

Armin Lang, MdL
Bundesvorsitzender der
Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen
und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Positionen und Argumente zu Pflegestützpunkten, Integrierte Versorgung, Fallmanagement

1. Situationsanalyse:

Auch wenn die „älter werdende Gesellschaft“ nicht **die** Bedrohung für die Solidargemeinschaft darstellt, die ihr ständig öffentlich zugeschrieben wird, ist eindeutig, die Zahl der älter werdenden Menschen steigt, insbesondere die der Hochbetagten. Die höchsten Zuwächse verzeichnen wir derzeit in der Gruppe der über 80-Jährigen. Auch wenn höheres Alter nicht proportional steigende KV- und PV-Ausgaben nach sich zieht, ist unstrittig, Hochbetagte nehmen mehr gesundheitliche und pflegerische Leistungen in Anspruch, die Multimorbidität steigt, die Pflegebedürftigkeit nimmt zu und sonstige Handicaps bei schwindenden Eigenressourcen dominieren den Alltag.

Die unmittelbaren Angehörigen (Partner, Kinder, Geschwister u. a.) sind häufig ebenfalls im fortgeschrittenen Alter. Die Enkel sind in der Regel für Pflege- und Versorgungsleistungen aufgrund beruflicher Mobilität, eigener familiärer bzw. sonstiger Anforderungen immer schwerer zur Mitversorgung imstande. Die Zahl der Single-Haushalte gerade in diesem Alter ist sehr hoch und schwankt zwischen 40 und 60 % aller Haushalte. Da die „Selbsthilfekräfte“ der Betroffenen und ihrer Angehörigen nicht ausreichen, sind professionelle Hilfen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit immer häufiger nötig.

Diese Versicherten sind für die Kranken- und Pflegekassen aber gleichzeitig auch die „treuesten“ Versicherten: Sie zahlten in der Regel ihr (Arbeits-) Leben lang Beiträge an ihre Kranken- bzw. Pflegeversicherung und haben dementsprechend viel Solidarität praktiziert.

Neben den bestehenden gesetzlichen Leistungsansprüchen haben diese Versicherten deshalb auch einen berechtigten Anspruch auf „optimierte“ Versorgung. Damit sind nicht besondere „Zuwendungen“, oder gar Leistungsausweitungen gemeint, sondern ein

qualifiziertes, bedarfsorientiertes, individuelles Versorgungsmanagement, welches den spezifischen Krankheits-, Pflege- und Versorgungsbedürfnissen entspricht.

Aufgrund ihrer potentiellen Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und ggf. auch wegen palliativem Versorgungsbedarf, ist diese Versichertengruppe in besonderer Weise prädestiniert für Über-, Unter- und Fehlversorgung: Zu oft, zu früh und zu lange im Krankenhaus, Dauerkunde bei Haus- und Fachärzten, mit hohem Medikamentenverbrauch, mit vielfältigem Leistungsbedarf bei Heil- und Hilfsmittelerbringern, Pflegediensten usw.. All dies geschieht in der Regel unsystematisch, unkoordiniert mit Mehrfachaufwand usw.

Unser Sozial-, Gesundheits- und Pflegesystem bietet gerade für diese Zielgruppe eine Vielzahl von Hilfen, die in der Regel unverbunden neben- bzw. nacheinander agieren, sich gegenseitig nicht immer ergänzen und verstärken, sondern sich eher beeinträchtigen. Häufig kommt die adäquate Hilfe nicht zum richtigen Zeitpunkt, vielfältige Umwege werden in Kauf genommen, Fehlsteuerungen führen zu nicht bedarfsnotwendigen Aufwendungen.

Mit dem **WSG** kommen gerade für diese Zielgruppe **neue Leistungen** hinzu und ebenso wird der Anspruch des Versicherten auf optimiertes Versorgungsmanagement etabliert (siehe §11 Abs. 4 SGB V).

Die **Eckpunkte zur Pflegereform** greifen diese Problematik in überzeugender Weise auf. Pflegestützpunkte sollen mit integrierten Versorgungsnetzwerken entstehen, Fallmanagement soll etabliert werden. Die Ziele sind gut. Jetzt ist es notwendig, Konzepte zur Realisierung derselben zu entwickeln und zu erproben, damit die flächendeckende Etablierung möglichst ohne Umsetzungsprobleme stattfinden kann.

