

FACHTAGUNG

**Soziale Assistenz, gute Pflege und
ärztliche Versorgung für Menschen mit
geistiger oder mehrfacher Behinderung
im Krankenhaus
– Situation und Perspektive**

**Dienstag, 28.01.2020
11.00 bis 16.00 Uhr
im Haus der Kirche
Wilhelmshöher Allee 330
34131 Kassel-Wilhelmshöhe**



**Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.**

Reinhardtstraße 13
10117 Berlin
Telefon 030 284447-822
Telefax 030 284447-828
cbp@caritas.de



Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Leipziger Platz 15
10117 Berlin
Telefon 030 206411-0
Telefax 030 206411-20
bundesvereinigung@lebenshilfe.de



**Bundesverband anthroposophisches
Sozialwesen e.V.**

Schloßstraße 9
61209 Echzell-Bingenheim
Telefon 06035 81-190
Telefax 06035 7059010
bundesverband@anthropoi.de



**Bundesverband evangelische Behin-
dertenhilfe e.V.**

Invalidenstr. 29
10115 Berlin
Telefon 030 83001-270
Telefax 030 83001-275
info@beb-ev.de



**Bundesverband für körper- und
mehrfachbehinderte Menschen e.V.**

Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
Telefon 0211 64004-0
Telefax 0211 64004-20
info@bvkm.de

Veranstalter

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung richten diesen Fachtag gemeinsam aus. Die inhaltliche Federführung hat der Arbeitskreis Gesundheitspolitik.

Hintergrund

Am 4. Februar 2010 veranstalteten die Fachverbände für Menschen mit Behinderung in Berlin ihr Symposium „Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus – Problemlagen und Lösungsperspektiven“.

In den seither vergangenen zehn Jahren hat sich die Situation nicht verbessert. Im Lichte der Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention und der BTHG-Umsetzung ist das mit größtem Nachdruck zu beanstanden.

Vielerorts bewirken Kostendruck und eine zunehmend angespannte Personalsituation sogar Verschlechterungen. Zugleich liegen neue fachliche Erkenntnisse vor, die Anknüpfungspunkte für entschiedene Schritte in Richtung auf eine Verbesserung liefern.

Expertinnen und Experten werden die Bedarfe und die resultierenden Entwicklungserfordernisse im Krankenhaus vor allem im Hinblick auf Assistenz, zielgruppenspezifisch ausgerichtete Pflege und ärztliche Versorgung erörtern. Auf dem Hintergrund der einschlägigen Forderungen des Artikels 25 (Gesundheit) der UN-Behindertenrechtskonvention gilt es, einen wirkungsvollen Impuls in die fachliche und gesundheitspolitische Diskussion zu setzen.

Ziele der Veranstaltung

- Darstellung der besonderen Bedarfe von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung an Assistenz, Pflege und ärztlicher Versorgung im Krankenhaus
- Darstellung gesundheitsbezogener Aufgaben als Assistenzleistungen in der Eingliederungshilfe
- Darlegung der Anforderungen an die aktive Schnittstellengestaltung zwischen Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Krankenhaus

Die Veranstaltung befasst sich ausdrücklich nicht mit den Anforderungen, Erwartungen und Wünschen an das ambulante medizinische Versorgungssystem.

Leitung und Moderation

Dr. med. Maria del Pilar Andrino und Prof. Dr. med. Michael Seidel

Zielgruppen der Veranstaltung

Leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Fachkräfte aus Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe und aus Krankenhäusern

Hinweis

Das Programm steht zum Download bereit unter: www.diefachverbaende.de (Rubrik „Veranstaltungen“).

Programm

10.30 – 11.00 Uhr		Ankommen und Stehkafee
11.00 – 11.10 Uhr	Dr. Maria del Pilar Andrino	Begrüßung und Eröffnung
11.10 – 11.30 Uhr	Prof. Dr. Michael Seidel	Thematische Einführung
11.30 – 12.00 Uhr	Jürgen Dusel	Was die Gesundheit behindert
12.00 – 12.30 Uhr	Prof. Dr. Peter Martin	Unverzichtbare kommunikative und interpretative ärztliche Kompetenzen
12.30 – 12.45 Uhr		Diskussion
12.45 – 13.30 Uhr		Pause mit Imbiss
13.30 – 14.00 Uhr	Prof. Dr. Doris Tacke	Das Projekt "Klinik inklusiv" – Klinische Pflegeexpertinnen bahnen den Weg
14.00 – 14.30 Uhr	Christoph Radbruch	Vergütung des behinderungsbedingten Mehrbedarfs
14.30 – 14.45 Uhr	Katja Rosenthal-Schleicher	Qualitätsverträge – gesetzgeberische Absicht und Umsetzungserfahrungen
14.45 – 15.15 Uhr	Janina Bessenich	Krankenhausbegleitung als Assistenzleistung – Möglichkeiten der Landesrahmenverträge
15.15 – 15.45 Uhr	Dr. Maria del Pilar Andrino	Abschlussdiskussion
15.45 – 16.00 Uhr	Dr. Maria del Pilar Andrino	Ausblick und Verabschiedung

Mitwirkende

Andrino, Maria del Pilar, Dr. med.

Franz Sales Haus, Leitung Gesundheitszentrum, Essen
Leiterin des Arbeitskreises Gesundheitspolitik der Fachverbände

Bessenich, Janina

CBP e.V., Geschäftsführerin, Berlin

Dusel, Jürgen

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Berlin

Martin, Peter, Prof. Dr. med.

Epilepsiezentrum Kork, Seguin Klinik für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung,
Kehl-Kork

Radbruch, Christoph

Vorsteher Evangelischer Krankenhausverband Deutschlands
Vorstandsvorsitzender der Pfeifferschen Stiftungen zu Magdeburg, Magdeburg

Rosenthal-Schleicher, Katja

Referentin der Pflegedirektion des Evangelischen Klinikums Bethel,
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld

Seidel, Michael, Prof. Dr. med.

Ehemals Ärztlicher Direktor des Stiftungsbereichs Bethel.regional,
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld

Tacke, Doris, Diakonin, Prof. Dr. rer. medic.

Fachhochschule der Diakonie Bielefeld, Professur Pflegewissenschaft, Bielefeld

Anmeldung zur Teilnahme **bis spätestens 14. Dezember 2019**

auf beiliegendem Formular an die Geschäftsstelle des CBP e.V., Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin oder per E-Mail: antje.ihlefeldt@caritas.de oder per Fax: 030 – 28 44 47-828.

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt auf insgesamt 120 Personen. Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Die Anmeldung ist verbindlich und wird schriftlich bestätigt. Mit der Anmeldung erkennen Sie unsere Geschäftsbedingungen an.

Der Tagungsbeitrag

beläuft sich auf **EUR 105,00 pro Person** und setzt sich zusammen aus

Tagungsgebühr	EUR 80,00 pro Person
und Verpflegung (Imbiss und Pausengetränke)	EUR 25,00 pro Person.

Der Tagungsbeitrag ist nach Erhalt der Rechnung zu entrichten, jedoch bis **spätestens 24. Januar 2020**.

Nach erfolgter Anmeldebestätigung und Rechnungsstellung wird im Fall einer Stornierung der Betrag von EUR 25,00 erhoben. Dazu kommen evtl. anfallende Stornogebühren der Tagungsstätte.

Bei Absagen nach dem 14.01.2020 ist der volle Tagungsbeitrag zu entrichten.

Die Abmeldung vor dem 14.01.2020 hat rechtzeitig schriftlich bei der CBP-Geschäftsstelle zu erfolgen.

Die volle oder teilweise Rückerstattung des Beitrages wegen Nichtteilnahme, nicht eingenommener Mahlzeiten o.ä. ist nicht möglich.

Haftung

Der CBP e.V. haftet nicht gegenüber den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bei Unfällen, Verlusten oder Beschädigungen ihres Eigentums, es sei denn, der Schaden wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des CBP schuldhaft verursacht.

Anreise

Der Tagungsort ist mit der Bahn über ICE-Bhf. Kassel-Wilhelmshöhe und von dort mit der Straßenbahn Linie 1 (Richtung Wilhelmshöhe) gut zu erreichen.

Hotelbuchungen

für evtl. Voranreisen sind selbst vorzunehmen, evtl. über <http://www.kassel-marketing.de/>

Organisation

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP)
Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin, Tel. 030 – 28 44 47-822, Fax 030 – 28 44 47-828

Fachliche Vorbereitung:

Arbeitskreis Gesundheitspolitik der Fachverbände für Menschen mit Behinderung:

Dr. med. Maria del Pilar Andrino, CBP, Essen

Janina Bessenich, CBP, Berlin

Lilian Krohn-Aicher, BVLH, Berlin

Ina Krause-Trapp, Anthropoi Bundesverband, Echzell-Bingenheim

Sina-Sophie Stern, Anthropoi Bundesverband, Echzell-Bingenheim

Freya Beheshti Tabar, BeB, Berlin

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, BeB, Bad Kreuznach

Prof. Dr. med. Michael Seidel, BeB, Bielefeld

Dr. med. Michael-Mark Theil, BeB, Sickinge-Neuerkerode

Michael Ertel, bvkm, Berlin

Einführung in das Thema

Michael Seidel

Fachtag

„Soziale Assistenz, gute Pflege und ärztliche Versorgung für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Krankenhaus – Situation und Perspektive“

Kassel-Wilhelmshöhe 28.1.2020



Forderungen der Fachverbände

**Qualifizierung des
Regelversorgungssystems**

**Ambulanter
Sektor**

**Stationärer
Sektor**

**Etablierung bzw.
Ausbau
spezialisierten
Angebotsstrukturen**

**Ambulanter
Sektor**

**Sozialpädiatrische Zentren
Med. Behandlungszentren
(§ 119c SGB V)**

**Psychiatrische Instituts-
Ambulanzen**

**Stationärer
Sektor**

**Spezialisierte
Krankenhausabteilungen**

Spezialisierte Teams

Artikel 25 UN-BRK: Gesundheit

- **Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard **wie für andere Menschen.****
- **Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen **speziell wegen ihrer Behinderungen** benötigt werden.**

CRPD Abschlussbericht („Staatenprüfung“)

United Nations

CRPD/C/DEU/CO/1



Convention on the Rights
of Persons with Disabilities

Distr.: General
17 April 2015

Original: English

Committee on the Rights of Persons with Disabilities
Thirteenth session
25 March–17 April 2015

Concluding observations on the initial report of Germany

47. The Committee is concerned about barriers in accessing healthcare and, particularly, access to healthcare for asylum seekers and refugees with disabilities.

48. **The Committee recommends that the State party develop and implement plans and allocate resources for the accessibility of healthcare services, including services for refugees, rights-based training for healthcare professionals, communication, information, respect for free and informed individual consent, and universally designed equipment.**

Teilhabe-Empfehlungen



Was muss getan werden?

- Die Entscheidung, ob und von wem welche Assistenz im Krankenhaus bezahlt wird, **darf nur vom Unterstützungsbedarf und nicht vom Ort des Leistungsbezugs abhängen**. Es ist notwendig, diese Regelung im Sozialgesetzbuch zu verankern.
- In den Einrichtungen müssen **zusätzliche Assistenzkräfte** bereitgestellt und finanziert werden, damit Bezugsbetreuer*innen ins Krankenhaus begleiten können.
- Krankenhäuser brauchen einen **Pool von qualifizierten Fachkräften**, die speziell für die Betreuung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Mehrfachbehinderungen eingesetzt werden können.
- Das **Aufnahmemanagement** im Krankenhaus muss entsprechend geändert werden, damit schon im Vorfeld die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Mehrfachbehinderungen von Anfang an berücksichtigt werden können.
- Die Bedarfe und Belange von Menschen mit Behinderungen müssen in den **Berufs- und Prüfungsordnungen sämtlicher medizinischer Berufe verpflichtend verankert werden** (siehe auch Kapitel 2 „Kinder und Jugendliche“).

Fachverbände-Symposium 2010



Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus – Problemlagen und Lösungsperspektiven

**Dokumentation des Symposiums
am 4. Februar 2010**

<https://www.diefachverbaende.de/materialien-zum-symposiummmbimkrankenhaus.html>

Fachverbände-Symposium 2010

„Anlass für das heutige Symposium sind die leider zunehmenden Klagen über Pflegemängel während des Krankenhausaufenthaltes von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Des Weiteren wird vermehrt darüber geklagt, dass die Bereitstellung personeller Unterstützung von dritter Seite (Angehörige, Einrichtungen usw.) als Bedingungen für die Krankenaufnahme verlangt wird oder vorzeitige und schlecht vorbereitete Entlassungen aus dem Krankenhaus in die Familie oder in die Einrichtung erfolgen.

Die Probleme an der Schnittstelle zwischen Familien mit behinderten Angehörigen bzw. Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe einerseits und Krankenhäuser andererseits sind nicht grundsätzlich neu. Allerdings haben sich derartige Probleme – wie vorauszusehen war – erheblich verschärft, seitdem im Jahre 2004 das fallgruppenbezogene Vergütungssystem der Krankenhausleistungen – unter dem Begriff der DRG bekannt – erheblich verschärft. Weder die Krankenkassen noch die Sozialhilfe-träger waren bislang bereit, ihren Teil zur Lösung des komplexen Problems beizutragen. Vielmehr richteten sie, sofern sie sich mit dem Thema überhaupt befassen, ihre Energie vor allem auf den Beweis, warum sie keinesfalls selbst zuständig sind, sondern andere Leistungsträger.“

Fachverbände-Symposium 2010

Michael Seidel

Vorwort

Im Sommer 2009 wurde das *Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus* vom Deutschen Bundestag verabschiedet. Damit erkannte der Gesetzgeber endlich an, dass manche Menschen mit Behinderung im Krankenhaus einen bestimmten Pflege- und Assistenzbedarfe haben, dem das Krankenhaus nicht sachgerecht entsprechen kann.

