

Ralph Lägel, MBA¹
Dr. med. Jürgen Fröhlich
Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

Pflege als Element der Integrierten Versorgung

Entwicklungsvorschläge des BMC e. V.

Kaum ein Thema bewegt die gesundheitspolitische Szene derzeit so sehr wie der Innovationsfonds. Auch die Integrierte Versorgung (IV) erhält in diesem Zuge nach Jahren der Stagnation wieder mehr Aufwind, denn die Rechtsgrundlage für die geförderten Projekte werden Selektivverträge nach § 140a SGB V sein. Doch wo verortet sich eigentlich der große Bereich der Pflege in diesem Szenario? Einerseits bezieht sich der Innovationsfonds als Teil des Versorgungsstärkungsgesetzes auf den Geltungsbereich des SGB V. Andererseits wurde auf mehreren Veranstaltungen betont, dass der Innovationsfonds über den Horizont des Fünften Sozialgesetzbuches hinausblicken müsse, wenn er wirklich innovativ sein will. Zu dieser Ansicht bekannte sich nicht zuletzt der unparteiische G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken, der auch dem Innovationsausschuss vorsitzt.²

>> Betrachtet man die Herausforderungen, vor denen das Gesundheitssystem derzeit steht – demografischer Wandel, Zunahme multimorbider Krankheitsbilder, Sicherstellungsprobleme in ländlichen Regionen – sind Innovationen, die eine bessere Verzahnung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen ausklammern, kaum mehr vorstellbar. Gleichwohl ist zu konstatieren: Bereits seit 2007 ist es für Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b SGB XI möglich, sich an integrierten Versorgungsverträgen nach § 140b SGB V a. F. (jetzt § 140a SGB V) zu beteiligen. Diese Möglichkeiten wurden jedoch nur in verschwindend geringem Maße genutzt. Es stellt sich also die Frage, wo die Ursachen dafür liegen, dass der gesetzliche Rahmen nicht ausgeschöpft wurde. – Und im zweiten Schritt: Welche Anpassungen sind nötig, damit Pflegeeinrichtungen sich zukünftig stärker als Partner für Selektivverträge ins

-
1. Stellvertretend auch für die weiteren Mitglieder der Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“ des BMC 2010-2015: Dr. Christoph Bischoff-Everding, Antje Frischmann, Christine Giewald, Gunhild Leppin, Thomas Nöllen, PD Dr. Dr. Mathias Rauchhaus, Ulf Werner, Prof. Dr. Thomas Zahn.
 2. Hecken äußerte diese Ansicht u. a. beim BMC-Diskussionsforum „Wo stehen wir mit dem Innovationsfonds?“ am 14.03.2016 in der Konrad-Adenauer-Stiftung in Berlin.

Zusammenfassung

Obwohl bereits seit 2007 die rechtliche Grundlage besteht, dass Pflegeeinrichtungen sich an Integrierten Versorgungsverträgen beteiligen können, wird diese Möglichkeit bisher kaum genutzt. Wo liegen die Ursachen dafür und welche Anpassungen sind nötig, damit Pflegeeinrichtungen sich stärker in IV-Verträge einbringen bzw. als Partner für IV-Verträge wahrgenommen werden? Diesen Fragen ist die Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“ im Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) in einem mehrmonatigen Diskussionsprozess nachgegangen. Zudem entwickelte sie Reformvorschläge für die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte und die Verzahnung von Beratungsleistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Schlüsselwörter

Schlüsselwörter: Integrierte Versorgung, Pflegestärkungsgesetz II, Pflegestützpunkte, Pflegeberatung

Gespräch bringen und eine angemessene Wahrnehmung erfahren?

Diesen Fragen ist die interdisziplinäre Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“ im Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) nachgegangen. Sie hat limitierende Faktoren für die Integrierte Versorgung in der Pflege analysiert und Reformvorschläge für das Pflegestärkungsgesetz II erarbeitet.

