

# **Die rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen**

**Expertise**

**erstellt von**

**Prof. Dr. jur. Felix Welti, Neubrandenburg/Lübeck  
Dipl. Verwaltungswirt Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf**

**unter Mitarbeit von stud. iur. Tim Golke, Hamburg**

**Koordination:**

**Q·u·a·l·i·t·y**

**Klinikentwicklungs-, -betriebs- und -beratungs  
GmbH**

**Quadenhofstrasse 44, 40625 Düsseldorf**

## **Rechtliche Grundlagen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen**

|  |    |
|--|----|
| A. Einleitung .....  | 3  |
| B. Rechtliche Ausgangslage.....                            | 4  |
| I. Recht der Sozialen Arbeit als Beruf .....               | 4  |
| 1. Verfassungsrechtliche Einordnung.....                   | 4  |
| 2. Berufsrecht .....                                       | 5  |
| 3. Ausbildungsrecht .....                                  | 6  |
| 4. Rechtsberatung .....                                    | 7  |
| 5. Schweigepflicht.....                                    | 8  |
| II. Soziale Arbeit als Funktion im Einrichtungsrecht ..... | 9  |
| 1. Krankenhausrecht .....                                  | 9  |
| 2. Heimrecht .....   | 22 |
| 3. Recht des öffentlichen Gesundheitsdienstes.....         | 22 |
| III. Soziale Arbeit als Funktion im Sozialrecht .....      | 23 |
| 1. Verfahrensrecht.....                                    | 24 |
| 2. Leistungsrecht .....                                    | 26 |
| 3. Leistungserbringungsrecht .....                         | 27 |
| C. Einzelne Ansatzpunkte.....                              | 38 |
| 1. Recht der Rehabilitation und Teilhabe.....              | 39 |
| 2. Krankenversicherungsrecht.....                          | 51 |
| 3. Pflegeversicherungsrecht .....                          | 57 |
| 4. Heimrecht .....   | 64 |
| D. Zusammenfassung und Schluss .....                       | 67 |

## A. Einleitung

Viele Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in Krankenhäusern, Diensten und Einrichtungen der Rehabilitation, bei Pflegeheimen, in Beratungsstellen, im Dienst der Sozialleistungsträger und an anderen Positionen sind täglich mit Arbeiten beschäftigt, die zur gesundheitlichen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung beitragen. Soziale Arbeit ist eine wichtige Berufsgruppe im Gesundheitswesen und das Gesundheitswesen ist ein wichtiges Tätigkeitsfeld für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Die berufspolitische, gesundheitswissenschaftliche und rechtliche Einordnung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ist gleichwohl wenig ausgeprägt. Insbesondere in der Rehabilitation und Pflege geben wissenschaftliche Entwicklungen und Befunde ebenso wie rechtliche Grundlagen deutliche Hinweise darauf, dass gesundheitliche Versorgung die sozialen Bezüge und Kontextfaktoren beachten muss und dass die umfassende soziale Teilhabe als Ziel ebenso zu beachten ist wie die Wiederherstellung und der Ausgleich gestörter gesundheitlicher Funktionen. Dies deutet darauf hin, dass die Soziale Arbeit mit ihren Kompetenzen neben den Leitprofessionen der Ärzte, Psychologen und Pflegeberufe und neben den anderen Heilberufen eine eigenständige Bedeutung im Gesundheitswesen hat oder zumindest haben kann. Dieses Gutachten soll aus rechtlicher Sicht dazu beitragen, den Platz zu bestimmen, den die Soziale Arbeit und ihre Berufsangehörigen im Gesundheitswesen einnehmen und einnehmen könnten.

Zu diesem Zweck wird zunächst die rechtliche Ausgangslage (B.) unter den Aspekten des Berufsrechts (B. I), des Einrichtungsrechts (B. II) und des Sozialrechts (B. III) untersucht und im Überblick dargestellt. Da die explizite gesetzliche Verankerung der Sozialen Arbeit insgesamt gering ist, werden sodann einzelne rechtliche und politische Ansatzpunkte (C.) daraufhin untersucht, ob und wie ihnen Anforderungen an die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und Optionen für ihre weitere Entwicklung zu entnehmen sind.

## B. Rechtliche Ausgangslage

### I. Recht der Sozialen Arbeit als Beruf

#### 1. Verfassungsrechtliche Einordnung

Berufswahl und Berufsausübung sind frei (Art. 12 Abs. 1 GG). Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden. Eingriffe in die Freiheit der Berufswahl, vor allem, wenn sie auf persönlicher Eignung beruhen (subjektive Schranken) sind vor allem dann zulässig, wenn sie um der Qualität der Berufsausübung willen geschehen<sup>1</sup>. Wegen dieses Zusammenhangs zwischen den Bedingungen der Berufswahl, die sich vor allem in Regelungen der Ausbildung und der Prüfung niederschlagen, und der Berufsausübung, stehen Regelungen des eigentlichen Berufsrechts und des Ausbildungsrechts oft in einem inneren und systematischen Zusammenhang. Fordern der Gesetzgeber oder staatliche Stellen in einem bestimmten Zusammenhang berufliche Qualifikationen z.B. eines Sozialarbeiters, so haben sie auch bei Vergütungsregelungen die Berufsfreiheit zu beachten, indem sie der geforderten Qualifikation angemessene Vergütungen vorsehen<sup>2</sup>.

Die Gesetzgebung im Bereich des Berufsrechts und Ausbildungsrechts ist Sache der Länder, soweit nicht ausdrücklich eine Bundeskompetenz besteht (Art. 70 GG). Eine Bundeskompetenz besteht für den Zugang zu Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG), nicht jedoch für das Berufsrecht der Heilberufe selbst. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Kompetenz des Bundes für das Altenpflegegesetz<sup>3</sup> ist die Altenpflege ein Heilberuf, Altenpflegehelfer sind dagegen kein Heilberuf. Dem Bund wurde daher die Kompetenz zugesprochen, die Voraussetzungen für das Führen der Berufsbezeichnung Altenpfleger zu regeln, eine entsprechende Kompetenz für Altenpflegehelfer kommt ihm nicht zu. Das BVerfG hat hier zu Heilberufen ausgeführt:

*„Entscheidend ist, dass mit der Berufsausübung Gesundheitsgefahren für die zu behandelnden Personen einhergehen. Um hier dieselben Qualifikationsstandards und eine einheitliche Qualitätskontrolle garantieren zu können, sind die Berufe bundeseinheitlich geregelt worden.“*

---

<sup>1</sup> Vgl. BVerfGE 9, 338, 345; BVerfGE 13, 97, 106; BVerfGE 41, 378, 390.

<sup>2</sup> BVerfG-Kammerentscheidung vom 7.11.2001, Az. 1 BvR 325/94, 1 BvR 2319/94, 1 BvR 570/95, 1 BvR 1382/95, FamRZ 2002, 85 (Vergütung der Betreuungsvereine).

<sup>3</sup> BVerfG vom 24. Oktober 2002, BVerfGE 106, 62.

Dieses an Sinn und Zweck orientierte (teleologische) Abgrenzungskriterium lässt sich auf die Soziale Arbeit im Ganzen und auch im Gesundheitswesen nicht übertragen. Danach ist die Soziale Arbeit kein Heilberuf, auch wenn Berufsangehörige der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen tätig werden. Es wird jedoch deutlich, dass der Gesetzgeber den Teilbereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zu einem eigenen Berufsbild so weiterentwickeln könnte, dass dieser zum Heilberuf im verfassungsrechtlichen Sinne werden könnte. Dies würde jedoch voraussetzen, dass die Aufgabe der Sozialen Arbeit im Kontext des Gesundheitswesens auch rechtlich klar abgrenzbar wäre, so wie dies beim Altenpflegeberuf durch das SGB XI eingetreten ist.