Seit langem und wiederholt weisen die *Fachverbände der Behindertenhilfe* gemeinsam und einzeln darauf hin, dass viele Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung während eines Krankenhausaufenthaltes umfangreiche und besondere Pflege sowie Begleitung benötigen. Diese kann das Krankenhaus zumeist nicht leisten. Das liegt an den für die Deckung von Mehraufwand unzureichenden finanziellen Ressourcen des Krankenhauses, vor allem aber an den hoch individualisierten Anforderungen, auf die das Personal im Krankenhaus nicht immer fachlich vorbereitet sein kann. Außerdem stellen namentlich schwer intellektuell beeinträchtigte oder verhaltensauffällige Patientinnen und Patienten besondere fachliche Anforderungen an Diagnostik und Therapie, die dann auch überdurchschnittliche Ressourcen binden.

Formen des Mehraufwand bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Krankenhaus

- A) begrenzter quantitativer Mehraufwand,
- B) wesentlich erhöhter Mehraufwand, und
- C) erhöhter quantitativer und qualitativer Mehraufwand, der die Möglichkeiten des Krankenhauses überschreitet.

Begrenzter quantitativer Mehraufwand

Er kann fach- und sachgerecht durch das Personal des Krankenhauses erbracht werden.

Überschreitet im Hinblick auf Zeitaufwand und sonstigen Ressourcenverbrauchs eine bestimmte Grenze nicht.

Vergütung im DRG-System beruht auf einer Durchschnittskalkulation, die sowohl einen hohen als einen niedrigen Ressourcenverbrauch mittelt.

Beispiele:

*personelle Unterstützung beim Essen oder
Anleitung zur Körperpflege.*

Wesentlich erhöhter Mehraufwand

Kann fach- und sachgerecht durch das Personal des Krankenhauses erbracht werden

Überschreitet deutlich eine bestimmte Grenze des Ressourcenverbrauchs, da er nicht durch die Durchschnittskalkulation des DRG-Systems erfasst ist.

Beispiele:

kontinuierliche personelle Präsenz von Pflegepersonal bei einem unruhigen Patienten mit Weglaufneigung oder Selbstverletzungsgefährdung in Überforderungssituationen.

Quantitativer und qualitativer Mehraufwand

Er kann wegen spezieller fachlicher Merkmale und/oder der Erforderlichkeit spezieller personbezogener (!) Kenntnisse und Handlungskompetenzen im Allgemeinen durch das Personal des Krankenhauses nicht erbracht werden.

Der Aufwand muss deshalb überwiegend oder ausschließlich durch mit der Person vertraute, erfahrene und eingeübte Personen erbracht werden.

Beispiele:

Lagerung/Transfer bei hochgradiger Spastik

„Übersetzung“ an Schnittstelle von Krankenhauspersonal und Patient

Emotionale Stabilisierung

Forderung 2010: Quantitativer und qualitativer Mehraufwand

„Schließlich ist noch der quantitative und qualitative Mehraufwand, der nicht durch das Personal des Krankenhauses erbracht, sondern ausschließlich durch solche Personen, die mit der konkreten Person vertraut sind (Angehörige, persönliche Assistenten, Mitarbeitende von Diensten oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Pflege), zu erörtern. **Er ist zusätzlich zu finanzieren. Für diesen Mehraufwand, der sich aus einer individuell spezifischen Mischung von Assistenz- und Pflegebedarf zusammensetzt, muss eine Lösung in Analogie zum Pflegeassistenzgesetz gefunden werden.**

... Keinesfalls ist zu akzeptieren, dass in Fällen überdurchschnittlichen Ressourcenverbrauchs eine adäquate Krankenhausversorgung von der kostenlosen Bereitstellung von Ressourcen durch die Familie oder durch die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe abhängt oder dass gar eine Krankenhausaufnahme explizit davon abhängig gemacht wird.“

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Krankenhaus

Vielfältige Schwierigkeiten empirisch belegt:

- Verängstigung durch neue, ungewohnte Situation
- Ablehnung von Behandlung,
- Abbruch von Behandlungen
- Frühzeitige Entlassungen
- Verzicht auf Behandlungen
- Fixierungen, Sedierungen
- usw.

Zwischenbilanz

Seit 2010 hat sich im Hinblick auf die Krankheitsversorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung keine Verbesserung ergeben.

Im Bereich von Gesundheitsversorgung und Pflege wurden auf gesetzgeberischer Ebene wesentliche Veränderungen (z. B. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, Pflegestärkungsgesetz) implementiert.

Das Bundesteilhabegesetz wurde verabschiedet.

Es besteht in Anpassung an die neue Gesetzeslage weiterhin hoher Handlungsdruck, die Situation wirksam zu verbessern.

Fachverbände: Checkliste zur Kooperation (2016)

Die Fachverbände
FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

<https://bvkm.de/wp-content/uploads/2019/08/2016-11-01-checkliste-kooperation-fv-dkg-dekv-kkvd.pdf>

Berlin, 01.11.2016

Bessere Krankenhausversorgung von Menschen mit Behinderung!

Liste von Gesichtspunkten für Abstimmung und Absprachen zur Verbesserung der Kooperation zwischen Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung einerseits und Krankenhäusern andererseits



Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.

Karlstraße 40
79104 Freiburg
Telefon 0761 200-301
Telefax 0761 200-666
cbp@caritas.de



Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Leipziger Platz 15
10117 Berlin
Telefon 030 206411-0
Telefax 030 206411-204
bundesvereinigung@lebenshilfe.de

Unterscheidung von Gesundheitssorge und Gesundheitsversorgung

Die Forderung, Assistenzleistungen zur Gesundheitssorge vollumfänglich und bedarfsflexibel als Leistung zur sozialen Teilhabe anzuerkennen, begegnet zwei mentalen **Barrieren**:

- ***Gesundheitssorge*** wird im Widerspruch zu UN-BRK, zu ICF und zu BTHG nicht als Bestandteil der sozialen Teilhabe verstanden.
- Gesundheitssorge wird mit ***Gesundheitsversorgung*** verwechselt.

Unterscheidung von Gesundheitssorge und Gesundheitsversorgung

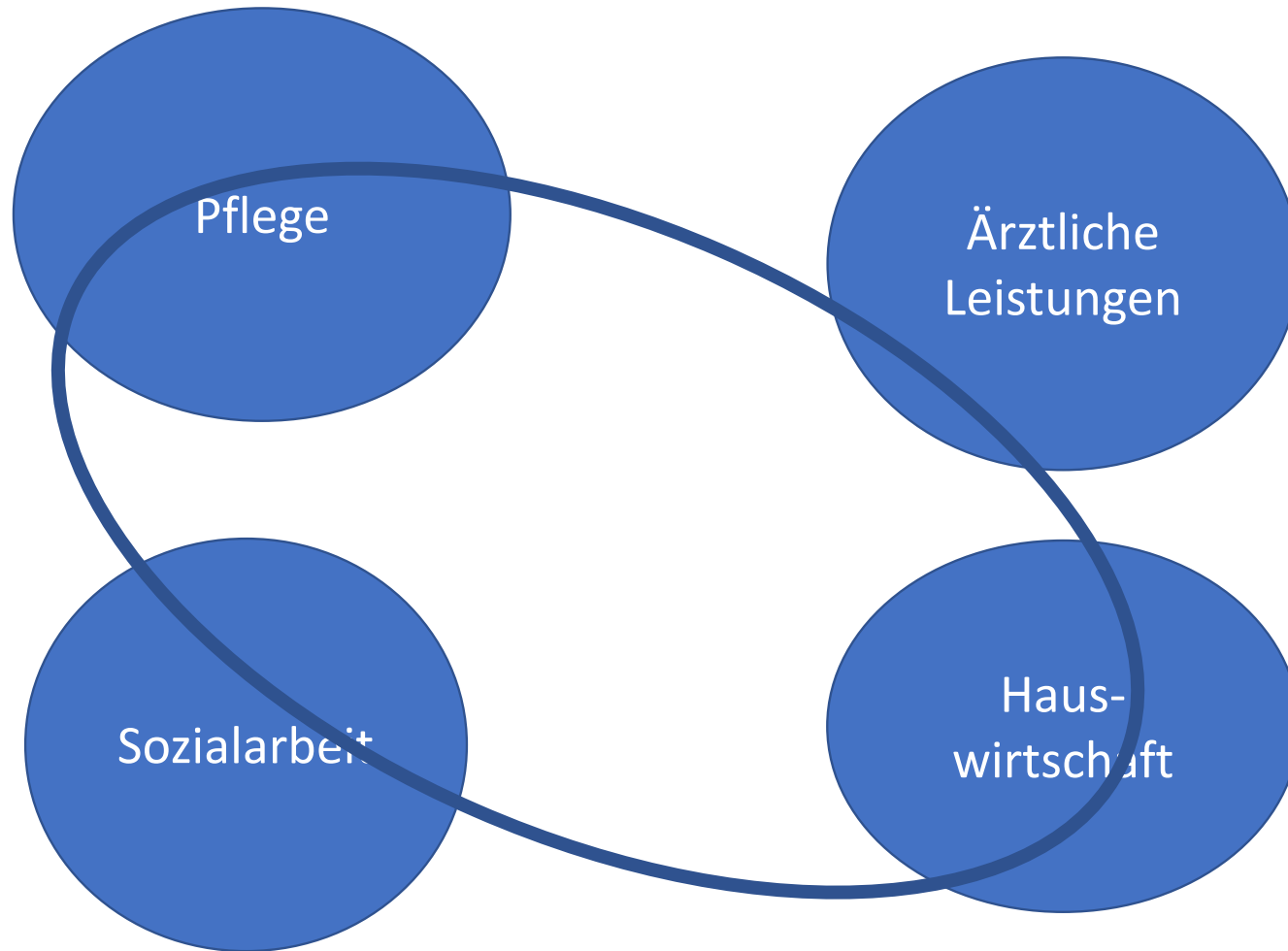
Der Begriff der **Gesundheitsversorgung** oder **gesundheitlichen Versorgung** umfasst alle präventiven, kurativen oder rehabilitativen Leistungen des Gesundheitswesens:

- Ärztliche Leistungen,
- pflegerische Leistungen,
- Heilmittel, Hilfsmittel usw.,
- auf die ein Versicherter auf der Grundlage des SGB V Anspruch hat.

Inhalte der Assistenz im Krankenhaus

- Emotionale Stabilisierung, Stressreduzierung
- „Übersetzung“ an der kommunikativen Nahtstelle zwischen Krankenhauspersonal und Patient
- Unterstützung in der Bewältigung von krankenhaustypischen Alltagsanforderungen (Wegebegleitung, Suche nach Auskunftspartnern, Klärung von Anliegen usw.)
- Mitwirkung an Grundpflege
- Ermöglichung behandlungspflegerischer Maßnahmen
- Ermöglichende Unterstützung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen

Nahtstellen der Assistenz im Krankenhaus



Gesundheitssorge als Leistung zur sozialen Teilhabe

- Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung gehören zu der Gruppe von Menschen, die in gesundheitsbezogener Hinsicht zeitweilig oder langfristig Hilfe und Unterstützung in verschiedener Form benötigen.
- Ihre Unterstützungssysteme – ob Familienangehörige oder Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe – müssen verschiedene gesundheitsbezogene Aufgaben im Alltag übernehmen.

Gesundheitssorge als Assistenzleistung zur Teilhabe

§ 78 SGB IX Assistenzleistungen

(1) Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen für Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die **Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.**

Gesundheitssorge als Leistung der sozialen Teilhabe

§ 113 SGB IX Leistungen zur Sozialen Teilhabe

(2) Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind insbesondere

1. Leistungen für Wohnraum,
- 2. Assistenzleistungen,**
3. heilpädagogische Leistungen,
4.(usw.)

Gesundheitssorge als Aspekt der Bedarfsermittlung

§ 118 SGB IX Bedarfsermittlung

Der Träger der Eingliederungshilfe hat die Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 unter Berücksichtigung der Wünsche des Leistungsberechtigten festzustellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes des Leistungsberechtigten muss durch ein Instrument erfolgen, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:

1. Lernen und Wissensanwendung,
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
3. Kommunikation,
4. Mobilität,
5. Selbstversorgung,
6. häusliches Leben,
7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,
8. bedeutende Lebensbereiche und
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

ICF Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe

Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung

Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Kapitel 3: Kommunikation

Kapitel 4: Mobilität

Kapitel 5: Selbstversorgung

Kapitel 6: Häusliches Leben

Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche

Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Gesundheitssorge als Aspekt der Bedarfsermittlung

Die neun Lebensbereiche des § 113 SGB IX entsprechen
den

neun Kapiteln der **Klassifikation der Aktivitäten und
Teilhabe**

in der **Internationalen Klassifikation der
Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)**

Gesundheitssorge als Aspekt der Bedarfsermittlung

ICF Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe

Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung

Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Kapitel 3: Kommunikation

Kapitel 4: Mobilität

Kapitel 5: Selbstversorgung

Kapitel 6: Häusliches Leben

Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche

Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Kapitel 5: Selbstversorgung

d510 Sich waschen

d520 Seine Körperteile pflegen

d530 Die Toilette benutzen

d540 Sich kleiden

d550 Essen

d560 Trinken

d570 Auf seine Gesundheit achten

d598 Selbstversorgung, anders bezeichnet

d599 Selbstversorgung, nicht näher bezeichnet

Gesundheitssorge als Aspekt der Bedarfsermittlung

Kapitel 5: Selbstversorgung

- d510 Sich waschen
- d520 Seine Körperteile pflegen
- d530 Die Toilette benutzen
- d540 Sich kleiden
- d550 Essen
- d560 Trinken
- d570 Auf seine Gesundheit achten
- d598 Selbstversorgung, anders bezeichnet
- d599 Selbstversorgung, nicht näher bezeichnet

d5700 Für seinen physischen Komfort sorgen

d5701 Ernährung und Fitness handhaben

d5702 Seine Gesundheit erhalten

d5708 Auf seine Gesundheit achten, anders bezeichnet

d5709 Auf seine Gesundheit achten, nicht näher bezeichnet

Themen der heutigen Veranstaltung

- Assistenz im Krankenhaus als Leistung der Eingliederungshilfe
- Ansätze zur behinderungsgerechten Qualifizierung der Krankenhäuser, namentlich vor und während des Aufenthaltes und zum Entlass-Management:
 - Klinische Pflegeexperten
 - Qualitätsverträge
- Finanzierungsaspekte
 - Krankenhausfinanzierung
 - Eingliederungshilfe, insbesondere unter dem Aspekt der Landesrahmenverträge)

Handlungsbedarf – ausgewählte Aspekte

- Assistenz im Krankenhaus als Eingliederungshilfe-Leistung eindeutig klarstellen oder explizit im SGB IX verankern
- Verbindliche Anschlussregelungen:
 - Kostenzuständigkeit für Lohnersatzkosten, Kosten für Betreuung von Haushaltsangehörigen bei Assistenz durch Angehörige
 - Kostenzuständigkeit für Personalausfallkosten bei Assistenz durch Mitarbeitende von Diensten und Einrichtungen
- Regelungen für Klinische Pflegexperten
- Thema „Behinderung“ in Fort-, Weiter- und Ausbildung aller Gesundheitsberufe fest verankern
- ...

