließend folgt das Auswahlermessen des Trägers nach § 19 Abs. 4

SGB IX (Einrichtung oder Dienst mit der Voraussetzung für die Leistungs-, „Ausführung in der am besten geeigneten Form“)

Anwendung des § 10 SGB IX in der GKV

- Das SGB V enthält keine eigenständige Regelung dazu,
 - was in der GKV unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen ist
 - welche Rehabilitationsziele die GKV mit ihren Leistungen anzustreben hat,
 - welche Aufgabe die Begutachtung hat.
- § 27 SGB IX bestimmt deshalb ausdrücklich, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch in der GKV die § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele – und keine GKV-spezifischen Ziele - anzustreben haben und (zur Bestimmung der mit den Leistungen anzustrebenden Ziele) die Feststellung (Begutachtung) des Leistungsbedarfs nach § 10 SGB IX zu erfolgen hat.

§ 14 Abs. 5 SGB IX: Begutachtung zur Bedarfsfeststellung

- Der Rehabilitationsträger stellt sicher, dass er **Sachverständige (nicht nur medizinische!)** beauftragen kann
- Ist bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, beauftragt er **unverzüglich** einen **geeigneten Sachverständigen**
- Er **benennt den Leistungsberechtigten** in der Regel **drei wohnortnahe Sachverständige**
- Haben sich Leistungsberechtigte für einen Sachverständigen entschieden, **wird dem Wunsch Rechnung getragen**

ICF- orientierte Bedarfsfeststellung

Orientierung an der ICF

- Das SGB IX orientiert sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der (ICF) der WHO
- Deutschland war weltweit das erste Land, das diesen internationalen Maßstab in das nationale Sozialrecht übernommen hat

ICF

International
Classification of
Functioning,
Disability
and
Health



World Health Organization
Geneva

ICF

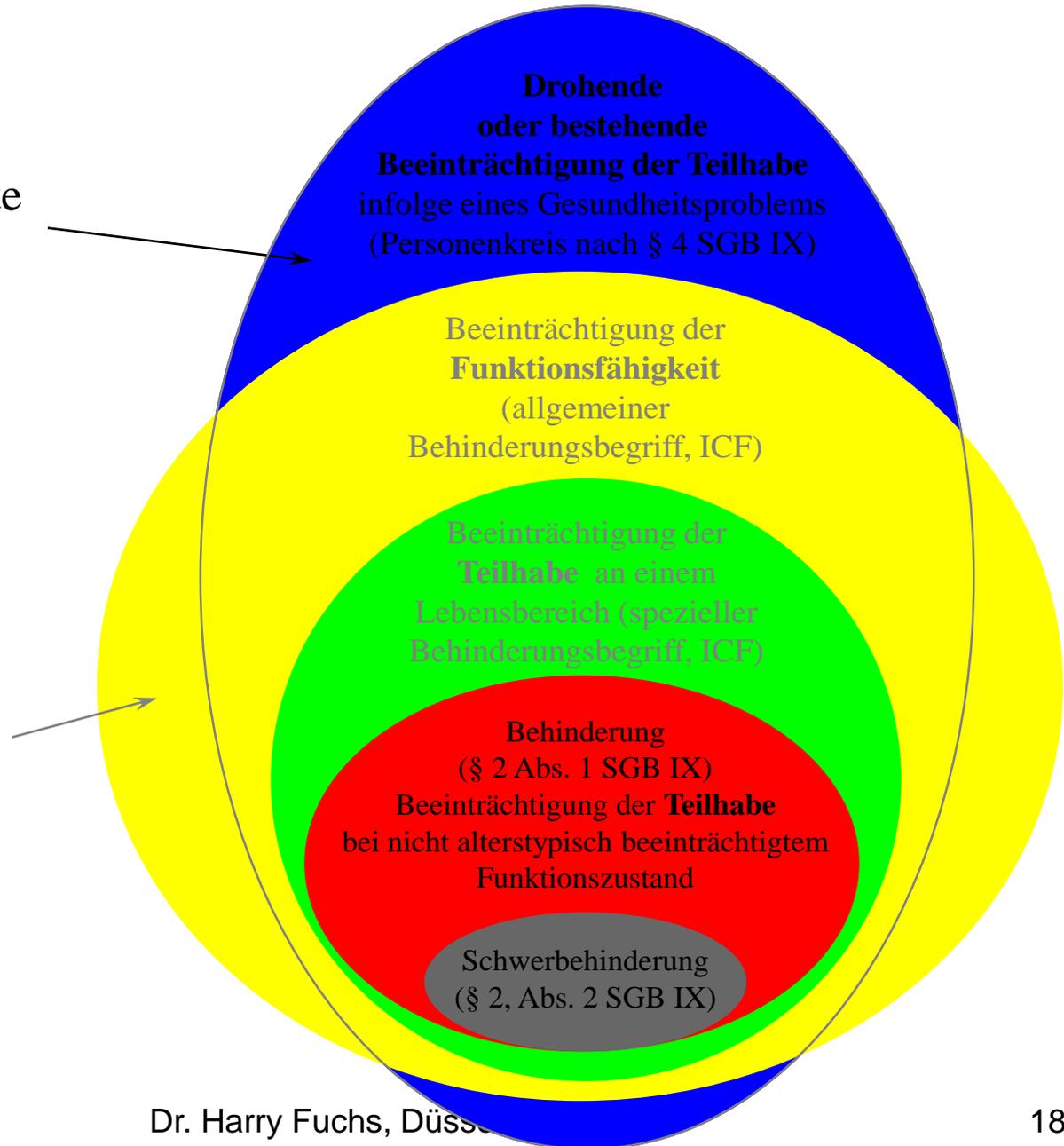
Internationale
Klassifikation der
Funktionsfähigkeit,
Behinderung
und
Gesundheit



WORLD HEALTH
ORGANIZATION
GENEVA

Drohende
Beeinträchtigung der
Teilhabe ohne manifeste
Schädigungen oder
Aktivitätsstörungen

Strukturschaden ohne
Funktionsstörungen
und ohne bestehende
oder zu erwartende
Beeinträchtigung der
Teilhabe