Limitierende Faktoren für die IV in der Pflege

Eine Kernproblematik bei der verstärkten Einbeziehung der Pflege in die Integrierte Versorgung besteht darin, dass aufgrund von mangelnder Größe und ungenügender Marktdurchdringung keine wirklich vergleichbaren oder vernetzten pflegerischen Strukturen existieren, sofern es keine Bündelung über die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer gibt. Durch die Zersplitterung des Pflegesektors wären zu viele Verträge nötig, um eine nennenswerte Patientenzahl im Rahmen der Integrierten Versorgung zu erreichen, da die Einrichtungen zumeist nur ca. 40 bis 60 Patienten betreuen. Zusätzlich konzentrieren viele Krankenkassen mit kleinen Versicherungszahlen regional nicht genügend Fälle für eine wirksame und effiziente Form der Integrierten Versorgung. Da in den meisten Pflegeheimen Bewohner mit verschiedenen Kassenzugehörigkeiten leben, ist es schwierig, in einem Heim einen einheitlichen Integrierten Versorgungsvertrag zur Anwendung zu bringen.

Das Phänomen der „Trittbrettfahrerkassen“ erschwert die Situation zusätzlich. Damit ein Heim einen Prozess der Integrierten Versorgung überhaupt wirtschaftlich betreiben könnte, müsste in aller Regel ein Großteil der Einrichtung dem entsprechenden Prozess unterworfen werden. Damit kämen bestimmte Krankenkassen vertragsfrei und zusatzkostenfrei an die verbesserten Leistungen. Dies fördert nicht die Motivation der Heime für Aufwendungen im Rahmen der Integrierten Versorgung.

Ein weiteres Hindernis besteht darin, dass mit der Umsetzung Integrierter Versorgungsverträge für die Pflegedienste zusätzliche organisatorische und bürokratische Aufwendungen einhergehen. Die dafür notwendigen Ressourcen werden oft von Kranken- und Pflegekassen nicht in dem notwendigen Umfang in der Vertragsgestaltung zur Verfügung gestellt.

Die Vorgabe in § 92b Abs. 2 Satz 3 SGB XI, wonach in den Pflege-

vergütungen keine Aufwendungen berücksichtigt werden dürfen, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen, erschwert die Abstimmung der Vergütung für einen Integrierten Versorgungsvertrag unter Einbeziehung der Pflege.

Prinzipiell wird die Integrierte Versorgung als Wettbewerbsinstrument für die Kassen verstanden. Die vertiefte Auseinandersetzung mit der Frage, wie sich IV besser im Pflegebereich etablieren ließe, führte jedoch u. a. zu der Erkenntnis, dass ein Wettbewerb der Pflegekassen nicht zielführend ist. Abgesehen von den bereits genannten Argumenten sind Pflegebedürftige aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung auch vielfach nicht in der Lage, die unterschiedlichen Angebote der Krankenkassen zu vergleichen und ggf. einen Kassenwechsel vorzunehmen. Wettbewerb sollte unter den Leistungserbringern oder zwischen Regionen stattfinden. Dazu wurden den Akteuren aber bisher zu wenige Möglichkeiten gegeben. Aus Sicht der Projektgruppe wäre es sinnvoll, einen fokussierten Suchprozess für integrative Lösungen in der Pflege über die Sektorengrenzen hinaus zu initiieren. Dazu müssten Rahmenbedingungen geschaffen und zweckgebundene Mittel zur Verfügung gestellt werden. Das Konzept des GKV-Innovationsfonds könnte diesbezüglich eine gute Struktur auch für den Pflegebereich darstellen, deshalb sollten auch die Pflegeeinrichtungen in den Innovationsfonds mit einbezogen werden.

Gleichzeitig bleibt aktuell die Notwendigkeit bestehen, soziale, pflegerische und medizinische Angebote besser zu verzahnen und zu koordinieren. In der ersten Förderbekanntmachung des Innovationsfonds finden sich diesbezüglich bereits zwei geförderte Projekte für Pflegebedürftige, was optimistisch stimmt für die weiteren Förderperioden. Auch spielen für die Verzahnung die Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI (§ 92c SGB XI a. F.) eine wichtige Rolle.

Lotsenfunktion der Pflegestützpunkte stärken

Zahlreiche Evaluationen auf Landesebene zeigen, dass die Pflegestützpunkte (PSP) einen wichtigen Beitrag zur Schließung von Versorgungs- und Beratungslücken leisten (vgl. u. a. Michell-Auli et al. 2010, GKV-SV 2011, MASGF Brandenburg 2011, ZeS 2012). Allerdings wird darin auch konstatiert, dass das Potenzial für eine umfassende Information und die bessere Steuerung von Patienten und Angehörigen vielfach noch nicht ausgeschöpft ist.