- Die Verbesserung der Krankenhausversorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ist eine zwingende Folge der Umsetzung der UN-BRK in Deutschland.
- Sie muss verschiedene Schwierigkeiten auf verschiedenen Ebenen überwinden.
- Sie stellt eine komplexe Herausforderung dar.
- Viele „Stellschrauben“ müssen bedient werden.

seidelm2@t-online.de

*Ich danke Ihnen für Ihre
Aufmerksamkeit!*



Klinische Pflegeexpertinnen bahnen den Weg

Ein Projekt, gefördert durch die Stiftung
Wohlfahrtspflege NRW, 2016 - 2019

Prof'in Dr. Doris Tacke, FH der Diakonie
Bielefeld

Fachtagung der Fachverbände: Soziale Assistenz, gute Pflege und ärztliche Versorgung für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Krankenhaus - Situation und Perspektive am 28.1.2020 in Kassel

Zielgruppe:

Erwachsene Menschen mit komplexer
(geistiger und mehrfacher)
Behinderung, denen ein geplanter
Krankenhausaufenthalt bevorstand

*Komplexe Behinderung in Anlehnung an
Fornefeld (2012)*



Gliederung

Zielgruppe

Intervention

Ziele

Begleitforschung

Ergebnisse

Fazit und Ausblick

Klinik Inklusiv Die Intervention

Gliederung

Zielgruppe

Intervention

Ziele

Begleitforschung

Ergebnisse

Fazit / Ausblick

 East Lancashire Community Services /



FH der Diakonie, Bielefeld

Assessment für Menschen mit komplexer Behinderung vor einer stationären Aufnahme in ein Krankenhaus

Name :

Geburtsdatum:

Wichtige Dinge, die Sie über mich wissen sollten:



Informationen

Kontakt / Austausch

Besuch im
Zuhause



Klinik Inklusiv Die Intervention

ForscherInnen

Wissenschaftl.
Begleitung

Information über gepl.
Aufnahme

Kontaktaufnahme /
Terminvereinbarung

Klinische
Pflegeexpertinnen

Angehörige und
BezugsmitarbeiterInnen
einbeziehen

Besuch im Zuhause
Kontakt anbahnen
(Aufnahmebogen)

Unterstützen / überwachen
des Prozesses

Klinikaufenthalt
vorbereiten, Team und
Bezugspflegernde
informieren



Projektverantwortliche

Fachhochschule der Diakonie

Prof. Dr. Doris Tacke



Prof. Dr. Hermann T. Steffen

Projektleitungen Klinik Inklusiv



Projektpartner

Krankenhaus Mara, Bielefeld
Abt. für Behindertenmedizin



Ev. Klinikum Bethel
Abteilung für Neurochirurgie

Christoph Schmidt

Pflegedirektor KH Mara
Ev. Klinikum Bielefeld
(Neurochirurgie)

KooperationspartnerInnen

Diakonische Stiftung Ummeln
Christel Friedrichs



Bethel.regional
Dr. Georg Kremer



Stiftung Eben-Ezer Lemgo
Dr. Bartolt Haase



Familien - ambulanter Bereich

Untersuchung im Hinblick auf

- Reduktion von Angst und Unsicherheit,
- Kommunikationsmöglichkeiten,
- Schmerzerleben und Schmerzmanagement,
- Einbeziehen in Entscheidungsprozesse,
- Durchführung von Diagnostik und Therapie

Entwicklung eines Weiterbildungskonzeptes

Gliederung

Zielgruppe

Intervention

Ziele

Begleitforschung

Ergebnisse

Fazit / Ausblick

Probanden

Wissenschaftliche
Begleitforschung

22 Menschen mit geistiger Behinderung als Patienten

- 10 pädagogische MA aus den Wohnbereichen
- 8 Angehörige
- 2 Klinische Pflegeexpertinnen (KPE)
- 25 Pflegende im Krankenhaus
- 16 MitarbeiterInnen aus verschiedenen Bereichen im KH:
Ärzte, Physiotherapeuten, Patientenbegleitdienst, aus dem Röntgen,
aus Funktionsdiensten (Aufnahme, Endoskopie...)

75 Interviews (fokussiertes Interview – Leitfragen)

60 teilnehmende Beobachtungen

22 Dokumentenanalyse (deskriptive Daten wie FEM,
Durchführung geplanter Untersuchungen)

Transkripte ergaben

→ 1222 Seiten Datenmaterial

Interventionsstudie
nach Krainer &
Lercster 2012)

Mitentscheiden (wollen)

- Mit sich machen lassen (passiv)
- Mitmachen (aktiv)
- „Verhandeln“
- Ablehnen / sich wehren
- ...

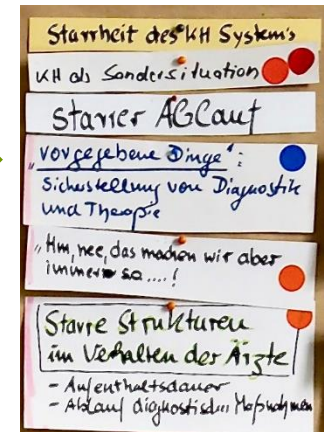
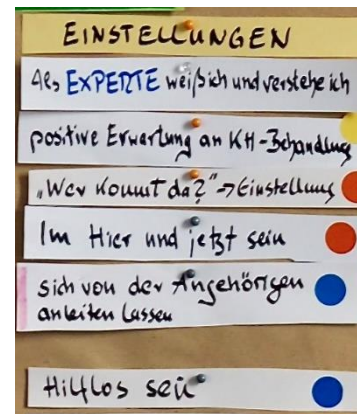
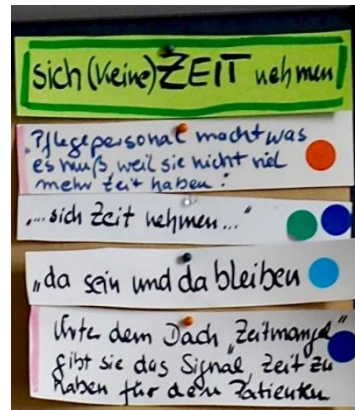
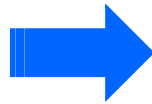
Vertrauen

- Sich anvertrauen
- Verlässlich sein
- Rückhalt geben
- beständig sein
- ...

Kategorisierung
und
Codebildung



Verknüpfung der Kategorien





Zuhause

Gliederung

Zielgruppe

Intervention

Ziele

Begleitforschung

Ergebnisse

Fazit und Ausblick

Zuhause

Philosophie / Haltung

Informationen aufnehmen, übertragen, anwenden

Bezugspflegesystem

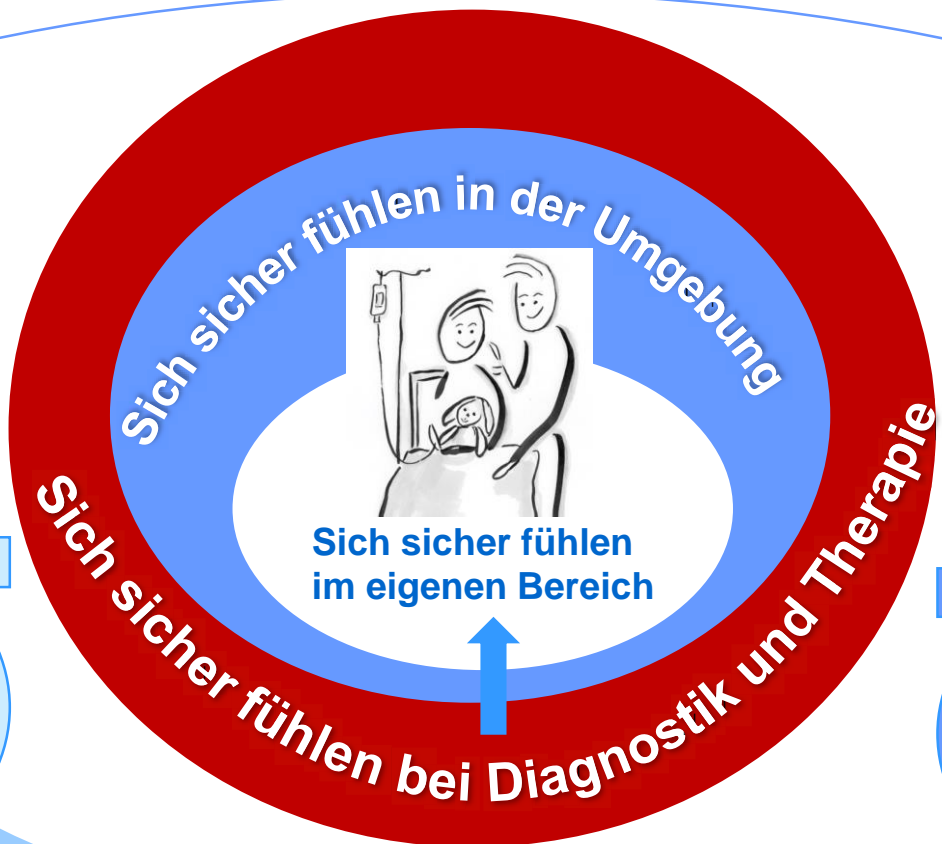
Qualifikation

Kontakt aufnehmen, Beziehung aufbauen sich verständigen

Verhalten beobachten, einschätzen

Leichte Sprache
Gestützte Kommunikation

- EDAAP
- DisDAT
- Zugehörige



Rückhalt geben, beständig sein, sich als verlässlich erweisen

Selbstwirksamkeit fördern

Struktur

Versorgungskonzept

Vertrauen

- **Sich sicher fühlen** als Basis für Diagnostik und Therapie
- Informationen aus dem Alltag \Rightarrow in klinischer Behandlung \Rightarrow vertrauensfördernd und sicherheitsstiftend
- Klinische PflegeexpertInnen leiten den Behandlungsprozess in enger Abstimmung mit Angehörigen / AssistentInnen und sorgen für den Schutz der Patienten
- Basis: Philosophie, System und MitarbeiterInnenprofile ausgerichtet auf die Betreuung von Patienten mit geistigen und mehrfachen Behinderungen im Krankenhaus

Gliederung

Zielgruppe

Ziele

Intervention

Begleitforschung

Ergebnisse

Fazit / Ausblick

Ausblick

- Eingang des Modells in die Praxis ⇒ Evaluation
- Fortbildung für professionelle Akteure im Krankenhaus, die mit Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen arbeiten
- Forschung
Konzeptionelle Einbindung von Angehörigen, Assistenten u.a. in den klinischen Behandlungsprozess
Ergebnisse für Notfallpatienten

Gliederung

Zielgruppe

Ziele

Intervention

Begleitforschung

Ergebnisse

Fazit / **Ausblick**

Kontakt: doris.tacke@fhdd.de

mobil: 0175 228 1976

Hier können auch das Aufnahmeassessment für Menschen mit Behinderungen und das DisDAT (Disability Distress Assessment Tool) angefragt werden.



...für ein Krankenhaus,
in dem Menschen mit
Behinderungen

gut und sicher

behandelt werden

Literatur in Auswahl

Hannon, L. (2004). Better preadmission assessment improves learning disability care. *Nursing Times*, 100, 44 – 47.

Krainer, L. & Lerchster, R. E. (2012). *Interventionsforschung*. Wiesbaden: Springer Verlag

Steffen, H.-T., Tacke, D., Brinkmann, C., Doer, K., Nadolny, S. (2018). Klinik Inklusiv – Ein Projekt zur Förderung einer bedürfnisorientierten, stationären Versorgung von Menschen mit einer komplexen Behinderung. *Pflegewissenschaft* 3 /4 (20), S. 112-115

Tacke, D.; Möhle, C., Steffen, H.-T. (2015) Caring in der Betreuung lern- und körperbehinderter Patienten im Krankenhaus. *Pflege und Gesellschaft* (3), Seite 262-282

Tacke, D.; Steffen, H.T.; Doer, K.; Nadolny, S. (2019) Klinik Inklusiv. Förderung patientenorientierter Versorgung von Menschen mit Komplexer Behinderung im Krankenhaus. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 5, S. 192 – 195



VERGÜTUNG DES BEHINDERUNGS- BEDINGTEN MEHRBEDARFS

Christoph Radbruch, Vorsitzender DEKV
Kassel-Wilhelmshöhe, 28.01.2020

AGENDA

1. Über den DEKV
2. Vergütung des behinderungsbedingten Mehrbedarfs
 - a) Zusatzentgelte
 - b) Besondere Einrichtungen
 - c) Auswirkungen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG
 - d) Qualitätsverträge für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen
3. Heilerziehungspflege und Pflegepersonaluntergrenzen



Über den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV)

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin



ÜBER UNS

EVANGELISCHE KRANKENHÄUSER: ZAHLEN UND FAKTEN



201
evangelische
Krankenhäuser



Über 270 Standorte, davon:

75%
in Ballungsgebieten

25%
in ländlichen
Regionen



Umsatz

10 Mrd €

= wichtiger Wirtschaftsfaktor



Marktanteil an
Krankenhäusern –
jedes achte deutsche
Krankenhaus

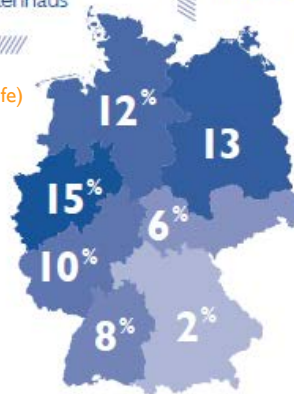
Rund **120.000** Beschäftigte (Köpfe)
insgesamt



14.000
Ärzte (VK's)



43.000
Pflegerkräfte (VK's)



Patientenversorgung
durch evangelische
Krankenhäuser

Jährlich werden mehr als

2 Mio

Patientinnen und
Patienten stationär und

3,5 Mio

ambulant versorgt.