Die ICF

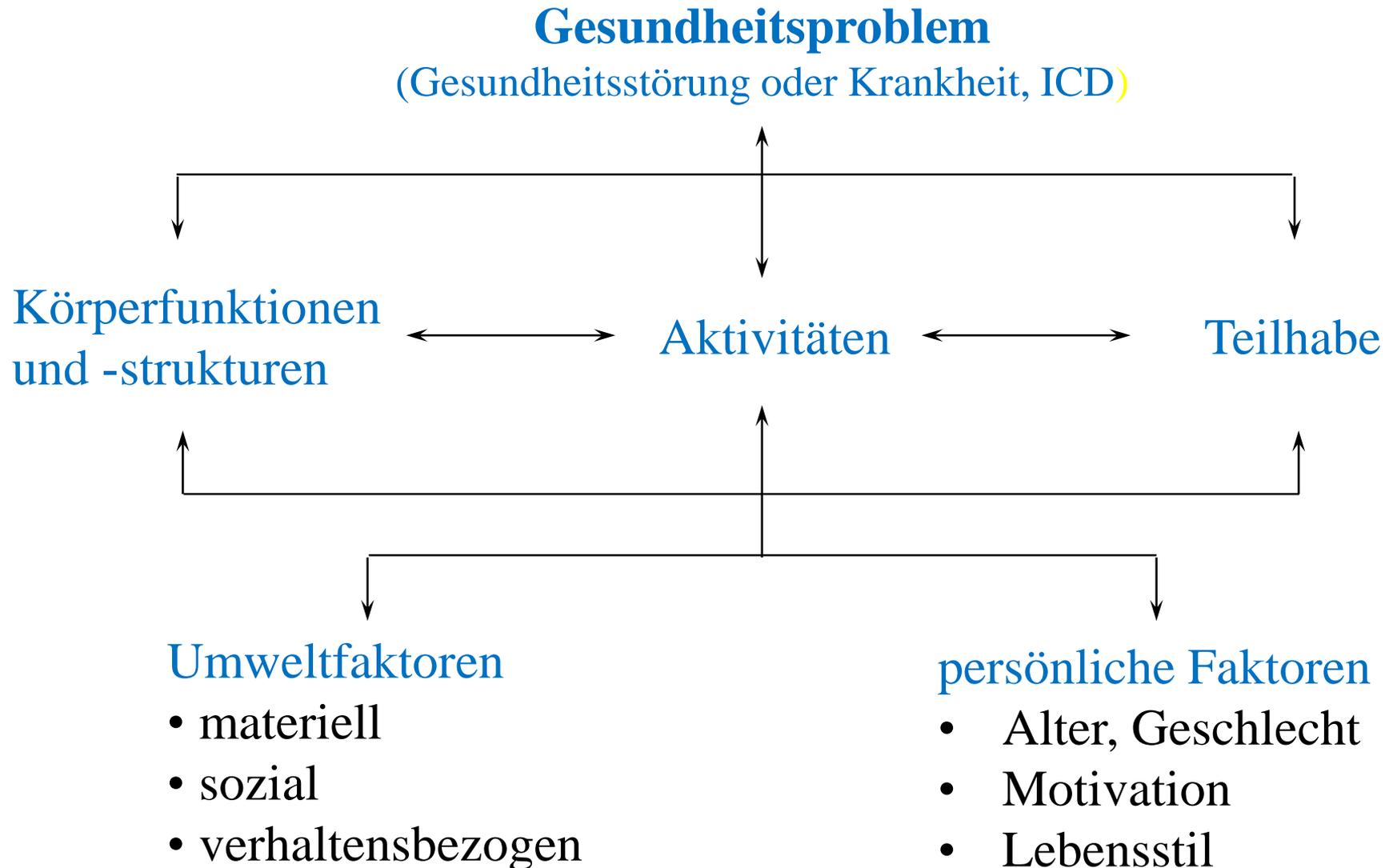
- ist primär kein System zur **Klassifizierung des Leistungsbedarfs**
sondern eine
- **gemeinsame und einheitliche Philosophie und Sprachregelung** zur Beschreibung der Kriterien der
 - Funktionseinschränkungen
 - Behinderung und
 - Gesundheit
- sowie eine **Kategorisierung von Art und Umfang der Beeinträchtigungen der Teilhabe**

Grundsatz

- Das **bio-medizinische** Modell (ICD) kann Auswirkungen von Gesundheitsproblemen (ICD) auf die **funktionale Gesundheit** nicht beschreiben.
- Dies ist nur im Rahmen eines **bio-psycho-sozialen Modells** möglich (ICF).