Eine wesentliche Erschwernis besteht im Neutralitätsgebot der Pflegekassen, denen es als Körperschaften des öffentlichen Rechts und Träger der Pflegestützpunkte nicht gestattet ist, Leistungen regionaler Versorgungsketten zu vermitteln. Eine Herausforderung liegt zudem in der häufig ausbaufähigen Zusammenarbeit mit den örtlichen Trägern der Sozialhilfe. Die zunehmende Anzahl von Pflegeanbietern erfordert immer mehr Koordinationsaufwand. Die fehlenden Rahmenbedingungen zur Koordination von medizinischen und pflegerischen Leistungen erschweren die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Leistungserbringern und den Pflegestützpunkten.

Weiterhin ist festzuhalten, dass die großen Qualitätsunterschiede zwischen den Pflegestützpunkten auf das Fehlen eines standardisierten Qualitätsmanagements hinsichtlich der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zurückzuführen sind.

In der Gesamtheit hat die umfangreiche Statusanalyse ergeben, dass sowohl die Inanspruchnahme des Leistungsangebotes von Pflegestützpunkten als auch die Qualität der Leistung verbessert werden könnten. Die daraus resultierenden Reformvorschläge wurden von der Projektgruppe in Form eines Empfehlungspapiers dokumentiert und an das Bundesgesundheitsministerium adressiert. Zu berücksichtigen ist gleichwohl, dass die Pflegestützpunkte im Zuständigkeitsbereich der Länder liegen und die vorgeschlagenen Maßnahmen somit auch auf Landesebene eingeleitet werden müssten.

Reformvorschläge der BMC-Projektgruppe „Pflege und IV“

Integrierte Versorgung in der Pflege ist aus Sicht der BMC-Projektgruppe nur unter bestimmten Rahmenbedingungen in umfangreicherem Maße möglich. Dazu zählen zunächst:

- Pflegestrukturen, die nach einheitlichen Standards arbeiten, und
- definierte Qualitätsvorgaben an die Leistungserbringer hinsichtlich Kooperationsleistungen mit den Pflegestützpunkten.

Diese Voraussetzungen sind bestenfalls über einen längeren Zeithorizont realisierbar. Als zeitnah umsetzbare Maßnahmen hat die Projektgruppe insgesamt drei Vorschläge bearbeitet:

- 1. Vorschlag zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI a. F.; seit 01.01.2016: § 7c SGB XI)**
- 2. Vorschlag für die Einführung von Qualitätskriterien in den Pflegestützpunkten**
- 3. Vorschlag für eine verbesserte Inanspruchnahme der Leistungen nach § 45 SGB XI**

1. Vorschlag zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI)

Mit der Einführung von Pflegestützpunkten nach § 7c SGB XI (§ 92c SGB XI a. F.) durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (in Kraft seit 01.01.2008) wurde – wie bereits erwähnt – ein wichtiges Instrument zur Schließung von Versorgungs- und Beratungslücken im Bereich der Pflege geschaffen. Basierend auf der Auswertung zahlreicher Evaluationsberichte über die Pflegestützpunkte ergeben sich aber noch folgende Bedarfe:

- Stärkung der Verbindlichkeit und Möglichkeiten zur Umsetzung der in § 7c Abs. 2 SGB XI aufgeführten Aufgaben (Beratung, Koordination, Vernetzung)
- Sicherung und Schutz des Begriffes „Pflegestützpunkt“, ggf. Erweiterung auf „Koordinierungsstelle Pflege und Senioren“
- Minimierung von Informations- und Abstimmungsverlusten bei der Zusammenarbeit mit den lokalen Trägern der Sozialhilfe (Kommunen)
- Behebung von Informations- und Abstimmungsverlusten bei der Zusammenarbeit mit den lokalen medizinischen Leistungserbringern (Ärztennetze und KVen)
- Optimierung der Strukturen, die in Lokalisation und Umfang noch besser auf die Bedürfnisse der Zielgruppen auszurichten sind, um ein flächendeckendes und wohnortnahes Angebot zu gewährleisten
- Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements bzw. ei-

ner Qualitätssicherung bei der Aufgabenerfüllung (Beratung, Koordination, Vernetzung)

- Qualitätsvorgaben für Leistungserbringer für die Kooperation mit Pflegestützpunkten, z. B. einheitliche Standards für Dokumentation, Häufigkeit und Inhalt strukturierten Austauschs über die gemeinsamen Klienten und verbindliches Rückmeldesystem

Pflegestützpunkte sind wichtige Einrichtungen, um Pflegebedürftige und Angehörige über ihnen zustehende Leistungen, spezielle Pflegeangebote, soziale Dienste etc. zu informieren. Das gesetzlich vorgesehene Leistungsspektrum nach § 7c SGB XI ist umfassend, jedoch wird es bisher nicht flächendeckend umgesetzt. Erforderlich ist eine größere Standardisierung hinsichtlich Beratungsangebot, Qualifizierung des Personals, Qualitätssicherung und Lokalisation, damit die Pflegestützpunkte ihrer Koordinationsfunktion besser gerecht werden können. Diskutiert wurde zudem, wie die Einbindung der Kommunen sowie von ärztlichen Leistungserbringern gewährleistet werden kann.

