

Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften
Politikwissenschaften

Blockseminar „Bundesteilhabegesetz“

Blockseminar vom 13.2. – 17.2.2018

Samstag, den 17.02.2018

Schnittstelle Eingliederungshilfe/Pflege

Die Rolle der Sozialen Arbeit

zur Förderung der Selbstbestimmung und
Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Schnittstelle Pflege/EinglH

- stationäre Pflege in
Behinderteneinrichtungen -

Stationäre Leistungen § 43a SGB XI

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer stationären Einrichtung, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die Soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Absatz 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen fünfzehn Prozent der nach den §§ 121 und 122 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung.

Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 42b Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zwölften Buches (§ 71 Absatz 4), die Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.“

Im RegE gelöscht

Sonderregelung für pflegebedürftige Menschen - § 103 SGB IX – - stationäre Einrichtungen -

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe **in Räumlichkeiten im Sinne von § 42b Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zwölften Buches (Anmerkung: betreutes Wohnen!)** erbracht, umfasst die Leistung auch die Pflegeleistungen in diesen Räumlichkeiten.

Stellt der Leistungserbringer fest, dass der Mensch mit Behinderung **so pflegebedürftig ist, dass die Pflege in diesen Räumlichkeiten nicht sichergestellt werden kann, vereinbaren der Träger der Eingliederungshilfe und die zuständige Pflegekasse mit dem Leistungserbringer, dass die Leistung bei einem anderen Leistungserbringer erbracht wird; dabei ist angemessenen Wünschen des Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen.**

Anmerkung:

Mit Art 19 UN-BRK nicht vereinbar.

§ 42b Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII

Leistungsberechtigten, denen allein oder zu zweit ein persönlicher Wohnraum und zusätzliche Räumlichkeiten zur gemeinschaftlichen Nutzung überlassen werden, gilt Absatz 5 und 6

Anmerkung: Betreute Wohnformen werden wie stationäre behandelt!

§ 71 Abs. 4 SGB XI

(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

3. Räumlichkeiten,

a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht

b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und

c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

Pflege in Betreuungseinrichtungen der Behindertenhilfe

- An der verfassungswidrigen Kürzung der Zuschüsse der Pflegeversicherung auf 266 € mtl. bei Pflege in stat. Einrichtungen der EinglH. wird festgehalten (§ 43a SGB XI).
- Diese wird sogar noch auf behinderte Menschen ausgedehnt werden, die in gemeinschaftlichen und betreuten Wohnformen leben und dann statt bisher z.B. 1612 € Pflegesachleistung (2016) in der Pflegestufe 3 auch nur noch 266 € erhalten würden.
- Ob in betreuten Wohnformen weiterhin die vollen oder nur noch die abgesenkten Zuschüsse gezahlt werden, hängt von ihrem Versorgungsumfang in der Wohneinrichtung, der Art ihres Mietvertrages (nach dem WBVG) und von der Frage ab, inwieweit die Betroffenen in der Einrichtung selbstbestimmt handeln können. Wie hoch die Zuschüsse der Pflegekasse künftig sind, ergibt sich nicht mehr unmittelbar aus dem Gesetz, sondern hängt im Einzelfall von Bewertung der Wohneinrichtung und **Entscheidung des Trägers der EinglH ab.**

Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung

Nachrang der Eingliederungshilfe - § 91 Abs. 3 -

- (3) Das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung und der Leistungen der Eingliederungshilfe bestimmt sich nach § 13 Abs. 3 des Elften Buches.

§ 102 SGB IX - Sonderregelung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne von § 42b Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zwölften Buches erbracht, umfasst die Leistung auch die Pflegeleistungen in diesen Räumlichkeiten. Stellt der Leistungserbringer fest, dass der Mensch mit Behinderung so pflegebedürftig ist, dass die Pflege in diesen Räumlichkeiten nicht sichergestellt werden kann, vereinbaren der Träger der Eingliederungshilfe und die zuständige Pflegekasse mit dem Leistungserbringer, dass die Leistung bei einem anderen Leistungserbringer erbracht wird; dabei ist angemessenen Wünschen des Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen

Anmerkung: Nicht mit Art 19 Buchst a UN-BRK zu vereinbaren

§ 102 Abs. 2- Sonderregelung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen

(2) Werden Leistungen der Eingliederungshilfe außerhalb einer Räumlichkeit im Sinne von § 42 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 des Zwölften Buches erbracht, *umfasst die Leistung auch die Leistungen nach Kapitel 7 des Zwölften Buches, soweit der Leistungsberechtigte Einkommen aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit, das die Geringfügigkeitsgrenze des § 8 des Vierten Buches übersteigt, oder kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen bezieht.*

Anmerkung: Keine wirkliche Lösung; erfasst nur einen kleinen Personenkreis!