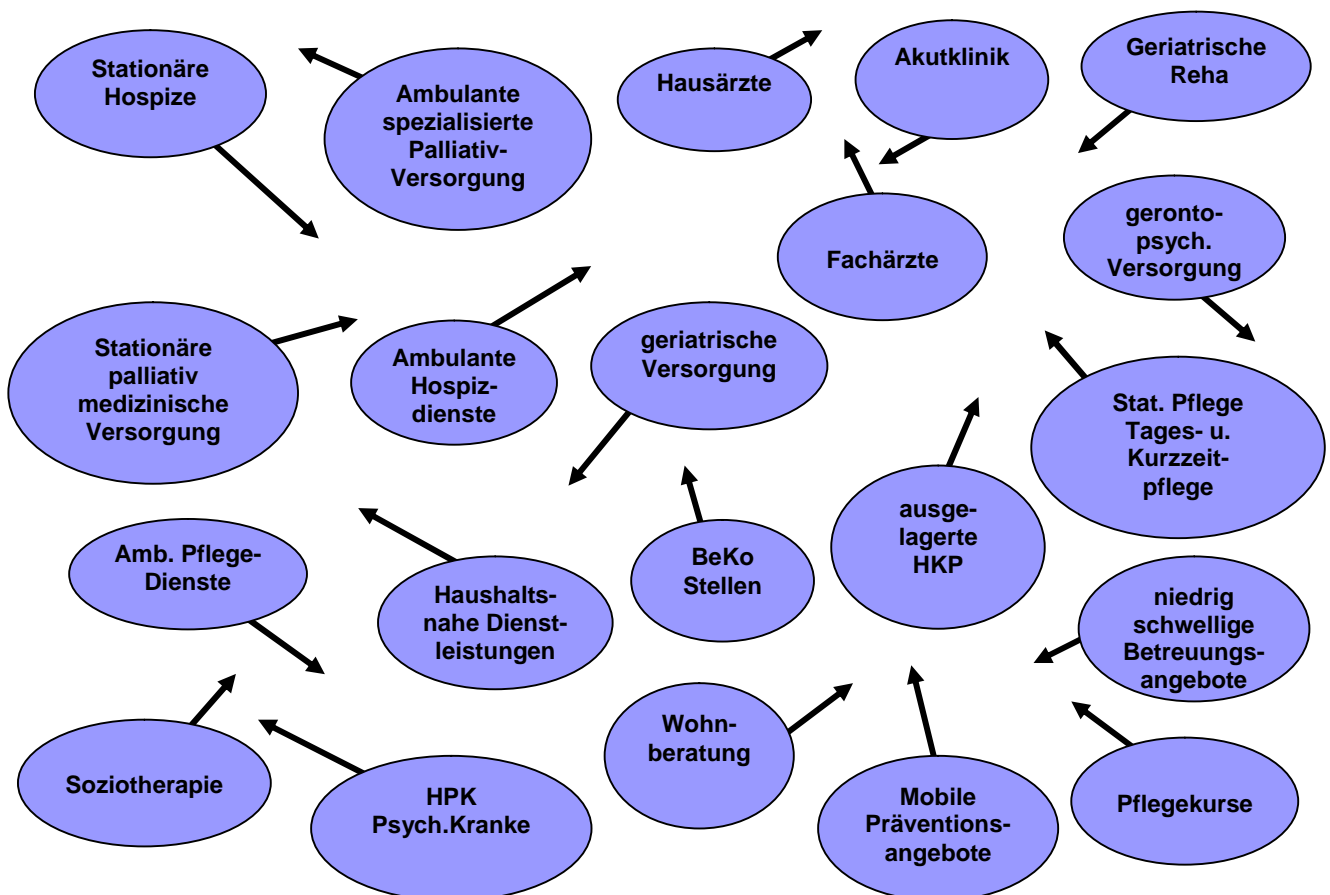
Gesundheits- und Pflegereform wollen die Versorgung optimieren.