Die Projektgruppe hat hierzu konkrete Änderungsvorschläge für den Text des § 7c SGB XI (bzw. § 92c SGB XI a. F.) vorgelegt. Außerdem wurden Qualitätskriterien für Pflegestützpunkte erarbeitet, die einerseits ein hohes Maß an Standardisierung sicherstellen und andererseits ausreichend Raum für regionalspezifische Anforderungen lassen.

Pflegestützpunkte sollten als rechtlich selbstständige Einrichtungen agieren, an denen neben den Pflege- und Krankenkassen auch die Träger der Sozialhilfe zu beteiligen sind. Die dadurch mögliche Konsolidierung der personellen und finanziellen Ressourcen sowie der Informationen zu regionalen Pflegeangeboten würde eine deutlich Steigerung der Effizienz der Pflegestützpunkte und eine Stärkung der Pflege vor Ort ermöglichen. Nicht zuletzt wäre dabei auch ein Wettbewerb der Regionen um die beste Versorgung von Senioren nach dem japanischen Modell möglich. Mit der Möglichkeit, auch regionale medizinische Leistungserbringer an diesen Gesellschaften zu beteiligen, würden zusätzlich die Voraussetzungen geschaffen, um den Informationsaustausch zwischen Pflege und Medizin in den Regionen zu optimieren. Die Übernahme der Gründungsaufwände für neue Pflegestützpunkte durch den Pflegestrukturfonds nach dem bereits 2008 praktizierten Modell des § 92 Abs. 5 SGB XI a. F. würde Kommunen und Kassen anreizen, bestehende Strukturen auszubauen und derzeit noch fehlende regionale Strukturen in Regionen mit hohem Pflegebedarf zu schaffen.

Bei der Umstellung der Trägerschaft ist sicherzustellen, dass keine Nachteile für die Beteiligten im Vergleich zur heutigen Finanzierung entstehen, die derzeit vor allem in Form der Bereitstellung von Personal besteht. Die Projektgruppe hat hierzu konkrete Änderungsvorschläge für den Text des § 92c SGB XI a. F. vorgelegt.

Mit der Gesetzesänderung werden folgende Wirkungen erzielt:

- Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte zu Koordinierungsstellen der regionalen pflegerischen, medizinischen und sozialen Versorgung im Sinne des § 7c Abs. 2 SGB XI (§ 92c Abs. 2 SGB XI a. F.).
- Früherkennung von Pflegerisiken
- Weitere Förderung von niedrigschwelligen Maßnahmen
- Längeres Verbleiben der Versicherten in der eigenen Häuslichkeit.

Dies wird dem Grundsatz ambulant vor stationär gerecht.

2. Vorschlag für die Einführung von Qualitätskriterien bei Pflegestützpunkten

Die BMC-Projektgruppe schlägt die Einführung eines standardisierten Qualitätsmanagements vor, um eine höhere Verbindlichkeit der in § 7c Abs. 2 SGB XI aufgeführten Aufgaben (Beratung, Koordination, Vernetzung) zu gewährleisten. Verbindlichkeit könnte durch die Einführung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards entstehen, die die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Pflegestützpunkte definieren. Diese können Kriterien umfassen, die die Kooperationsstrukturen, das Dokumentations- und Kommunikationssystem, die Lokalisation (räumliche Nähe), die Mitarbeiterqualifikation, das Qualitätsmanagementsystem, den Vernetzungsgrad mit anderen Akteuren, die Instrumente zur Kontaktfrequenzmessung, Gesprächsführung, -dokumentation und -evaluation sowie die Nutzerzufriedenheit bewerten. Auf Basis eines solchen standardisierten Qualitätsmanagements können Maßnahmen zur Erzielung eines einheitlich hohen Leistungsniveaus umgesetzt werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Begriff „Pflegestützpunkt“ rechtlich geschützt ist.