§ 13 Abs. 3 SGB XI idF d. PSG III

- 3) Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den **Fürsorgeleistungen** zur Pflege
- 1.nach dem Zwölften Buch,
 - 2.nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz,
 - 3.nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
- vor. Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen. **Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.**

Leistungen für behinderte Menschen mit Pflegebedarf aus einer Hand durch den Träger der Eingliederungshilfe

- „(4) Treffen Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe zusammen, vereinbaren mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse und der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger,
1. dass im Verhältnis zum Pflegebedürftigen der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des von der Pflegekasse erlassenen Leistungsbescheids zu übernehmen hat,
 2. dass die zuständige Pflegekasse dem für die Eingliederungshilfe zuständigen Träger die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen zu erstatten hat sowie
 3. die Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung. Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben unberührt und sind zu beachten. Die Ausführung der Leistungen erfolgt nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Soweit auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu erbringen sind, ist der für die Hilfe zur Pflege zuständige Träger zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bis zum 1. Januar 2018 in einer Empfehlung Näheres zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung und zu der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers. Die Länder, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe auf Bundesebene sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und V

Schnittstelle

Pflege/Eingliederungshilfe

- Nach bisherigem Recht stehen Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Einglh gleichberechtigt nebeneinander. Nach der Klarstellung im parlamentarischen Verfahren stehen sie auch weiterhin gleichberechtigt nebeneinander und ergänzen sich.
- Vor Vollendung der Regellebensaltersgrenze – und, soweit bereits vorher Leistungen der Einglh bezogen wurden, auch danach – umfassen die Leistungen der Eingliederungshilfe künftig nach § 103 Abs. 2 SGB IX auch die Leistungen der häuslichen Pflege des Sozialhilfeträgers nach dem SGB XII.
- Verfahrensrechtlich sind die Träger der Einglh nach § 63a SGB XII idF des PSG verpflichtet, - unabhängig von der Pflegeversicherung – nochmals den Leistungsbedarf festzustellen.
- Soweit erstmals nach Vollendung der Lebensaltersgrenze Leistungen der Einglh erforderlich werden, besteht vorrangig Anspruch auf die Leistungen der Pflegeversicherung. Da die Leistungen Pflege/Einglh gleichberechtigt nebeneinander stehen, muss – wie bisher - geprüft werden, ob neben dem Anspruch auf Leistungen der PflegeV noch ein Bedarf an Leistungen der Einglh besteht.

Ursache für die Abgrenzungsdiskussion

In den Gesetzgebungsverfahren zum BTHG und SGB III wurden Überschneidungen der Leistungen der Eingliederungshilfe (insbesondere Assistenzleistungen) mit den Leistungen der Pflegeversicherung (Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit Pflegesachleistungen) diskutiert. Als Ursache dafür wurde auch das mit dem Pflegestärkungsgesetz II ab 1.1.2017 eingeführte Neue Begutachtungsassessment (NBA) der Pflegeversicherung genannt.

Tatsächlich gibt es bei der Bedarfsfeststellung aber **keine Überschneidungen**. Das NBA hat - ähnlich wie das BTHG bei der Übernahme der Lebensbereiche der ICF in die Leistungsvoraussetzungen nach § 90 - in bestimmten Modulen des Feststellungsverfahrens **sprachliche Anleihen an der ICF** gemacht. Damit findet in der Pflegeversicherung weder **eine ICF-Orientierung der Bedarfsfeststellung** statt, **noch ist das NBA geeignet, den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe festzustellen**. Dies zeigt schon ein einfacher Vergleich mit dem verkürzten Assessment der ICF, der sogen. ICF-Checkliste (vergl. ICF Checkliste der WHO, dimdi).