## 2. Berufsrecht

Für ein Berufsrecht der Sozialen Arbeit, das bestimmte Regeln des Berufszugangs, der Berufsbezeichnung und der Berufsausübung festschreiben könnte, sind die Länder zuständig. Die Länder haben davon in der Weise Gebrauch gemacht, dass sie den Gebrauch der Bezeichnung eines „staatlich anerkannten Sozialarbeiters“ gesetzlich davon abhängig machen, dass ein entsprechendes Studium und ein Praktikum absolviert worden sind sowie dass nicht eine Verurteilung der zu fordernden Zuverlässigkeit entgegensteht<sup>4</sup>. Die Ausbildungsinhalte werden in diesen Gesetzen nicht angesprochen. Für die Berufsausübung werden keine vorbehaltenen Aufgabenbereiche beschrieben, keine gesetzlichen Vorgaben gemacht und es wird keine Aufsichtsbehörde eingesetzt<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Gesetz über die staatliche Anerkennung in sozialpädagogischen und sozialpflegerischen Berufen im Land Berlin in der Fassung vom 5.10.2004; Gesetz über die staatliche Anerkennung und die Weiterbildung in sozialen Berufen sowie die Altenpflegeausbildung an Fachseminaren im Land Brandenburg in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.10.1996, GVBl., 308; Ordnung zu staatlichen Anerkennung der Sozialpädagoginnen/ Sozialarbeiterinnen im Lande Bremen vom 27.3.2008, GBl. 119; Hamburger Gesetz über die staatliche Anerkennung von Sozialpädagogen und Sozialarbeitern sowie Sozialpädagoginnen und Sozialarbeiterinnen vom 13.2.2006, HmbGVBl., 60; Hessisches Gesetz über die staatliche Anerkennung von Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Heilpädagoginnen und -pädagogen vom 18.12.1990, GVBl. I, 721; Verordnung über die Übertragung der Zuständigkeit der staatlichen Anerkennung von Sozialarbeitern/ Sozialpädagogen sowie von Sozialarbeiterinnen/ Sozialpädagoginnen auf die Hochschule Neubrandenburg vom 21.8.2006, GVOBl. MV, 701; Niedersächsische Verordnung über staatlich anerkannte Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen vom 8.8.1983; Landesgesetz über die staatliche Anerkennung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen Rheinland-Pfalz vom 7.11.2000, GVBl. 437; Gesetz über die staatliche Anerkennung von Diplom-Sozialarbeitern, Diplom-Sozialpädagogen und Diplom-Heilpädagogen im Freistaat Sachsen vom 13.12.1996; Gesetz über die staatliche Anerkennung auf dem Gebiet der Sozialarbeit, der Sozialpädagogik oder der Heilpädagogik Sachsen-Anhalt vom 31.7.1995, GVBl. LSA 1995, 228; Thüringer Gesetz über die staatliche Anerkennung sozialpädagogischer Berufe vom 20.6.1996, GVBl. 101. (fehlen noch Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein).

<sup>5</sup> Vgl. BVerfG vom 19.7.1972, Az. 2 BvL 7/71, BVerfGE 33, 367 (Zeugnisverweigerungsrecht des Sozialarbeiters): „An einem einheitlichen, klar umrissenen Berufsbild des Sozialarbeiters fehlt es bislang. (...) Daher folgt sie (die Soziale Arbeit) den Sachgesetzlichkeiten der einzelnen Aufgabenbereiche und vollzieht sich in denjenigen Formen, die der jeweilige Träger der Sozialarbeit hierfür bereitstellt.“

### 3. Ausbildungsrecht

Die Ausbildung von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen an staatlichen, kirchlichen und privaten Hochschulen wird zunächst durch das Binnenrecht der Hochschulen näher geregelt. Die entsprechenden Studien- und Prüfungsordnungen werden im Rahmen der staatlichen Aufsicht über das Hochschulwesen von den zuständigen Ministerien genehmigt.

Aus den in den Ausbildungsordnungen der Hochschulen formulierten Ausbildungszielen und Ausbildungsinhalten könnten Schlüsse auf das Tätigkeitsbild der Berufsangehörigen gezogen werden, aus denen auch arbeits- und dienstrechtliche, haftungsrechtliche oder sozialrechtliche Schlüsse gezogen werden können. Da die Ausbildungsordnungen nicht standardisiert sind und auch nicht im Range gesetzlichen Rechts stehen, können diese Schlüsse nicht die gleiche Verbindlichkeit haben wie etwa beim Berufsrecht der Krankenpflege oder Altenpflege.

Eine vollständige Auswertung von Ausbildungsordnungen und Ausbildungsinhalten im Hinblick auf ihre rechtliche Relevanz kann in diesem Gutachten nicht geleistet werden. Exemplarisch ist an Hand der Ausbildungsordnungen der Bachelor-Studiengänge der Hochschule Neubrandenburg<sup>6</sup>, der Fachhochschule Kiel<sup>7</sup> und der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin<sup>8</sup> festzustellen, dass als allgemeines Ziel der Ausbildung nur festgeschrieben wird, die Studierenden zu selbstständigem beruflichen Handeln in den Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit zu befähigen. Da diese Arbeitsfelder nicht näher benannt werden, kann ein so formuliertes Ausbildungsziel allenfalls im Zusammenhang mit empirischen Feststellungen eine Aussage beinhalten. Legt man zu Grunde, dass die Sozialarbeit im Krankenhaus, in Einrichtungen der Rehabilitation und im öffentlichen Gesundheitsdienst bereits traditionell zu den relevanten Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit gehört<sup>9</sup>, so könnte man aus den Ausbildungsordnungen entnehmen, dass die Ausbildung auch zur Tätigkeit als Sozialarbeiter im Gesundheitswesen befähigen soll. Inhalte und Grenzen des Aufgabenbereichs von Sozialarbeitern im Gesundheitswesen sind so aber nur schwer zu ermitteln.

---

<sup>6</sup> Studienordnung für den Bachelor-Studiengang Soziale Arbeit der Hochschule Neubrandenburg – University of Applied Sciences – vom 17.8.2007.

<sup>7</sup> Studienordnung für den Studiengang Soziale Arbeit (BA) des Fachbereichs Soziale Arbeit und Gesundheit vom 20.12.2007.

<sup>8</sup> Studienordnung für den Studiengang „Soziale Arbeit – Bachelor of Arts“ (B.A.) der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik „Alice Salomon“ vom 15.2.2005.

<sup>9</sup> Vgl. Peter Reinicke, Rückblick auf die Entwicklung der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) in: ders. (Hrsg.), Soziale Arbeit im Krankenhaus, 2001, 15-22.

Spezifische Ausbildungsinhalte lassen sich den Studienplänen und Modulbeschreibungen entnehmen, die als Annex der Ausbildungsordnungen beschlossen werden. In der FH Kiel ist ein Modul „Psychologische und sozialmedizinische Grundlagen der Sozialen Arbeit“ als Pflichtinhalt des Studiums vorgesehen, an der HS Neubrandenburg ein fakultatives Schwerpunktfach „Gesundheit, Krankheit, Behinderung“. Wie weit gesundheitswesenbezogene Inhalte in allgemeinen Fächern behandelt werden, bedürfte vertiefter Untersuchung. Einen Schwerpunkt dürften sie in der Regel nicht bilden.

Eine vollständige Bestandsaufnahme des geltenden Ausbildungsrechts der Sozialen Arbeit kann im Rahmen dieses Gutachtens nicht geleistet werden. Sie könnte aber weitere Hinweise auf allgemeine und besondere Funktionen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen erbringen.

#### **4. Rechtsberatung**

Die Tätigkeit von Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen kann auch Elemente der Rechtsberatung enthalten. Insoweit ist das Rechtsdienstleistungsgesetz<sup>10</sup> zu beachten. Rechtsdienstleistung ist danach jede Tätigkeit in konkreten fremden Angelegenheiten, sobald sie eine rechtliche Prüfung des Einzelfalls erfordert. Rechtsdienstleistungen sind erlaubt im Zusammenhang mit einer anderen Tätigkeit, wenn sie als Nebenleistung zum Berufs- oder Tätigkeitsbild gehören (§ 5 Abs. 1 Satz 1 RDG). Dies ist bei Beratung und Fallmanagement im Gesundheitswesen im Regelfall anzunehmen. Die Rechtsberatung darf nicht im Vordergrund der Tätigkeit stehen.