Anhand der Tabelle 1 ist zu erkennen, wie die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der PSP definiert werden könnten.

Um die Pflegestützpunkte zu stärken, sollten primär nicht deren Aufgaben nach § 7c Abs. 2 SGB XI (Beratung, Koordination und

Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der PSP		
Struktur-Kriterien	Prozess-Kriterien	Ergebnis-Kriterien
Nachweis eines Qualitätsmanagementsystems	Organisationsorientierte Standards	Nutzerzufriedenheitsmessung
Räumliche Nähe zu den Klienten und Anzahl von Mitarbeitern pro Pflegestützpunkt	Regelmäßige Vernetzungstreffen mit Leistungserbringern oder ihren Verbänden	Beschwerde-management
Einheitliches und modernes Dokumentations- und Kommunikationssystem	Regelmäßiger Austausch der Pflegestützpunkte einer Region oder eines Bundeslands – auf verschiedenen Ebenen, u.a. Mitarbeiter-Ebene	
Qualifikation und Kompetenzen der Mitarbeiter	Patientenorientierte Standards	
Barrierefreiheit	Koordination – Definition des Umfangs (Abstimmung der Versorgungsplanung mit allen Beteiligten, Monitoring)	
Erreichbarkeit	Instrumente zur Gesprächsführung, -dokumentation und -evaluation	

Tab. 1: Vorschlag der BMC-Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“: Qualitätskriterien für Pflegestützpunkte.

Vernetzung) erweitert werden, sondern vielmehr die Qualität der Aufgabenerfüllung durch verbindliche Prozesse und Mindeststrukturanforderungen optimiert werden. Insbesondere die Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben werden nicht optimal wahrgenommen, wie mehrere Evaluationen auf Länderebene zeigen (vgl. MASGF Brandenburg 2011, ZeS 2012). Die in Tabelle 1 genannten Kriterien sind nicht als umfassende Aufzählung zu verstehen und könnten durch weitere Punkte ergänzt werden. Die Konkretisierung sollte jedoch nach Möglichkeit nach bundesweit einheitlichen Kriterien und Methoden erfolgen mit ausreichender regionaler Ausgestaltungsfreiheit, um lokale Besonderheiten zu berücksichtigen. Die Einführung sollte in angemessenen Stufen erfolgen mit dem Ziel, z. B. in fünf Jahren ein Zertifizierungssystem mit externer Auditierung zu implementieren.

3. Vorschlag für eine verbesserte Inanspruchnahme der Leistungen nach § 45 SGB XI

Der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit stellt die Betroffenen und ihre Angehörigen vor eine große Herausforderung. Viele von ihnen wissen zunächst nicht, an wen sie sich wenden können, welche Unterstützungsangebote es gibt und welche Leistungen ihnen zustehen. Dies betrifft auch die Leistungen nach § 45 SGB XI (Pflegekurse und individuelle Schulungen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen). Die Erfahrungen vieler Pflegeleistungsanbieter zeigen, dass diejenigen, die die Kurse und individuellen Schulungen in Anspruch nehmen, diese als sehr hilfreich und entlastend wahrnehmen. Dadurch verbessert sich einerseits die Qualität der Angehörigenpflege, andererseits verbessern sie das Selbstmanagement der Angehörigen, die ansonsten vielfach mit Überforderung und Überlastung zu kämpfen haben. Vor diesem Hintergrund ist es wünschenswert, Angehörige besser über die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Pflegekurse und individuellen Schulungen nach § 45 SGB XI zu informieren. Dies ließe sich im ersten Schritt durch eine Verzahnung der §§ 36, 37 Abs. 3 und 38 SGB XI mit § 45 SGB XI erreichen. Ziel wäre, dass im Zuge der Pflegeberatung verpflichtend auf die Pflegekurse nach § 45 SGB XI hingewiesen wird und die Angehörigen zur Inanspruchnahme der Leistungen motiviert werden. Entsprechende Formulierungsvorschläge wurden dem Ministerium vorgelegt.

Die Leistungen nach § 45 SGB XI sollten dafür mit den

- Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste (§ 36 SGB XI)
- den Kombinationsleistungen (Pflegesachleistungen in Kombination mit Pflegegeld; § 38 SGB XI) und
- dem Beratungsbesuch für Pflegegeldbezieher (§ 37 Abs. 3 SGB XI) verknüpft werden.

