

Impulse zum systemübergreifenden Versorgungsmanagement

■ Roland Schmidt

Für die Träger sozialer Dienste und Einrichtungen bietet die Gesundheitsreform – zumal in Verbindung mit der Reform der Pflegeversicherung – die Chance für neue Angebote. Dazu gehört beispielsweise die nun grundsätzlich mögliche Einbeziehung der Langzeitpflege in Verträge zur Integrierten Versorgung.

Entscheidend für die zukünftige Nachfrage nach Pflege sind insbesondere der Zusammenhang von Mortalität und Morbidität (= Entwicklung der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit) und die Weiterentwicklung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung im Sinne sektoren- und systemübergreifender Diagnostik, Behandlung und Betreuung (= Rationalisierung der Versorgungsstruktur). Hinzu kommen, ohne hier weiter erörtert zu werden, die Entwicklung von Haushalts- und Familienstrukturen (= Entwicklung der Pflegeorte), die Wünsche von Pflegebedürftigen und Pflegehaushalten (= Versorgungspräferenzen), sowie die Flexibilisierung der Pflege durch Überwindung der Dichotomie ambulant vs. stationär in neuen Wohnformen mit einem Mix von Wohnen und Dienstleistung (= Generierung neuer Pflegedienstleistungen und Pflegearrangements). Für das strategische Management sind vor allem die komplexen Wechselwirkungen zwischen diesen Entwicklungslinien zentral.

Pflegebedürftigkeit resultiert aus chronischer Krankheit und/oder Behinderung. Mögliche Effekte von Gesundheitsförderung, Prävention und medizinischer Rehabilitation zur Beeinflussung der Pflegeprävalenz wurden in der Vergangenheit allerdings nur unzureichend ausgeschöpft. Sektorengrenzen im Gesundheitswesen und Systemgrenzen zwischen Gesundheits- und Pflegewesen haben dies erschwert oder verunmöglicht. Sowohl im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) als auch im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Pflege-WEG) hat der Gesetzgeber nun mehrere Impulse gesetzt, die geeignet sind, um Korridore zu öffnen und beide Systeme gezielt durchlässiger zu machen. Neben der bereits durch das GKV-WSG grundsätzlich ermöglichten Einbeziehung der Langzeitpflege in Verträge zur Integrierten Versorgung (§ 92b SGB XI) sind die nachfolgend beschriebenen Impulse neu gesetzt und Optionen eröffnet worden, um Systemüberschreitungen im Versorgungsmanagement zu initiieren.



Prof. Dr. Roland Schmidt lehrt Gerontologie und Versorgungsstrukturen an der Fachhochschule Erfurt. Zuvor war er wissenschaftlicher Mitarbeiter im Deutschen Zentrum für Altersfragen. Er ist Mitglied im der Bundeskonferenz Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen und Kurator im Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) in Frankfurt am Main. E-Mail r.schmidt@fh-erfurt.de

Impuls I: Verpflichtung von stationären Leistungserbringern zum Versorgungsmanagement

Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Dies wurde bereits im GKV-WSG normiert und durch das Pflege-WEG in Artikel 6 nochmals präzisiert. Krankenhäuser haben ein Entlassungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten.

Eine entsprechende Verpflichtung gilt auch für die stationären Rehabilitationseinrichtungen bei erforderlicher Anschlussversorgung. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen und eine enge Zusammenarbeit mit den Pflegeberatern nach § 7a SGB XI zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und die hierzu erforderliche Übermittlung von Daten dürfen nur nach Einwilligung und vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Durchführung des Versorgungsmanagements erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, die koordinierend mit allen Beteiligten zusammenarbeiten.

Zentral für die Umsetzung wird sein, ob Begutachtungen durch Medizinischen Dienste tatsächlich zeitnah erfolgen, wie es das § 18 SGB XI (alt) bereits vorschrieb.

Eine verkürzte Begutachtungsfrist innerhalb einer Woche gilt nun auch für Hospize und ambulante palliative Versorgung.

Impuls II: Schritte zur Realisierung des Grundsatzes »Rehabilitation vor Pflege«

Sind nach Pflegebegutachtung Leistungen der medizinischen Rehabilitation angezeigt und liegt eine Einwilligung des Versicherten vor, der auch über seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht zuvor informiert worden ist, leitet die Pflegekasse nach § 31 SGB XI eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationssträger zu. Diese Mitteilung gilt als Antragsstellung für das Verfahren nach § 14 SGB IX.

Sind innerhalb von sechs Monaten nach Antragsstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden und hat die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung zu vertreten, zahlt die Krankenkasse der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 Euro. Die Krankenkasse berichtet solche Fälle jährlich ihrer Aufsichtsbehörde.