Rechtsberatung durch Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 RDG) und durch Verbände der freien Wohlfahrtspflege (§ 5 SGB XII) sowie durch anerkannte Verbände zur Förderung der Belange behinderter Menschen (§ 13 Abs. 3 BGG) ist im Rahmen des jeweiligen Aufgabenbereichs zulässig. Bei besonderer Sachkunde können Berufsangehörige der Sozialen Arbeit zur Rentenberatung registriert und zugelassen werden (§§ 10 Abs. 1 Nr. 2, 11 Abs. 2 RDG).

---

<sup>10</sup> Gesetz über außergerichtliche Rechtsdienstleistungen vom 12.12.2007, BGBl. I, 2840.

## 5. Schweigepflicht

Staatlich anerkannte Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sind durch § 203 Abs. 1 Nr. 5 StGB verpflichtet, ein ihnen in ihrer Berufsausübung anvertrautes Geheimnis zu bewahren<sup>11</sup>. Verstöße gegen diese Pflicht sind strafrechtlich sanktioniert. Sie werden mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. Außer Sozialarbeitern sind in § 203 Abs. 1 StGB Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe (z.B. Krankenpfleger, Altenpfleger), Berufspsychologen, Rechtsanwälte und andere rechtsberatende Berufe, Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in anerkannten Beratungsstellen, Mitglieder und Beauftragte einer Beratungsstelle nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz und Angehörige eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung genannt.

Zweck der Norm ist der Schutz der Vertraulichkeit insbesondere in Beratungssituationen. Damit wird zunächst die informationelle Selbstbestimmung der beratenen Personen geschützt<sup>12</sup>, weiterhin auch das Vertrauen in die beratenden Berufsgruppen und Institutionen und damit die Möglichkeit der Beratung selbst<sup>13</sup>. Insofern zeigt sich die Beratung von Menschen in gesundheitlichen und sozialen Problemlagen als schutzbedürftiges und durch das Strafrecht mittelbar geschütztes Gut, das im sozialen Rechtsstaat wichtiges Mittel ist, gefährdete Gesundheit, Selbstbestimmung und Teilhabe wiederzugewinnen und zu schützen. Besonders intensiv wird das Beratungsgeheimnis dort diskutiert, wo die zu schützenden Geheimnisse auch rechtswidrige und strafbare Handlungen umfassen können. Für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist dies vor allem bei der Beratung und Unterstützung suchtkranker Menschen relevant.

Im Hinblick auf die berufsrechtliche Stellung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zeigt die strafrechtlich sanktionierte Schweigepflicht, dass Berufsangehörige der Sozialen Arbeit bei der Beratung und Unterstützung von Menschen in sozialen und gesundheitlichen Notlagen eine verantwortliche Stellung haben, die denen der anderen genannten Berufsgruppen, namentlich der Heilberufe, vergleichbar ist. Der strafrechtliche Schutz des kranken oder behinderten Menschen vor einer unerwünschten Offenbarung seiner Problemlagen ist gegenüber Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern gleich ausgestaltet. Die soziale Beratung und Unterstützung ist insofern in

---

<sup>11</sup> Vgl. dazu Ulrich Hammer, Rechtsprobleme des Beratungsgeheimnisses in der sozialen Praxis, NZA 1986, 305 ff.; Carola Ensslen, Zur Schweigepflicht von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen im Strafverfahren, NDV 1999, 121 ff.; Jürgen Thorwart, Berufliche Verschwiegenheit, München 1998, 19 ff.

<sup>12</sup> Vgl. BGH vom 11.12.1991, Az. VIII ZR 4/91.

<sup>13</sup> Hierzu insbesondere BVerfG vom 24.5.1977, Az. 2 BvR 988/75, BVerfGE 44, 353 (Drogenberatungsstelle).



ihrer Relevanz der Behandlung von Gesundheitsstörungen gleich gestellt. Berufsangehörige der Sozialen Arbeit sind in ihrer Funktion zur Beratung und Unterstützung nicht beliebig ersetzbar, da es zu einer vertrauensvollen Beratung einer zur Verschwiegenheit verpflichteten Berufsgruppe bedarf. Dies wird allerdings insoweit relativiert, als bei einem erheblichen Teil der beratenden Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens die Schweigepflicht auch an die Institution und nicht nur an die Berufsangehörigkeit der beratenden Person geknüpft ist. Dies gilt allerdings nicht für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime. Hier geht der Gesetzgeber davon aus, dass die strafrechtlich gesicherte berufliche Verschwiegenheit der Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte und Sozialarbeiter insgesamt einen hinreichenden Geheimnisschutz bewirkt. Dazu kommt, dass in diesen Institutionen der Sozialdatenschutz nach §§ 67 ff. SGB X sowie nach §§ 284 ff. SGB V zumindest mittelbare Wirkungen entfaltet. Dieser verwaltungsrechtliche Geheimnisschutz bindet zwar unmittelbar nur die Sozialleistungsträger und die Kassenärztlichen Vereinigungen, doch binden diese wiederum in den von ihnen geschlossenen Verträgen die einzelnen Leistungserbringer.

## **II. Soziale Arbeit als Funktion im Einrichtungsrecht**

Rechtliche Regelungen können sich nicht nur auf die einzelnen Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit beziehen, sondern auch auf Funktionen, die regelmäßig und typisch von ihnen ausgeübt werden. Solche Regelungen sind auch im Recht von Einrichtungen des Gesundheitswesens zu finden.

### **1. Krankenhausrecht**

Das Recht der Krankenhäuser ist mit Ausnahme des bundesrechtlichen Krankenhausfinanzierungsrechts Landesrecht und regelt die Bedingungen, unter denen staatliche, gemeinnützige und private Krankenhäuser betrieben und beaufsichtigt werden.

#### **a. Krankenhausfinanzierungsgesetz**

Auf der Basis seiner Kompetenz zur Gesetzgebung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) hat der Bund das Krankenhausfinanzierungsgesetz erlassen, in dem ein bundesrechtlicher Rahmen für die Förderung von Investitionen der Krankenhäuser durch die Länder gesetzt wird. Darin ist auch eine Ermächtigung der Bundesregierung zu Vorschriften über die Krankenhauspfle-

gesätze enthalten (§ 16 KHG). Bei der Krankenhausfinanzierung ist es nach dem traditionellen Vergütungssystem über Pflegesätze wichtig, welche Kosten im Pflegesatz zu berücksichtigen sind, da diese Kosten über die Krankenkasse refinanziert werden können. In den meisten Bereichen ist jedoch ein pauschalierendes Entgeltssystem eingeführt worden (§ 17b KHG), das im Krankenhausentgeltgesetz des Bundes näher geregelt worden ist. Danach sind Fallpauschalen zu zahlen, mit denen die Krankenhausleistungen zu vergüten sind (§ 1 Abs. 1 KHEntgG). Dies sind insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Versorgung (§ 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG). Dass hier die Tätigkeit des Sozialdienstes nicht erwähnt ist, bedeutet nicht, dass sie durch die Fallpauschalen nicht abgedeckt ist. Es ist jedoch an Hand der krankenhausrrechtlichen und sozialrechtlichen Normen zu begründen, dass die sozialdienstliche Tätigkeit notwendiger Bestandteil der Krankenhausleistungen ist.

Im deutschen Fallpauschalensystem (DRG) basieren die einzelnen Pauschalen u.a. auf

- der Hauptdiagnose (ICD-Schlüssel)
- den behandlungsrelevanten Nebendiagnosen (ICD-Schlüssel)
- den wesentlichen am Patienten durchgeführten Leistungen (OPS).

Die wesentlichen am Patienten durchgeführten Leistungen werden mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert, der seit 2004 eingesetzt wird, um allgemeine medizinische Prozeduren im Krankenhaus zu verschlüsseln.