Daher ergänzt die ICF die ICD

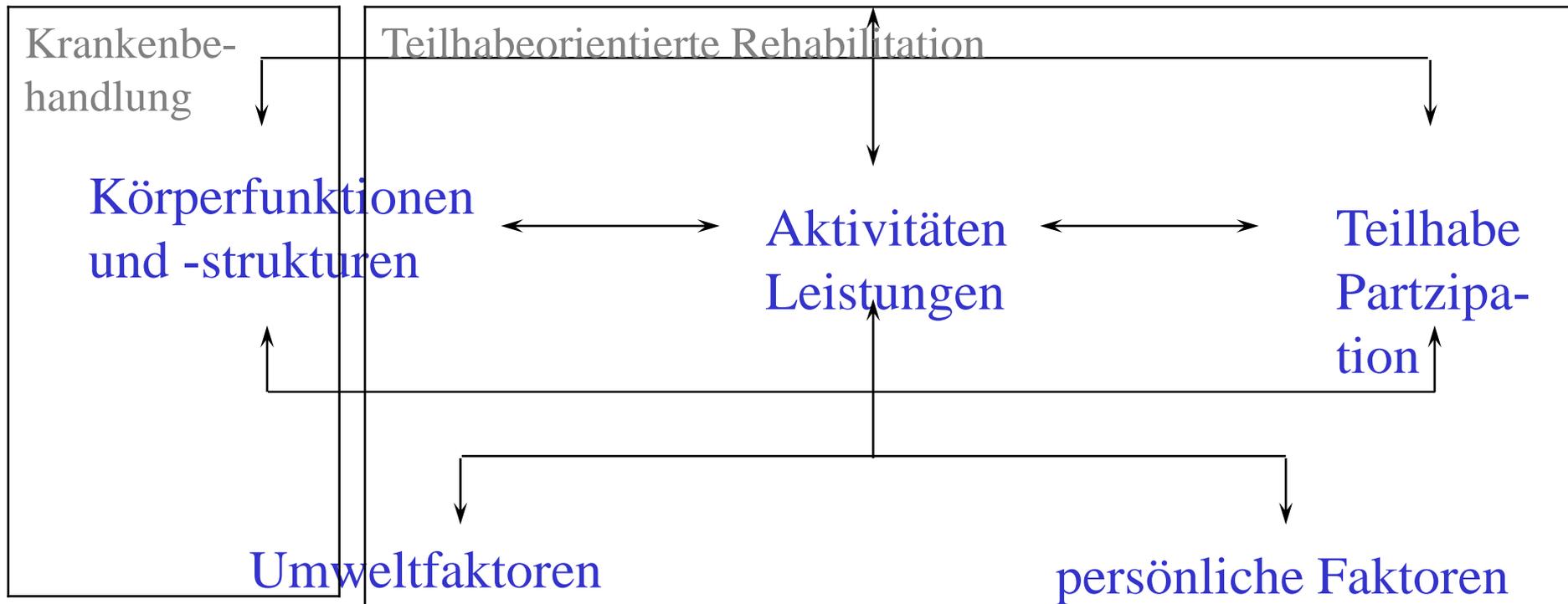
Bio-psycho-soziales Modell der ICF



Wirkungsbereich Krankenbehandlung - Teilhabe-/Rehabilitation

Gesundheitsproblem

(Gesundheitsstörung oder Krankheit, ICD)



- materiell

- sozial

- verhaltensbezogen

- Alter, Geschlecht

- Motivation

- Lebensstil

Die derzeitigen Bedarfsfeststellungsinstrumente der Träger erfüllen die Anforderungen des § 10 SGB IX in der Regel nicht

- SGB IX: Interdisziplinäre, icf-orientierte Sachverständigen-gutachten nach (tatsächlich vorwiegend rein medizini-sche Gutachten - gemeinsame Empfehlung „Ein-heitliche Begutachtung“ der BAR)
- SGB V: Med. Begutachtung des MDK nach § 275 Abs. 1 SGB V; tats. häufig nur ärztl. Verordnung/Reha-Richtlinie des GemBA gem. § 92 SGB V
- SGB VI: Med. Begutachtung
- SGB XI: Pflegeeinstufung durch den MDK nach § 18: Ge-setzlich ausdrücklich beschränkt auf die Ein-schränkungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI
- SGB XII: Fast 50 verschiedene Hilfeplanverfahren

ICF CHECKLISTE

Version 2.1a, medizinisches Formblatt

für die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Diese Checkliste beinhaltet die zentralen Kategorien der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Die ICF Checkliste ist ein praktisches Instrument, um Informationen über die Funktionsfähigkeit und Behinderung einer Person zu gewinnen und zu dokumentieren. Diese Informationen können für Fallbeschreibungen zusammengefasst werden (z.B. in der medizinischen Praxis oder in der Sozialarbeit). Die Checkliste sollte zusammen mit der ICF Kurz- oder Vollversion verwendet werden.

H 1. Benutzen Sie beim Ausfüllen der Checkliste alle verfügbaren Informationen. Bitte geben Sie an, welche verwendet wurden:

[1] Aufzeichnungen [2] Info vom Patienten [3] Info von anderen [4] direkte Beobachtung

Sind keine medizinischen und diagnostischen Informationen verfügbar, soll der Anhang 1: Kurze Gesundheitsinformation, der vom Patienten ausgefüllt werden kann, ergänzend verwendet werden.

H 2. Datum __/__/__ **H 3.** Fallnummer ID __, __, __, __ **H 4.** Interviewnummer __, __, __, __
Tag Monat Jahr

A. ANGABEN ZUR PERSON

A.1 NAME (optional) Vorname _____ Familienname _____

A.2 GESCHLECHT (1) Weiblich (2) Männlich

A.3 GEBURTSTAG __/__/__ (Tag/Monat/Jahr)

A.4 ADRESSE (optional)

A.5 JAHRE DER OFFIZIELLEN BILDUNG (Schule/Ausbildung/Studium) __/__

A.6 DERZEITIGER FAMILIENSTAND: (nur den passendsten ankreuzen)

(1) ledig (4) geschieden
(2) z.Z. verheiratet (5) verwitwet
(3) getrennt lebend (6) zusammen lebend

A.7 DERZEITIGER BERUF (nur den wahrscheinlichsten prüfen)

(1) Bezahlte Arbeit (6) Rentner
[]
(2) Selbstständig (7) Erwerbslos (gesundheitlicher Grund)
[]
(3) Nicht bezahlte Arbeit (z.B. ehrenamtlich) (8) Erwerbslos (anderer Grund)
[]
(4) Student (9) Anderes
[]
(5) Hausfrau/Hausmann (bitte angeben)

A.8 MEDIZINISCHE DIAGNOSEN von bestehenden Gesundheitsproblemen, wenn möglich ICD-Code angeben

- Gegenwärtig kein Gesundheitsproblem
- ICD Code: __. __. __. __
- ICD Code: __. __. __. __
- ICD Code: __. __. __. __
- Ein Gesundheitsproblem (Krankheit, Gesundheitsstörung, Verletzung) liegt vor, jedoch sind die Art oder der ICD-Code unbekannt.

Bedarfsfeststellung Pflege

Leistungsvoraussetzungen versus Pflegebedarfsfeststellung

Leistungsvoraussetzungen

(Leistungsberechtigter Personenkreis - § 14 SGB XI)

- Ist geregelt über den „Begriff der Pflegebedürftigkeit“
- Pflegebedürftig sind nach § 14 Abs. 1 SGB XI Personen, die die
 - **wegen einer** körperlichen, geistigen oder seelischen **Krankheit oder Behinderung**
 - für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens
 - auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

Krankheiten iSd § 14 Abs. 2 SGB XI

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Hilfen iSd § 14 Abs. 3 SGB XI

Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der

- Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der **Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens** oder
- in **Beaufsichtigung oder Anleitung** mit dem **Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.**

Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (§ 14 Abs. 4 SGB XI)

- Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Stufen der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI)

- Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
- 1.
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für **wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen *mindestens einmal täglich* der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.**
- 2.
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ***mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten* der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.**
- 3.
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ***täglich rund um die Uhr, auch nachts*, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.**

Pflegestufe 1

1.