Dazu hat die BMC-Projektgruppe folgenden Vorschlag unterbreitet:

• § 36 Abs. 5 (neu) SGB XI

Pflegebedürftige, die häusliche Pflege erhalten, und deren Angehörigen sind im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe nach Absatz 1 auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.

• § 38 Satz 6 (neu) SGB XI

Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen nach Satz 1 in Anspruch nehmen, sind auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.

Folgende Eckpunkte sollten bei einer Verschränkung von § 37 Abs. 3 SGB XI und § 45 SGB XI berücksichtigt werden:

In § 37 SGB XI sollte ein neuer Absatz 3a eingefügt werden. In diesem Absatz sollte festgelegt werden, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI Anspruch auf Leistungen analog von § 45 SGB XI haben. Dabei müssen die Leistungen selbstverständlich nicht zusammen erbracht werden. Wichtig ist, dass im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI die Leistungen nach § 45 SGB XI angesprochen und ausdrücklich angeboten werden.

Die Vergütung für die Pflegepflichteneinsätze in § 37 Abs. 3 SGB XI muss angepasst werden. Derzeit sind im Gesetz für diese Einsätze eine Vergütung von 22 Euro (für Pflegebedürftige in den Pflegestufen I und II) bzw. 32 Euro (für Pflegebedürftige in der Pflegestufe III) vorgesehen. Diese Vergütung ist in keiner Weise angemessen und gefährdet die notwendige Beratung. Nach einem durch den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) beauftragten Gutachten von Prof. Dr. Stefan Görres et al. (2011) ist für eine entsprechende Beratung ein Zeitumfang von einer Stunde anzusetzen. Dementsprechend sollte im Gesetz der Zeitumfang festgelegt werden. Dieser sollte für Pflegebedürftige der Stufen I und II mindestens eine Stunde, für Pflegebedürftige der Stufe III mindestens anderthalb Stunden betragen. Auf dieser Grundlage können Pflegekassen und die Verbände der Pflegedienste die Vergütung in der Form verhandeln, wie es auch für die Sachleistungen üblich ist.

Einordnung von § 45 SGB XI zu §§ 7, 7a und 37 Abs. 3 SGB XI

Von der Beratung durch die Pflegekassen ist die Beratung zur Pflege durch die Leistungserbringer, d. h. durch die ambulanten Pflegedienste, zu unterscheiden. Auch sie haben den gesetzlichen Auftrag, neben der Qualitätssicherung bei Geldleistungsempfängern, den Betroffenen bzw. dessen Angehörige über die pflegerischen Angebote und eventuell benötigte Hilfsmittel oder Maßnahmen (z. B. Wohnraumanpassungen) zu beraten. Im Gegensatz zum Beratungsauftrag der Pflegekassen ist die Aufklärung und Anleitung durch die Pflegedienste jedoch nicht in einem, sondern in verschiedenen Paragraphen geregelt.

Nach § 37 Abs. 3 SGB XI haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, Anspruch auf eine (Pflege-)Beratung in der Häuslichkeit. Die Beratung dient der Sicherstellung der Qualität der häuslichen Pflege und der pflegefachlichen Unterstützung. Neben diesem Beratungsanspruch erfolgt nach § 45 SGB XI die Anleitung und Schulung der pflegenden Angehörigen in Form von individuellen Schulungen (in der Häuslichkeit bzw. als Überleitungspflege) oder in Pflegekursen.

Zusammenführung der Beratungs-/Schulungsleistungen nach §§ 37 Abs. 3 und 45 SGB XI

Die Pflegeberatung – z. B. durch Pflegestützpunkte – nach §§ 7, 7a SGB XI ist auf die leistungsrechtliche Beratung und Aufklärung der Versicherten ausgerichtet. Ziel ist die Erstellung eines Versorgungsplans, um im Falle einer Pflegebedürftigkeit geeignete Maßnahmen zu einzuleiten und die Leistungsansprüche des Versicherten umzusetzen.

Dagegen zielen die Leistungen

- nach § 37 Abs. 3 SGB XI auf die Erhebung, Anpassung und Überprüfung der Pflegesituation und der jeweiligen Rahmenbedingungen (z. B. Wohnraumanpassung);
- nach § 45 SGB XI auf die Anleitung und Schulung zur Durchführung der Pflege.