Das Kapitel 9 des OPS (Ergänzende Maßnahmen) enthält zwei Abschnitte mit Leistungen, die z.T. auch von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern ausgeführt werden können

9.40...9.41 Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapien

9.50 Präventive Maßnahmen.

Für die Kodierung der Tätigkeit von Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit kommen in Frage:

9-401.0 Soziale Beratung

9-401.1 Familien-, Paar- und Erziehungsberatung

(bei entsprechender Zusatzausbildung)

9-401.2 Nachorganisation

9-401.5 Integrierte Psychosoziale Komplexbehandlung

(In diesem Zusammenhang sind mindestens zwei psychosoziale Berufsgruppen einzusetzen, zu denen auch Sozialarbeiter zählen)

9.500 Patientenschulung

(soweit Sozialarbeiter dafür ausgebildete Trainer sind bzw. zu einem dafür ausgebildeten Team gehören).

ab) Die mit der Tätigkeit von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in den Sozialdiensten der Krankenhäuser verbundenen Kosten (9.401.0, 9-401.2) sind danach ebenso Bestandteil der Krankenhausvergütung, wie bestimmte therapeutische Tätigkeiten, die von Sozialarbeitern im Krankenhaus ausgeführt werden (9.401.1, 9-401.5, 9.500).

Die bei einigen Verwaltungsdirektoren der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Diskussion über die finanzielle Ausstattung des Krankenhaussozialdienstes immer noch zu hörende Auffassung, die Finanzierung des Krankenhaussozialdienstes sei nicht geregelt, zumindest jedoch unklar oder unzureichend, trägt rechtlich nicht. Bei der Einschätzung einer unzureichenden Refinanzierung besteht in diesen Fällen häufig ein unmittelbarer Zusammenhang mit Defiziten bei der Kodierung im Rahmen der DRG-Vergütung bzw. grundsätzlich mangelnder Bereitschaft zur bedarfsgerechten Mittelbereitstellung, die in der Regel die Bedeutung des Krankenhaussozialdienstes zur Gewährleistung von Versorgungssicherheit und Nahtlosigkeit der Versorgung im gegliederten System, aber auch die in diesem Zusammenhang bestehenden sozialrechtlichen Pflichten des Krankenhauses zum Versorgungsmanagement verkennt.

Das Fallpauschalensystem ist bislang nicht eingeführt worden im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser und der selbstständig gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG). Hier findet eine Finanzierung über Pflegesätze statt. Um die Grundlagen der Pflegesätze im psychiatrischen Bereich zu konkretisieren, ist die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) des Bundes erlassen worden<sup>14</sup>. Danach werden der Personalbemessung in verschiedenen Behandlungsbereichen (§ 4 PsychPV) jeweils Minutenwerte (§ 5

---

<sup>14</sup> Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie vom 18.12.1990 (BGBl. I, 2930), geändert durch Art. 4 VO vom 26.9.1994 (BGBl. I 2750).

PsychPV) zu Grunde gelegt. Für sämtliche psychiatrischen Behandlungsbereiche sind in § 5 PsychPV auch Minutenwerte für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen angegeben, die zwischen wöchentlich 175 Minuten (rehabilitative Behandlung Abhängigkeitskranker) und 13 Minuten (gerontopsychiatrische Psychotherapie) schwanken. Damit ist der Bedarf an sozialarbeiterischer Tätigkeit auch für den psychiatrischen Bereich im Krankenhausfinanzierungsrecht anerkannt.

## **b. Krankenhausgesetze der Länder**

In elf von sechzehn deutschen Ländern enthalten die Krankenhausgesetze explizit Regelungen, die einen Sozialdienst oder sozialen Dienst vorsehen.

Diese Rechtsgrundlagen lauten:

### **aa. Baden-Württemberg**

#### *§ 31 Sozialer Krankenhausdienst*

*(1) Das Krankenhaus stellt einen sozialen Krankenhausdienst sicher, der auch die Pflegeüberleitung umfasst. (...)*

*(2) Der soziale Krankenhausdienst hat die Aufgabe, den Patienten und seine Angehörigen sozial zu beraten und zu betreuen, insbesondere wegen der Hilfen, die während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geboten sind. Der soziale Krankenhausdienst sorgt dafür, dass nach der Entlassung des Patienten die zu seiner Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden.*

*(3) Rechte und Pflichten anderer Sozialdienste bleiben hiervon unberührt. Der soziale Krankenhausdienst arbeitet mit diesen Diensten eng zusammen.*

### **bb. Berlin**

#### *§ 24 Patientenversorgung*

*(1) (...)*

*(2) Das Krankenhaus ergänzt die ärztliche und pflegerische Versorgung auf Wunsch des Patienten durch persönliche Hilfe und durch Maßnahmen, die sich auf seine soziale Situation beziehen, mit dem Ziel, durch Krankheit oder Behinderung gestörte Beziehungen des Patienten zu Familie, Beruf und Gesellschaft zu normalisieren sowie den Patienten in allen sozialen Fragen zu beraten und bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen. Dazu sind Sozialarbeiter einzusetzen.*

*(3) (...)*

*(4) Die Krankenhäuser unterrichten die Patienten rechtzeitig vor Beendigung der stationären Versorgung über die Angebote der gesundheits- und sozialpflegerischen Dienste. Bei Bedarf und mit Zustimmung der Patienten übernehmen sie deren pflegerische und soziale Überleitung in eine Einrichtung, die Leistungen nach § 5 Abs. 1 des Sozialstationengesetzes erbringen. Die für die Weiterführung der Betreuung erforderlichen Unterlagen (Pflegeüberleitungsbogen, Verordnung über häusliche Krankenpflege) sind vor Beendigung der stationären Versorgung des Patienten zu erstellen und nach dessen Zustimmung oder wenn dies in seinem objektiven Interesse liegt, umgehend an den aufnehmenden Anbieter der häuslichen Krankenpflege und an den betreffenden Arzt weiterzuleiten.*

### **cc. Brandenburg**

#### *§ 6 Sozialer Dienst und Seelsorge*

*(1) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst in Abstimmung mit anderen sozialen Diensten sicherzustellen. Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, in sozialen Fragen zu beraten, bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, zu vermitteln.*

*(2) (...)*

*(3) Sozialer Dienst und Krankenhauseelsorge werden nicht gegen den Wunsch der Patientin bzw. des Patienten tätig.*

*(4) Die Krankenhäuser fördern die ehrenamtliche Hilfe für die Patientinnen und Patienten und arbeiten mit den ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern eng zusammen. Aufgaben, die regelmäßig Beschäftigten des Krankenhauses obliegen, werden ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern nicht übertragen.*

### **dd. Hamburg**

#### *§ 6 Soziale Beratung und Entlassungsmanagement*

*(1) Das Krankenhaus stellt die soziale Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten durch geeignete Fachkräfte sicher (Sozialdienst im Krankenhaus). Der Sozialdienst im Krankenhaus kann krankenhauserintern oder krankenhausextern organisiert werden. Ein krankenhauserinterner Sozialdienst ist ein rechtlich unselbstständiger, gegebenenfalls zentralisierter Teil des Krankenhauses.*

*(2) Aufgabe des Sozialdienstes im Krankenhaus ist es, in Absprache mit den Patientinnen und Patienten diese sowie gegebenenfalls deren Angehörige in sozialen Fragen zu beraten, sie bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen, bei der Nachsorge sowie der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und damit die ärztliche und pflegerische Versorgung im Krankenhaus zu ergänzen.*

*(3) Das Krankenhaus prüft rechtzeitig, ob nach der Entlassung ein weiterer Betreuungs-, Hilfe- oder Pflegebedarf zu erwarten ist. Ist dies der Fall, plant das Krankenhaus in Absprache mit den Betroffenen, gegebenenfalls den Angehörigen oder einer Betreuungsperson entsprechende Maßnahmen. Es prüft die sozialrechtlichen Voraussetzungen, unterstützt die Genannten bei der Einleitung und Kostenregelung der Nachsorge und gibt mit Zustimmung der Betroffenen die jeweils notwendigen Informationen an die zuständigen Institutionen weiter. (...)*