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (**erheblich Pflegebedürftige**) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für
 - **wenigstens zwei Verrichtungen aus**
 - **einem oder mehreren Bereichen**
 - ***mindestens einmal täglich* der Hilfe bedürfen****und zusätzlich**
 - **mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.**

Pflegestufe 2

2.

- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (**Schwerpflegebedürftige**) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität
 - ***mindestens dreimal täglich***
 - **zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.**

Pflegestufe 3

- Pflegebedürftige der Pflegestufe III (**Schwerstpflegebedürftige**) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität
 - ***täglich rund um die Uhr, auch nachts,***der Hilfe bedürfen und **zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.**

Ggfs. Härtefallregelung

Zeitaufwand nach § 15 Abs. 3 SGB XI

- Der Zeitaufwand, den *ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson* für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss *wöchentlich im Tagesdurchschnitt*
 - 1.in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 - 2.in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 - 3.in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Behandlungspflege (§ 15 Abs. 3 SGB XI)

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für

- ***erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen*** zu

berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt.

Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind

Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf **untrennbarer Bestandteil** einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist **oder** mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem **unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang** steht.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 Abs. 1 SGB XI)

- Die **Pflegekassen** haben durch den **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)** prüfen zu lassen, ob die **Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt** sind und **welche Stufe der Pflegebedürftigkeit** vorliegt.
- Im Rahmen dieser Prüfungen hat der MDK durch eine *Untersuchung des Antragstellers*
 - die **Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4** festzustellen sowie
 - **Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit** und das
 - Vorliegen einer **erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz** nach § 45a zu ermitteln.
- Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang *Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit* einschließlich der **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** geeignet, notwendig und zumutbar sind; **insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.**

Begutachtungsverfahren (§ 18 Abs. 2 SGB XI)

- Der MDK hat den Versicherten **in seinem Wohnbereich** zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die **beantragten Leistungen verweigern**. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn **auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht**. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu **wiederholen**.

Begutachtungsverfahren (§ 18 Abs. 3 SGB XI)

- Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den MDK weiter.
- Dem Antragsteller **soll spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden.**
- **Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus** oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und
 1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung nicht erforderlich ist, oder
 2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
 3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,**ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen;** die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Noch Begutachtungsverfahren (§ 18 Abs. 3 SGB XI)

- Befindet sich der Antragsteller in **häuslicher Umgebung, ohne palliativ** versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, **ist eine Begutachtung durch den MDK spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen** und der Antragsteller seitens des MDK unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der MDK an die Pflegekasse weiterleitet.
- Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des MDK bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.

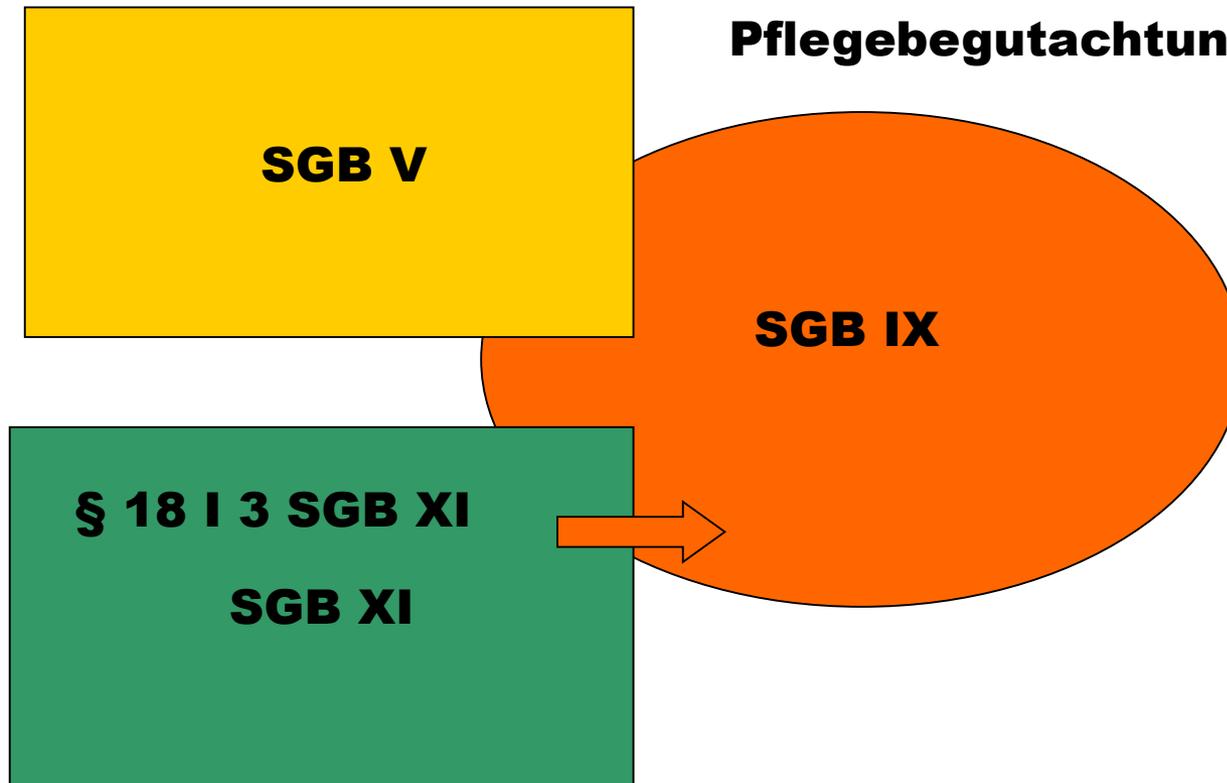
Begutachtungsverfahren (§ 18 Abs. 6 SGB XI)

Der MDK hat der **Pflegekasse** das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner Stellungnahme hat der Medizinische Dienst **auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen** und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

Schnittstelle Pflegebegutachtung

Pflege

**Feststellung des
Rehabilitationsbedarfs bei
Pflegebegutachtung**



Zugang zur Rehabilitation

- Antrag gem. § 19 Satz 1 SGB IV
- von Amts wegen gem. § 8 SGB IX
- Betriebliches Eingliederungsmanagement gem. § 84 SGB IX
- Beratung durch Ärzte gem. § 61 SGB IX
- Einleitung durch Sozialdienste oder behandelnde Ärzte nach den gemeinsamen Empfehlungen Sozialdienste, Frühzeitige Bedarfserkennung und zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation (§ 13 Abs. 2 Nrn 10, 5 und 8/9 SGB IX)
- Verordnung nach der Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V) – sogen. Rehabilitations-Richtlinie

Einleitung von Reha vor Pflege durch den MDK

§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI:

Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

- § 11 Abs. 2 SGB V

Vorrang Reha vor Pflege

- § 31 Abs. 1 SGB XI

Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall welche Leistungen zur med. Rehabilitation geeignet sind.....