Gleichwohl erhebt das NBA – nicht ICF-konform – bestimmte Beeinträchtigungen der Teilhabe, die bei der pflegeeingruppierungen unberücksichtigt bleiben, aber für die Abgrenzung von Betreuungsleistungen mit den Assistenzleistungen erforderlich sind.

Ursache für die Abgrenzungsdiskussion

Ab 1.1.2017 kann jeder **ambulante Pflegedienst** als Folge der Neufassung des § 36 Abs. 2 SGB XI durch das PSG II neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung **auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen anbieten**. Nach § 36 Abs. 2 SGB XI umfassen pflegerische Betreuungsleistungen **Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld**, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Materiell rechtlich ist das nichts Neues. Diese Unterstützungsleistungen sind nämlich bereits durch das PfwG ab 1.1.2008 als Betreuungsleistungen Bestandteil der Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI geworden. Zuvor stand die durch das PSG II in den Gesetzestext übernommene Definition der Unterstützungsleistungen bereits seit 1.1.2008 in der Begründung zu § 36 SGB XI.

Schnittstelle
Pflegesachleistung
-Assistenzleistung Einglh -

Was erfasst die Pflegesachleistung?

Nach der Begründung zu § 36 SGB XI in der Fassung des PSG II umfassen die nunmehr im Text des § 36 SGB IX genannten Betreuungsmaßnahmen insbesondere

- Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung sowie
- Unterstützungsleistungen bei der Bewältigung auftretender psychosozialer Problemlagen oder
 - von Selbst- oder Fremdgefährdung und
 - bei der räumlichen und zeitlichen Orientierung der Pflegebedürftigen,
 - bei der Tagesstrukturierung,
 - den individuellen Bedürfnissen Rechnung tragenden Aktivitäten, wie Musik hören, Zeitung lesen oder dem Betrachten von Fotoalben,

mithin auf die typische Lebenssituation medizinisch-pflegebedürftiger Menschen, insbesondere von solchen mit Einschränkungen der Alltagskompetenz (vergl. § 45a Abs. 1 und 2 SGB XI), nicht aber auf behinderte Menschen mit erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen, die zugleich einen Bedarf an pflegerischen Leistungen haben ab.

- BT-Drs. 18/6688 vom 11.11.2015, S. 140

Anteil der Betreuung an der Pflegesachleistung

Die Zuschüsse der Pflegesachleistungen Betragen/betragen

2016	2007		2008
	ohne Betreuung	mit Betreuung	
• Pflegestufe 1 EUR	384 EUR	420 EUR	689
• Pflegestufe 2 EUR	921 EUR	980 EUR	1.298
• Pflegestufe 3 EUR.	1.432 EUR	1.470 EUR	1.612

Danach hat sich Pflegesachleistung durch die Einbeziehung von **Betreuungsleistungen** durch das PfWG am 1.1.2008 je nach Pflegestufe **um 36 bis 59 EUR** erhöht.

Hilfe zur Pflege SGB XII neu

- Pauschalierter pflegerischer Bedarf - § 63a .

(1) Der Umfang der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 des Elften Buches zuzüglich eines Betrages in Höhe von zehn Prozent des Betrages nach § 36 Absatz 3 des Elften Buches gilt als dem notwendigen pflegerischen Bedarf entsprechend, der durch die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 64b abzudecken ist. Ein im Einzelfall darüber hinaus bestehender Bedarf ist vom Träger der Sozialhilfe zu übernehmen

Anmerkung:

Folge davon, dass der NBA nicht mehr einen Hilfebedarf schätzt, sondern die verbliebenen Fähigkeiten bewertet. Deswegen hier die Fiktion des pflegerischen Leistungsbedarfs, da der Tatsächliche Bedarf nicht mehr geschätzt wird.