#### **ee. Hessen**

##### *§ 6 Soziale und seelsorgerische Betreuung*

*(1) Als Ergänzung zu der ärztlichen und pflegerischen Versorgung hält das Krankenhaus einen Sozialdienst vor. Er hat insbesondere die Patientin oder den Patienten in sozialen Fragen zu betreuen, zu beraten, geeignete Hilfen zu vermitteln und bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen.*

*(2) (...)*

#### **ff. Mecklenburg-Vorpommern**

##### *§ 11 Soziale Betreuung*

*(1) Das Krankenhaus stellt die soziale Beratung und Betreuung der Patienten durch geeignete Fachkräfte sicher (Sozialdienst im Krankenhaus).*

*(2) Der Sozialdienst hat die Aufgabe, Patienten auf deren Wunsch in sozialen Fragen zu beraten und ihnen persönliche Hilfe anzubieten und zu gewähren, sie bei der Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen, bei der Nachsorge und der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und damit die ärztliche und pflegerische Versorgung im Krankenhaus zu ergänzen. Der Sozialdienst wird vorsorglich tätig bei offenkundiger Hilflosigkeit oder mangelnder Einsichtsfähigkeit der Patienten.*

*(3) (...)*

## **gg. Nordrhein-Westfalen**

*§ 5 Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge*

*(1) (...)*

*(2) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln.*

*(3) (...)*

## **hh. Rheinland Pfalz**

*§ 26 Sozialdienst im Krankenhaus; schulische Betreuung*

*(1) Das Krankenhaus richtet einen Sozialdienst ein. Benachbarte Krankenhäuser mit jeweils weniger als 250 Planbetten können einen gemeinsamen Sozialdienst einrichten.*

*(2) Der Sozialdienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung im Krankenhaus auf Wunsch des Patienten zu ergänzen. Zu seinen Aufgaben gehört es insbesondere, den Patienten und seine Bezugspersonen in sozialen Fragen zu beraten und ihnen fachliche Hilfen zu geben; hierzu gehört auch die Vermittlung von Maßnahmen, der medizinischen, beruflichen und sozialen Eingliederung behinderter Menschen sowie von anderen geeigneten Hilfen des Sozial- und Gesundheitswesens. Der Sozialdienst soll mit anderen sozialen Diensten und Einrichtungen zusammenarbeiten.*

*(3) (...)*

## **ii. Saarland**

*§ 6 Soziale und seelsorgerische Betreuung*

*(1) Jedes Krankenhaus richtet einen eigenen Sozialdienst ein. Fachkräfte des Sozialdienstes im Krankenhaus sind in der Regel staatlich anerkannte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen.*

*(2) Der Sozialdienst arbeitet eng und vertrauensvoll mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst zusammen. Er hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen und sie oder ihn sowie gegebenenfalls ihre oder seine Angehörigen in sozialen Fragen zu beraten. Die psycho-soziale Betreuung und Beratung er-*

*folgt insbesondere durch persönliche Hilfe, die Unterstützung bei der Einleitung von medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Rehabilitationsmaßnahmen und bei der Vorbereitung häuslicher Pflege sowie durch die Vermittlung von ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Anschluss an die Entlassung aus dem Krankenhaus. Liegen Hinweise vor, dass eine ambulante oder stationäre pflegerische Weiterversorgung und Betreuung der Patientin oder des Patienten sicherzustellen ist, veranlasst der Sozialdienst bei der Pflegekasse unverzüglich eine Begutachtung nach § 18 Abs. 3 des Sozialgesetzbuchs Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung -.*

*(...)*

## **jj. Sachsen**

*§ 23 Pflege, soziale und seelsorgerische Betreuung*

*(...)*

*(5) Das Krankenhaus hat einen Sozialdienst einzurichten.*

*(6) Der Sozialdienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, ihn in psychologischen Fragen zu beraten, bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, zu vermitteln. In der Regel soll für jeweils 400 Patienten wenigstens ein hauptamtlicher Mitarbeiter vorgesehen werden.*

*(...)*

## **kk. Thüringen**

*§ 19a Sozialdienst und Seelsorge*

*(1) Der Patient hat das Recht auf soziale Betreuung. Der soziale Krankenhausdienst ergänzt die Krankenhausversorgung der Patienten, indem er sie über soziale Fragen berät und ihnen Hilfen nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, vermittelt. Er arbeitet mit zugelassenen Pflegediensten, mit Pflegeeinrichtungen sowie den Gemeinden und Gemeindeverbänden eng zusammen.*

*(2) (...).*

*Die Länder verfügen danach über Rechtsgrundlagen, die nach Regelungsdichte und Inhalt unterschiedlich sind. In den Ländern Bayern, Bremen, Nie-*



*dersachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein bestehen keine krankenhausrechtlichen Regelungen über den Sozialdienst im Krankenhaus. Auch in diesen Ländern existieren Sozialdienste in den Krankenhäusern. Eine gesetzliche Regelung ist danach nicht Voraussetzung für das Bestehen von Sozialdiensten.*

## **c. Regelungsgehalte**

### **aa. Verbindlichkeit**

In fast allen Ländern wird die funktionale Existenz eines sozialen Dienstes verpflichtend festgeschrieben. Dies geschieht entweder durch imperative Formulierungen („hat... zu“) oder durch imperatives Präsens („hält... vor“, „stellt... sicher“) oder mittelbar durch einen Anspruch der Patienten<sup>15</sup>. In keinem der elf Krankenhausgesetze, die den Sozialdienst regeln, ist seine Funktion fakultativ oder optional dargestellt. Daraus kann geschlossen werden, dass die Funktionen eines Sozialdienstes zu den Aufgaben gehören, die in ihrer Gesamtheit ein Krankenhaus im Sinne deutschen Rechts konstituieren. Das Schweigen der fünf anderen Krankenhausgesetze erscheint insofern nicht als beredtes Schweigen, mit dem die Landesgesetzgeber die Verzichtbarkeit des Sozialdienstes kodifizieren wollten. Deutlich wahrscheinlicher ist, dass sie eine Regelung für verzichtbar hielten, weil sie Existenz und Aufgaben des Sozialdienstes vorausgesetzt haben. Zudem sind diese Gesetze insgesamt nicht als umfassende ordnungsrechtliche Gesetze konzipiert, sondern befassen sich im Wesentlichen mit der Investitionsförderung.

### **bb. Aufgaben**

Die Aufgaben des Sozialdienstes im Krankenhaus werden in den meisten Fällen mindestens mit dem Begriffspaar „beraten und betreuen“ umschrieben<sup>16</sup>. Die Aufgabe „beraten“ wird in allen Gesetzen genannt. Sie wird in mehreren Fällen mit dem Adjektiv „sozial“ oder dem Zusatz „in sozialen Fragen“<sup>17</sup>, in einem Fall mit dem Adjektiv „psychologisch“<sup>18</sup> und einmal mit „psychosozial“<sup>19</sup> umschrieben. Zum Teil beziehen sich die Adjektive „sozial“ und „psychosozial“ auch auf „betreuen“<sup>20</sup>.

---

<sup>15</sup> § 19a ThürKG.

<sup>16</sup> § 6 Abs. 1 Satz 1 HmbKG; § 11 Abs. 1 MVKG; § 6 Abs. 1 Satz 2 HessKG; § 19a Abs. 1 Satz 1 und 2 ThürKG; § 6 Abs. 2 Satz 3 SLKG; § 31 Abs. 2 Satz 1 BWKG.

<sup>17</sup> § 11 Abs. 2 Satz 1 MVKG; § 6 Abs. 1 Satz 2 BrbKG; § 24 Abs. 1 Satz 2 LKGB; § 5 Abs. 2 Satz 2 NRWKG; § 19a Abs. 1 Satz 2 ThürKG; § 31 Abs. 2 Satz 1 BWKG.

<sup>18</sup> § 23 Abs. 6 Satz 1 SächsKG.

<sup>19</sup> § 6 Abs. 2 Satz 3 SLKG.

