

Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften
Politikwissenschaften
Blockseminar „Pflege in Deutschland“
Blockseminar 31.01.2012

Die Sozialversicherung in Deutschland

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Eigenverantwortung (§ 6 SGB XI)

- Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen (Prävention) und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Leistungen zu medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

Aufgaben und Ziele des SGB XI

- Zur sozialen **Absicherung des Risikos** der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen (§ 1 Abs. 1 SGB XI)
- Die Pflegeversicherung hat die **Aufgabe**, Pflegebedürftigen **Hilfe zu leisten**, die wegen der **Schwere der Pflegebedürftigkeit** auf solidarische **Unterstützung** angewiesen sind (§ 1 Abs. 4 SGB XI)

Ziel: Selbstbestimmung (§ 2 SGB XI)

- Die Leistungen der Pflegeversicherung **sollen** den Pflegebedürftigen **helfen**, trotz ihres Hilfebedarfs *ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.*
- Die *Hilfen* **sind darauf auszurichten**, die körperlichen, geistigen und seelischen **Kräfte** der Pflegebedürftigen **wiederzugewinnen** oder zu erhalten.

Art und Umfang der Leistungen (§ 4 SGB XI)

- Die Leistungen der Pflegeversicherung sind
 - Dienst-
 - Sach- und
 - Geldleistungenfür den Bedarf an
 - Grundpflege und
 - hauswirtschaftlicher Versorgung sowie
 - Kostenerstattung für bestimmte im SGB XI geregelte Aufwendungen
- Art und Umfang der Leistungen richten sich nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.
- Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen des SGB XI die
 - familiäre
 - nachbarschaftliche oder
 - sonstige ehrenamtlichePflege und Betreuung.
- Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

Vorrang der häuslichen Pflege (§ 3 SGB XI)

- Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.
- Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.
- Grundsatz: Ambulant vor stationär

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.

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.**

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 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.

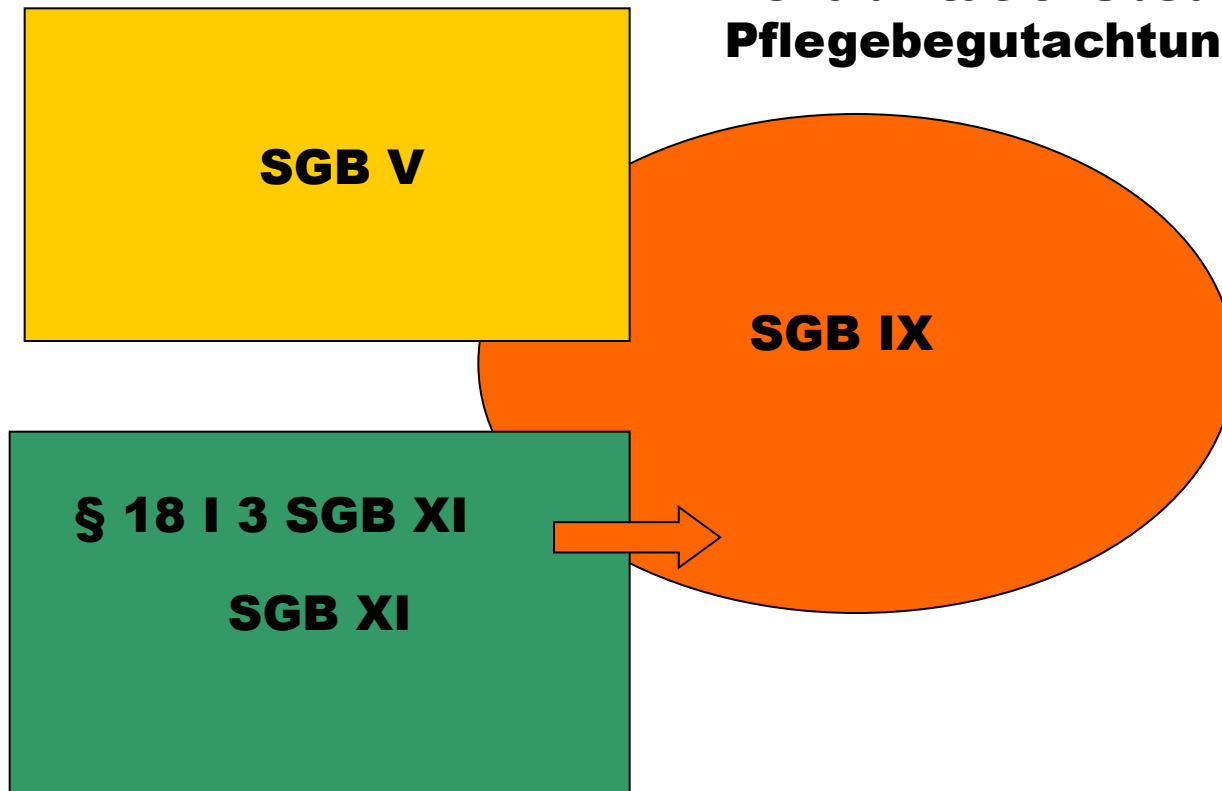
Begutachtungsverfahren (§ 18 Abs. 6 SGB XI)

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**



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.....