Pflegegrad 2 : 689 € zzgl. 10 v.H. = 68,90 = 757,90 €

Pflegegrad 3: 1.298 € zzgl. 10 v.H. = 129,80 = 1.427,80 €

Pflegegrad 4: 1.612 € zzgl. 10 v.H. = 162,20 = 1.774,20 €

Pflegegrad 5: 1.995 € zzgl. 10 v.H. = 199,50 = 2.194,50 €

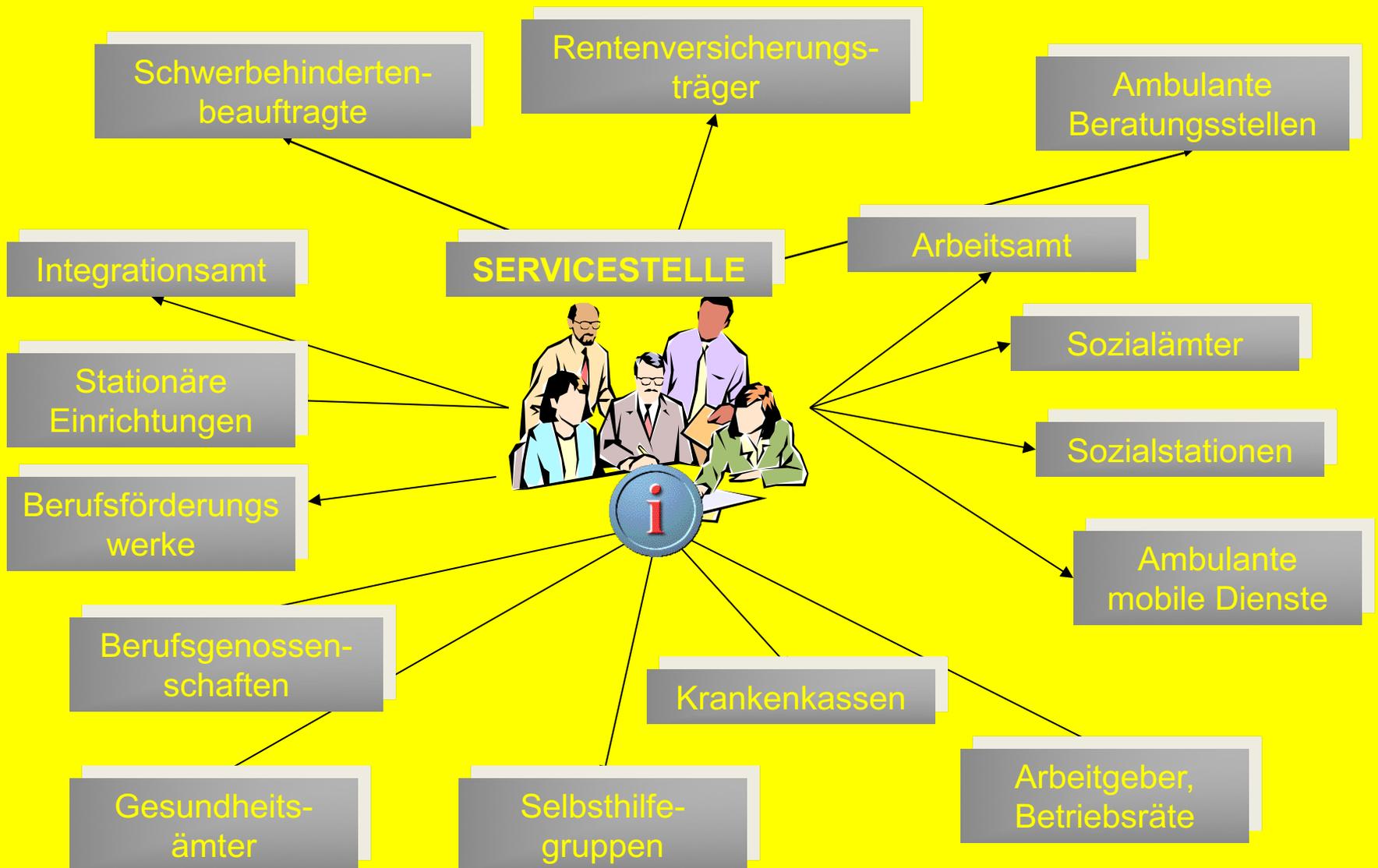
Leistungskonkurrenz - § 63b SGB XII

- (1) Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 des Elften Buches der Pflegebedürftigen gehen die Leistungen der Hilfe zur Pflege den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach diesem Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den in Satz 1 genannten Leistungen der Hilfe zur Pflege vor. Im Übrigen werden Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.
- (2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 sind Leistungen nach § 72 (Blindenhilfe) oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 Prozent auf das Pflegegeld nach § 64a anzurechnen. Leistungen nach § 45b des Elften Buches werden auf die Hilfe zur Pflege nicht angerechnet.
- (3) Pflegebedürftige haben während ihres Aufenthalts in einer teilstationären oder vollstationären Einrichtung dort keinen Anspruch auf häusliche Pflege. Abweichend von Satz 1 kann das Pflegegeld nach § 64a während einer teilstationären Pflege nach § 64g oder einer vergleichbaren nicht nach diesem Buch durchgeführten Maßnahme angemessen gekürzt werden

Rolle der Sozialen Arbeit

Überwindung
von
Schnittstellenproblemen
im gegliederten
Sozialleistungssystem

An wen wende ich mich?



Schnittstellenprobleme der Rehabilitation– eine Folge des gegliederten Sozialleistungssystems

Ein weiteres Kernziel des SGB IX ist die Überwindung von Schnittstellenproblemen im gegliederten deutschen Sozialleistungssystem für behinderte Menschen.

Schnittstellenprobleme sind so alt wie das gegliederte Sozialleistungssystem selbst.

Sozialpolitisch werden die Schnittstellen vor allem zwischen

- Akutversorgung/ Rehabilitation und
- Akutversorgung/Pflege/Rehabilitation

thematisiert.

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, Koordination, Konvergenz (Teilhabemanagement, Gemeinsame Servicestellen usw.)
 - Persönliches Budget
- Dritte Phase – Akutversorgung/Pflege –