<sup>20</sup> § 6 Abs. 1 Satz 1 HmbKG; § 11 Abs. 1 MVKG; § 6 Abs. 1 Satz 2 HessKG; § 26 Abs. 2 Satz 2 RPKG; § 6 Abs. 2 Satz 2 SLKG

Unter Beratung ist ein zielgerichteter, interaktiver Prozess des Erteilens von Rat zu verstehen. Rat wird nicht unverlangt und generalisiert, sondern auf Bedarf und Bedürfnisse des einzelnen Rat suchenden Patienten erteilt. Dabei kann Rat auch angeboten werden. Ist die Beratung „sozial“ so bezieht sie sich auf gesellschaftliche Gegebenheiten, die insbesondere auf die Situation von kranken und genesenden, pflegebedürftigen sowie behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen bezogen sind. Soziale Beratung bezieht sich also insbesondere auf die nicht-individuellen Kontextfaktoren der Teilhabe von Menschen wie Rechtsansprüche, die soziale Infrastruktur von Diensten, Einrichtungen, Verbänden und Selbsthilfegruppen oder die Gestaltung und Anpassung von Wohnverhältnissen. Ist die Beratung nicht nur „sozial“ und ggf. auch „psychologisch“, so ist verstärkt auch auf die individuellen Kontextfaktoren wie Motivation und die Gestaltung familiärer und persönlicher Beziehungen unter den Bedingungen von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Das Adjektiv „psychosozial“ schließlich betont die Verknüpfung gesellschaftlicher und individueller Faktoren in der Konstitution von Teilhabe und Gesundheit.

Unter Betreuung ist ein Handeln für eine andere Person zu verstehen, bei dem die Interessen der betreuten Person möglichst gut und authentisch zur Geltung gebracht werden. Betreuung hat einen fürsorgerischen Aspekt, ist aber gleichwohl der Selbstbestimmung der betreuten Person verpflichtet. Auch wenn die Betreuung im Sinne der Krankenhausdienste keine rechtliche Betreuung (§ 1896 BGB) ist, so kann doch die Begriffsentwicklung des bürgerlichen Rechts von der Vormundschaft zur Betreuung auch für den hier zu Grunde zu legenden Begriffsinhalt fruchtbar gemacht werden. Mit dem Begriff der Betreuung wird deutlich gemacht, dass der Sozialdienst auch initiativ und auch für den nicht selbst handlungsfähigen Patienten des Krankenhauses tätig wird. Dies wird deutlich, wenn darauf hingewiesen wird, dass der Sozialdienst bei offenkundiger Hilflosigkeit oder mangelnder Einsichtsfähigkeit der Patienten vorsorglich tätig wird<sup>21</sup>.

Der Begriffsinhalt von „Beratung und Betreuung“ wird in mehreren Gesetzen noch weiter konkretisiert. So wird mehrfach „unterstützen“ als Aufgabe genannt und zwar „bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen“<sup>22</sup>, „bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen“<sup>23</sup>, „bei der Nachsorge“<sup>24</sup> und „bei der Vorbereitung häuslicher Pfl-

---

<sup>21</sup> § 11 Abs. 2 Satz 2 MVKG.

<sup>22</sup> § 6 Abs. 2 HmbKG; § 11 Abs. 2 Satz 1 MVKG; § 6 Abs. 1 Satz 2 BrbKG; § 24 Abs. 2 Satz 1 LKGB; § 6 Abs. 1 Satz 2 HessKG; § 23 Abs. 6 Satz 1 RPKG; § 6 Abs. 2 Satz 3 SLKG.

<sup>23</sup> § 6 Abs. 2 HmbKG; § 11 Abs. 2 Satz 1 MVKG;

<sup>24</sup> § 6 Abs. 2 HmbKG; § 11 Abs. 2 Satz 1 MVKG;

ge<sup>25</sup>. Mit Unterstützen ist ein zielgerichtetes Handeln gemeint, mit dem Handlungen, Intentionen und Interessen der Patienten verstärkt oder selbst wahrgenommen werden.

Weiterhin wird die Aufgabe des Sozialdienstes mit „vermitteln“ beschrieben. Der Sozialdienst soll vermitteln „Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen“<sup>26</sup>, „Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern“<sup>27</sup>, „geeignete Hilfen“<sup>28</sup>, „Hilfen nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen“<sup>29</sup>, „Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Eingliederung behinderter Menschen sowie von anderen geeigneten Hilfen des Sozial- und Gesundheitswesens“<sup>30</sup>, „ambulante und stationäre Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Anschluss an die Entlassung aus dem Krankenhaus“<sup>31</sup>. Unter Vermitteln ist die Herstellung der notwendigen Kontakte sowie rechtlichen, ökonomischen und sonstigen Beziehungen zwischen den Patienten und den genannten Diensten, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern zu verstehen.

Weiterhin wird die „persönliche Hilfe“ als Aufgabe des Sozialdienstes genannt<sup>32</sup>. Der Inhalt persönlicher Hilfe ist stärker den individuellen und psychologischen Kontextfaktoren von Gesundheit und Teilhabe zuzuordnen. Wird der persönlichen Hilfe das Ziel zugeordnet „durch Krankheit oder Behinderung gestörte Beziehungen des Patienten zu Familie, Beruf und Gesellschaft zu normalisieren“<sup>33</sup> so wird ein umfassender psycho-sozialer Ansatz der Hilfe deutlich.

### **cc. Entlassungsmanagement**

Viele der genannten Aufgaben des Sozialdienstes beziehen sich auf die Situation der Entlassung aus dem Krankenhaus und den nachfolgenden Übergang in andere Einrichtungen, namentlich der Rehabilitation, oder die Rückkehr in den eigenen Haushalt. In mehreren Krankenhausgesetzen sind Aufgaben des Entlassungsmanagements darüber hinaus näher beschrieben. In zwei Fällen sind diese zwar im normativen Kontext des Sozialdienstes genannt, aber als Aufgaben des Krankenhauses in-

---

<sup>25</sup> § 6 Abs. 2 Satz 3 SLKG.

<sup>26</sup> § 6 Abs. 1 Satz 2 BrbKG; § 23 Abs. 6 Satz 1 BrbKG.

<sup>27</sup> § 5 Abs. 2 Satz 2 NRWKG. Gemeint sind Hilfen nach den Büchern des Sozialgesetzbuchs.

<sup>28</sup> § 6 Abs. 1 HessKG.

<sup>29</sup> § 19a Abs. 1 Satz 2 ThürKG. Fraglich ist, ob Hilfen z.B. nach dem Sechsten, Neunten oder Zwölften Buch des Sozialgesetzbuchs durch diese Formulierung ausgeschlossen werden sollten.

<sup>30</sup> § 26 Abs. 2 Satz 2 RPKG. Die Formulierung knüpft an den bis 2001 geltenden Wortlaut von § 10 SGB I an.

<sup>31</sup> § 6 Abs. 1 Satz 3 SLKG.

<sup>32</sup> § 11 Abs. 2 Satz 1 MVKG; § 24 Abs. 2 Satz 1 LKGB.

<sup>33</sup> § 24 Abs. 2 Satz 1 BLKGB.

sgesamt definiert. In Hamburg hat das Krankenhaus zu prüfen, ob nach der Entlassung weiterer Betreuungs-, Hilfe- oder Pflegebedarf zu erwarten ist, in Absprache mit den Betroffenen entsprechende Maßnahme zu planen, die sozialrechtlichen Voraussetzungen zu prüfen, bei der Einleitung und Kostenregelung zu unterstützen und die nötigen Informationen weiterzugeben<sup>34</sup>. In Berlin hat das Krankenhaus über die Angebote der gesundheits- und sozialpflegerischen Dienste zu informieren und die soziale und pflegerische Überleitung zu übernehmen<sup>35</sup>. In diesen Normen wird deutlich, dass die sozialen, pflegerischen und ärztlichen Dienste sowie die Verwaltung des Krankenhauses zusammenwirken müssen, um diese komplexen Aufgaben zu erfüllen. In Baden-Württemberg wird dem sozialen Dienst die weit gehende Aufgabe übertragen, dafür zu sorgen, dass nach der Entlassung des Patienten die zu seiner Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden<sup>36</sup>.