Zum richtigen Zeitpunkt, ggf. sogar präventiv und vorausschauend, die richtige Maßnahme einzuleiten bzw. entsprechende Leistungen zu organisieren und in Anspruch zu nehmen, setzt eine differenzierte mehrdimensionale Betrachtung des Hilfebedürftigen, eine darauf bezogene Ermittlung des Hilfebedarfes, inklusiv der Bewertung der aktivierbaren Eigenpotentiale, voraus. Neben der anamnestischen und diagnostischen Aufbereitung und

Auswertung des Versorgungsbedarfes ist dabei eine professionelle Übersicht über das gesundheitliche und pflegerische Versorgungsangebot in der Region und eine adäquate Kompetenz in der Anwendung entsprechender rechtlicher Vorschriften zur Aktivierung angemessener Hilferessourcen erforderlich. Dies kann nur von adäquat qualifizierten und spezialisierten Profis erwartet werden.

Das Schaubild 1 „Engagiertes Einzelkämpfertum“ verdeutlicht die Vielfalt eher unverbunden nebeneinander stehender und unabhängig voneinander agierender medizinischer, pflegerischer und sozialer Leistungsangebote.

Engagiertes Einzelkämpfertum



Diese gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Dienste, welche ein einzelner Hilfebedürftiger zwar nie gleichzeitig und komplett nachfragt, müssen im Einzelfall dem „Hilfe-Manager“ präsent sein, damit er bei entsprechendem individuellem Bedarf die „richtige Maßnahme zur rechten Zeit“ einleitet. Diese Dienste befinden sich in der Regel in unterschiedlicher Trägerschaft, gründen auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen, ihre Kooperation ist häufig zufällig, auch Konkurrenz, Misstrauen und Nicht-Wissen behindern den effektiven und effizienten Einsatz.

2. Anregungen und Forderungen zum Pflegereform-Gesetz

Gemäß Eckpunkte zur **Reform einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung** besteht die Absicht, die ambulante Versorgung nach persönlichem Bedarf zu stärken. Als zukünftiges Organisationsprinzip soll in der Pflege die **integrierte wohnortnahe Versorgung mit Pflegestützpunkten** etabliert werden. In den Eckpunkten heißt es: „Mit dem Ziel, wohnortnah die Angebote für Pflegebedürftige besser auf einander abzustimmen und zu vernetzen sowie aus einer Hand anzubieten, werden quartiersbezogene Pflegestützpunkte, unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen gebildet. Diese werden mit einem neuen Vertragstyp „Integrierte wohnortnahe Versorgung und Betreuung“ realisiert, der zwischen Krankenkassen, Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringern geschlossen werden kann. Es wird eine Anschubfinanzierung für die Pflegestützpunkte von der Pflegeversicherung für 2 Jahre gewährt. Bei einer Förderung von durchschnittlich einem Stützpunkt je 20.000 Einwohner mit 15.000 Euro, würden Kosten von rd. 60 Mio. Euro (zwischenzeitlich wird von 80 Mio. Euro geredet) entstehen“.

Weiterhin ist die Etablierung eines **Fallmanagements** vorgesehen.

Dazu sagen die Eckpunkte aus: „Die Pflegekassen werden verpflichtet für ihre pflegebedürftigen Versicherten ein Fallmanagement (etwa im Rahmen der Pflegestützpunkte) anzubieten, welches die zielgerichtete Unterstützung des einzelnen gewährleistet und für eine Anpassung des Versorgungsarrangements an veränderte Bedarfe sorgt. Ein/e Fallmanager/in soll künftig Ansprechpartner/in für jeweils bis zu 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sein.“

Die notwendige Finanzierung soll über die Pflegeversicherung sichergestellt werden.

Nach dieser Zielformulierung für das anstehende Gesetzgebungsverfahren sollen im Pflegereformgesetz die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die betroffenen Versicherten durch Optimierung und Koordinierung der regional vorhandenen Hilfeangebote möglichst lange in der gewohnten häuslichen Umgebung bleiben können. Ihre Versorgung soll auf der Grundlage vertraglich vereinbarter Standards geplant und koordiniert sichergestellt, bedarfsnotwendige Leistungen rechtzeitig und ausreichend gewährt werden. Die Hilfgewährung soll die eigenen Kräfte des Versicherten und seiner Umgebung aktivieren und stabilisieren.