Ob diese »Bußgeldregelung« greifen kann, ist mit Blick auf die Anzeige angesichts organisatorischer Verbindungen von Kranken- und Pflegekasse fraglich und auch Höhe des zu entrichtenden Betrags wird vermutlich keine Abschreckungswirkung zeitigen.

Impuls III: besondere medizinischer Behandlungspflege

Grundsätzlich ist Behandlungspflege in Einrichtungen nun dauerhaft Leistungsbestandteil nach SGB XI. Die Verordnung von Behandlungspflege für Versicherte, die im Pflegeheim leben – das gilt nicht für die Kurzzeitpflege –, ist bei einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege jedoch zulässig, wenn der Bedarf auf Dauer, zumindest voraussichtlich für sechs Monate besteht (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Dies ist dann der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft unabdingbar ist. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn behandlungspflegerische Maßnahmen in Intensität und Häufigkeit vorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts in spezifischen Situationen am Tag und in der Nacht erforderlich ist (Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17. Januar 2008).

Impuls IV: ärztliche Versorgung von Versicherten im Pflegeheim

Stationäre Pflegeeinrichtungen können einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zur Sicherstellung einer

ausreichenden ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern solche Verträge anzustreben. Kommt ein solcher Vertrag innerhalb von sechs Monaten nach Zugang des Antrags nicht zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung zu ermächtigen. Angestellte Ärzte solcher Pflegeeinrichtungen müssen im Arztregister eingetragen und sollen geriatrisch fortgebildet sein. Zulassung und Ermächtigung können sich auch auf mehrere Pflegeeinrichtungen mit einem angestellten Arzt beziehen.

Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in einer Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in einer Pflegeeinrichtung angestellte Arzt ist bei ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. Die Vergütung erbrachter Leistungen durch ermächtigte Ärzte wird von der stationären Pflegeeinrichtung nach § 120 Abs. 1 SGB V mit der KV abgerechnet.

Impuls IV: spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Im GKV-WSG wurde der Leistungstatbestand der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (§ 37 b SGB V) neu eingeführt. Es ist Vertragsärzten oder Krankenhausärzten ermöglicht, Patienten mit begrenzter Lebenserwartung und besonderem Versorgungsbedarf ambulante Palliativmedizin zu verordnen. Dies sind nach Expertenschätzung etwa zehn Prozent aller Sterbenden. Ziel ist es, durch ärztliche und pflegerische Leistungen die Betreuung der Erkrankten in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen: durch Linderung oder Beseitigung von Symptomen (insbesondere Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Verwirrtheit und Depressionen) ggf. einschließlich Koordination der erforderlichen Teilleistungen. Einen Anspruch haben zudem Versicherte, die in einem Pflegeheim leben. Nach Schätzungen werden von den Krankenkassen bis 2010 für Leistungen nach § 37 b SGB V rund 600 Millionen Euro zur Verfügung gestellt (Ärzte Zeitung vom 11. Mai 2007).

Die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung können durch ambulante Palliativteams oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht werden. Letzteres setzt für spezielle Palliativversorgung qualifiziertes Personal und einen auf Palliativmedizin spezialisierten angestellten oder auf Basis eines Kooperationsvertrags tätigen Arzt voraus (SGB EB GR 2007). Aus dem Leistungsanspruch ausgeschlossen sind Begleitleistungen wie Sterbebegleitung und Begleitung von Angehörigen. Inhalt und Umfang der Leistung sowie Voraussetzungen der Inanspruchnahme regelte der Gemeinsame Bundesausschuss (Beschluss vom 20. Dezember 2007, in Kraft seit 12. März 2008).

Versicherte, die diesen besonderen Bedarf nicht aufweisen, werden weiter in den derzeitigen Strukturen versorgt. Wie sich vor diesem Hintergrund in Zukunft die Relation von »spezialisierte Versorgung« zur »palliativen Basisversorgung« darstellen wird, ist offen. →

Impuls V: Pflegeberatung und Koordination der Leistungsträger

Ab 1. Januar 2009 haben Personen, die Leistungen nach SGB XI beziehen, einen Rechtsanspruch auf kostenfreie individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Diese veranlassen nun aber nicht mehr die zur Durchführung eines Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen, wie es noch im Gesetzentwurf vorgesehen war, sondern sie haben beim zuständigen Leistungsträger nur mehr auf erforderliche Maßnahmen und auf Genehmigung hinzuwirken. Der zu erstellende Versorgungsplan beinhaltet demgemäß Empfehlungen zu im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen, dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot und zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen.

Es ist sicherzustellen, dass in Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI, so Länder diese implementieren wollen, Pflegeberatung in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist. Pflegekassen wirken insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 92c auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin. Sie sollen örtliche oder regionale Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Abs. 2 bis 4 SGB X bilden.