#### **dd. Kooperation**

In mehreren Krankenhausgesetzen wird ausdrücklich festgehalten, dass der Sozialdienst durch seine Tätigkeit den ärztlichen und pflegerischen Dienst ergänzt<sup>37</sup>. Damit wird die Kooperation innerhalb des Krankenhauses angesprochen. Der Sozialdienst soll im Übrigen mit sozialen Diensten außerhalb des Krankenhauses<sup>38</sup>, Diensten und Einrichtungen der Pflege<sup>39</sup> sowie Gemeinden und Gemeindeverbänden<sup>40</sup> kooperieren. Im Saarland ist der Sozialdienst verpflichtet, bei Hinweisen auf Bedarf bei der Pflegekasse eine Begutachtung durch den MDK nach § 18 Abs. 3 SGB XI zu veranlassen<sup>41</sup>. Im Übrigen implizieren die Pflichten zur Vermittlung und Unterstützung die Kooperation mit den genannten Diensten, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern.

#### **ee. Organisation**

Wenige Krankenhausgesetze machen inhaltliche Aussagen zur Organisation des Sozialdienstes. In Hamburg ist geregelt, dass er krankenhausesintern oder krankenhausextern organisiert werden darf, ein krankenhausesinterner Sozialdienst rechtlich unselbstständiger, gegebenenfalls zentralisierter Teil des Krankenhauses sein muss<sup>42</sup>. In Rheinland-Pfalz ist geregelt, dass benachbarte Krankenhäuser mit jeweils

---

<sup>34</sup> § 6 Abs. 3 HmbKG.

<sup>35</sup> § 24 Abs. 4 LKGB.

<sup>36</sup> § 31 Abs. 2 Satz 2 BWKG.

<sup>37</sup> § 6 Abs. 2 HmbKG; § 11 Abs. 2 Satz 1 MVKG; § 6 Abs. 1 Satz 2 BrbKG; § 24 Abs. 2 LKGB; § 6 Abs. 1 Satz 1 HessKG; § 19a Abs. 1 Satz 2 ThürKG; § 26 Abs. 2 Satz 1 RPKG; § 6 Abs. 2 Satz 1 SLKG;

<sup>38</sup> § 6 Abs. 1 Satz 1 BrbKG; § 26 Abs. 2 Satz 3 RPKG.

<sup>39</sup> § 19a Abs. 1 ThürKG.

<sup>40</sup> § 19a Abs. 1 ThürKG.

<sup>41</sup> § 6 Abs. 2 Satz 4 SLKG.

<sup>42</sup> § 6 Abs. 1 Satz 2 und 3 HmbKG.

weniger als 250 Planbetten einen gemeinsamen Sozialdienst einrichten können<sup>43</sup>, während im Saarland ausdrücklich jedes Krankenhaus einen eigenen Sozialdienst einzurichten hat<sup>44</sup>. In Baden-Württemberg ist dem Sozialdienst die Pflegeüberleitung zugeordnet<sup>45</sup>, dies ist im Kontext der weiten Aufgabenbeschreibung zu verstehen. Im Übrigen lassen die Krankenhausgesetze die Organisation offen und geben den Krankenhäusern nur auf, den Sozialdienst einzurichten bzw. sicherzustellen.

#### **ff. Beschäftigte, Berufsgruppen**

Nur in Sachsen ist im Gesetz festgehalten, dass für jeweils 400 Patienten in der Regel mindestens ein hauptamtlicher Mitarbeiter des Sozialdienstes vorzusehen ist<sup>46</sup>. In Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern ist festgeschrieben, dass die Aufgaben des Sozialdienstes durch „geeignete Fachkräfte“ zu erfüllen sind<sup>47</sup>. In Berlin und im Saarland ist festgeschrieben, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter einzusetzen sind<sup>48</sup>; im Saarland sind auch Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen genannt. Der Verweis auf geeignete Fachkräfte kann so verstanden werden, dass die Aufgaben des Sozialdienstes eine eigene Fachlichkeit erfordern und nicht von anderen Kräften des Krankenhauses – Verwaltung, ärztlicher Dienst, pflegerischer Dienst – ohne weitere Qualifikation erledigt werden können. In zwei Ländern – Berlin und Saarland – ist die benötigte Fachlichkeit durch den Hinweis auf Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter konkretisiert. Vergleicht man die gesetzlichen Aufgaben des Sozialdienstes mit den Ausbildungsinhalten und Qualifikationen in Betracht kommender Berufsgruppen, so ist die Übereinstimmung mit Ausbildungsordnungen der Sozialen Arbeit hoch. Sie beinhalten Beratungskompetenzen, sozialrechtliche Inhalte, allgemeine Kenntnisse des Sozialsystems und eine allgemeine Orientierung in der Gesellschaft. Nicht ohne weiteres vorauszusetzen sind in der Sozialen Arbeit genauere Kenntnisse des Gesundheitssystems, des auf die gesundheitliche, pflegerische und rehabilitative Versorgung bezogenen Sozialrechts und der Institutionen der Pflege sowie der gesundheitlichen, rehabilitativen und pflegerischen Bedarfsfeststellung. Insgesamt wird deutlich, dass in den Sozialdiensten als geeignete Fachkräfte Berufsangehörige der Sozialen Arbeit beschäftigt werden sollten. Um die Aufgaben der Sozialdienste im Ganzen erfüllen zu können, ist es notwendig, dass Qualifikationen

---

<sup>43</sup> § 26 Abs. 1 Satz 2 RPKG.

<sup>44</sup> § 6 Abs. 1 Satz 1 SLKG.

<sup>45</sup> § 31 Abs. 1 Satz 1 BWKG.

<sup>46</sup> § 23 Abs. 6 Satz 2 SächsKG.

<sup>47</sup> § 6 Abs. 1 Satz 1 HmbKG; § 11 Abs. 1 MVKG.

<sup>48</sup> § 24 Abs. 2 Satz 2 LKGB; § 6 Abs. 1 Satz 2 SLKG.

vorhanden sind, die nach den Ausbildungsordnungen der Sozialen Arbeit bei Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern nicht in jedem Fall vorausgesetzt werden können. Es bedarf daher des Erwerbs zusätzlicher Qualifikationen. Diese können – etwa im Sozialrecht – überwiegend an die Ausbildungsordnungen der Sozialen Arbeit anschließen. Insbesondere wegen der erforderlichen Kenntnisse der Pflege und des pflegerischen Bedarfs erscheint es zudem sinnvoll und geboten, Angehörige der Pflegeberufe im Rahmen interdisziplinärer Teams in die Arbeit der Sozialdienste einzubeziehen. Auch Absolventinnen und Absolventen von Studiengängen der Pflegewissenschaft, des Pflegemanagements und der Gesundheitswissenschaft können für die Aufgaben des Sozialdienstes qualifiziert sein.

## **2. Heimrecht**

Das Recht der Heime ist seit der Reform der bundesstaatlichen Ordnung 2006 in der Kompetenz der Länder (Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG). Bis zur Regelung durch Landesrecht gilt das Heimgesetz des Bundes fort (Art. 125a GG).

In § 11 Abs. 1 Nr. 2 HeimG wird gefordert, dass ein Heim für behinderte Menschen die pflegerische und die sozialpädagogische Betreuung sicherzustellen hat. In der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV) wird gefordert, dass der Heimleiter eine Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheitswesen oder Sozialwesen oder in einem kaufmännischen Beruf oder in der öffentlichen Verwaltung mit staatlich anerkanntem Abschluss vorweisen kann (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 HeimPersV). Als Leiter des Pflegedienstes sind nach § 4 Abs: 2 Satz 1 HeimPersV Personen geeignet, die eine Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen mit staatlich anerkanntem Abschluss nachweisen können. Dazu können staatlich anerkannte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter gehören. Nach §§ 5, 6 HeimPersV dürfen betreuende Tätigkeiten nur unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. In den meisten Heimen bedeutet dies, dass jede zweite beschäftigte Person eine Fachkraft sein muss (§ 5 Abs. 1 Satz 2 HeimPersV).