- § 31 Abs. 3 SGB XI

Hat der MDK Bedarf festgestellt, informiert die Pflegekassen den Versicherten und leitet mit dessen Einwilligung das Gutachten dem Reha-Träger zu. Mitteilung an den Reha-Träger gilt als Antrag

Zugang zu den Pflegeleistungen

Beitrag der Sozialen Arbeit bei

- Case-Management/Versorgungsmanagement
- Teilhabemanagement
- Pflegeberatung

- Bedarfsfeststellung

Exkurs Case-Management

Verständnis von Case-Management

z.B. Niederlande:

Organisieren und Koordinieren
erforderlicher Hilfen, Dienste
und Fürsorge bei komplexer
Problematik mittels Verhandeln

Verständnis von Case-Management

Hausärzte in Deutschland (Kossow et.al.):

Steuerung der umfassenden Betreuung des Patienten unter den Gesichtspunkten einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung und auf der Grundlage des allgemeinen Standes der medizinischen Erkenntnisse, der sich auch aus Forschungsergebnissen in Hausarztpraxen ergeben muss.

Hierbei sind die gesetzlichen Versorgungsstrukturen und Schnittstellen zu den Versorgungsbereichen außerhalb der hausärztlichen Versorgung besonders zu berücksichtigen

Basisfunktionen von Case-Management aus wissenschaftlicher Sicht

- **Assessment**
Herausfinden der tatsächlichen Bedürfnisse des Klienten
- **Planung**
Beschreibung der ergebnisorientiert erforderlichen Handlungen und Zuordnung von Aufgaben
- **Linking**
Bildung des Handlungsteams und Erhaltung seiner Funktionsfähigkeit
- **Monitoring**
Controlling der Durchführung des Hilfeplans und Überprüfung nach dem Bedarf
- **Evaluation**
Überprüfung der Effektivität und Effizienz (Maßstab: Bedürfnisse des Patienten)

Case-Management-Elemente des Neunten Sozialgesetzbuches

Assessment

- § 10 Abs. 1 Verpflichtung der Rehabilitationsträger die Leistungen nach dem individuellen Bedarf funktionsbezogen festzustellen; dabei sind nach § 14 Abs. 5 vom Berechtigten auszuwählende Sachverständige zu beteiligen.
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 - 5 umfassende Begleitung bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, der Zuständigkeit, der Einschaltung eines Sachverständigen, der entscheidungsreifen Vorbereitung durch gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger

Case-Management-Element des Neunten Sozialgesetzbuches

Planung

Der jeweils gerade zuständige Rehabilitationsträger ist verpflichtet, bereits während seiner Leistungen den voraussichtlich nach Beendigung dieser Leistungen noch bestehenden Rehabilitationsbedarf zu klären und mit dem nachfolgend zuständigen Träger den funktionsbezogenen Leistungsbedarf festzustellen und zu dokumentieren. (§ 10 Abs. 1 Satz 1)

(Der nachfolgende Träger soll notwendige Verwaltungsverfahren noch während der laufenden Leistung beenden, sodass Nahtlosigkeit gewährleistet wird. Die Verantwortung des gerade federführenden Trägers endet erst mit dem Beginn der Leistung des nachfolgenden Trägers, nicht bereits mit dessen Einschaltung)

Case-Management-Elemente des Neunten Sozialgesetzbuches

Linking

§ 17 Abs. 1 :

Der zuständige Rehabilitationsträger führt die Leistungen aus. Er hat kann sich dazu u.a.

- geeigneter Rehabilitationseinrichtungen und -dienste bedienen oder
- ein persönliches Budget einräumen

(d.h., entweder er managed selbst oder überlässt dies dem Berechtigten in Eigenverantwortung)

Case-Management-Elemente des Neunten Sozialgesetzbuches

Monitoring

§ 22 Abs. 1 Nr. 6 - 8

Die gemeinsame Servicestelle

- hat den Berechtigten bis zur Entscheidung oder Leistung unterstützend zu begleiten
- bei den Trägern auf zeitnahe Entscheidung hinzuwirken
- zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln

Case-Management-Elemente des Neunten Sozialgesetzbuches

Evaluation

(§ 20)

Die Leistungserbringer stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert

Die Rehabilitationsträger führen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement vergleichende Qualitätsanalysen durch

Beratung

- Teilhabemanagement
- Versorgungsmanagement

Instrumente des Schnittstellenmanagements

Das Sozialrecht kennt zwei Arten von Instrumenten zur Bewältigung von Schnittstellenproblemen

- Versorgungsmanagement
 - Teilhabemanagement nach dem SGB IX
 - Versorgungsmanagement nach dem SGB V
 - Versorgungsmanagement nach dem SGB XI
 - Versorgungsmanagement durch Krankenhaus-Sozialdienste – Landeskrankenhausgesetze -
- Besondere Leistungsformen
 - Integrierte Versorgung
 - Persönliches Budget

Teilhabemanagement des SGB IX

- § 8: Feststellung ob Teilhabebedarf besteht bei jeder Sozialleistung wegen Behinderung (einschl. chronischer Erkrankung); Einleitung von Amts wegen
- § 10: ICF-orientierte Feststellung des gesamten individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs unabhängig von der jeweiligen Trägerzuständigkeit; Koordinierung der Leistungen, durchgehende Sicherung des Verfahrens
- § 11: Zusammenarbeit der Reha-Träger
- § 12: Nahtlose, zügige sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung **einheitliche** Leistungserbringung
- §§ 12, 13: Verpflichtung zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen u.a. zu gemeinsamen Verwaltungsverfahren und zur einheitlichen Leistungserbringung, zur Beteiligung aller Akteure usw.
- § 14: Zuständigkeitsklärung, Entscheidung binnen 3 bis maximal 5 Wochen
- §§ 22, 23: Gemeinsame Servicestellen mit umfassenden Care- und Case-Management-Aufgaben

Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX

- Information über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen, besondere Hilfen im Arbeitsleben und Verwaltungsabläufe
- Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen sowie bei der Erfüllung der Mitwirkungspflichten
- Klärung der Zuständigkeit, Hinwirken auf klare und sachliche Anträge sowie Weiterleitung an den zuständigen Träger
- Information des Trägers bei einem Reha-Bedarf, der ein Gutachten erfordert
- umfassende, entscheidungsreife Vorbereitung, sodass der Träger unverzüglich entscheiden kann
- unterstützende Begleitung des Berechtigten bis zur Leistung
- Hinwirken auf eine zeitnahe Entscheidung und Leistung
- Koordination und Vermittlung während der Leistung

Verfahren zum Schnittstellenmanagement im Bereich der medizinischen Rehabilitation

- Rehabilitation der GRV verfügt mit der Anschlussheilbehandlung seit 40 Jahren über ein wirksames Instrument zur nahtlosen Überleitung vom Krankenhaus zur medizinischen Rehabilitation
- Gleichartige Ergebnisse bewirken das Berufshelfersystem des SGB VII
- Sozialdienste durften Anträge aufnehmen und damit Leistungen einleiten
- Rahmenempfehlung DKG/Krankenhaus von 1990 sah demgegenüber nur die Information der KK vor
- Die Aufgabenstellung der Sozialdienste nach § 2 der Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste sieht über die Information und Beratung hinaus „Unterstützung im umfassenden Sinne, insbesondere in der Bewältigung der Folgen der Krankheit und Behinderung sowie der Eingliederung“ vor.
- Die Sozialdienste regen Leistungen zur Teilhabe an und leiten diese in Abstimmung mit dem Reha-Träger ggfls. ein
- Damit gelten die bereits im AHB-Verfahren der GRV enthaltenen Rechte der Sozialdienste nunmehr für die Verfahren aller Reha-Träger

Versorgungsmanagement des SGB V

D. Verantwortlichkeit für Versorgungsmanagement

1. Leistungsträger

- **Alle Rehabilitationsträger (§ 10 I SGB IX); auch für Krankenbehandlung (§§ 27, 10 I SGB IX)**
- **Pflegekasse (§ 7a SGB XI: Versorgungsplan)**
- **Bedarfsfeststellung MDK (§ 18 SGB XI; § 275 SGB V)**
- **Träger der Sozialhilfe (§§ 12, 58 SGB XII: Förderplan, Gesamtplan)**

2. Leistungserbringer

- **Hausärzte (§ 73 I Nr. 4 SGB V)**
- **Leistungserbringer der Krankenkassen, insbesondere Krankenhäuser (§ 11 IV SGB V und Vertragsrecht, § 112 I Nr. 4, 5 SGB V; Integrierte Versorgung, § 140a)**
- **Pflicht der Krankenhäuser nach Landeskrankenhausrecht zum Vorhalten eines Sozialdienstes**

Krankenhausrecht

- **Krankenhausgesetze: 11 Ländergesetze schreiben Sozialdienst vor; fünf sind reine Finanzierungsgesetze (Bayern, Bremen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein)**
- **Berlin (§ 24 II 2) und Saarland (§ 6 I 2) erwähnen Sozialarbeiter, andere „geeignete Fachkräfte“**
- **Aufgabenbeschreibung „Beraten und Betreuen“, „Unterstützen“, „Vermitteln“, „Organisation der Anschlussversorgung, insbes. Pflege und Reha; Ergänzung des ärztlichen und pflegerischen Dienstes**

Versorgungsmanagement der Krankenhäuser

Die Mehrzahl der Krankenhausgesetze der Länder beinhaltet ebenfalls Regelungen zum Versorgungsmanagement:

- Vorhalten eines Krankenhaussozialdienstes der in der Regel die Aufgabe hat, die Anschlussversorgung in den Bereichen
 - Rehabilitation und
 - Pflegezu organisieren.

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

- Versicherte haben (zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche einschl. der fachärztlichen Anschlussversorgung) einen Rechtsanspruch auf ein **Versorgungsmanagement (Abs. 4 Satz 1)**
- **Dieser Anspruch richtet sich gegen die Krankenkasse!**
- Im Rahmen dieses Anspruchs gegen die Krankenkassen haben die **stationären** Leistungserbringer (Krankenhäuser/Reha-Einrichtungen) der Krankenkassen die Pflicht, **für eine sachgerechte Anschlussversorgung zu sorgen** (d.h., die Anschlussversorgung ist nicht zu gewährleisten; es ist lediglich dafür Sorge zu tragen, dass sie zustande kommt. Der Sicherstellungsauftrag für die Versorgung liegt weiterhin bei der Kasse, der KV, dem Reha-Träger usw. - Abs. 4 Satz 2).
- Die Leistungserbringer sind bei dieser Sorgeverpflichtung durch die Krankenkassen zu unterstützen (Abs. 4 Satz 3)
- Die Sorgeverpflichtung der Leistungserbringer erfasst nicht nur die Anschlussversorgung durch die GKV, sondern auch die durch andere Leistungsträger.

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

- Versicherte muss Versorgungsmanagement zustimmen
 - Wg. rechtlicher Folgen Zustimmung schriftlich dokumentieren
 - Nicht Aufgabe der Leistungserbringer ist:
 - die Feststellung des nachfolgenden Leistungsbedarfs
 - die Klärung der entsprechenden Leistungsansprüche
 - die Durchführung von Verfahren zur Verwirklichung und ggfls. Feststellung der Leistungen
- Das ist und bleibt Aufgabe der Kostenträger.

Verantwortung der Kassen

Bis 2012:

Kassen haben die Krankenhäuser bei der Durchführung ihrer Sorgeverpflichtung (Überleitung) zu unterstützen.

Ab 2013:

Kassen sind verantwortlich für das Versorgungsmanagement. Die Sorgerechtsverpflichtung des Krankenhauses ist damit nur noch ein Teil der übergeordneten Versorgungsmanagementverpflichtung der Kassen.

Auswirkungen auf zweiseitige Verträge nach § 112 SGB V.