 - GKV-WSG 2007 – Versorgungsmanagement SGB V
 - PfWG 2008 – Pflegestützpunkte/Pflegeberatung
- Vierte Phase
 - 2013 Patientenrechtegesetz (wirksam nur im Bereich der GKV)
 - 2015 Versorgungstärkungsgesetz GKV (Entlassmanagement Krankenhaus)
 - 2016 Bundesteilhabegesetz
 - Pflegestärkungsgesetz III

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
(2016 überarbeitet durch Versorgungsstärkungsgesetz)
 - Versorgungsmanagement nach dem SGB XI
(2016 bzgl. Initiativrecht der Kommunen zur Errichtung von Pflegestützpunkten durch das PSG III erweitert)
 - Versorgungsmanagement durch Krankenhaus-Sozialdienste
(Krankenhausgesetze der Länder)
 - **Besondere Leistungsformen**
 - Integrierte Versorgung
 - Persönliches Budget
- Zur Zusammenarbeit mit Ärzten im Bereich des Teilhaberechts:
„Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 (neu: § 26) Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX“

Institutionelle Lösung des SGB IX (2001) durch Gemeinsame Servicestellen

Folgen unzureichender Aufgabenwahrnehmung

- Die gemeinsamen Servicestellen waren rechtlich unselbständige Organisationseinheiten - allerdings unabhängig von der tatsächlichen Trägerschaft - **aller** Rehabilitationsträger und weder parteifähig noch prozessführungsbefugt
- Aus einer unzureichenden oder unvollständigen Beratung konnte ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch gegen **alle** Träger erwachsen
- Alle Reha-Träger mussten nämlich das Handeln der Servicestellen bzw. der darin tätigen Mitarbeiter gegen sich gelten lassen.

Gemeinsame Servicestellen

- Institutionelle Basis des Teilhabemanagements -

- Bei den von den Servicestellen wahrzunehmenden Aufgaben handelte es sich um wesentliche Aufgaben der Rehabilitationsträger selbst.
- Der Gesetzgeber hatte lediglich das Organisationsermessen der Träger dahingehend gebunden, bestimmte Aufgaben des Teilhabemanagements gemeinsam in diesen Servicestellen zu organisieren.
- Die Gemeinsamen Servicestellen waren das Instrument, mit dem die Rehabilitationsträger das Ziel der Koordination der Leistungen und der Kooperation der Leistungsträger zu erfüllen hatten (Teilhabe-Management - §§ 10 bis 12 SGB IX)