2.1 Unter Beachtung der Struktur der Pflegeversicherung, die aufgrund ihrer generellen Versicherungspflicht, ihrer einheitlichen Finanzierung und Leistungsgewährung eher den Charakter einer „Einheitskasse“ hat, ergibt sich eine erste grundsätzliche Positionierung:

- Die Pflegekassen erhalten den Sicherstellungsauftrag gemeinsam **Pflegestützpunkte mittels integrierter Versorgung** zu errichten. Die SGB XI bedingten **Errichtungs- und laufenden Betriebskosten** dieser Stützpunkte müssen aus einem **gemeinsamen Fond** der privaten und sozialen Pflegeversicherung finanziert werden. Die Vertragspartner der Pflegestützpunkte haben den Sozialhilfeträgern und dem jeweiligen Bundesland anzubieten, auch das Management ihrer Leistungsbereiche (z.B. Hilfe zur Pflege, Wohnberatung) mit zu übernehmen, sofern diese sich an den Errichtungs- und Betriebskosten der Stützpunkte beteiligen.
- Bestandteil der **Betriebskosten der Stützpunkte** müssen auch die durch die integrierte Versorgung bedingten Mehraufwendungen der teilnehmenden Leistungsanbieter (z.B. Fallkonferenzen, zusätzlicher kommunikativer Aufwand) sein.

2.2 Das **Fallmanagement** haben die Pflegekassen in den jeweiligen Stützpunktregionen **gemeinsam sicherzustellen**; sie können sich dazu „Dritter“ bedienen (z.B. MDK).

Das **Fallmanagement** sollte nicht nur das **Übergangs- und Schnittstellenmanagement** umfassen, sondern auch die bedarfsnotwendige und bedarfsadäquate **Fallbegleitung** enthalten (inkl. der Beratung, Begleitung, Befähigung und Aktivierung von Hilferessourcen im Nahbereich des Pflegebedürftigen). Bei dieser Art von verbindlichem Fallmanagement könnten dann die „Pflegerberatungsbesuche“ gem. § 37 Abs. 3 SGB XI, wie sie bisher im Pflegerecht vorgesehen sind, entfallen.

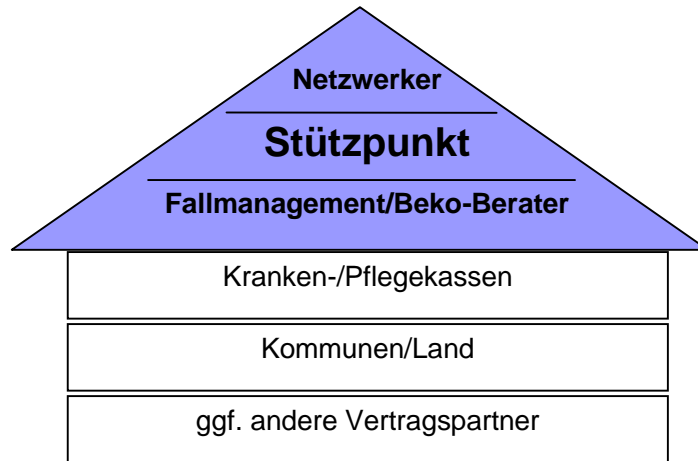
3. Einzelaspekte der Reform-Eckpunkte – Pflegestützpunkte, Integrierte Versorgung, Fallmanagement

- 3.1 Nach dieser grundsätzlichen Positionierung ist es erforderlich, dass im vorgesehenen Pflegereformgesetz die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass in noch näher zu **definierenden Wohnquartieren** die in diesen Regionen tätigen Kranken- und Pflegekassen mittels „**Arbeitsgemeinschaften**“ jeweils einen „**Pflegestützpunkt**“ einrichten.

Der **Pflegestützpunkt** umfasst die **Geschäftsstelle des regionalen Netzwerkes** mit den dort **angestellten „Netzwerkern“** und das für die beratende und begleitende Unterstützung der hilfebedürftigen Versicherten nötige **Fallmanagement**. Je nach vertraglicher Gestaltung sind auch die kommunal- bzw. landesfinanzierten „**BEKO-Berater**“ **integriert**.

Der **Stützpunkt** ist **verantwortlich** für das **Management der IV-Vertragsumsetzung** in der Region (Anwerbung und Begleitung von Vertragspartnern, Umsetzung der Vertragsinhalte, Berichtswesen, Datenerfassung, Qualitätsmanagement, Evaluation, Öffentlichkeitsarbeit, ggf. Initiativen zur Korrektur von Versorgungsmängeln usw.) und **integriert** die in der Versorgungsregion tätigen und an der vertraglich vereinbarten Versorgung beteiligten **Kosten- und Leistungsanbietern** (inkl. Kommunen, Kreis, Land).

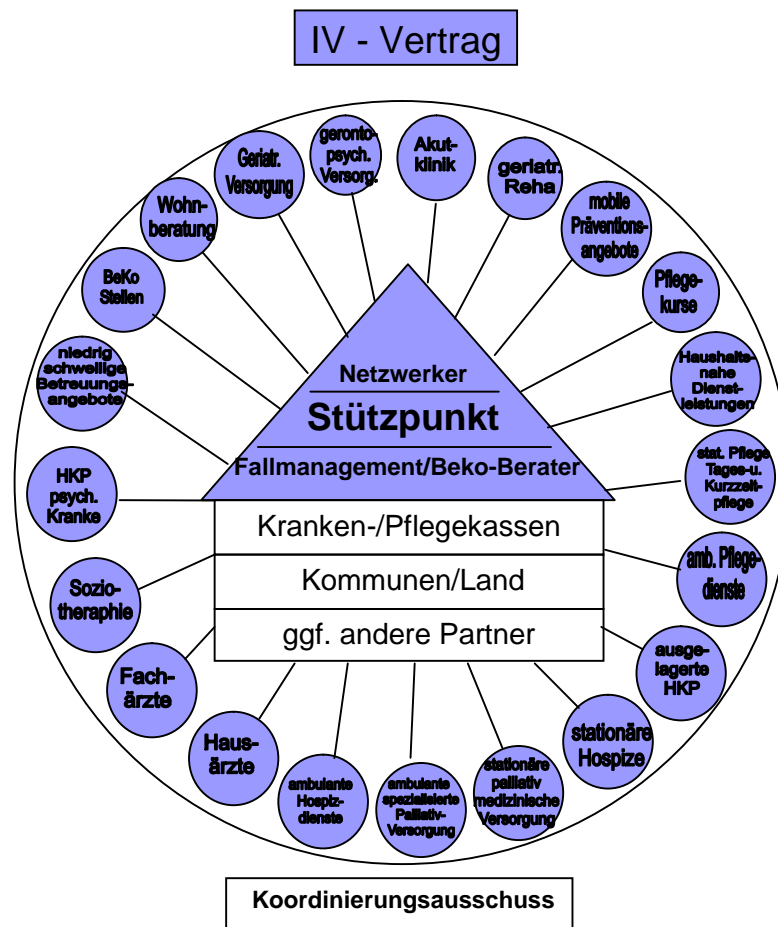
Pflegestützpunkt – Träger- und Mitarbeiterstruktur



3.2 Besondere Form „Integrierter wohnortnaher Versorgung und Betreuung“

Das nach möglichst konkreten gesetzlichen Vorgaben zu schaffende medizinische, pflegerische und sonstige Versorgungsangebot für Hochbetagte soll mittels „integrierter Versorgung“ in der Region etabliert werden. Dementsprechend sollen in den entsprechend definierten Wohnquartieren die Kranken- und Pflegekassen mit den dort tätigen Leistungserbringern eine integrierende, die Versorgung optimierende Zusammenarbeit der örtlich und regional tätigen Dienste und Einrichtungen organisieren. Diese wird vertraglich mit festen Qualitäts- und Ablaufregeln vereinbart. In diese Arbeitsgemeinschaft „Integrierte Versorgung und Betreuung in der Pflege“ sollen möglichst auch die in der Region tätigen aus Landes- und Kommunalmitteln finanzierten „Senioren- und Pflegeberater“ mit integriert werden.

Pflegestützpunkt im Rahmen einer besonderen Form integrierter Versorgung



3.3 Mindestausstattung und Finanzierung der Stützpunkte mit Integriertem Versorgungsnetz

Aufgrund fehlender Erfahrungen sollte ein **Stützpunkt** mit einer **personellen Mindestbesetzung** starten. Benötigt wird auf jedem Fall **ein Netzwerker**, der die Aufgaben des **Vertrags- und Versorgungsmanagements** übernimmt. Ihm bzw. Ihr sollte ein/eine Sachbearbeiter/Sachbearbeiterin bzw. Sekretärin zur Seite stehen. Dementsprechend kann es bei der Finanzierung der Pflegestützpunkte auch nicht nur um die Anlaufkosten-Finanzierung gehen. Zur Aufrechterhaltung entsprechender kontinuierlich arbeitender Netzwerkstrukturen ist eine „**Regelfinanzierung**“ sicherzustellen.

Werden dem Stützpunkt auch Aufgaben übertragen die über die Leistungsbereiche der Kranken- und Pflegeversicherung hinausgehen, so ist von den dafür Zuständigen (Kommune, Kreis, Land) das **entsprechende Personal** bereitzustellen bzw. **zu finanzieren**. Dies gilt insbesondere für die Integration der **Aufgaben der örtlichen Sozialhilfeträger**.

Gleiches gilt auch für das neu zu etablierende individuelle **Fallmanagement**. Das Fallmanagement ist nicht nur verantwortlich für die individuelle Assessments und Re-Assessments der Pflegebedürftigen, sondern auch für die laufende Beratung und Begleitung der beteiligten Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, für die Organisation der Hilfen mit den Leistungserbringern und Kostenträgern, für die Dokumentation, Evaluation usw.. Gemäß Eckpunkte sollte auf 100 Pflegebedürftige ein Fallmanager/Fallmanagerin von den Pflegekassen finanziert werden. Hier ist zu konkretisieren, dass es sich dabei natürlich nur um die Pflegebedürftigen handeln kann, die ein individuelles Fallmanagement benötigen bzw. beanspruchen (d.h. sich Einschreiben in einen IV Vertrag).

Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass die **IV-bedingten Mehraufwendungen** der Leistungsanbieter auch aus dem gemeinsamen IV-Fond gemäß vertraglicher Vereinbarung finanziert werden können.

4. Wichtig ist weiterhin, dass die **neue Organisation der Versorgung** auch **im neuen Recht** entsprechend abgebildet wird. Es muss klar gestellt werden:
 - 4.1 Der **Zugang in die Versorgung** geschieht auch weiterhin **über** den **Pflegeantrag** des Pflegebedürftigen bzw. seiner Angehörigen **bei** der jeweiligen **Pflegekasse**, die eine entsprechende **Pflegebegutachtung** beim **Medizinischen Dienst** einleitet.
 - 4.2 Stellen die **Pflegegutachter** des MDK, die bzgl. der besonderen Anforderungen der Versorgung in den Stützpunktregionen adäquat vorbereitet werden fest, dass die **Dienste des Stützpunktes bzw. des Fallmanagements** benötigt werden (z.B. wegen Überforderung der Pflegeperson, Überforderung der Angehörigen, Prüfung ob ambulante oder stationäre Pflege nötig, ob Reha erfolgversprechend, ob

Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie nötig) nehmen sie, wenn der **Versicherte** einverstanden ist, Kontakt mit dem Stützpunkt auf.

4.3 Unabhängig von der richtliniengemäßen Pflegebegutachtung wird dann von dem einbezogenen **Fallmanagement** ein **Assesment des Hilfebedarfes** im Rahmen von Hausbesuchen, Krankenhausbesuchen, Besuchen in Kurzzeitpflege usw. durchgeführt. Dabei wird die individuelle häusliche Situation (vorhandene Pflegeperson, Defizite und Ressourcen des Versicherten, vorhandene Probleme, Versorgungsmöglichkeiten durch Angehörige, Nachbarn, Freunde usw.) und die finanzielle Situation des Hilfebedürftigen erfasst, sowie er/sie und seine/ihre Umgebung in die Planung des Pflegearrangements einbezogen. Daraus wird der **individuell** bestehende **Hilfebedarf** (sozial, pflegerisch, medizinisch, rehabilitativ usw.) abgeleitet.