80%

der evangelischen
Krankenhäuser bilden
Gesundheits- und
Pflegepersonal aus

Nr. 1 in der **VERSORGUNG**
VULNERABLER* PATIENTEN
(25% vollstationäre Fälle in ev. Kliniken)

*Vulnerable Patienten sind Patienten mit kognitiven
Einschränkungen, demenziell Erkrankte und Patienten mit
geistigen Behinderungen.



Im Verbund der
Diakonie

Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

VERSORGUNG VULNERABLER PATIENTEN

Demenzielle
Erkrankung

kognitive
Einschränkung

Ev. Kliniken sind stark in der Versorgung
vulnerabler Patienten
ca. **25 %***



Schwere
Mehrfach-
behinderung

Geistige
Behinderung

* 25% aller vollstationären in ev. Krankenhäusern

VERSORGUNG VULNERABLER PATIENTEN

Ev. Kliniken sind stark in der Versorgung
vulnerabler Patienten
ca. **25 %**



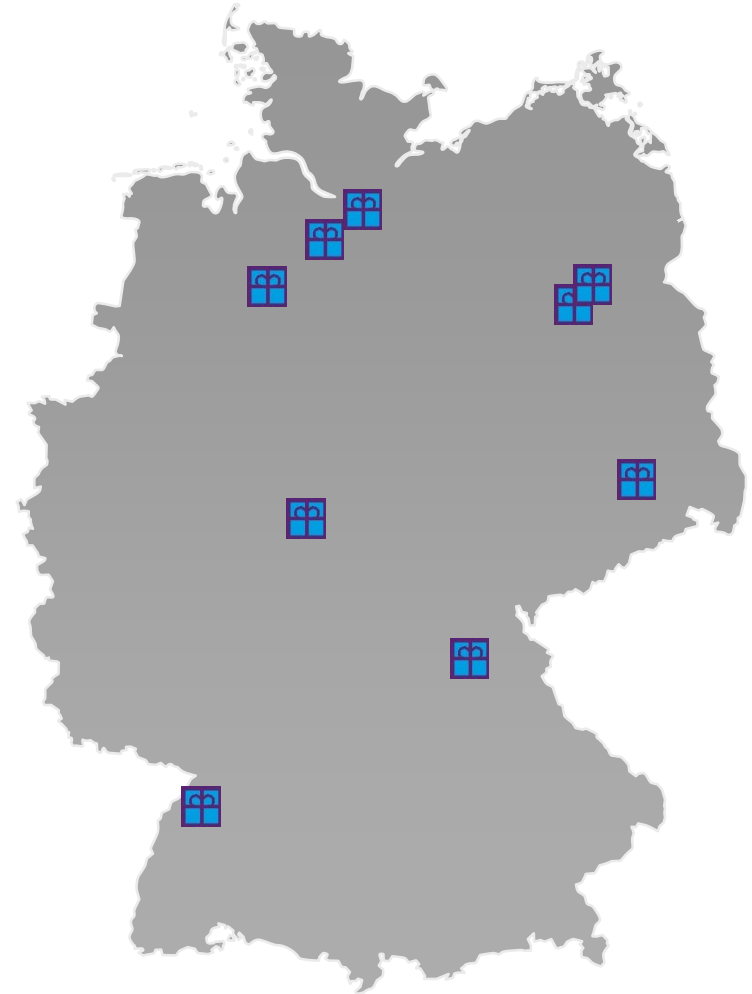
- 9,4 % der Bevölkerung mit Schwerbehinderung (GdB >50%) (2017)
- 1 Mio. davon mit Störung der geistigen Entwicklung bzw. hirnorganischen Störungen
- 1,5 Mio. Menschen in Deutschland mit signifikant unterdurchschnittlicher Intelligenz

Menschen mit geminderter Intelligenz haben eine erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko

- 3-4-fach höheres Sterberisiko
- 6-12 Jahre reduzierte Lebenserwartung im Vgl. zur Allgemeinbevölkerung
- Prävalenz für Autismus-Spektrumstörung 7,5-15% (1% Allgemeinbevölkerung)
- Prävalenz für Epilepsie bis zu 50% bei schwerer und schwerster Intelligenzminderung (0,5% Allgemeinbevölkerung)

ARBEITSKREIS DIAKONISCHER EPILEPSIEZENTREN

- Krankenhaus Mara, Bielefeld
- AGAPLESION Diakonieklinikum, Rotenburg a. d. Wümme
- Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, Hamburg
- Krankenhaus Rummelsberg, Schwarzenbruck
- Hephata-Klinik, Schwalmstadt-Treysa
- Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin
- Epilepsieklinik Tabor, Bernau
- Sächsisches Epilepsiezentrum Radeberg, Kleinwachau
- Epilepsiezentrum, Diakonie Kork, Kehl-Kork





ÜBER UNS

KERNAUFGABEN



Krankenhauspol. Themen
bearbeiten



Interessen ev. Kliniken
vertreten



Ev. Profil stärken



Einfluss nehmen



Gesundheits-
und Sozialberufe fördern

SATZUNG

(3)

Der DEKV nimmt die Interessen und Belange seiner Mitglieder wahr und vertritt sie gegenüber Politik und Öffentlichkeit, im Gesundheitswesen und innerhalb von Kirche und Diakonie.

Zu den in diesem Zusammenhang wahrzunehmenden Aufgaben zählen insbesondere:

1. die Vertretung der evangelischen Krankenhäuser in den Gremien der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen,
2. die Begleitung von und Einflussnahme auf Gesetzgebungsvorhaben, die die Interessen und Belange der evangelischen Krankenhäuser berühren,
3. der Einsatz für die Belange der Mitglieder gegenüber Behörden, Kostenträgern, Leistungserbringern und anderen Akteuren im Gesundheitswesen.

(4)

Der DEKV unterstützt, berät und fördert seine Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben.

Zu den in diesem Zusammenhang wahrzunehmenden Aufgaben des DEKV zählen insbesondere:

1. die Stärkung und Weiterentwicklung des evangelischen Profils seiner Mitglieder
3. die Bearbeitung von und Positionierung zu grundsätzlichen, fachlichen und ethischen Fragen und Themen, die für evangelische Krankenhäuser relevant sind, z. B. hinsichtlich der Struktur, der Organisation und der Führung von Krankenhäusern, der ordnungspolitischen und ökonomischen Rahmenbedingungen, sowie aus dem Bereich der Bio-, Medizin-, Sozial- und Wirtschaftsethik,
7. die Begleitung und Förderung der Weiterentwicklung der Gesundheits- und Sozialberufe sowie der Ausbildung in den Gesundheits- und Sozialberufen, z. B. durch Entwicklung von Ausbildungskonzepten für die Pflege und Projekte zur Gewinnung und Bindung von Nachwuchskräften,
8. die Initiierung, Begleitung und Veröffentlichung von Studien, wissenschaftlichen Beiträgen und anderen Publikationen zu für die Verbandsarbeit, den Diskurs im Gesundheitswesen und die Information der Öffentlichkeit relevanten Themen, [...]

WER WIR SIND



Der DEKV steht im **direkten Dialog mit öffentlichen Institutionen und Selbstverwaltung**, um Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung und den Krankenhausmarkt zu entwickeln.



Der DEKV ist **Sprachrohr der ev. Krankenhäuser** in Politik, Selbstverwaltung, Wissenschaft und Medien.

Der DEKV ist Mitglied im **IQTIG-Kuratorium** als EKD Vertretung



Diakonie

Der DEKV ist Mitglied im **Bundesverband der Diakonie Deutschland** sowie in der **Fachgruppe 1** der unternehmerischen diakonischen Fachverbände.

Der DEKV spricht für die ev. Kliniken als **Mitglied im Vorstand und Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)**, in den DKG-Ausschüssen Personalwesen, Finanzierung, Recht und Verträge, Kommission Qualitätssicherung, Bundesschiedsstelle u.a. sowie in **Unterausschüssen des G-BA**.



Gemeinsamer Bundesausschuss

Unterausschüsse: Bedarfsplanung, Qualitätssicherung, ASV, veranlasste Leistungen, Arzneimittel





Vergütung des behinderungsbedingten Mehrbedarfs

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

VERGÜTUNG DES BEHINDERUNGSBEDINGTEN MEHRBEDARFS

MENSCHEN MIT BEHINDERUNG IM KRANKENHAUS

Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (2011):

- Uneingeschränkter (barrierefreier) Zugang zu allen Gesundheitsdiensten und Gesundheitsdienstleistungen für alle Menschen mit Behinderungen.
- Berücksichtigung der unterschiedlichen Voraussetzungen von Menschen mit Behinderungen und deren spezifischer Bedarfe – sowohl in Bezug auf Erkrankungen, Medikamente und therapeutische Versorgung als auch in Bezug auf Umgang, Assistenz und Kommunikation.

„Bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen gestalten sich pflegerische, diagnostische und therapeutische Prozesse aufgrund des speziellen und erhöhten Hilfebedarfs schwieriger, langwieriger, komplexer und ressourcenaufwändiger.“

Abschlussbericht Evaluationskonzept, S. 97, IQTIG 2017

ÜBERBLICK

Vergütung des Behinderungsbedingten Mehrbedarfs

- a) **Zusatzentgelte § 6 Abs. I KHEntG**
- b) **Besondere Einrichtungen § 17b Abs. I S. 10 KHG**
- c) **Qualitätsverträge für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen § 110a SGB V**
- d) **Medizinische Behandlungszentren § 119c SGB V**



Zusatzentgelte

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

ZUSATZENTGELTE (ZE)

„Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien [..] Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, [..]“ § 17b Abs.1 S.7 KHG

Bepreiste ZE

Anlage 2 und 5 Fallpauschalenkatalog

Höhe im Fallpauschalenkatalog festgelegt.

Unbepreistes ZE

Anlage 4 und 6 Fallpauschalenkatalog

Krankenhausindividuelle Vereinbarung zu Höhe und Fallzahl.

ZUSATZENTGELTE (ZE)

Versorgung von Menschen mit Behinderung:

Entweder:

Bepreiste ZE

Anlage 2 und 5 Fallpauschalenkatalog

ZE130 und ZE131

Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen/ von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen
Auslöser: PKMS/OPS 9-20

ZE162 und ZE163

Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten
Auslöser: Pflegegrad/OPS 9-984
(ab 5 Tagen, nur bei bestimmten DRGs)

oder:

Unbepreistes ZE

Anlage 4 und 6 Fallpauschalenkatalog

ZE2020-36

Versorgung von Schwerstbehinderten

UNBEPREISTES ZUSATZENTGELTE ZE2020-36

Voraussetzung für die Abrechnung des ZE2020-36:

- ❖ Krankenhäuser, bei denen insbesondere wegen einer räumlichen Nähe zu entsprechenden Einrichtungen oder einer Spezialisierung eine Häufung von schwerstbehinderten Patienten auftritt.
- ❖ Vergütung des mit den DRG-Fallpauschalen nicht abgedeckten, wesentlichen zusätzlichen Aufwands, insbesondere im Pflegedienst.

- ❖ ZE2020-36 wird krankenhausindividuell vereinbart.
- ❖ Sehr unscharfe Definition unter welchen Umständen das Entgelt abgerechnet werden kann.
- ❖ Vereinbarte Höhen: sehr variabel.



Besondere Einrichtungen

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

BESONDERE EINRICHTUNGEN

§ 17b Abs. 1 S. 10 KHG

„**Besondere Einrichtungen**, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können **zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen** werden;“

§ 17b Abs. 1 S. 10 KHG

Vergütungsbesonderheiten

- *Vereinbarung*: fall- oder tagesbezogene Entgelte
- *Vereinbarung*: DRG-Fallpauschalen mit einer anderer Vergütungshöhe

BESONDERE EINRICHTUNG

Besondere Einrichtungen können sein:

- Einrichtungen mit hoher Zahl von Patienten mit hoher Verweildauer
- Palliativstationen
- Kinder- und Jugend-Rheumatologien
- Behandlungseinrichtungen von Tropenerkrankungen
- Fachabteilungen mit Schwerpunkt
 - Multipler Sklerose
 - Morbus Parkinson
 - **Epilepsie**
- Leistungsangebote mit hohen Vorhaltekosten, niedrigen und nicht verlässlich kalkulierbaren Fallzahl zur Sicherstellung der Versorgung (z.B. Isolierstationen) VBE 2020

Für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung gibt es originär keine Besonderen Einrichtungen.

Behandlung erfolgt aber u.a. in Besonderen Einrichtungen für Epilepsie.



Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

AUSGLIEDERUNG DER PFLEGEPERSONALKOSTEN AUS DER DRG

AUSGLIEDERUNG DER PFLEGE- PERSONALKOSTEN AUS DER DRG

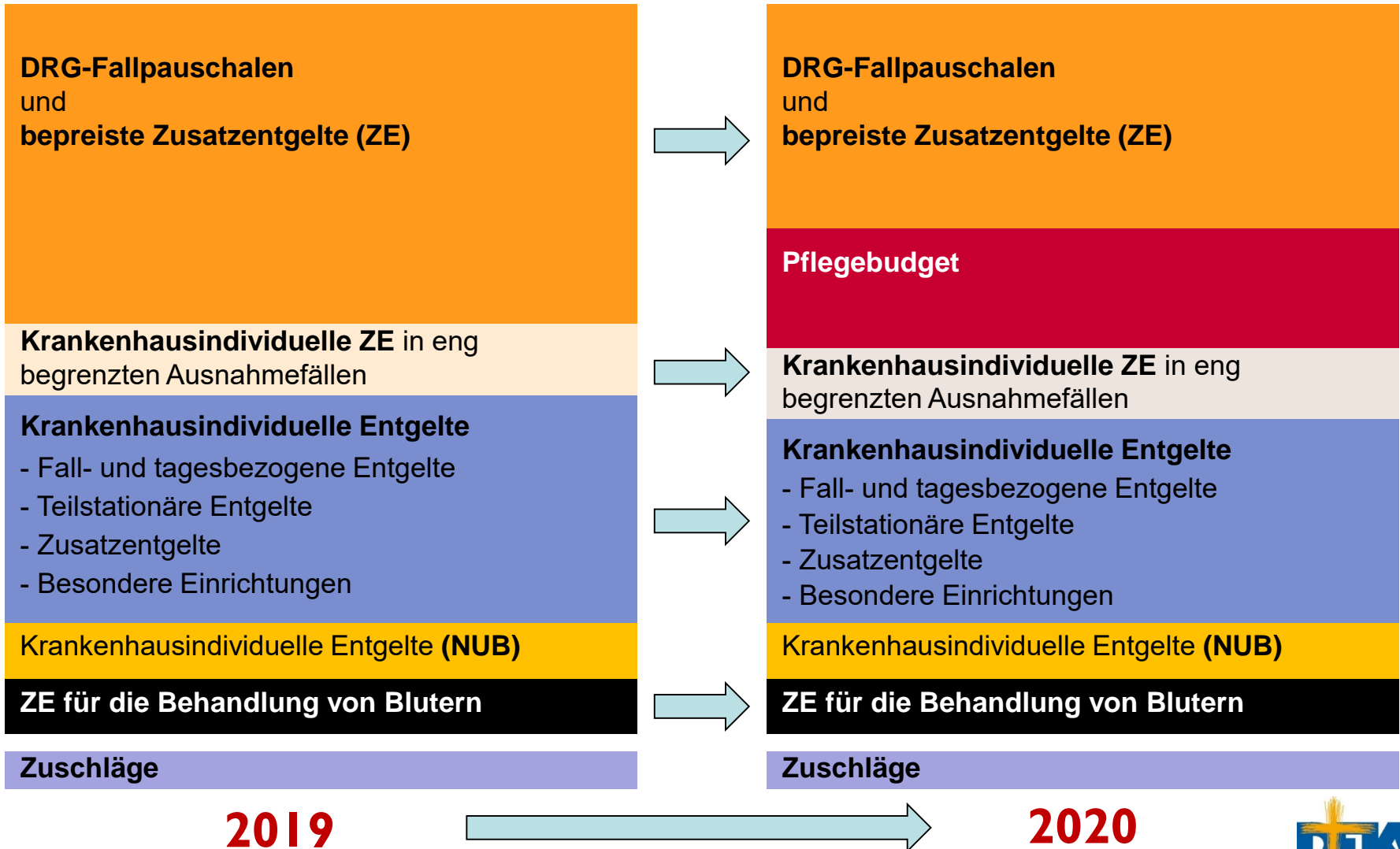
Das Pflegepersonalstärkungsgesetz gibt vor:

„Die Vertragsparteien [..] haben [..] die **Pflegepersonalkosten** für die **unmittelbare Patientenversorgung** auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem **ausgliedern** und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln.“

§ 17b Abs.4 KHG

AUSGLIEDERUNG DER PFLEGEPERSONALKOSTEN AUS DER DRG

AUSGLIEDERUNG DER PFLEGE- PERSONALKOSTEN AUS DER DRG



AUSGLIEDERUNG DER PFLEGEPERSONALKOSTEN AUS DER DRG

ZUSATZENTGELTE

Pflegepersonalkosten werden aus Zusatzentgelten mit Pflegeanteil ausgegliedert.

Bepreiste Entgelte (Beispiele)

ZE	Bezeichnung	Betrag ZE		
		2018	2019	2020
ZE 130.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen - 43 bis 56 Aufwandspunkte (PKMS)	1004,49 €	993,69 €	263,26 €
ZE131.02	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen - 362 oder mehr Aufwandspunkte (PKMS)	6.590,44 €	6.481,56 €	1.876,75 €
ZE162	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten	107,14 €	106,06 €	18,21 €

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten erfolgt auch bei unbepreisten Zusatzentgelten, wie dem

ZE2020-36 – Versorgung von Schwerstbehinderten.

Der Einfluss der Ausgliederung auf die Vergütungshöhe ist bisher **nicht absehbar.**

BESONDERE EINRICHTUNGEN

*Die Ausgliederung der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung...
„...findet Anwendung für DRG-Krankenhäuser, die gemäß § 17b Absatz 4
KHG die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf
bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem auszugliedern haben.
**Dazu zählen auch die besonderen Einrichtungen nach § 17b
Absatz 1 Satz 10 KHG.***

Die fall- oder tagesbezogene Entgelte müssen 2020 ohne Pflegekostenanteil neu verhandelt werden. Ergebnis ungewiss.

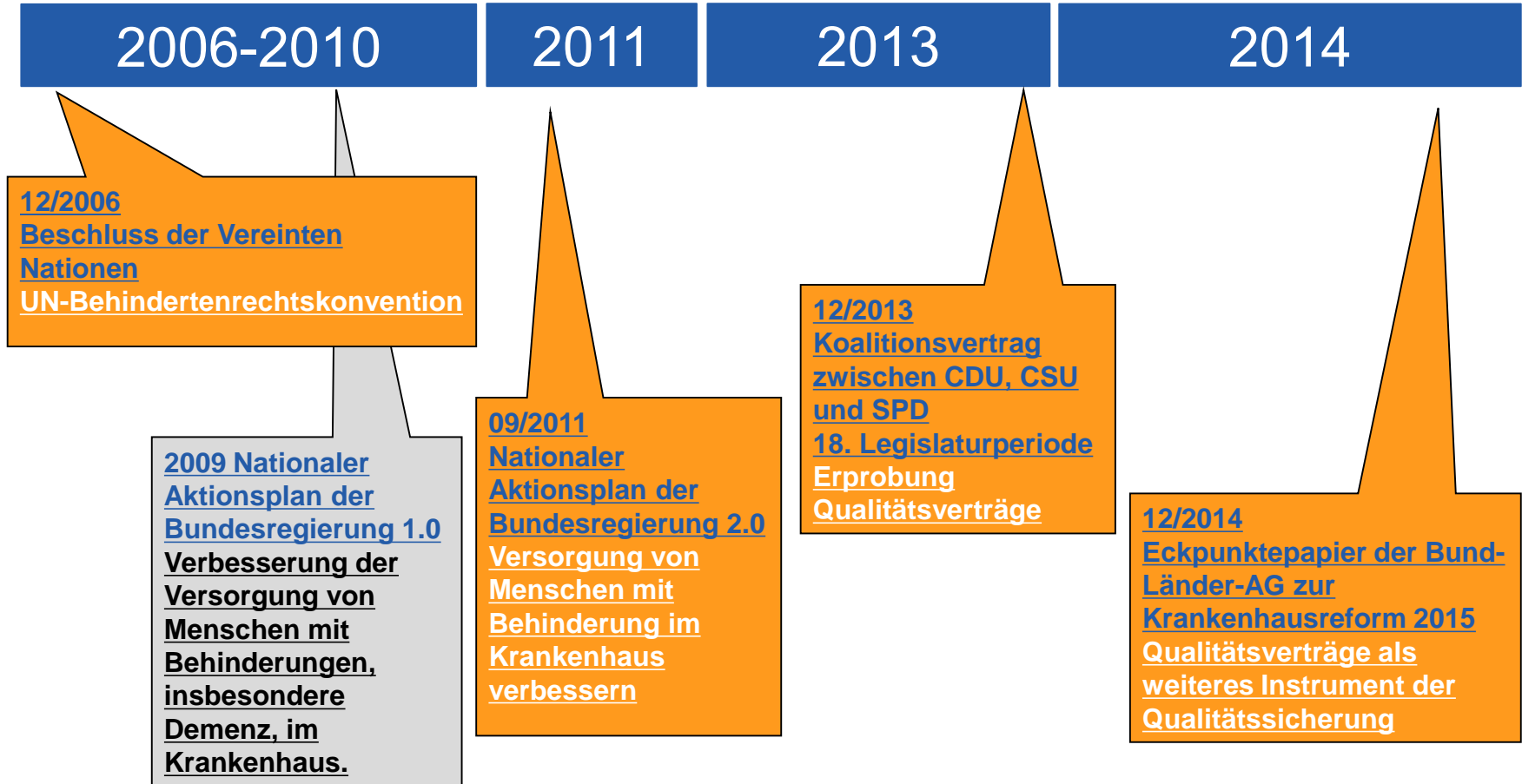


Qualitätsverträge § 110a SGB V

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

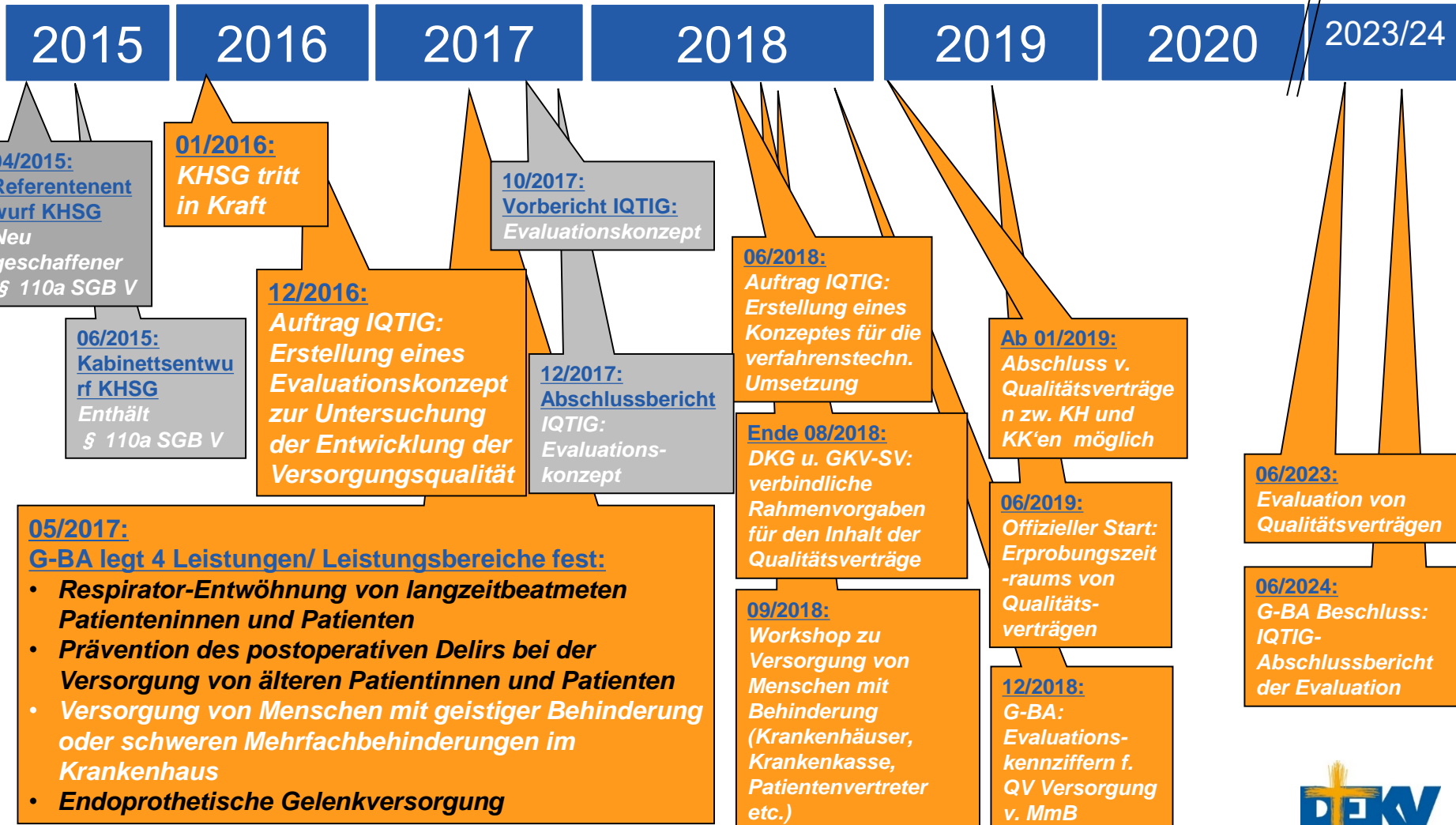
Der Weg zu den Qualitätsverträgen



POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Der Weg zu den Qualitätsverträgen

HEUTE



ZIEL DES GESETZGEBERS

Ziele der Qualitätsverträge (§ 110a SGB V)

- Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge).
- Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen erreichen lässt, durch
 - Anreize
 - höherwertigen Qualitätsanforderungen
- Selektivvertrag zwischen Krankenkasse und Krankenhaus
- Evaluation
- Kein Anspruch auf Abschluss

Vier festgelegte Leistungsbereiche

- Respirator-Entwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
- **Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus**
- Endoprothetische Gelenkversorgung

QUALITÄTSVERTRÄGE § 110A SGBV

DEKV-EXPERTENGRUPPE QUALITÄTSVERTRÄGE



Ergebnisse der Expertengruppe:

November 2017:

DEKV-Inhalte in die DKG-Stellungnahme zum IQTIG Vorbericht n. §137 a SGBV aufgenommen.

Juli 2018:

Einbringung von fünf Qualitätskriterien in den Workshop des IQTIG zum QV Menschen mit Behinderung.

Herzlichen Dank an alle Experten!