Umsetzungsdefizite

- Formal flächendeckend eingerichtet
- Keine organisatorisch gemeinsamen Servicestellen
- 57% bei KV, 38% bei RV
- Kooperation im Einzelfall
- Wenig Außenkontakte
- Keine Barrierefreiheit der Kommunikation
- 8% nehmen die Mehrheit ihrer Aufgaben häufig wahr, 70 % wenig entwickelt

- Folge:
- Abschaffung durch BTHG

Die Gemeinsame Servicestellen
als zentrale Anlauf- und Steuerungsplattform
des Teilhabemanagements
werden durch das BTHG abgeschafft.
Kein wirksamer Ersatz durch trägerspezifische
„Ansprechstellen“

Beratung/Case Management

- Teilhabemanagement
- Versorgungsmanagement

TeilhabeManagement
SGB IX
Übergreifendes Recht
für alle Träger

Teilhabemanagement des SGB IX

- § 9: Feststellung ob Teilhabebedarf besteht bei jeder Sozialleistung wegen Behinderung (einschl. chronischer Erkrankung); Einleitung von Amts wegen
- § 13: ICF-orientierte Feststellung des gesamten individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs unabhängig von der jeweiligen Trägerzuständigkeit; Koordinierung der Leistungen, durchgehende Sicherung des Verfahrens
- § 25: Zusammenarbeit der Reha-Träger
- § 25: Nahtlose, zügige sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung **einheitliche** Leistungserbringung
- §§ 25, 26: 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
- § 12: Ansprechstellen der Träger

Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX a.F.

Aufgaben des Case Management

- 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
- 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 nur Krankenversicherung

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
- Pflege zu organisieren.

Versorgungsmanagement nach dem SGB V

§ 11 Abs. 4 SGB V wurde mit dem GKV-WSG eingeführt.

Der gesetzgeberische Handlungsbedarf wurde

- sowohl für die Gestaltung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V, wie auch
- für die Einführung
 - der Pflegestützpunkte und des
 - der Pflegeberatung sowiedurch das PfWG angegeben

mit der Lösung der Schnittstellenproblemen zwischen Krankenhausversorgung und nachfolgender pflegerischer Versorgung begründet.

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

- Versicherte haben Rechtsanspruch auf ein Versorgungsmanagement
 - Sie müssen dem 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.

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

- Verfahrensrecht, auf dessen Anwendung der Versicherte einen Rechtsanspruch hat
- Aufgabe aller *betroffenen* Leistungserbringer der GKV (gemeint sind Krankenhäuser und stat. Reha-Einrichtungen), ein Versorgungsmanagement durchzuführen.
- Das Versorgungsmanagement besteht in der 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.
- Management erfasst die gesamte Anschlussversorgung, d.h., nicht nur in anschließende Leistungen der GKV sondern auch in die anderer Träger.

Verantwortung der Kassen

Bis 2012:

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

Ab 2013:

Der Anspruch die Anspruchsversorgung richtet sich gegen die Krankenkassen, die damit für das Versorgungsmanagement verantwortlich sind.

Die Sorgerechtsverpflichtung des Krankenhauses ist damit nur noch ein Teil der übergeordneten Versorgungsmanagementverpflichtung der Kassen, die die Krankenhäuser bei der Wahrnehmung der Sorge-Verpflichtung zu unterstützen haben
(11 Abs. 4 Satz 3 SGB V)

Auswirkungen auf zweiseitige Verträge nach § 112 SGB V.

Versorgungsmanagement SGB V/andere Gesetze

- Das SGB IX ordnet die Verantwortung für das Teilhabemanagement den Reha-Trägern und nicht den Leistungserbringern zu
- Die Pflicht der Leistungserbringer der GKV zum Versorgungsmanagement besteht nur für Versicherten, deren Leistung die GKV bezahlt
- Für alle übrigen Leistungsbezieher haben die Leistungserbringer zu prüfen, ob nicht nach anderen Vorschriften ähnliche Pflichten bestehen (z.B. §§ 10,11 SGB IX)