Durch Pflegeberatung stellen die Pflegekassen sicher, dass Leistungen nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen (§ 12 SGB XI): Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Bis 31. August 2008 gibt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater ab. Die Qualifikationsanforderungen müssen bis zum 30. Juni 2011 erfüllt sein. Bis 31. Oktober 2008 haben die Pflegekassen im Land Pflegeberater nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen. Hierzu ist einheitlich und gemeinsam eine Vereinbarung zu treffen. Dies kann den Landesverbänden der Pflegekassen übertragen werden.

Konsequenzen für die Sozialwirtschaft

Sozialwirtschaftlichen Unternehmen der Langzeitpflege wachsen hier Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne von Managing Care zu, um auf vertraglicher Grundlage mit Akteuren des Gesundheitswesens zu kooperieren. Dies setzt allerdings voraus, dass Dienste und Einrichtungen die bis dato dominanten Ausrichtungen allein auf einen Sektor des SGB XI oder auf das Leitbild des Komplettanbieters überwunden werden zugunsten eines Verständnisses, das zwei Elemente integriert:

- die Entwicklung systemübergreifender Versorgungspfade für differenzierte Bedarfsgruppen (= Element der Standardisierung)

- kombiniert im Falle von Erschwerungsfaktoren auf der personalen oder Kontextebene mit einem Case Management (= Element der Individualisierung).

Wie weit die genannten Impulse tragen, liegt nicht zuletzt in der Hand der Akteure auf Leistungsträger- und Leistungserbringerseite. Die Breitenwirkung bleibt abzuwarten. ♦

Literatur

- Deutscher Bundestag. Drucksache 16/8525 vom 12. März 2008 (elektronische Vorab-Fassung).
- Orlowski, U., Wasem: Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG). Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick, Heidelberg/München/Landsberg/Berlin 2007.
- Wille, M., Koch, E: Die Gesundheitsreform 2007. München 2007.



Fachhochschule Bielefeld
- University of Applied Sciences -

Im **Fachbereich Sozialwesen** der Fachhochschule Bielefeld ist zum **Sommersemester 2009** eine

W 2-Professur
für das Lehrgebiet
„Sozialmanagement“
zu besetzen.

Kennziffer: C 4.1/08

Für die ausgeschriebene Professur wird eine wissenschaftlich ausgewiesene Persönlichkeit gesucht, die umfassende praktische Erfahrungen in verantwortlicher Position in sozialen Einrichtungen/ Unternehmen/ Organisationen außerhalb einer Hochschule erworben hat und diese nun im Rahmen der Lehre und Forschung Studierenden vermitteln möchte. Es wird die Bereitschaft erwartet, diese Erfahrungen auch für die Forschung und Entwicklung einzubringen.

Das Lehr- und Forschungsgebiet umfasst:

- Sozialmanagement
- Projektmanagement
- sozialpolitischer und sozialwirtschaftlicher Kontext des Managements
- angewandtes Management in der Sozialwirtschaft (in Bezug auf zentrale Handlungsfelder wie Personal-, Organisations- und Qualitätsentwicklung, Finanzmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, Marketing)
- betriebswirtschaftliches Management von Unternehmen und Organisationen im Sozialbereich

Die zukünftige Stelleninhaberin/ Der zukünftige Stelleninhaber soll in Orientierung an den entsprechenden Studiengangsmodulen die relevanten Themen aus den genannten Lehr- und Forschungsgebieten in den beiden BA-Studiengängen „Soziale Arbeit“ und „Pädagogik der Kindheit“ sowie im MA-Studiengang „Angewandte Sozialwissenschaften“ theoretisch und anwendungsorientiert vertreten sowie die allgemeinen fachwissenschaftlichen Grundlagen vermitteln.

Vorausgesetzt wird ein Studium der Sozial-, Human- oder Wirtschaftswissenschaften, wissenschaftliches Arbeiten im Lehrgebiet (Promotion) mit Bezug zur Sozialen Arbeit bzw. zu Bereichen Angewandter Sozialwissenschaften.

Neben den allgemeinen dienstrechtlichen Voraussetzungen müssen die Einstellungsbedingungen gem. § 36 Hochschulgesetz (HG) gegeben sein.

Ausführliche Informationen zum Stellenprofil erhalten Sie im Internet unter www.fh-bielefeld.de - Stichwort „Stellenbewerber“.

Bewerbungen sind unter Angabe der **Kennziffer C 4.1/08** bis zum **04.10.2008** erbeten an den **Dekan des Fachbereichs Sozialwesen der Fachhochschule Bielefeld, Herrn Prof. Kurt Johnen, Kurt-Schumacher-Str. 6, 33615 Bielefeld, Tel.: 0521/106-7894.**