Diakonie
Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz

**Evangelische Stiftung
Neuerkerode**

AGAPLESION
Unsere Werte verbinden

EVANGELISCHES
KLINIKUM Bethel
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster

Diakonissenkrankenhaus Dessau
gemeinnützige GmbH
Ein Unternehmen der **edia.con**-Gruppe

Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herberge
gGmbH

Diakonie Klinikum
Stuttgart

Diakonie
Rheinland
Westfalen
Lippe

125 JAHRE
EVANGELISCHES
KRANKENHAUS
OLDENBURG
Medizinischer
Campus
Universität
Oldenburg
Menschen im Mittelpunkt

DEKV

Im Verbund der
Diakonie Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

QUALITÄTSKRITERIEN

Die Fünf Handlungsfelder für eine qual. Versorgung

I. Strukturiertes Aufnahmemanagement

Ausreichende Zeit für die Aufnahme, Informationen bereits vor der Aufnahme sammeln
Vertraute Begleitperson während der Aufnahme muss anwesend sein

II. Bezugsperson im Krankenhaus

Speziell qualifizierte Bezugsperson, auch Bezugspersonen von außerhalb des Krankenhauses

III. Kommunikation

Diagnose und Behandlung des Krankheitsbildes von Patienten mit geistigen Behinderungen oft herausfordernd, Möglichkeit bei komplizierten Fällen Fallkonferenzen von Experten einzuberufen

IV. Strukturiertes Entlassmanagement

Entlassung auf individuelle Bedürfnisse der Patientengruppe anpassen
Rückfluss der Patienteninformationen des Krankenhausaufenthaltes in die betreuende Einrichtung und zum behandelnden Arzt, keine Lücke in der Behandlungskette dieser Patienten entstehen lassen

V. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Regelmäßige fachliche Schulung des Krankenhauspersonals
Krankenhausträger sollten verbindlich vorgeben, wie und in welchem Umfang die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an solchen Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen müssen.



QUALITÄTSVERTRÄGE § 110A SGBV

DER DEKV MACHT SICH STARK FÜR DIE QUALITÄTSVERTRÄGE

27. September 2017

Qualitätsverträge stärken hochwertige Versorgung für besonders gefährdete Patienten

16. August 2018

Krankenhausversorgung von Menschen mit Behinderung: Das müssen die neuen Qualitätsverträge leisten

5. August 2019

Qualitätsverträge: DEKV fordert mehr Tempo und Engagement von den Krankenkassen




Pressemitteilung

16. August 2018

PRESEMITTEILUNG

Krankenhausversorgung von Menschen mit Behinderung: Das müssen die neuen Qualitätsverträge leisten

Geschäftsstelle
Invalidenstraße 29
10115 Berlin
Fon: +49 30 80 19 86 - 0
Fax: +49 30 80 19 86 - 22
office@dekv.de



Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Pressemitteilung

Berlin, 15. August 2019

Qualitätsverträge: DEKV fordert mehr Tempo und Engagement von den Krankenkassen

Mit dem Ziel, die Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus zu verbessern, können seit dem 15. August 2018 Qualitätsverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen verhandelt und abgeschlossen werden. Sie sollten ab dem 1. Juli 2019 gelten und bis Ende Juni 2023 laufen, um anschließend evaluiert zu werden. „Wir haben seit einem Jahr die Möglichkeit, individuelle Qualitätsverträge zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Doch bisher ist es keinem unserer Häuser gelungen, einen entsprechenden Vertrag abzuschließen, obwohl verschiedene evangelische Krankenhäuser mit Konzepten auf die Krankenkassen zugegangen sind. Aufgrund dieser Erfahrun-

Geschäftsstelle
Invalidenstraße 29
10115 Berlin
Fon: +49 30 80 19 86 - 0
Fax: +49 30 80 19 86 - 22
office@dekv.de
www.dekv.de

Vorsitzender
Christoph Radbuch

Verbandsdirektorin
Melanie Kanzler

Steuernummer
27.663.56113



Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Der Weg zu den Qualitätsverträgen

HEUTE



2015

2016

2017

2018

2019

2020

2023/24

04/2015:
Referentenentwurf KHSG
Neu geschaffener § 110a SGB V

01/2016:
KHSG tritt in Kraft

10/2017:
Vorbericht IQTiG:

06/2017:
Kabinettbeschluss
zur Einführung
von Entgelt
§ 110a SGB V

Bisher keine Qualitätsverträge nach § 110a SGB V für Menschen mit Behinderungen abgeschlossen

05/2017:
G-BA legt

- **Respirationstherapie bei Patienten**
- **Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten**
- **Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus**
- **Endoprothetische Gelenkversorgung**

Workshop zu Versorgung von Menschen mit Behinderung (Krankenhäuser, Krankenkasse, Patientenvertreter etc.)

Verträge
12/2018:
G-BA: Evaluationskennziffern f. QV Versorgung v. MmB

3:
Einführung von Qualitätsverträgen

4:
Beschluss:

IQTiG-
Abschlussbericht der Evaluation



QUALITÄTSVERTRÄGE § 110A SGB V

DEKV-ZUKUNFTSWERKSTATT

Qualitätsverträge Versorgung von Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen

Interdisziplinäre Teilnehmerschaft

- ✓ Management
- ✓ Medizin
- ✓ Pflege
- ✓ Ethik
- ✓ Kassen & GKV-SV
- ✓ IQTIG

➤ 40 Anmeldungen (Stand 24.01)

Ziel der DEKV-Zukunftswerkstatt

- ❖ Aktueller Stand bei der stationären Versorgung von Menschen m. Behinderung aufzeigen.
- ❖ Unterstützung bei der Etablierung von QV zw. Krankenhäusern und Krankenkassen.

KRANKENHAUS Mara

Bethel 



Programm

DEKV-Zukunftswerkstatt
„Qualifizierte Versorgung von Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen durch Qualitätsverträge“

7. Februar 2020 von 10.00 – 15.00 Uhr
im Krankenhaus Mara gGmbH, Mehrzweckraum, Maraweg 21, 33617 Bielefeld

Moderation:

Dr. Matthias Ernst, Geschäftsführer Evangelisches Klinikum Bethel und Krankenhaus Mara
Melanie Kanzler, Verbandsdirektorin DEKV

Begrüßung

Dr. Rainer Norden, Vorstand der von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel
Christoph Radbruch, Vorsitzender DEKV

- TOP 1** **Wo stehen wir? Medizinische Versorgung von Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen im Überblick**
Inklusive Krankenhausversorgung – noch ein langer Weg: Machen wir uns auf!
Prof. Dr. med. Peter Martin, Chefarzt Séguin-Klinik, Epilepsiezentrum Diakonie Kork
- TOP 2** **Welche Instrumente und Bausteine zur Finanzierung der stationären Versorgung stehen uns bereits zur Verfügung?**
Dr. Katja Brauße, vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
- TOP 3** **Was benötigen wir für einen Qualitätsvertrag nach § 110a SGB V?**
Dr. med. Christian Brandt, leitender Arzt der Abteilung allgemeine Epileptologie des Epilepsiezentrum Bethel im Krankenhaus Mara
- TOP 3.1** **Vertragsbausteine entlang des Patientenpfades**
Stephan Richter, Evangelisches Klinikum Bethel
- TOP 3.2** **Evaluationskennziffern – Was sind die Anforderungen für Patienten mit schweren und Mehrfachbehinderungen?**
Markus Anders, Fachbereich Evaluation, Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
- TOP 3.3** **Vertragsbausteine und Evaluationskennziffern – eine komplementäre Ergänzung**
Alle Teilnehmenden
- TOP 4** **Nächste Schritte und Vereinbarungen**
Alle Teilnehmenden

Schlusswort

In Zusammenarbeit mit:



Im Verbund der
Diakonie 





Heilerziehungspflege und Pflegepersonaluntergrenzen in der Neurologie

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

PFLEGEPERSONALUNTERGRENZEN

PFLEGEPERSONALUNTERGRENZEN IN DER NEUROLOGIE

PPUG: Pflegehilfskräfte 1-jährig

PPUG: Pflegehilfskräfte 1-jährig
+ **NFS, MFA, ATA**



Spahn-Briefe
v. 16.09

„...Ausbildung
HEPs...nicht
darauf angelegt,
Patienten
pflegerisch zu
betreuen“ BM
Spahn v.19.12.19

Synopse Vergleich
Pflegerkompetenzen
HEPs, NFS, PHK

**Wenn Ergebnis:
>50% Überein-
stimmung bei
Pfleger-
Kompetenzen**

**Dann, konzertiertes pol.
Handeln**

Antwortbrief an BM
Spahn
Info an MdBs und MdLs
Behindertenbe. Bund &
Länder
Flankieren durch
Medien



AK Epil.Zentren
Diakonie

Ziel 2021 PPUG:
HEPs

Forderung: Anrechnung HEPs wie
Pflegehilfskräfte bei PPUG

2019

2020

Aufbau Politischer Druck

In neurologischen Abteilungen sind HEPs nicht auf die PPUGs anrechenbar
und damit zusätzlicher Kostenfaktor.

HEP: Heilerziehungspflege
PHK: Pflegehilfskräfte
MFA: med. Fachangestellt
ATA: Anästhesietechn. Ass.





**Wir können das leisten.
Patienten mit Behinderungen qualifiziert
versorgen.**

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin



Vielen Dank!

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

ZIELGRUPPE: MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

- Vorliegen der Diagnose einer mittelgradigen bis schwersten geistigen Behinderung (F71 bis F73 und F70.1 bis F74.1 nach ICD-10 Klassifikation)

oder

- Vorliegen einer geistigen Behinderung mit Verhaltensstörung (F7x.1 nach ICD-10 Klassifikation)

oder

- Vorliegen einer schweren körperlichen oder seelischen Behinderung, qualifiziert mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 70 bis 100

und

- Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe

oder

- Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung. Zum Ausschluss von Altersdemenzen muss die Einstufung in einem Pflegegrad bereits vor Vollendung des 65. Lebensjahres erfolgt sein

Sehr eng gefasst Patientengruppe!

DEKV-ZUKUNFTSWERKSTATT

AGENDA

Begrüßung

Dr. Rainer Norden, Vorstand der von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel
Christoph Radbruch, Vorsitzender DEKV

TOP 1 Wo stehen wir? Medizinische Versorgung von Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen im Überblick

Prof. Dr. med. Peter Martin, Chefarzt Séguin-Klinik, Epilepsiezentrum Diakonie Kork

TOP 2 Welche Instrumente und Bausteine zur Finanzierung der stationären Versorgung stehen uns bereits zur Verfügung?

Dr. Katja Brauße, vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

TOP 3 Was benötigen wir für einen Qualitätsvertrag nach § 110a SGBV?

Dr. med. Christian Brandt, leitender Arzt der Abteilung allgemeine Epileptologie des Epilepsiezentrums Bethel im Krankenhaus Mara

TOP 3.1 Vertragsbausteine entlang des Patientenpfades

Stephan Richter, Evangelisches Klinikum Bethel

TOP 3.2 Evaluationskennziffern – was sind die Anforderungen für Patienten mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen

Markus Anders, Fachbereich Evaluation, Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen

TOP 3.3 Vertragsbausteine und Evaluationskennziffern – eine komplementäre Ergänzung

TOP 4 Nächste Schritte und Vereinbarungen

QUALITÄTSVERTRÄGE -
GESETZGEBERISCHE ABSICHT UND UMSETZUNGSVERFAHREN

- Gesetzgeberische Absicht
- Identifizierte Verbesserungspotenziale
- Zielgruppe
- Umsetzung
- Lessons learnt - Qualitätsverträge orientieren sich am Versorgungspfad im Klinikalltag. Qualitätsverträge fokussieren die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen

RECHT - QUALITÄTSVERTRÄGE

Inhalte der Qualitätsverträge

- Selektivverträge
- Qualitätsverträge sind zu befristen
- Kein Anspruch auf Abschluss eines Qualitätsvertrags
- Soweit wie nötig: Vereinheitlichung der Qualitätsanforderung für eine aussagefähige Evaluation

Eine umfassende qualifizierte stationäre Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe ist eine gesamtgesellschaftliche systemische Zuwendung und eine gemeinsame Verpflichtung nach der UN-Behindertenrechtskonvention. Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhausstrukturgesetz das Instrument Qualitätsvertrag nach § 110a SGB V neu eingeführt. Seit Mitte 2019 läuft die fünfjährige Erprobungsphase für ausgewählte Versorgungsbereiche.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 110a Qualitätsverträge

(1) Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen sollen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenträger Verträge schließen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge). Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. Die Qualitätsverträge sind zu befristen. In den Qualitätsverträgen darf nicht vereinbart werden, dass der Abschluss von Qualitätsverträgen mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen unzulässig ist. Ein Anspruch auf Abschluss eines Qualitätsvertrags besteht nicht.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren für die Qualitätsverträge nach Absatz 1 bis spätestens zum 31. Juli 2018 die verbindlichen Rahmenvorgaben für den Inhalt der Verträge. Die Rahmenvorgaben, insbesondere für die Qualitätsanforderungen, sind nur soweit zu vereinheitlichen, wie dies für eine aussagekräftige Evaluierung der Qualitätsverträge erforderlich ist. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit den Inhalt der Rahmenvorgaben fest.

DURCH DAS IQTIQ IDENTIFIZIERTE VERBESSERUNGSPOTENZIALE

- Erschwerter Zugang zur Versorgung
- Unzureichendes Aufnahme- und Entlassmanagement
- Keine feste Bezugsperson im Krankenhaus
- Unzureichende Individualisierung standardisierter Prozesse
- Unzureichende Kommunikation
- Kompetenzerwerb zur Versorgung von Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung

UMSETZUNGSVERFAHREN – WER, WENN NICHT WIR ?

Das Fachkrankenhaus Mara mit Epilepsiezentrum und Klinik für Behindertenmedizin ist ein Krankenhaus der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und arbeitet eng im Verbund mit dem Evangelischen Klinikum Bethel, einem Maximalversorger, zusammen. Das Krankenhaus Mara führt 177 Betten, davon 117 im Epilepsie-Zentrum und 60 Betten im Zentrum für Behindertenmedizin. 7.600 stationäre Patientinnen und Patienten werden jährlich im Krankenhaus Mara behandelt, davon 1.600 im Zentrum für Behindertenmedizin. Für die ambulante Behandlung von Menschen mit Behinderungen wurde 2018 das Medizinischen Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) an das Zentrum für Behindertenmedizin angeschlossen.