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

- Die Krankenkassen haben das Nähere zum Versorgungsmanagement in Verträgen mit den Leistungserbringern
 - im Rahmen der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V
 - mit den Krankenhäusern in den Verträgen nach §§ 112, 115 SGB V
 - in Verträgen mit den sonstigen Leistungserbringern, d.h, z.B. mit den Reha-Einrichtungen in Rahmenverträgen nach § 21 Abs. 2 SGB IX oder
 - in Verträgen mit den Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen zu vereinbaren.
- Dabei sind
 - vorhandene gesetzliche Regelungen wie z.B §§ 7, 18 SGB XI
 - die Bestimmungen über die Sozialdienste in den KHG`s der Länder
 - oder von allen Rehabilitationsträgern im Sinne der Selbstbindung gemeinsam vereinbarten Regelungen wie die „Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu beachten

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

Fazit:

- Das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V wird sich aus den dargestellten Gründen auf das Erkennen eines anschließenden Versorgungsbedarfs, die sofortige Information der anschließend verantwortlichen Leistungserbringer und Kostenträger reduzieren
- Die Krankenkassen haben im Rahmen ihrer Unterstützungsverantwortung auf dieser Grundlage die Verfahren zur Leistungsfeststellung so zu gewährleisten, dass keine Finanzierungslücke besteht und die Anschlussversorgung nahtlos einsetzen kann
- Dies entspricht im Ergebnis exakt den Pflichten der Beteiligten nach §§ 10 – 11 SGB IX

Pflegemanagement

Versorgungsmanagement nach dem PfWG

- Das PfWG konkretisiert bestehender Pflichten der Pflegekassen nach
 - § 12 Abs. 1 SGB XI – Systemmanagement durch Pflegestützpunkte
 - § 12 Abs. 2 SGB IX – Fallmanagement durch Pflegeberater
- durch
 - § 92c SGB XI - Pflegestützpunkte und
 - § 7a SGB XI - Pflegeberatung

Pflegeberatung § 7a SGB XI

- Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme **von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten**, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,
 1. – den Hilfebedarf unter Berücksichtigung **der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren**,
 2. – **einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen**,
 3. – auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
 4. – die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
 5. – bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.
- Der Versorgungsplan beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 2 Nr. 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben

Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI)

- Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen **Pflegestützpunkte** ein, **sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt.**
- .Kommen die hierfür **erforderlichen Verträge** nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesverbände der Krankenkassen wahrzunehmen.

Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI)

- Aufgaben der Pflegestützpunkte sind
- 1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
- 2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
- 3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.
- Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen.
- Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die
 1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch,
 2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,
 3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherungan den Pflegestützpunkten beteiligen.

Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI)

- Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger
 - 1. sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,
 - 2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,
 - 3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,
 - 4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,
 - 5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.

Vor und nach dem PfWG geltendes Recht

- § 7 Abs. 2 Satz 2 SGB XI:
KH ist bei sich abzeichnender oder eingetretener Pflegbedürftigkeit verpflichtet, unverzüglich die Pflegekasse zu benachrichtigen
- Pflegekasse hat im Rahmen ihres Fallmanagements nach § 12 Abs. 2 iVm § 18 Abs. 1 SGB XI den MDK zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen durch die Einstufungsbegutachtung aufzufordern
- MDK hat diese Begutachtung innerhalb einer Woche nach Eingang der Information des Krankenhauses bei der Pflegekasse noch im Krankenhaus vorzunehmen, wenn dies zur Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung und Betreuung erforderlich ist (§ 18 Abs. 3 SGB XI)
- Obwohl dies durchweg erforderlich ist, halten die MDK`S die Begutachtung im Krankenhaus zur Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung und Betreuung in der Regel (Ausnahme: MDK Nordrhein) nicht für erforderlich
- Durch die spätere Begutachtung im häuslichen Umfeld entstehen Finanzierungslücken, die Ursache für die Regelungen zur Bewältigung der Schnittstellenprobleme im GKV-WSG bzw. des PfWG sind

Ursache der Probleme ist eine Finanzierungslücke

- Ursache für die vorhandenen Defizite sind allein die nicht zeitnahe Begutachtung und Entscheidung sowie die dadurch bedingte Finanzierungslücke
- Alle gesetzlichen Regelungen zur Problembewältigung berühren diese Ursachen nicht:
 - Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V
 - Pflegebegleitung nach § 7a PfWG
 - Pflegestützpunkte nach § 92c PfWG
- Auch nach Einführung dieser Strukturen bestehen die Ursachen in den und für die neuen Strukturen fort: auch sie sind von der nicht zeitnahen Einstufungsbegutachtung des MDK abhängig
- Alle zur Lösung dieser Probleme sowohl im Verfahren zum GKV-WSG, wie auch zum PfWG-E eingebrachten Vorschläge (Vorübergehende Einstufung kraft Gesetzes, vorübergehende Einstufung durch die KH-Ärzte) werden nicht aufgegriffen.

Schnittstellenprobleme

des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems

Überwindung
durch

Teilhabemanagement
Versorgungsmanagement
Beratung

Schnittstellenprobleme der Rehabilitation– eine Folge des gegliederten Sozialleistungssystems (?)

- Schnittstellenprobleme sind so alt wie das gegliederte Sozialleistungssystem selbst. Sozialpolitisch werden die Schnittstellen Akutversorgung/ Rehabilitation und Akutversorgung/Pflege/Rehabilitation thematisiert
- Ende der 80er Jahre befassten sich große Studien der Gesundheitssystemanalyse mit den Problemen an der Schnittstelle von Akutversorgung und Rehabilitation (u.a. Badura, Rapse, Schwartz)
- Als Ursache der Schnittstellenprobleme wurden „sozialrechtlich fixierte oder traditionelle träger- und einrichtungsbezogene Abschottungen“ als Folge des gegliederten Systems der sozialen Sicherung identifiziert
- Gefordert wurde (u.a.) eine Integration von Akut- und Rehabilitationsversorgung (so noch Arnold 2003), aber auch Abbau der Versäulung durch Gesamtverantwortung, mehr Patientenmanagement, einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