Diese Leistungen dienen der praktischen Beratung des Pflegebedürftigen und der Angehörigen vor Ort und der Qualitätssicherung. Da sich der Pflegezustand im Laufe der Pflegebedürftigkeit verändert, geht es um eine auf den Verlauf ausgerichtete Pflegeberatung sowie um die Anpassung und Überprüfung der jeweiligen Pflegesituation der von Angehörigen gepflegten Pflegebedürftigen. Das Ineinandergreifen der Beratungen für die Pflegebedürftigen (§ 37 Abs. 3 SGB XI) und der Schulung und Anleitung der Angehörigen bzw. an der Pflege Interessierten (§ 45 SGB XI) ist dabei zum einen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung unerlässlich. Ohne die Beratung und Anleitung sowie Schulung können die pflegenden Angehörigen nicht nachhaltig bei der Pflege unterstützt werden. Zum anderen ist die Zusammenführung für eine ganzheitliche und umfassende Versorgung und Beratung unabdingbar.

Die Schulungsleistungen nach § 45 SGB XI für pflegende Angehörige sollten daher mit der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI zusammengelegt werden. Beide Leistungen, d. h. die Beratung der Pflegebedürftigen und die Schulung/Anleitung der Angehörigen, können so abgestimmt und aus einer Hand erfolgen. Die Leistungsinhalte sowie die unbürokratischen Möglichkeiten zur Inanspruchnahme des § 45 SGB XI müssen dabei erhalten bleiben. Nur so kann gewährleistet werden, dass keine zusätzlichen Hürden zum Leistungszugang entstehen.

Abgrenzung zu §§ 7, 7a SGB XI

Auf der einen Seite besteht ein Anspruch der Versicherten auf „Pflegeberatung“ durch die Kostenträger (Pflegekassen) und auf der anderen Seite ein Leistungsanspruch auf die Beratung der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und weiteren an der Pflege interessierten Personen durch die Leistungserbringer (ambulante Pflegedienste).

Die neue zusammengeführte Beratungs- und Schulungsleistung wäre bedarfsgerecht auszugestalten und auch für Pflegebedürftige, die Sachleistungen in Anspruch nehmen, zu öffnen. Beratungsleistungen sind gegenwärtig keine Leistung nach dem Sachleistungskatalog.

Die Beratung über die sozialrechtlichen Ansprüche durch die Pflegekassen bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ist dabei von der prozesshaften pflegfachlichen und pflegepraktischen Begleitung, Beratung und Anleitung/Schulung durch die ambulanten Pflegedienste abzugrenzen. Die beiden unterschiedlich ausgerichteten Ansprüche der „Pflegeberatung“ ergänzen sich jedoch in ihrer Gesamtheit und bilden für die Betroffenen zusammen ein umfassendes Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebot (vgl. Abb. 1).

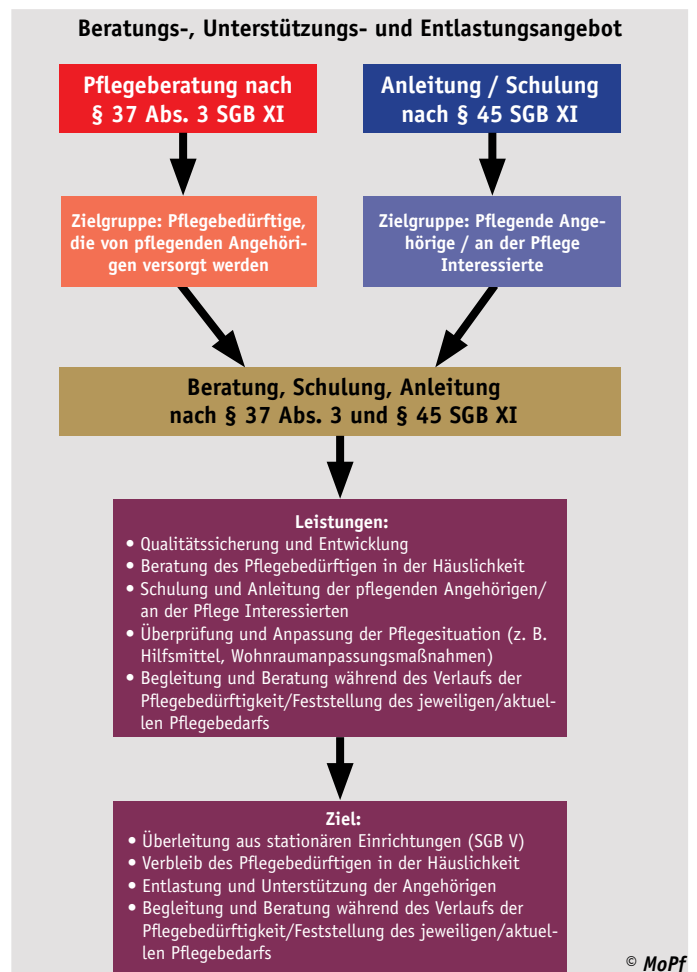


Abb. 1: Ein umfassendes Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebot. Quelle: BMC.

