

Hochschule Düsseldorf
Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften
Blockseminar „Pflege und Teilhabeorientierung“
vom 28.1.2019 – 1.2.2019

Donnerstag 31.01.2019

Beitrag der Sozialen Arbeit

Arbeitsfelder für Studierende im Bereich Soziale Arbeit
Beratung und Steuerung (Case Management)
Organisation und Leitung
Rechte und Finanzierung der Sozialdienste

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Schnittstellenprobleme des deutschen gegliederten Sozialleistungssystems

Schnittstellenprobleme sind so alt wie das gegliederte Sozialleistungssystem selbst.

Sozialpolitisch werden die Schnittstellen 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

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
- Besondere Leistungsformen
 - Integrierte Versorgung
 - Persönliches Budget

Beratung/Case Management

- Teilhabemanagement
- Versorgungsmanagement

Teilhabe-
management
SGB IX
Übergreifendes Recht
für alle Träger

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
- 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
 - Pflegezu 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 sowie durch 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 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 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 § 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 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.

Versorgungsmanagement des SGB XI Pflegeversicherung

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
 - § 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,

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.

Versorgungsplan der Pflegeberatung

- 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

§ 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 **konkreten Beratungstermin spätestens innerhalb von zwei Wochen** nach Antragseingang unter Angabe einer Kontaktperson anzubieten **oder**
 2. einen **Beratungsgutschein auszustellen**, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen der Beratungsgutschein **zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen eingelöst werden kann.**

§ 7b SGB XI - Beratungsgutscheine

Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden; hierüber hat die Pflegekasse aufzuklären.

(2) ..

Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Anforderungen an die Beratungsstellen eingehalten werden. Im Übrigen sieht Abs. 2 Verträge zwischen Pflegekassen und „unabhängigen neutralen Beratungsstellen“ vor

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,**

Pflegestützpunkte § 92c SGB XI

- 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 Pflegeversicherung an 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,

Pflegestützpunkte § 92c SGB XI

- 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.

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.

Begutachtungsverfahren (§ 18 Abs. 6 SGB XI)

Der MDK hat der **Pflegekasse** das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln, sowie einen individuellen **Pflegeplan zu empfehlen**. 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**. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

§ 18a SGB XI – Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

- GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, bis zum 31.3.2012 verbindliche Richtlinien mit dem Ziel zu erlassen, *die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken.*
- Es sollen geregelt werden
 - allgemeine Verhaltensgrundsätze für Gutachter und Mitarbeiter
 - Pflicht zu individuellen und umfassenden Information über Begutachtungsverfahren, Ablauf Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten
 - regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen
 - einheitliches Beschwerdeverfahren (bezogen auf Begutachtung)

§ 53b SGB XI – andere unabhängige Gutachter

- Bis zum 31.3.13 Richtlinie des GKV-SpiBu zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern zur Feststellung des Pflegebedarfs nach § 18 SGB XI
- Keine Pflicht zur Beauftragung anderer Gutachter.
- Richtlinien sollen Anforderungen an die Qualifikation und Unabhängigkeit der Gutachter, Sicherstellung gleicher Begutachtungsmaßstäbe und Dienstleistungsorientierung sowie die Eineziehung in das QS-Verfahren regeln.

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.

Beitrag der Sozialen Arbeit bei

- Case-Management/Versorgungsmanagement
- Teilhabemanagement
- Pflegeberatung

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

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

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

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 Bedarferkennung 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

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.

Schnittstelle Pflegebegutachtung

Pflege

**Feststellung des
Rehabilitationsbedarfs bei
Pflegebegutachtung**

SGB V

SGB IX

§ 18 I 3 SGB XI

SGB XI



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

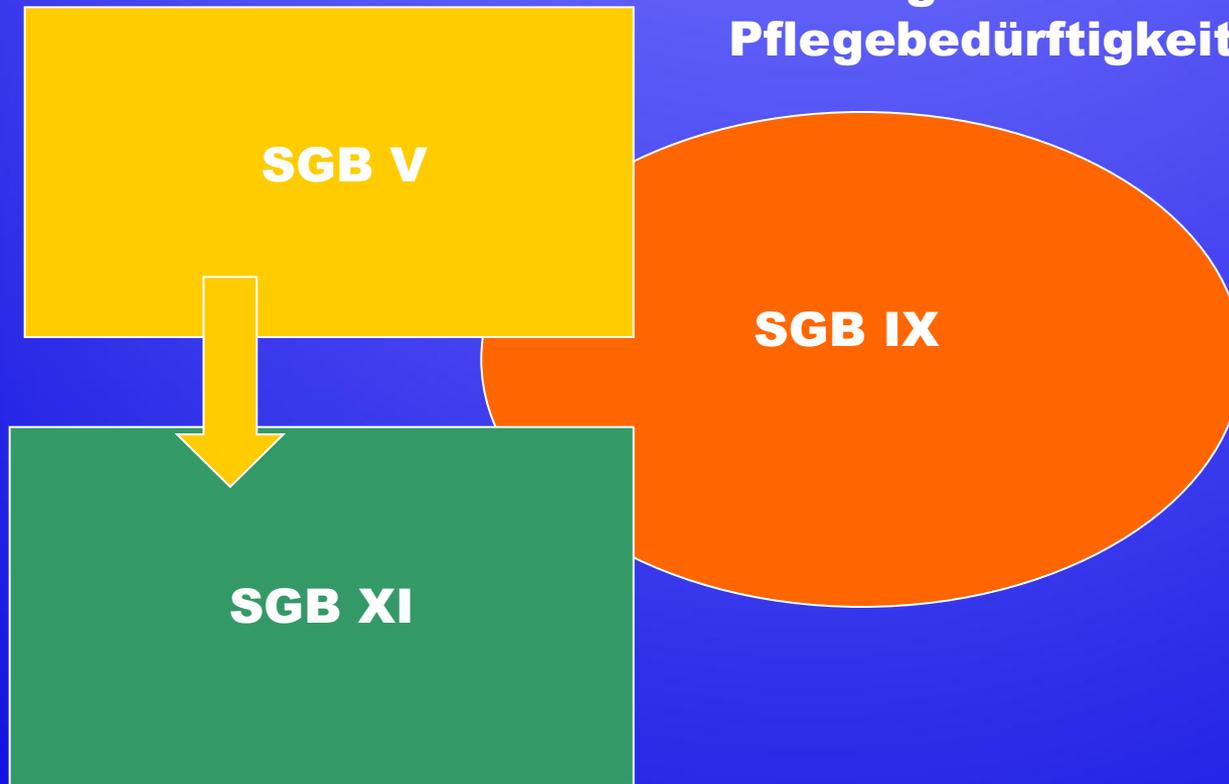
Die Pflegeberatung hat künftig auch

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

Trägerinteressen-Dissens Pflege

Pflege

**Entlastung der Krankenkasse
bei eingetretener
Pflegebedürftigkeit**



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

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

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

HERZLICHEN DANK

für Ihre Aufmerksamkeit !