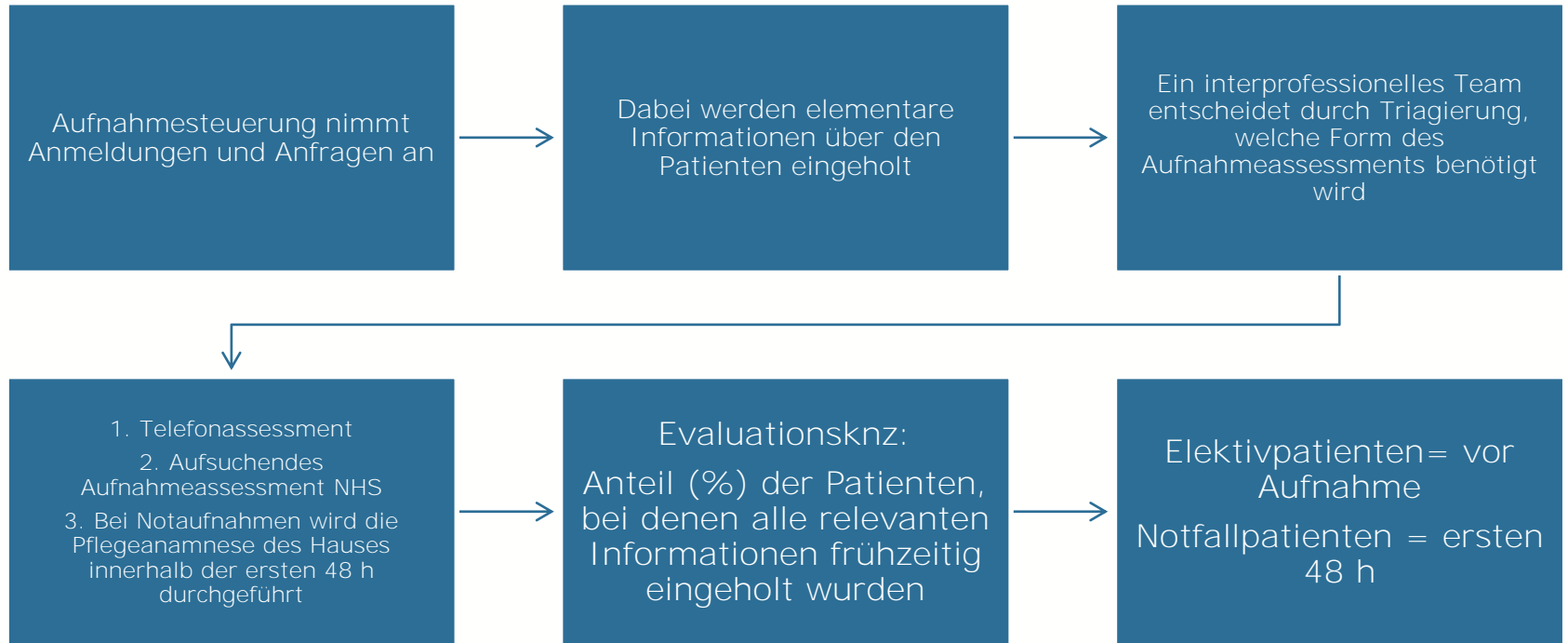
QUALITÄTSZIELE UND QUALITÄTSANFORDERUNGEN

Ziel ist die Förderung einer qualitativ hochwertigen und auf die besonderen Belange der Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen eingehenden stationären Versorgung.

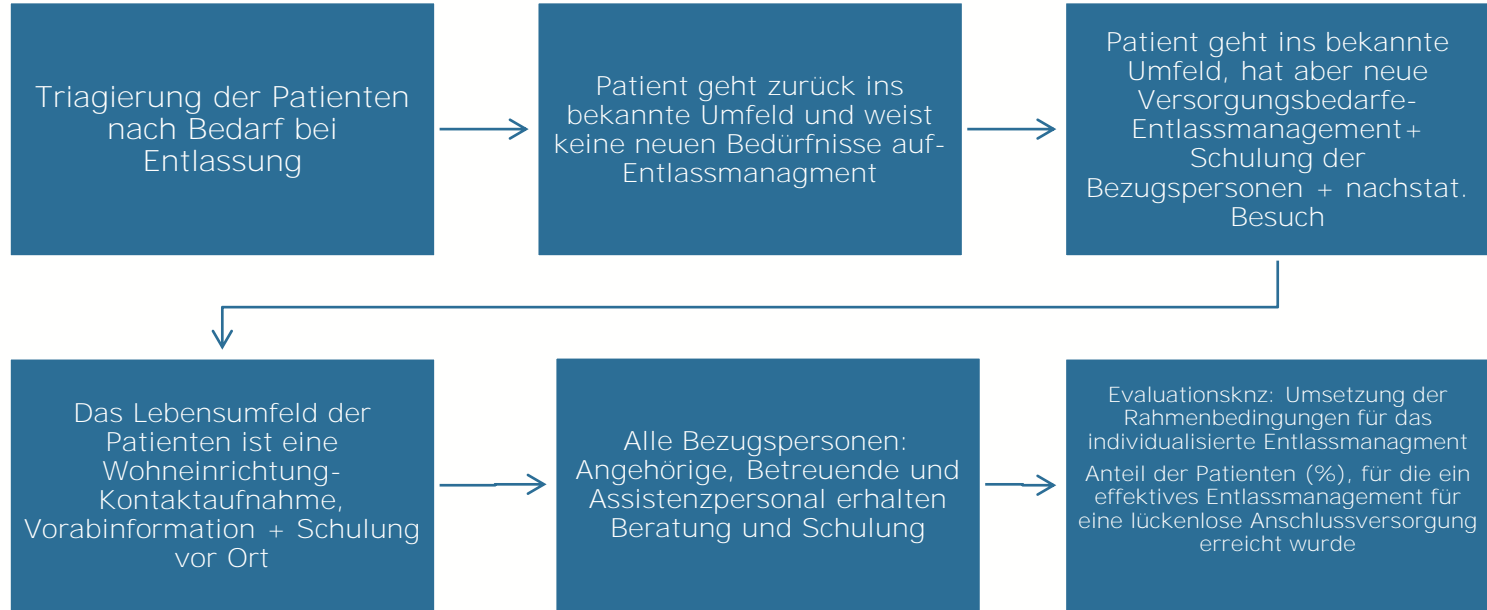
- Sicherheit
- Individualisierung
- Kompetenz

1. **Strukturiertes Aufnahmemanagement**, welches den Übergang in die Krankenhausversorgung mit möglichst geringem Informationsverlust sichert und eine Vorbereitung des Krankenhauses auf individuelle Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ermöglicht.
2. Ein **individualisiertes, intensiviertes Entlassmanagement** zur Sicherung des Überleitung in einen anderen Versorgungssektor, welches eine effektive Weiterversorgung ermöglicht
3. **Bezugspersonen** wird ermöglicht den Krankenhausaufenthalt zu begleiten. Sie werden im Rahmen eines Konzeptes beraten und in die Versorgung einbezogen. Ihr Erleben des Krankenhausaufenthaltes wird aufgrund der besonderen Bedeutung evaluiert.
4. **Kommunikationskonzept**, welches sichert, dass die Patienten individualisiert informiert werden (unterstützte Kommunikation, Informationen und Informationsmaterial in einfacher Sprache) und den Informationsverlust innerhalb der Gruppe der Akteure im Krankenhaus durch interprofessionelle Fallgespräche vermeidet,
5. **Verbesserung von Diagnostik, Therapie und Pflege** durch Besondere Fortbildungsmaßnahmen und Schulungskonzept Durchführung einer auf diese Zielgruppe ausgerichteten Schmerzerfassung und individualisierte Begleitung zur Therapie und Betreuung im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes

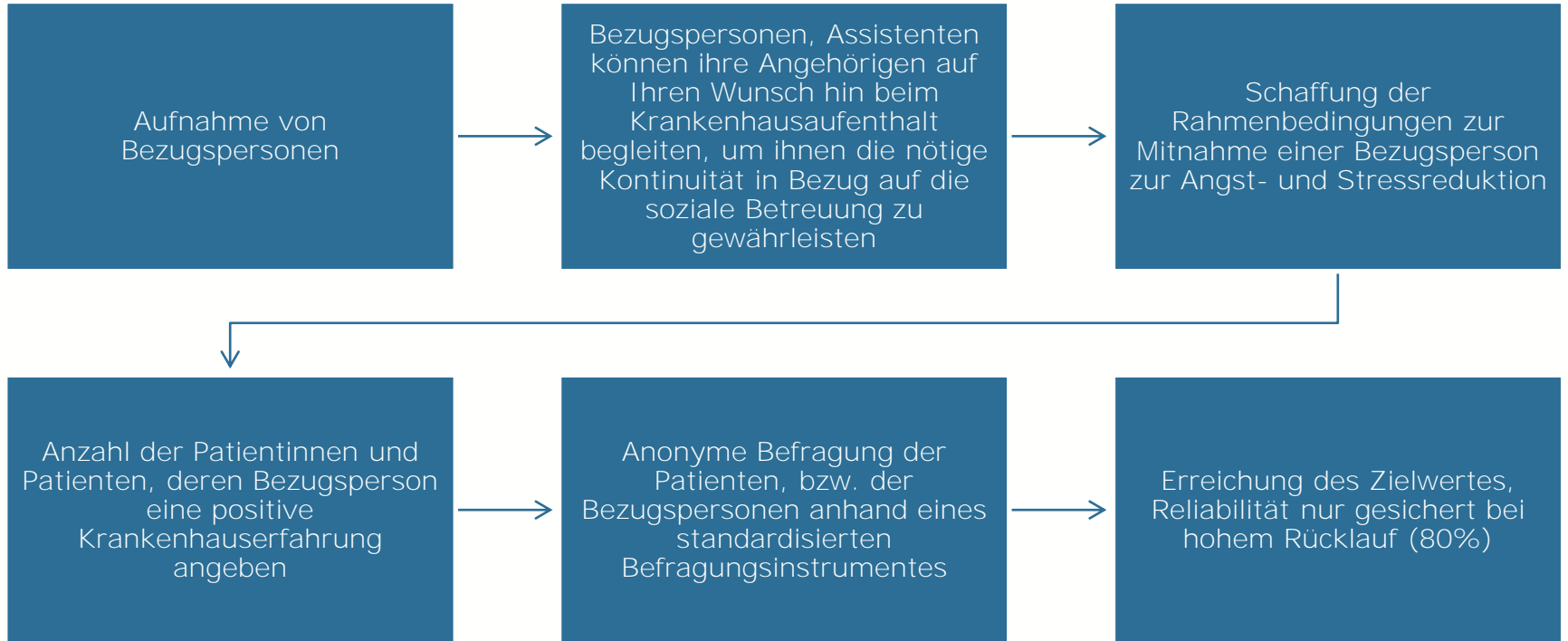
Interventionen



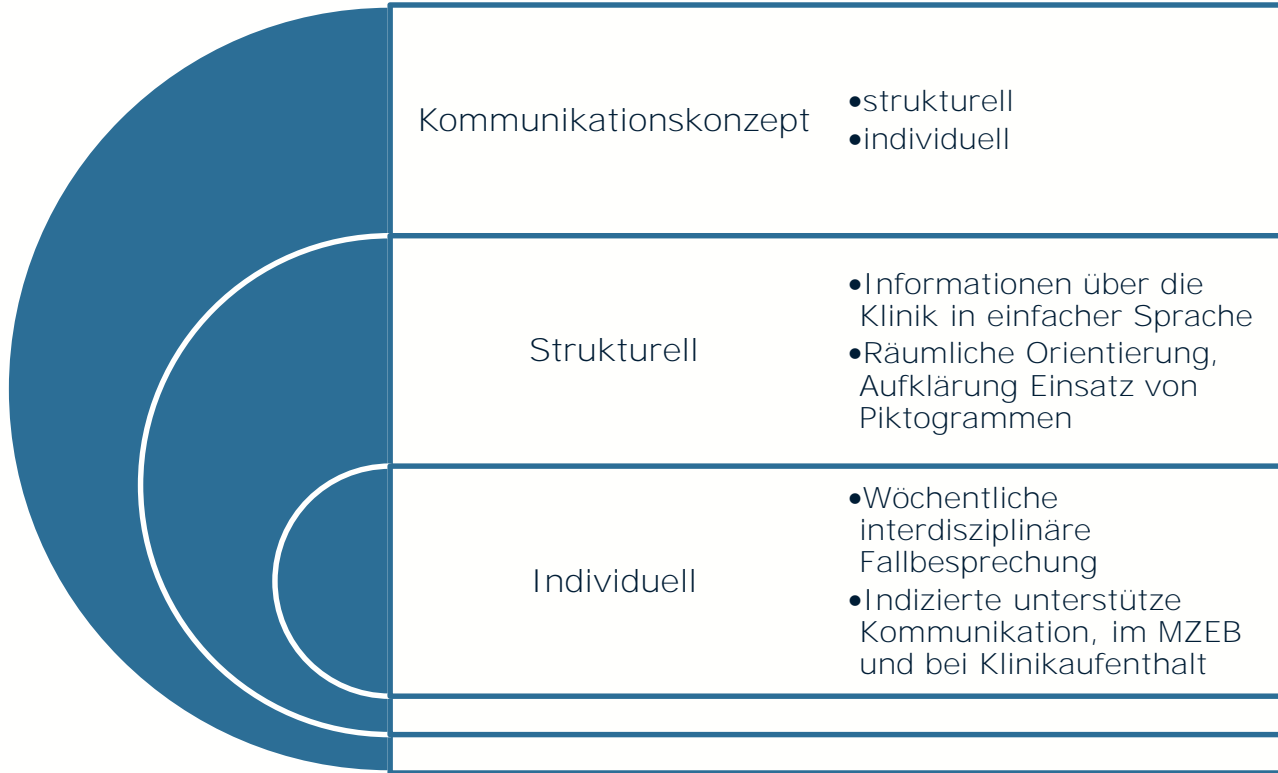
Interventionen



Interventionen



Interventionen



Verbesserung von Diagnostik, Therapie und Pflege

Qualifizierung des
Personals und
Schulungskonzept

Auf die Zielgruppe
angepasstes
Schmerzassessment

Individualisierte
Begleitung zur Diagnostik
im Rahmen des
Krankenhausaufenthaltes