Initiativen des Gesetzgebers zur Beseitigung von Schnittstellenproblemen

- Erste Phase: 1974 – RehaAnglG und 1975 – SGB I
- Zweite Phase
 - Gesundheitsreform 2000:
 - Integrierte Versorgung (ausgerichtet auf Akutversorgung)
 - Trennung von Rehabilitation und Krankenbehandlung
Ausrichtung der Reha-Leistungen auf Behinderung
 - SGB IX – 2001:
 - Eigenständiges Rehabilitations- und Teilhabesystem, Koordination, Konvergenz (Teilhabemanagement, Gemeinsame Servicestellen usw)
 - Persönliches Budget
- Dritte Phase – Akutversorgung/Pflege –
 - GKV-WSG 2007 – Versorgungsmanagement SGB V
 - PfWG 2008 – Pflegestützpunkte/Pflegeberatung

Pflichten der Ärzte
und
Angehörigen von Gesundheits- und
Sozialberufen

Beteiligung des niedergelassenen Arztes am Rehabilitationsverfahren

- **Rehabilitations-Angleichungsgesetz**

§ 5 Abs. 3: Der Behinderte, auf sein Verlangen oder, soweit erforderlich, die behandelnden Ärztewirken bei der Aufstellung des Gesamtplanes mit“

- **SGB IX:**

§ 13 Abs. 2 Nr. 8: Die Rehabilitationsträger vereinbaren in einer gemeinsame Empfehlung, *in welchen Fällen* und *in welcher Weise* der behandelnde Hausarzt oder Facharzt und der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe *einzubinden* sind.

Beteiligung des Arztes im Zugangsverfahren nach dem SGB IX

- § 60 SGB IX:

Personensorgeberechtigte sollen Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen einer gemeinsamen Servicestelle oder einem Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe vorstellen

- § 61 SGB IX:

Die Beratung der Ärzte, denen Personen nach § 60 vorgestellt werden, erstreckt sich auf die *geeigneten* Leistungen zur Teilhabe. Dabei weisen sie auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle hin.

Beratung

Aufklärung Beratung, Auskunft nach dem SGB I

- § 13 - Aufklärung -
Die Leistungsträger....sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären
- § 14 - Beratung -
Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten...Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind
- § 15 - Auskunft - Die
nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der Kranken- und Pflegeversicherung sind verpflichtet ...Auskunft zu erteilen.
Die...erstreckt sich auf die Benennung derzuständi-gen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für den Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle im Stande ist

§ 14 SGB I: Leistungsberatung

Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind

Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX gehen darüber im Sinne von Case-Management hinaus:

- Information über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen, besondere Hilfen im Arbeitsleben und Verwaltungsabläufe
- Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen sowie bei der Erfüllung der Mitwirkungspflichten
- Klärung der Zuständigkeit, Hinwirken auf klare und sachliche Anträge sowie Weiterleitung an den zuständigen Träger
- Information des Trägers bei einem Reha-Bedarf, der ein Gutachten erfordert
- umfassende, entscheidungsreife Vorbereitung, sodass der Träger unverzüglich entscheiden kann
- unterstützende Begleitung des Berechtigten bis zur Leistung
- Hinwirken auf eine zeitnahe Entscheidung und Leistung
- Koordination und Vermittlung während der Leistung

Zur
Forderung der Betroffenen
nach trägerunabhängiger Beratung

Beratungsbedarf bezogen auf die Lebenssituation

Menschen mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedarf oder Behinderungen haben bei Wahrnehmung ihrer Beeinträchtigung folgende Fragen:

- Was bedeutet diese Entwicklung für mein weiteres Leben?
- Welche Behandlung kann mir nach allen Erfahrungen wirksam helfen und welche weiteren Hilfen benötige ich zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft?
- Von wem kann ich diese Behandlung und Hilfen in meinem Lebensumfeld erhalten?
- Wer bezahlt diese Behandlung und Hilfen bzw. welche Sozialleistungen beinhalten diese Behandlung und Hilfen und wie kann ich diese Leistungen in Anspruch nehmen?

Dies zeigt, dass sich die Frage nach der Bezahlung erforderlicher Leistungen Behandlung und damit der Bedarf an Leistungsberatung nach § 14 SGB I erst aus der Beantwortung der für den Betroffene existentiellen Fragen aus der Weiterführung des Lebensalltages ergibt.

Dieser Beratungsbedarf findet bisher keine Leistungsgrundlage im SGB (§ 88 SGB X?)

Bewältigung der Schnittstellen
des gegliederten
Sozialleistungssystems
durch
besondere Leistungsformen

Besondere Leistungsformen

Die Überwindung von Schnittstellenproblemen ist sowohl Ziel und Aufgabe der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V wie auch des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX.

- Persönliches Budget: Instrument der selbstbestimmten Leistungsausführung mit begleitenden (partnerschaftlichen) Care-Management Aufgaben des Leistungsträgers
- Integrierte Versorgung: Vertraglich begründete Care- und Case-Management- Verpflichtung der Leistungserbringer zur Durchführung des alleinigen Sicherstellungsauftrages der Kassen. Bis auf die gesetzlichen Zustimmungs- und Mitwirkungspflichten keine Gestaltungsmöglichkeiten der Berechtigten.

Integrierte Versorgung

- Vollintegration der verschiedenen Versorgungselemente der medizinische Akutversorgung.
- Dabei ist darauf zu achten, „dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten.“
- D.H, nicht Inkorporation der medizinischen Rehabilitation in die Akutversorgung, sondern
- Kooperation der Akutversorgung mit der medizinischen Rehabilitation

Bedeutung der Integrierten Versorgung

- soll als künftige Regelversorgungsstruktur die bisherigen Strukturen ersetzen
- Beseitigung von Defiziten der akutmedizinischen Versorgungsstrukturen durch Integration
- Weitgehende Gestaltungsfreiheit außerhalb des Kassenarzt- und Krankenhausrechts
- Leistungsinhalte und Vergütung basieren ausschließlich auf Vertragsrecht zwischen den Kassen und den Anbietern
- Hemmnisse z.T. durch das GMG abgebaut

Integrierte Versorgung

- Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 wird durch § 140 Abs. 1 SGB V eingeschränkt
- Das spezifische Versorgungsstrukturecht der
 - § 17 SGB IX – geeignete Einrichtung
 - § 19 SGB IX – Sicherstellungsauftrag
 - § 20 SGB IX – Qualitätssicherung
 - § 21 SGB IX – Versorgungsverträgeist nicht berührt und findet Anwendung