Literatur

- GVK-Spitzenverband (2011) Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und ergänzende Anmerkungen des GVK-Spitzenverbands zum Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest.
- Görres, S.; Zimmermann, M.; Schmitt, S. (2011) Grundlagen zur Bemessung des Erstgesprächs/Erstbesuchs in der ambulanten Pflege. Expertise des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen. Beauftragt vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste.
- Joost, A.; Metzenrath, A. (2011) Handlungsempfehlungen für den Aufbau und Betrieb von Pflegestützpunkten. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur. Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- Joost, A.; Metzenrath, A. (2012) Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen. Erstellt im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur. Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- Pflegestützpunkte im Landkreis Karlsruhe und Evaluierung in Baden-Württemberg. Kleine Anfrage des Abgeordneten Werner Raab, CDU, und Antwort des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren. Juni 2015.
- Michell-Auli, P.; Strunk-Richter, G.; Tebest, R. (2010) Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Kurzfassung der Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“.
- MASGF (2011) Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg. Bericht des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.
- ZeS (2012) Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen. Abschlussbericht des Zentrums für Sozialpolitik, Universität Bremen.

Schlussbemerkung

Das Pflegestärkungsgesetz II wurde August 2015 verabschiedet und das Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) trat zum 01.01.2017 in Kraft. Einige der hier vorgeschlagenen Änderungen wurden im PSG III umgesetzt, insbesondere die Stärkung des Qualitätsmanagement und die Verzahnung des Beratungs- und Schulungsangebotes. Die BMC-Projektgruppe führt ihre Arbeit fort, aktuell mit dem Schwerpunkt Kommunalisierung in der Pflege. <<

Autorenerklärung

Ralph Lägel, Jürgen Fröhlich und Thomas P. Zahn sind Mitglieder der Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“ des Bundesverbandes Managed Care e.V. In dieser Projektgruppe haben Sie an der Erarbeitung dieses Beitrages mitgewirkt. Interessenkonflikte bestehen nicht.

Nursing as an element of integrated care

Although since 2007 there is a legal basis for nursing facilities to participate in integrated care agreements, this possibility has hardly been used so far. What are the reasons for this development and what adjustments are needed to ensure that care institutions are involved more in IV contracts and are perceived as partners for IV contracts? The project group „Nursing and Integrated Care“ within the Federal Association of Managed Care e.V. (BMC) has discussed these questions. The group developed reform proposals for the further development of care support points and the interlinking of counseling services for people in need of care and their relatives.

Keywords

integrated care, nursing, nursing strengthening law II, care support points, care advice

Ralph Lägel, MBA

ist Vorstandsmitglied im Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) und leitete von März 2010 bis März 2016 die BMC-Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung“. Er ist zudem Senior Manager Healthcare Strategies Global Innovative Pharma Business Germany, Pfizer Pharma GmbH.

Kontakt: laegel@bmcev.de



Dr. Jürgen Fröhlich

ist seit 2013 Fachbereichsleiter Versorgungskonzepte bei rehaVital Gesundheitsservice GmbH, zuvor war er Bereichsleiter Integrierte Versorgung bei der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Nach Forschungstätigkeiten in den USA und klinischer Tätigkeit im Bereich der Inneren Medizin war Herr Dr. Fröhlich zudem bis 2010 Leiter Strategisches und Internationales Marketing in der Medizin-Diagnostik. Kontakt: JFroehlich@rehavital.de



Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

hat medizinische Informatik, klinisches Management und Wirtschaftsinformatik in Deutschland und den USA studiert. Er promovierte im Fachgebiet Neuroinformatik. Seit 2013 leitet er als Geschäftsführer das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost. 2016 wurde er zum Professor für Wirtschaftsinformatik und Forschung an der bbw Hochschule berufen. Er ist weiterhin auch Geschäftsführer des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost. (GeWINO) der AOK Nordost. Kontakt: thomas.zahn@nordost.aok.de