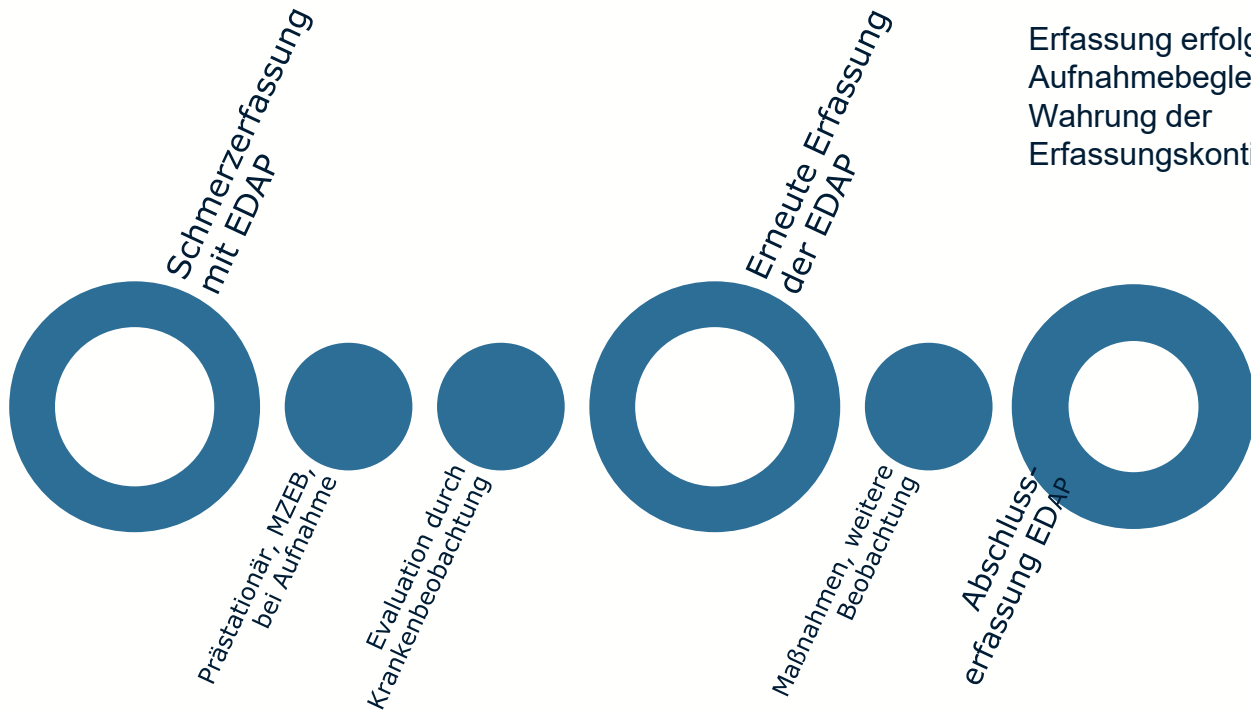
Schulungskonzept

Schulungen vor Ort zu den Themen Schmerzerfassung, einfache Sprache, unterstützte Kommunikation und Deeskalation, Hinführung der Auszubildenden zum Thema Pflege von Menschen mit Behinderung

Schulung der Pflegenden im Rahmen des Schulungsprogramms der Fachhochschule der Diakonie

Schulung eines zusätzlichen Arztes im Rahmen der Weiterbildung von Ärzten für Menschen mit Behinderung

Interventionen



Individualisierte Begleitung zu Diagnostik und Therapie

Begleitung durch
interprofessionelles
Aufnahmeteam

Begleitung durch
einen Arzt

Begleitung der
Tagesstrukturen
und Therapien

Erhöhter Ressourcenaufwand zur adäquaten Versorgung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus



- Notfalltransport
- Selbsteinweisung
- Überweisung
- Fach- oder Hausarzt
- Pflegeheim/betreutes Wohnen



- Ersteinschätzung bereits im häuslichen Umfeld mit Identifikation zur Teilnahme an einem QV
- Ärztliche und pflegerische Anamnese
- Absprachen mit Bezugspersonen
- Verzögerte interdisziplinäre ärztliche Initialuntersuchung*
- Intensivierte Betreuung*
- Besonderes Screening auf: Polypharmazie, kognitive Einschränkung, Schmerz, Sturz, Pflegebedarf (Inkontinenz, Dekubitus)
- Untersuchungs-, Diagnostik und Siederungs-kompetenzen liegen vor?
- Angepaßte, individualisierte Behandlung

Ärztlicher und pflegerischer Ressourcenaufwand für patientenzentrierte Behandlung und bewusste Beziehungsarbeit
 Zuwendung bei kognitiver Beeinträchtigung, personengerechte Kommunikation mit Angehörigen/Betreuungspersonen, Unterstützung bei An- und Auskleiden und bei Toilettengängen, Mobilisationsunterstützung, Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, Orientierungsunterstützung

Evaluationskennziffern

- Intensiviertes Aufnahme- und Entlassmanagement
- Bezugsperson im Krankenhaus
- Qualifizierung der Mitarbeitenden im Umgang mit Menschen mit Behinderung Versorgungsforschung
- Systematische Schmerzerfassung
- Intensivierte multiprofessionelle Kommunikation
- Intensivierte Kommunikation mit dem Patienten/Betreuenden/Angehörigen

*) Aufgrund von Neben- und Mehrfacherkrankungen, Polypharmazie, unklarer oder atypischer Symptomatik, fehlender Kommunikation, fehlenden Informationen, kognitiven Einschränkungen, herausforderndem Verhalten (z.B. Delir)



Katja.Rosenthal-Schleicher@evkb.de

Krankenhausbegleitung als Assistenzleistung Möglichkeiten der Landesrahmenverträge nach § 131 SGB IX

Fachtagung der Fachverbände

"Soziale Assistenz, gute Pflege u. ärztliche Versorgung für
Menschen mit geistiger od. mehrfacher Behinderung im
Krankenhaus "

Kassel, den 28. Januar 2020

Janina Bessenich

Geschäftsführerin/Justiziarin

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) Berlin

1. Rechtsgrundlagen
2. Krankenhausbegleitung als Leistung in Landesrahmenverträgen nach SGB IX
3. Handlungsbedarf bei der Umsetzung

1. Rechtsgrundlagen für die Assistenzleistung im Krankenhaus

Bundesteilhabegesetz: neue Eingliederungshilfe

Inkrafttreten stufenweise

- 01.01.2017** u.a. Vermögensverbesserungen
- 01.01.2018** u.a. Bedarfsermittlung und neue Leistungen bei der Teilhabe am Arbeitsleben,
- 01.01.2020** Einführung SGB IX (Eingliederungshilfe neu)
- 01.01.2024** neuer Personenkreis der Leistungsberechtigten § 99 SGB IX Art. 25 a BTHG

PsychVVG Inkrafttreten 01.01.2017
Gesetz zur Weiterentwicklung der *Versorgung* und der *Vergütung* psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen

1. § 11 Abs. 3 SGB V Leistung der Krankenversicherung

Pflege durch die im Arbeitgebermodell von Menschen mit Behinderung beschäftigte Pflegefachkraft

- auch Mitnahme einer Pflegekraft, wenn medizinisch notwendig

**Antwort der Bundesregierung vom 8. Mai 2019
BT-Drucksache 19/2083 auf Frage von Corinna
Rüffer (Bündnis 90/Die Grünen)**

*„Die Krankenversicherung trägt die durch die
Aufnahme verursachten Kosten“*

- 1. § 11 Abs. 3 SGB V
Leistung der Krankenversicherung**
Pflege durch die im Arbeitgebermodell von Menschen mit Behinderung beschäftigte Pflegefachkraft auch Mitnahme einer Pflegekraft, wenn medizinisch notwendig
- 2. § 78 SGB IX Bundesteilhabegesetz
Anspruch auf die Eingliederungshilfe**

Umsetzung auf der Länderebene
Landesrahmenverträge und
Leistungsvereinbarungen (Einrichtungsebene)

Ziel: Individuelle Bedarfe von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung müssen bei der Krankenhausbehandlung berücksichtigt werden

Baden-Württemberg

Übergangsvereinbarung

keine ausdrückliche Regelung

bisheriger Landesrahmenvertrag nach § 79 SGB XII

keine ausdrückliche Regelung

Bayern

Übergangsvereinbarung

keine ausdrückliche Regelung

bisheriger Landesrahmenvertrag nach § 79 SGB XII

keine ausdrückliche Regelung

Hessen

Übergangsvereinbarung

keine ausdrückliche Regelung

NRW

Landesrahmenvertrag
keine ausdrückliche Regelung

Rheinland-Pfalz

Landesrahmenvertrag
keine ausdrückliche Regelung

Niedersachsen

Übergangsvereinbarung
keine ausdrückliche Regelung

Mecklenburg-Vorpommern

Landesrahmenvertrag vom 19.11.2018
per Verordnung in Kraft gesetzt
keine ausdrückliche Regelung

Hamburg

Landesrahmenvertrag vom 19.11.2018
keine ausdrückliche Regelung

Schleswig-Holstein

Landesrahmenvertrag vom 15.08.2019
keine ausdrückliche Regelung

Thüringen

Landesrahmenvertrag 31.05.2019

keine ausdrückliche Regelung

Sachsen

Landesrahmenvertrag vom 05.09.2019

keine ausdrückliche Regelung

Brandenburg

Landesrahmenvertrag vom 14.11.2019

keine ausdrückliche Regelung

Berlin Landesrahmenvertrag vom 05.06.2019

§ 2 Abs. 2

(2) Weitere Leistungen zur Assistenz ergeben sich nach den Feststellungen im Gesamtplanverfahren nach den Erfordernissen des Einzelfalls.

*Dies gilt auch für die Leistungen zum Aufbau einer individuellen Kommunikationsbasis, für die Leistungen der Bereitstellung von Angeboten im Sozialraum der betroffenen Person, wenn aufgrund der Beeinträchtigung eine vereinbarungsfähige Kommunikation nicht herstellbar oder gewünscht ist sowie für die Leistungen der personenangepassten Identifizierung und Umsetzungsplanung von Teilhabezielen. Dazu gehört auch eine **niedrigschwellige aufsuchende und wiederholte Kontaktherstellung zu betroffenen Personen in unterschiedlichen sozialen Kontexten wie der Häuslichkeit (von zum Beispiel Angehörigen), in Krankenhäusern, in Haft etc.***

Bremen Landesrahmenvertrag vom 09.08.2019

§ 19 Abs. 7

Außerdem müssen bei Krankenhaus- und Kuraufenthalten Kontaktpflege und Bezugsbetreuung vor Ort in angemessenem Umfang sichergestellt werden, wenn dies zur psychosozialen Stabilisierung des Leistungsberechtigten indiziert ist. Darüber und über die Rückkehrmöglichkeit des Leistungsberechtigten aufgrund einer Prognose über den Krankheitsverlauf ist mit dem zuständigen Fachdienst des örtlichen Eingliederungshilfeträgers eine Absprache zu treffen.

Sachsen-Anhalt

Landesrahmenvertrag - Regelung in Anlage 12.5

Die Hilfen sind personen-, handlungs-, alltags- und umweltorientiert. Die Zuordnung zu diesem Angebot erfolgt im Rahmen des Gesamtplanes. Grundlage der Leistungen bildet die individuelle Hilfeplanung (basierend auf dem Gesamtplan), an der der Leistungsberechtigte teilnimmt. Die Einbeziehung des persönlichen Umfeldes (z. B. Familie, Bezugspersonen, Betreuer) findet mit Zustimmung des Leistungsberechtigten statt.

Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus wird eine angemessene Betreuung im Rahmen der vereinbarten Fachleistung gewährleistet.

Leistungen der Eingliederungshilfe müssen konkretisiert werden

Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe § 90 SGB IX (BTHG):

- (1) **Aufgabe der Eingliederungshilfe** ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.
- (2) **Besondere Aufgabe der medizinischen Rehabilitation** ist es, eine Beeinträchtigung nach § 99 Absatz 1 abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder die Leistungsberechtigten soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

➔ Krankenbehandlung nach SGB V und medizinische Rehabilitation nach § 42 SGB IX

Assistenzleistungen § 78 SGB IX

Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie **die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen.**

Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.

Assistenzleistungen § 78 SGB IX

Die Leistungen umfassen

1. die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten und
2. die **Befähigung** der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung.

§ 113 SGB IX

(1) **Leistungen zur Sozialen Teilhabe** werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern... Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu **befähigen** oder sie hierbei zu unterstützen.

Medizinische Leistungen

- Medizinische Rehabilitation
- Medizinische Krankenbehandlung
- Pflege (Grund- und Behandlungspflege)/ Psych. Pflege

Gesundheitsbezogene Leistungen der Eingliederungshilfe in Landesrahmenverträgen/ Leistungsvereinbarungen zu erfassen

- Assistenz bei Gesundheitsleistungen
- Assistenz auch im Krankenhaus

Wann wird die Assistenz im Krankenhaus vollständig gesetzlich geregelt ?

**Kleine Anfrage der LINKE vom 19.09.2018
BT-Drucksache 19/4393**

**Antrag der Fraktion Bündnis 90/die Grünen vom
18.06.2019 im Landtag NRW**

*Gesundheit ist die Fähigkeit,
nicht die Tage ohne Schmerzen zu zählen,
sondern sich über die Höhepunkte des Lebens
zu freuen*

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Janina Bessenich
Geschäftsführerin und Justiziarin
Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie CBP
Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin

E-Mail: janina.bessenich@caritas.de