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

- Die Kassen 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 § 38 Abs. 3 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 § 26 Abs. 2 SGB IX zu beachten und letztere in ihrer Substanz zu sichern (Vermeidung der Auseinanderentwicklung des Reha-Rechts)

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

Fazit:

- Das Versorgungsmanagement nach dem SGB V reduziert sich auf das Erkennen eines anschließenden Versorgungsbedarfs, die sofortige Information der anschließend verantwortlichen Leistungserbringer und Kostenträger.
- 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

Weiterentwicklung im SGB V durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

- Ab 2016 - § 39 Abs. 1a SGB V:

Die Krankenhausbehandlung umfasst ein **Entlassmanagement** zur Unterstützung der sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung

- kann auf niedergelassene Ärzte übertragen werden
- Anspruch des Versicherten gegen das Krankenhaus bezieht sich auf die Unterstützung des Entlassmanagements
- Krankenhäuser dürfen bestimmte Leistungen (z.B. Arzneimittel) verordnen und Arbeitsunfähigkeit bescheinigen.
- Näheres sollen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses regeln.

Das Entlassmanagement enthält die Anschlussversorgung mit Reha- und Teilhabeleistungen nicht und besteht neben der Verpflichtung zum Versorgungsmanagement.

Versorgungsmanagement des SGB XI Pflegeversicherung

Recht der Sozialen Arbeit
bei Einleitung von
Reha
vor oder während Pflege

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
- Sozialdienste durften Anträge aufnehmen und damit Leistungen einleiten
- Rahmenempfehlung DKG/Krankenhaus von 1990 sah demgegenüber nur die Information der KK vor.
- Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste gem. § 26 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX:

Die Sozialdienste regen Leistungen zur Teilhabe an und **leiten diese in Abstimmung mit dem Reha-Träger ggfls. ein (§ 2 Abs. 2 Satz 3 GE Sozialdienste)**

- Damit gelten die bereits im AHB-Verfahren der GRV enthaltenen Rechte der Sozialdienste nunmehr für die Verfahren aller Reha-Träger

Rehabilitation vor oder während Pflege

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

Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (§ 5 SGB XI)

- Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

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

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.

§ 18 Abs. 8 SGB XI - Rehabilitationsempfehlung

- Spätestens mit der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit *leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des MDK...zu und nimmt **umfassend und begründet dazu Stellung**, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation angezeigt ist.*
- *Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber in Kenntnis zu setzen, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger **ein Antragsverfahren** auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend dem SGB IX **ausgelöst wird**, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt.*

§ 18 Abs. 3a SGB XI – Entscheidung innerhalb von 5 Wochen

(3a) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 5 Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Abs. 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jeden Tag Verzögerung 10 EUR an den Antragsteller zu zahlen.

(soll nicht gelten, wenn Antragsteller die Verzögerung zu vertreten hat oder sich jemand bereits in stationärer Pflege befindet und Stufe I anerkannt ist).

§ 7a SGB XI - Pflegeberatung

Die Pflegeberatung hat auch

„darüber aufzuklären, dass ein Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des MDK oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18 SGB XI besteht.“

Versorgungsmanagement nach dem PfWG

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

Aufgabe der 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.

§ 7b SGB XI - Beratungsgutscheine

- (1) Zur Sicherstellung möglichst frühzeitiger Beratung nach §§ 7 und 7a hat die Pflegekasse unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrages auf Leistungen nach diesem Buch entweder
1. einen unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten anzubieten, der spätestens innerhalb von 2 Wochen durchzuführen ist oder
 2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen der Beratungsgutschein zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von 2 Wochen eingelöst werden kann.

Pflegestützpunkte (§ 7c 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 (§ 7c SGB XI)

Die 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.

Ablauf Krankenhaus/Pflegekasse

- § 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

Ablauf beim MDK

- 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

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 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.

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 funktions-bezogenen 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

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 Versorgungsstrukturrecht der
 - § 17 SGB IX – geeignete Einrichtung
 - § 19 SGB IX – Sicherstellungsauftrag
 - § 20 SGB IX – Qualitätssicherung
 - § 21 SGB IX – Versorgungsverträgeist nicht berührt und findet Anwendung

Persönliches Budget

(Exkurs: Donnerstag den
28.1.16)

Herzlichen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit !