

DVfR-Fachtagung 2012

Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen
– Selbstbestimmung und Teilhabe durch Rehabilitation –

hier:

WS1 Zugang zur Rehabilitation, Beratung und Bedarfsfeststellung
verbessern

Impulsreferat 1: Rolle, Chancen und Grenzen der Pflegestützpunkte
Armin Lang, Sozialverband VdK Saarland

Berlin, 22.-23.10.2012
Katholische Akademie Berlin

Pflegeberatung im Pflegestützpunkt – ist mehr!
Aufgabenbeschreibung gem. §§ 7 a, 12 und
92 c SGB XI – Care und Case Management -

SOZIALVERBAND

VdK

SAARLAND



- Erfassung **Hilfebedarf** (u.a. gemäß MDK Gutachten)
- Erarbeitung **Versorgungsplan** (u. a. Sozialleistungen, präventive/kurative/rehabilitative/pflegerische und soziale Hilfen)
- Einleitung entsprechender **Maßnahmen** nach Abstimmung mit Pflegebedürftigen und Kostenträgern
- Überwachung, Dokumentation, **Auswertung** und **Umsetzung des Versorgungsplanes**
- Einbeziehung – Aktivierung – **häusliche, nachbarschaftliche Umgebung** („Beratung vor Ort“)
- **Information** und **Aufklärung** – **Pflegekompetenz** in der Region verstärken
- Kooperation **Arbeitsagentur** (Alternativen zur „illegalen Beschäftigung“)
- Quartiersbezogene **Arbeitsorganisation** – **Netzwerkaufbau** – auch im informellen Sektor – Pflege-Mix
- Kooperation mit **Kosten- und Leistungsträgern**
- Aufbau und Begleitung **vernetzter Strukturen** in der Versorgungsregion

§ 12 SGB XI

- Verpflichtung der Pflegekassen zur **Koordination vorhandener Angebote**
 - auf der Systemebene (**Care Management**)
 - auf der Einzelfallebene (**Case Management**)
- Zentrale **Instrumente**:
 - für das **Care Management: Pflegestützpunkte**
 - für das **Case Management: Pflegeberatung** nach § 7 a
- Zentrale **Ziele**:
 - fall- und regionalbezogene Versorgungsoptimierung und –steuerung
 - Stärkung der häuslichen Versorgung bei vertretbarem Ressourceneinsatz
 - Vermeidung und/oder Hinausschiebung von Heimunterbringungen
 - Vermeidung und/oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten
 - weitgebende Sicherung selbstbestimmten Lebens – trotz Handicaps

Ziel: Stärkung der wohngebietsbezogenen Pflege und Versorgungsorganisation

1. Rechtsanspruch auf Pflegeberatung/Case Management - § 7 a, SGB XI
2. Pflicht der Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe zur Koordination aller an der Versorgung Beteiligten zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung – Care Management - § 12 SGB XI u. § 4 Abs. 1 SGB XII
3. Schaffung von Pflegestützpunkten mit umfassendem Gestaltungsauftrag - § 92 c SGB XI
4. Unterstützung des generationenübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements - § 45 d SGB XI
5. u.v.m.

Pflegeweiterentwicklungsgesetz von
2007 fordert Perspektivwechsel
Der gesetzliche Auftrag ist eindeutig!

SOZIALVERBAND

VdK

SAARLAND



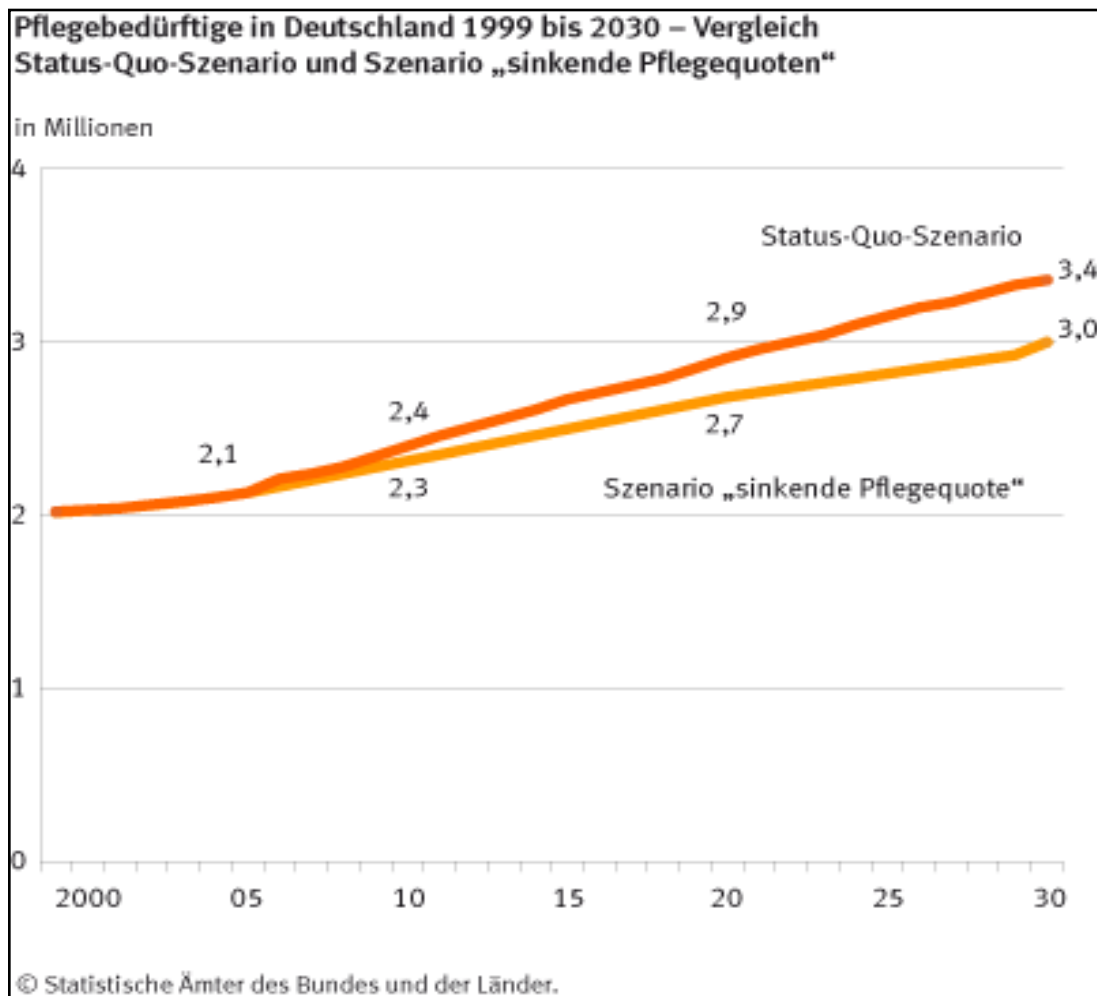
- **Pflegestützpunkte** sollen **Gemeinschaftseinrichtungen** von Kranken- und Pflegekassen sowie von Sozial- bzw. Altenhilfeträgern sein.
 - Sie sollen **auf Beteiligung** anderer **hinwirken**, koordinieren und steuern, Schnittstellen–Probleme lösen und zur Selbsthilfe befähigen.
 - Sie sollen den **Pflege- und Versorgungs-Mix** sicherstellen – umfassend!
- ... und dies mit bedarfsgerechtem, kontinuierlich tätigem Fachpersonal!

Der gesetzliche Auftrag folgt der gesellschaftlichen Entwicklung!



- mehr ältere, insbesondere hochbetagte Menschen
- mehr multimorbide – mehr pflegebedürftige Menschen
- Zunahme von Handicaps bei schwindenden Eigenressourcen
- „Selbsthilfe-Kräfte“ rückläufig
 - - Kinder selbst im fortgeschrittenen Alter
 - - Enkel weit weg – selbst berufstätig/eigene Familie
 - - Single-Haushalte
- Versorgungswünsche – Versorgungswirklichkeit – Versorgungslücken

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit - keine Zwangsläufigkeit



Der Handlungsbedarf: Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit – die unterschätzte Problemverschärfung

SOZIALVERBAND

VdK

SAARLAND



- Berliner Altersstudie: jeder vierte über 70-Jährige leidet an fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen (Steinhagen – Thiessen/Borchelt 1996)
- Alterssurvey: 24 % der über 70-Jährigen gaben an, an fünf und mehr Erkrankungen zu leiden (Tesch-Römer 2002)
- Gesundheitssurvey: ca. die Hälfte der 65-Jährigen weisen drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf (Kohler/Ziese 2004)

Die Zukunft von Pflege und Versorgung liegt in vernetzten Strukturen

SOZIALVERBAND

VdK

SAARLAND



Gesundheit
Pflege



Gesellschaftliche
Teilhabe

Alltagsbewältigung

... und dies gilt auch für die Rehabilitation
Rehabilitation ist mehr!
- Bewusstsein schärfen!

- Reha bei Pflegebedürftigkeit – **mehr** als Vermeidung von Pflege
- Statt „Pflegevermeidung“ – „Bewältigung von Pflegebedürftigkeit“ dazu gehören:
 - Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit
 - Vermeidung des Bezugs von Sozialleistungen (SGB V, XI, XII)
 - Vermeidung von stationärer Pflege; Wohnen in der eigenen Häuslichkeit
 - Vermeidung der Inanspruchnahme von Fachkräften → mehr Eigenkräfte – Hilfemix
 - Vermeidung oder Verminderung von chronischen Erkrankungen, Komplikationen, Klinikaufenthalten
 - Ermöglichung von Teilhabe
 - Förderung von Lebensqualität

Nadelöhr – MDK –Reha-Bedarfsfeststellung

SOZIALVERBAND

VdK

SAARLAND



- pro Jahr ca. 550 000 Erstgutachten; 500 000 Wiederholungs-/ Höherstufungsanträge
- nur in 3-4 % der Erstbegutachtungen werden **Rehapotentiale** und **Rehaanforderungen** benannt
- hohe Ablehnungsquote bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit
- Unterversorgung bei Menschen mit bestehender/drohender Pflegebedürftigkeit
- Reha am wirkungsvollsten bei frühzeitigem und ganzheitlichem Ansatz

deshalb:

- Optimierung der frühzeitigen Bedarfsfeststellung (z. B. Konsilien)
- Unterschiede herausarbeiten: Rehabegutachtung – Pflegebedarfsbegutachtung
- Ganzheitliche Sicht durchsetzen – Ressourcenorientierung!
- Hilfebedürftige Menschen in ihrem sozialen Umfeld/Sozialraum wahrnehmen – „Co-Therapeuten“ befähigen
- Pflegeberatung/Pflegestütztpunkte geeignete Partner – neutrale 11 Mittler zwischen Betroffenen, Beteiligten und Kostenträgern

Reha vor Pflege – vom Programmsatz zur neuen Wirklichkeit – ein politischer Gestaltungsvorschlag!

SOZIALVERBAND

VdK

SAARLAND



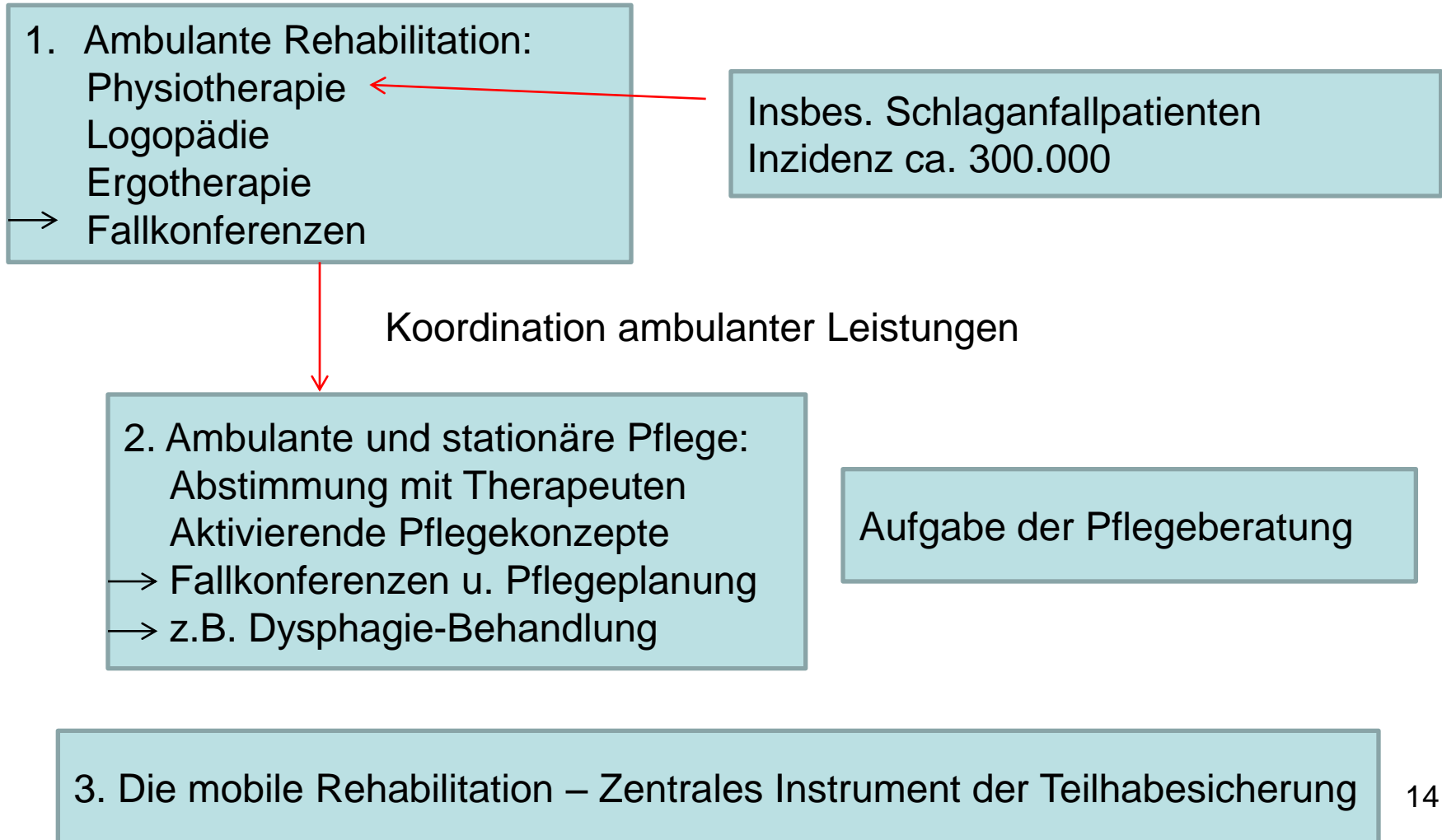
1. Verpflichtung des MdK bei **jeder** Pflegebegutachtung die **Rehapotentiale** des Pflegebedürftigen **differenziert** festzustellen und
2. erforderliche **Maßnahmen** möglichst **konkret vorzuschlagen**
3. **Verpflichtung** der Kranken- und Pflegekassen **diesen Vorschlägen** bei Leistungsentscheidungen **zu folgen**, gesetzlich etablieren
4. **Fallmanagement** gem. § 7 a, 12 u. 92 c SGB XI zur **bedarfsgerechten Umsetzung** der **rehabilitativen Maßnahmen**, inklusive des **sachgerechten Hilfsmiteleinsatzes** (auch technische Hilfen) zu verpflichten.
5. **Pflegekassen verpflichten**, bei den zuständigen **Leistungsträgern** daraufhin zu wirken, dass **frühzeitig alle geeigneten Leistungen** (Prävention, Behandlung, Reha) **eingeleitet** werden, die das Fortschreiten . verhindern.
6. dies gilt **für alle nötigen Leistungen auch nach Eintritt** der Pflegebedürftigkeit um noch vorhandene **Ressourcen zu stabilisieren** bzw. zu **reaktivieren**.
7. die **Kosten für Leistungen zur medizinischen Reha**, die die Krankenkasse erbringt (...), werden **der Krankenkasse von der Pflegekasse erstattet**.

- Die Rehabilitation ist verstärkt an der Teilhabe auszurichten und nicht ausschließlich an der Vermeidung von Pflegebedarf bzw. an den Aktivitäten des täglichen Lebens.
- Sie sollte sich verstärkt Konzepten zur Teilhabesicherung widmen
- Beispiele hierfür sind etwa das Sitzen, der Transfer und die Kommunikation
- Die Einbeziehung des primären sozialen Netzwerkes ist dazu unerlässlich.
- Daran kann man zeigen, wie Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigkeit zur Bewältigung von Pflegebedarf eingesetzt werden kann.



Rehabilitation ist oft gerade auch bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit/Behinderung sinnvoll – Bestand halten !

... nur so geht's!
Gesellschaftliche Teilhabe durch ambulante
Kooperationsanforderungen



... zur Optimierung der Gesamtversorgung –
geht's nicht ohne Case Management

SOZIALVERBAND

VdK

SAARLAND



Vorbereitung der ärztlichen Behandlung

Aufklärung und Beratung

Beratung und Betreuung Angehöriger zur
Krankheits- und Situationsbewältigung

Beratung zu Hilfe zur Selbsthilfe,
Hilfsangeboten, Krankheits- und
Defizitbewältigung

Beratung und Betreuung in besonderen
Lebenssituationen

Auswahl, Festlegung, Beratung und
Organisation von Bewegungs-,
Mobilisations- und Lagerungsmitteln

Medikation und Verbandmaterial,
Bedarfserfassung, Beschaffung

Organisation und Bereitstellung sonstiger Pflegehilfs-
mittel und Medizinprodukte (ggf. Geräteunterweisung)

Die neue Herausforderung: die Rehabilitation Pfleger nicht vergessen !

SOZIALVERBAND

VdK

SAARLAND



- pflegende Angehörige – eine schwindende Eigenresource
 - mit erheblichen Gesundheitsrisiken
 - mit eigenen Erkrankungen
 - mit erheblichem Entlastungsbedarf/Erholungsbedarf

- deshalb: spezifische Konzepte für (vorsorgende) Reha Pfleger nötig
 - Einbeziehung Pflegebedürftiger **und** Pfleger in Rehabilitation
 - Kombination stationärer mit mobiler Reha (Anleitung)
 - Koppelung mit Sozial-, Wohnraum-, AAL-Beratungsangeboten
 - Präventionsangebote für Pfleger und Pflegebedürftige

Rehabilitation – ein umfassender Anspruch - und die Wirklichkeit?!

SOZIALVERBAND

VdK

SAARLAND



„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität und zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“

(WHO, Definition der Rehabilitation: Technical Report 668/1981)

Leistungsrechtlicher Rahmen in Deutschland für medizinische Rehabilitation mit Bezug zur Pflege: **SGB IX mit SGB V.**

Die Lage ist nicht hoffnungslos, denn

*... es fehlt weniger an professionellen Hilfen – mehr am zeit- **und** bedarfsadäquaten Einsatz derselben*

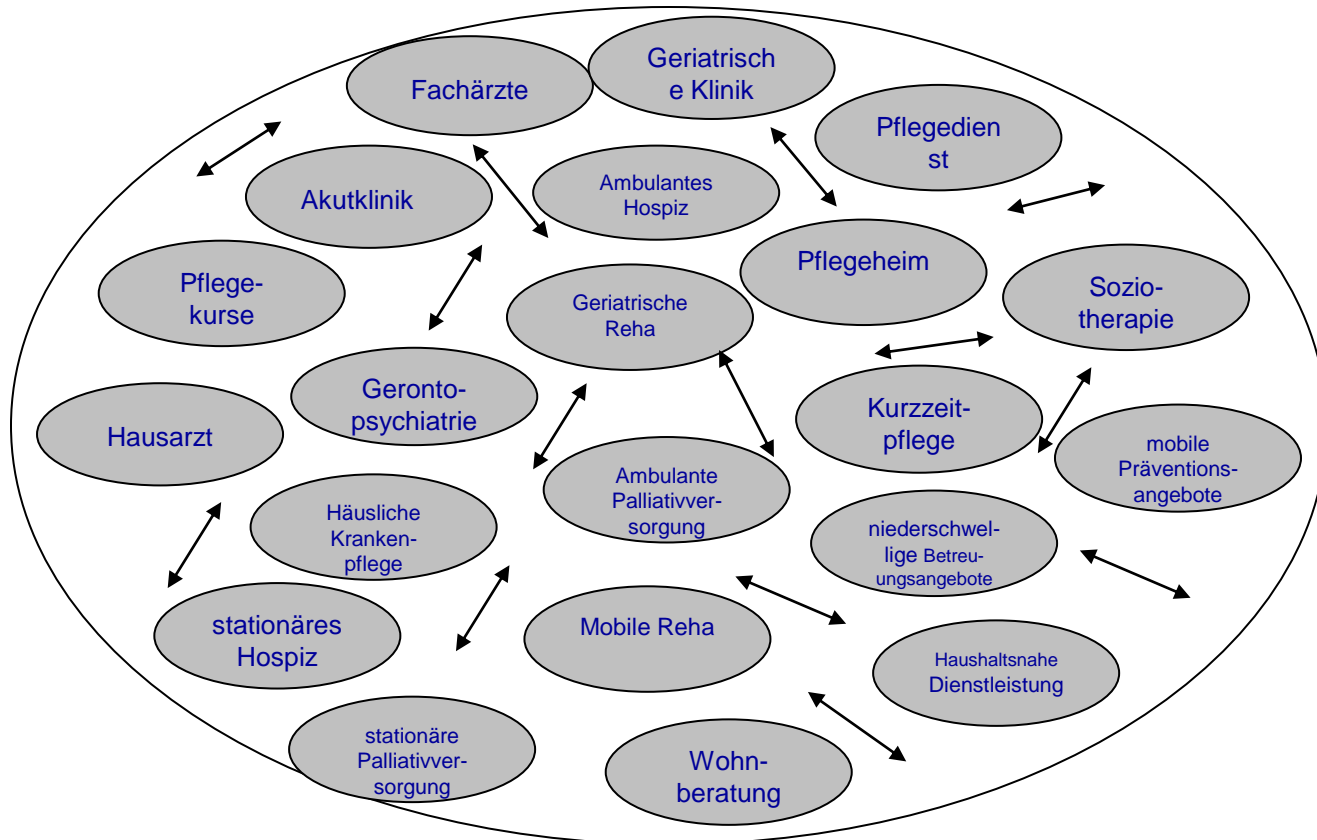
- Vielzahl von Hilfen vorhanden, agieren häufig unverbunden neben-/nacheinander, ergänzen sich selten – beeinträchtigen sich eher;
- vielfältige Umwege und Fehlsteuerungen führen zu nichtbedarfsnotwendigen Aufwendungen und beeinträchtigter Lebensqualität

deshalb:

- mehr Koordination – Kooperation – Integration nötig
- mehr kommunale Verantwortung, Sozialgemeinde
- Paradigmenwechsel , Wohlfahrtsverbänden, private Dienstleistern
- aber auch bei Pflege- und Krankenkassen

Deshalb konkrete Ziele festlegen - Instrumente entwickeln und nutzen

⇒ vom engagierten Einzelkämpfer zum kooperativen Miteinander!

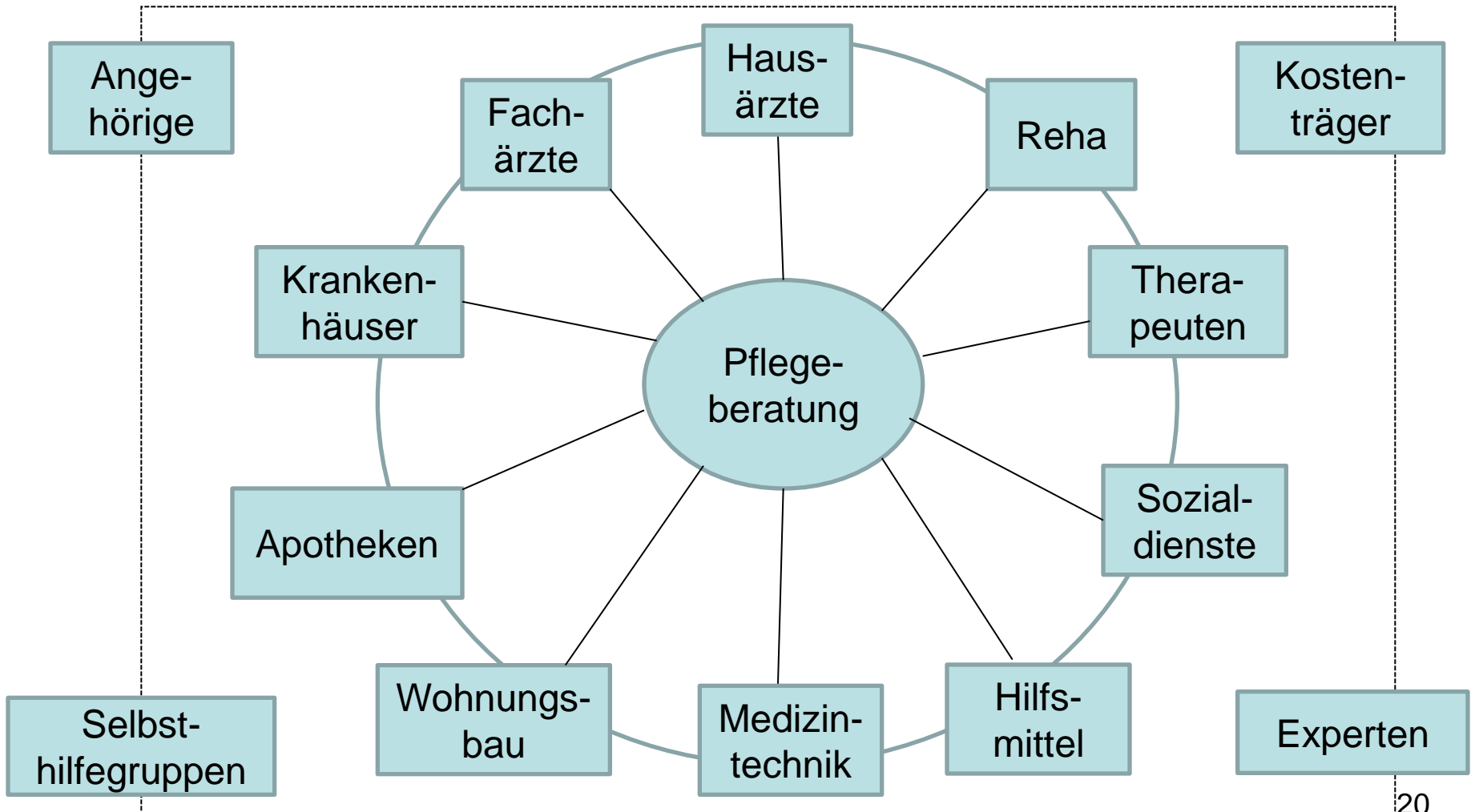


Das Versorgungsnetzwerk „Pflegeberatung“ als Systemdienstleistung

SOZIALVERBAND

VdK

SAARLAND



... und es geht doch!

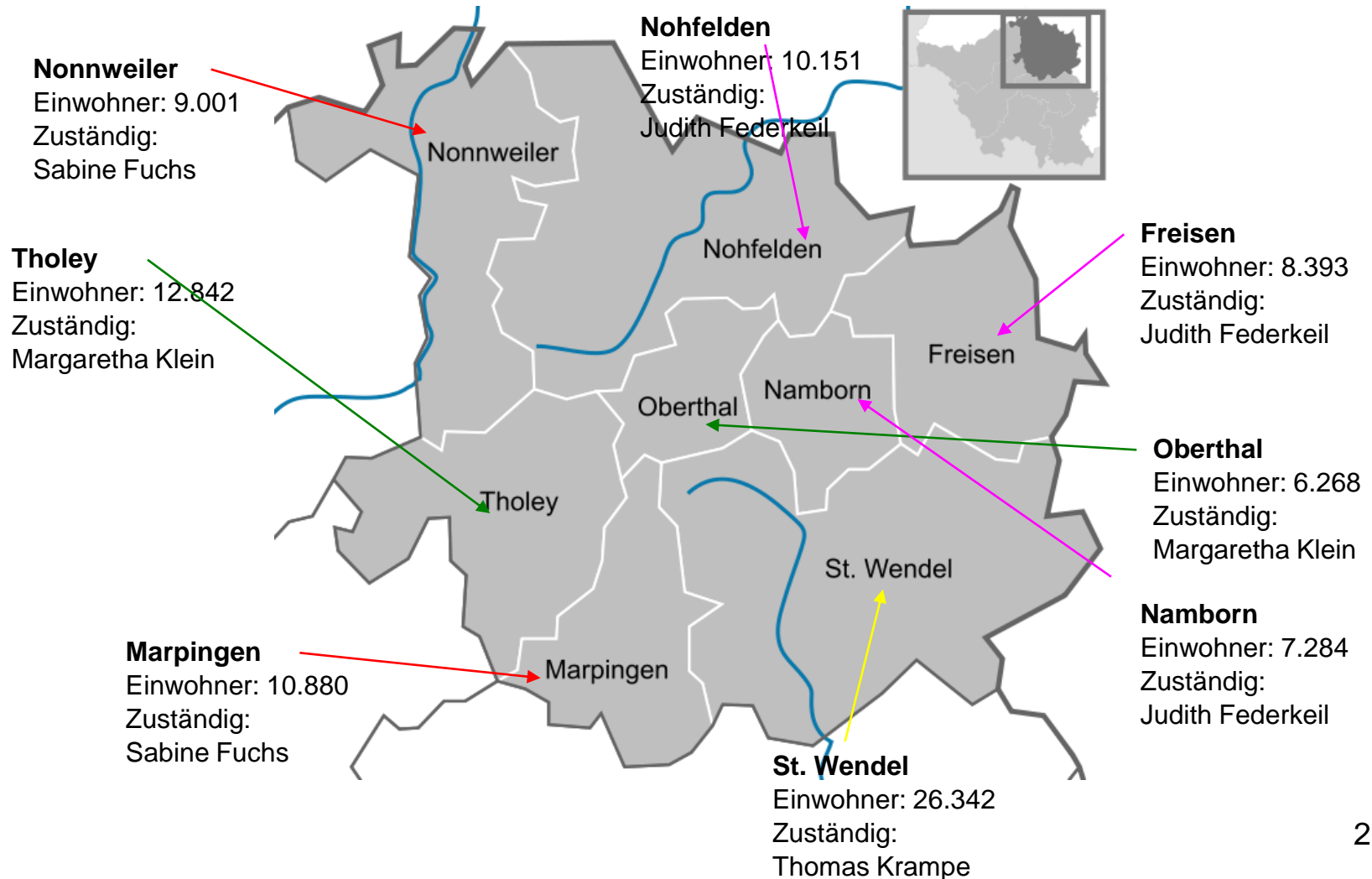
Arbeitsorganisation Pflegestützpunkt St. Wendel

- Quartiersbezogene Hilfeorganisation mit
Care- und Case Management

SOZIALVERBAND

VdK

SAARLAND



Die Kompetenz der Pflegeberatung – eine Voraussetzung zur Sicherung häuslicher Pflege- und Versorgung

- Hilfeorganisation als Hilfemix
 - Selbsthilfe - Fremdhilfe
 - Profihilfe – Laienhilfe
 - Medizin - Pflege - Versorgung
- setzt differenzierte Betrachtung des Hilfebedürftigen und seines Umfeldes sowie seines individuellen Hilfebedarfs, inkl. aktivierbarer Eigenpotentiale/Rehapotentiale voraus (auch Nachbarschafts-/Quartiershilfen)
- ebenso – die professionelle Übersicht über das medizinische, präventive, rehabilitative und pflegerische Versorgungsangebot inkl. dessen jeweiliger Leistungsfähigkeit in der Region (ebenso entlastende/unterstützende Initiativen/Hilfestruckturen vor Ort)
- Wichtig: Initiativen anstoßen – z.B. Wohnungs- und Alltagsversorgung im Wohnquartier

deshalb:

- nicht irgendeine Beratung – sondern quartiersbezogene und regionalspezifische Kompetenz ist nötig
- Gemeinwesen-/Bürgeraktivierungskompetenz

Pflegestützpunkte – Pflegerberatung in Deutschland – aktueller Überblick – Grenzen und Folgen!

- gem. § 7a SGB XI hat jede(r) Versicherte(r) einen **individuellen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung** (Casemanagement)
- gem. § 12 SGB XI haben die **Pflegekassen** die **Verpflichtung** zur **Koordination** vorhandener Angebote (Caremanagement)
- gem. § 4, 1 SGB XII haben die **Sozialhilfeträger** eine „**Mitwirkungspflicht**“
- gem. § 92c SGB XI haben die Länder festzulegen ob und in welcher Weise Pflegestützpunkte (PSP) errichtet und betrieben werden
- nach Festlegung der Länder haben die Kranken- und Pflegekassen gem. § 92c PSP zu errichten und zu betreiben (ggf. gemeinsam)
- in 12 Bundesländern gibt es **Allgemeinverfügungen** der Länder zur Errichtung und zum Betrieb von PSP; in **3 Ländern** werden **PSP nach Einzelentscheidungen** errichtet, **1 Bundesland will keine PSP errichten**

Die Wirklichkeit der PSP-Arbeit ist sehr unterschiedlich:

- mit integrierter, sporadischer, virtueller Pflegeberatung
- mit ständigem oder ständig wechselndem Personal
- mit großem/kleinen Einzugsbereich (quartiersbezug?)
- mit wettbewerblicher oder wettbewerbsneutraler Ausgestaltung
- es fehlen: die konsequente Umsetzung der gesetzl. Ansprüche, verbindliche Qualitätsstandards und ihre Evaluierung

... und was noch notwendig wäre ! Ideen und Initiativen zur Versorgungs- optimierung im Wohnquartier

1. Neue Wohn- und Versorgungs-Formen – **Wohnberatung**
2. Aufbau und Begleitung von pflege- und versorgungsbezogener **Bürgerarbeit/Selbsthilfe** – Kooperation Ehrenamtsbörsen
3. Zentralstelle – „**Tele-Pflege**“, „Tele-Medizin“, unabhängige „**AAL-Beratung**“
4. Leitstelle „**Persönliches Budget**“
5. Initiative/**Begleitung** mobile und ambulante **Reha**
6. Initiative „**Gesund alt werden**“ (Ernährung, Bewegung, soziale Kontakt, Sturzprophylaxe, präventiver Hausbesuch u.ä.)
7. **Demenz-Stützpunkt** – präventive, qualifizierende und entlastende Dienste
8. **SAPV-Stützpunkt** – Netzwerk für Palliativ-Versorgung
9. Kooperation – **haushaltsnahe Dienstleistungsangebote**
10. Optimierung der hausärztlichen, geriatrischen, gerontopsychiatrischen Versorgung – **multidisziplinäre Teamarbeit**

Danke für die Aufmerksamkeit

Tragen Sie die Anregungen weiter!