4.4 Anhand des ermittelten Hilfebedarfes erstellt das **Fallmanagement** den **individuellen Hilfeplan** (inklusive Behandlungsziele und ggf. Abfolge der Leistungen). Dieser Plan wird vor Umsetzung mit dem Versicherten (ggf. den Angehörigen) besprochen und dessen Einverständnis eingeholt.

Erfolgt die Zustimmung zur Einbeziehung des professionellen Fallmanagement nicht, sollte dieses Angebot von Seiten der jeweiligen Pflegekasse bzw. der Sozialbehörde ein halbes Jahr nach Eintritt des Hilfebedarfes wiederholt werden.

4.5. Die **Entscheidung über jede Einzelmaßnahme** (gem. Hilfeplan) eines Versicherten **trifft die** zuständige **Kranken- bzw. Pflegekasse** oder die Sozialbehörde.

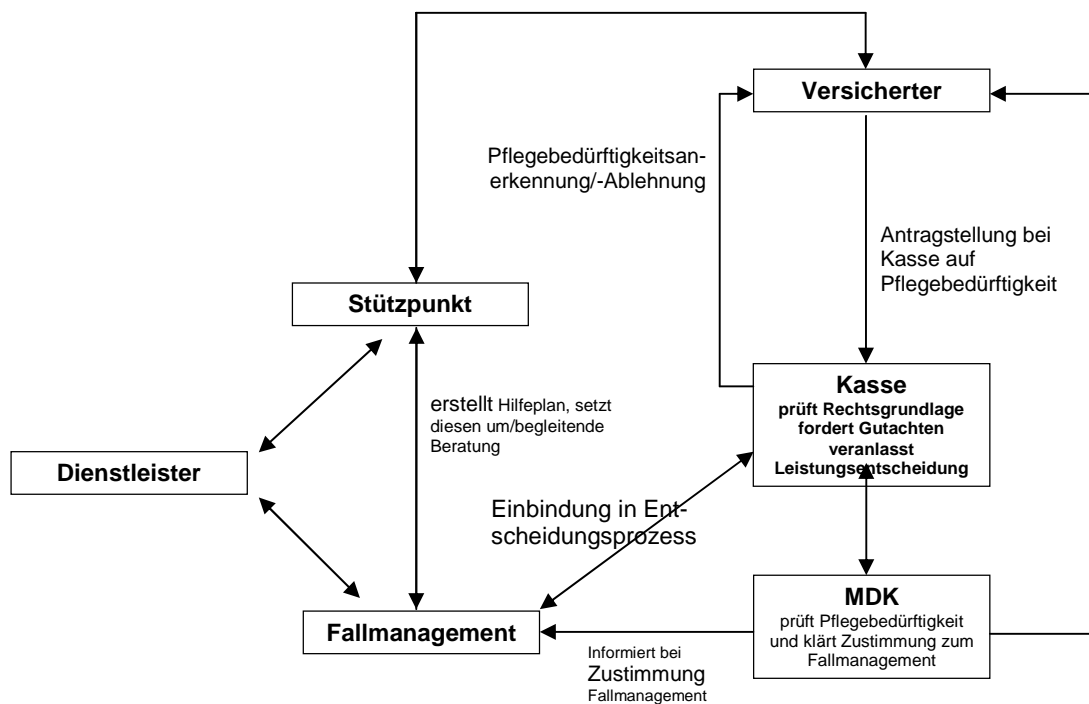
In den Entscheidungsprozess wird das jeweilige Fallmanagement gem. vertraglicher Vereinbarung einbezogen.

4.6. Bei entsprechend aufwendigen oder schwierigen Fällen findet nach individuellem Bedarf eine durch den Stützpunkt organisierte **Fallkonferenz** mit den jeweiligen Leistungserbringern und Kostenträgern statt.

Das Fallmanagement stellt auch einzelfallbezogen den kontinuierlichen **Informationsaustausch** zwischen den jeweils beteiligten Kostenträgern, sowie Leistungserbringern sicher. Es ist auch für die laufende **Fallbegeleitung**, das Re-Assesement usw. zuständig.

Ebenso arbeitet es bei der Evaluation der Maßnahmen und Leistungen mit.

Ablaufplan – Pflegeleistungen nach neuem Recht



Saarbrücken,
im August 2007
Armin Lang