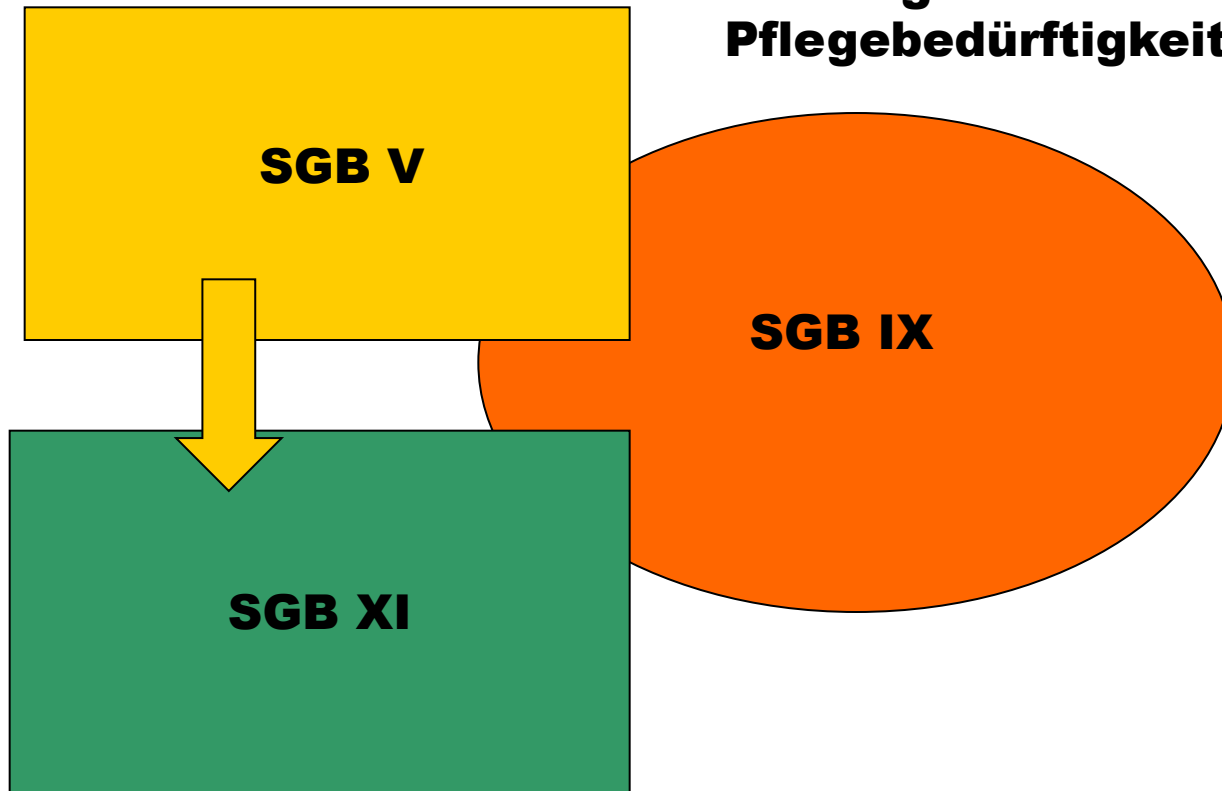
- § 31 Abs. 3 SGB XI

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

Trägerinteressen-Dissens Pflege

Pflege

**Entlastung der Krankenkasse
bei eingetretener
Pflegebedürftigkeit**



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

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

Versorgungsmanagement der Krankenhäuser

Die Mehrzahl der Krankenhausgesetze der Länder beinhaltet ebenfalls Regelungen zum Versorgungs-Management:

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

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 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 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.

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 die der GKV sondern auch auch die anderer Träger
- Krankenkassen haben dabei zu unterstützen

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

- Im Bereich der Rehabilitation wird mit dieser Regelung wieder divergierendes Reha-Recht geschaffen.
- 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 wird sich deshalb 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

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,
 - 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 Pflegebedürftigkeit 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.

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.