## **3. Recht des öffentlichen Gesundheitsdienstes**

Der öffentliche Gesundheitsdienst als staatliche und kommunale Funktion wird durch Landesrecht eingerichtet und geregelt<sup>49</sup>. Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere

---

<sup>49</sup> Baden-Württembergisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG BW) vom 12.12.1994, GBl. 663; Bayerisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (GDVG) vom 24. Juli 2003, GVBl. 2003, 452; Berliner Ge-

Beratung, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsschutz und Gesundheitshilfe, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung, Infektionsschutz sowie die Überwachung von Angehörigen der Heilberufe, von Leistungen und Einrichtungen,<sup>50</sup>. Die Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind verpflichtet, dafür zu sorgen, dass seine Aufgaben durch qualifizierte Mitarbeiter der erforderlichen verschiedenen Fachrichtungen wahrgenommen werden, wie auch in mehreren Gesetzen explizit ausgeführt ist<sup>51</sup>. Namentlich erwähnt sind zumeist Ärztinnen und Ärzte. Da insbesondere Gesundheitsschutz, Gesundheitshilfe und Gesundheitsberichterstattung auch Kompetenzen aus dem Bereich der Sozialen Arbeit voraussetzen, ist die Beschäftigung von Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit naheliegend, wenn auch in keiner der gesetzlichen Grundlagen des öffentlichen Gesundheitsdienstes explizit erwähnt.

### III. Soziale Arbeit als Funktion im Sozialrecht

Im sozialrechtlich geregelten Kontext können Berufsangehörige der Sozialen Arbeit als Beschäftigte von Sozialleistungsträgern oder von Leistungserbringern tätig werden. Sie können dabei unmittelbar Leistungsansprüche erfüllen helfen oder Verpflichtungen erfüllen, die zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern geregelt sind. Der Beruf der Sozialen Arbeit wird im Sozialgesetzbuch nur in § 7a Abs. 3 Satz 2 SGB XI im Kontext der Pflegeberatung, in § 61 Abs. 2 SGB IX durch die Hinweispflicht auf Beratungsangebote sowie im Kinder- und Jugendhilferecht mit den Leistungsformen der Jugendsozialarbeit (§ 13 SGB VIII), der sozialpädagogischen Familienhilfe (§ 31 SGB VIII) und der intensiven sozialpädagogischen Einzelbetreuung (§

---

setzung über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) vom 25.5.2006, GVOBl. 450; Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (BbgGDG) vom 23.4.2008, GVBl. 95; Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen (ÖGDG HB) vom 27.3.1995, GBl. 175, 366; Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) vom 28.9.2007, GVBl. I, 659; Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (HmbGDG) vom 18.7.2001, HmbGVBl. 201; Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V) vom 19.7.1994, GVOBl. M-V, 747; Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) vom 24.3.2006, Nds. GVBl. 178; Nordrhein-Westfälisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW) vom 25.11.1997, GV NW 430; Rheinland-Pfälzisches Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGdG R-P) vom 17.11.1995, GVBl. 485; Saarländisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG SL) vom 19.5.1999, ABl. 844; Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt (GDG LSA) vom 21.11.1997, GVBl. LSA 1023; Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG) vom 11.12.1991, GVBl. 413; Schleswig-Holsteinisches Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG SH) vom 14.12.2001, GVOBl. 398; Thüringer Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 8.8.1990 (GBl. I 1068).

<sup>50</sup> § 1 ÖGDG BW; Art. 1 Abs. 3 Nr. 1, Art. 13-18 GDVG; § 1 GDG; § 1 BbgGDG; §§ 1, 2 ÖGDG HB; § 1 HGöGD; § 2 HmbGDG; § 1 Abs.2 ÖGDG M-V; § 1 NGöGD; § 2 ÖGDG NRW; § 1 ÖGdG R-P; § 1 GDG LSA; § 1 ÖGDG SL; § 1 SächsGDG; § 1 GDG SH;

<sup>51</sup> § 1 Abs. 4 Satz 1 ÖGDG M-V; § 3 Abs. 1, 2 GDG; § 2 Abs. 4 BbgGDG; § 3 Abs. 3 HGöGD; § 2 Abs. 2 NGöGD; § 22 ÖGDG NW

35 SGB VIII) erwähnt. An verschiedenen Stellen wird jedoch auf Funktionen Bezug genommen, die von Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit ausgefüllt werden können.

## **1. Verfahrensrecht**

### **a. Sachverhaltsermittlung**

Sozialleistungsträger sind verpflichtet, den Sachverhalt im Verwaltungsverfahren von Amts wegen zu ermitteln und dabei alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu ermitteln (§ 20 Abs. 1 und 2 SGB X). Daraus ergibt sich, dass Sozialleistungsträger Personal benötigen, das in der Lage ist, qualifiziert den Sachverhalt zu ermitteln. Beziehen sich Tatbestände des Sozialrechts auf gesundheitsbezogene Leistungen z.B. der Prävention, Krankenbehandlung, Pflege oder medizinischen Rehabilitation, so müssen Mitarbeiter der Sozialleistungsträger zur Amtsermittlung in diesen Bereichen und zur Bewertung entsprechender Tatbestände in der Lage sein. Insbesondere bei Prävention, Pflege und medizinischer Rehabilitation sind hierfür nicht nur medizinische und psychologische Kenntnisse, sondern auch Kenntnisse der sozialen Kontextfaktoren menschlicher Gesundheit erforderlich. Berufsangehörige der Sozialen Arbeit haben als Bestandteil ihrer Ausbildung Kenntnisse im Sozialrecht und im Verwaltungsrecht zu erwerben; in einigen Bundesländern haben sie auch ein Praktikum in der Verwaltung abzuleisten. Entsprechend könnten sie befähigt sein, im Verwaltungsverfahren über gesundheitsbezogene Leistungen für Sozialleistungsträger tätig zu werden.

Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen (§ 275 Abs. 5 SGB V). Hierzu gehören Berufsangehörige der Sozialen Arbeit nicht. In § 18 Abs. 7 SGB XI sind für den Bereich der Pflegeversicherung ausdrücklich Angehörige der Pflegeberufe einbezogen; diese sind auch berufsrechtlich als Heilberufe anerkannt. Damit können Angehörige der Sozialen Arbeit in die Arbeit des MDK nur *praeter legem* aus Erwägungen der Zweckmäßigkeit einbezogen werden; ob diese Rechtslage im Hinblick auf die Teilhabeorientierung insbesondere der medizinischen Rehabilitation sinnvoll ist, kann bezweifelt werden. Für die medizinischen und anderen Fachdienste anderer Sozialleistungsträger bestehen keine gesetzlichen Festlegungen. In ihre Arbeit können Berufsangehörige der Sozialen Arbeit nach Zweckmäßigkeit einbezogen werden, die sich aus den gesetzlichen Aufgaben der Träger ergibt.



## **b. Auskunft, Beratung, Unterstützung**

Um das Verwaltungsverfahren der Sozialleistungsträger vorzubereiten und die Sozialleistungen für die Leistungsberechtigten zu erschließen, bestehen umfangreiche Auskunfts- und Beratungspflichten. Alle Sozialleistungsträger haben die allgemeine Beratungspflicht (§ 14 SGB I). Eine besondere trägerübergreifende Auskunftspflicht haben die Kranken- und Pflegekassen sowie nach Landesrecht bestimmte Stellen (§ 15 SGB I). Weit reichende Pflichten zu Auskunft, Beratung und Unterstützung haben für die Leistungen zur Teilhabe die gemeinsamen Servicestellen (§ 22 Abs. 1 SGB IX) und alle Rehabilitationsträger (§ 22 Abs. 2 SGB IX). Für die Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf besteht zudem der Anspruch auf Pflegeberatung gegen die Pflegekasse (§ 7a SGB XI).

Für die allgemeinen Auskunfts- und Beratungspflichten bestehen keine gesetzlichen Festlegungen. Hier kann festgestellt werden, dass Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit in ihrer Ausbildung Beratungskompetenzen sowie sozialrechtliche Inhalte vermittelt werden, so dass sie dafür in Betracht kommen, entsprechende Aufgaben der Sozialleistungsträger auszuführen.

Für die Pflegeberatung wird explizit im Gesetz ausgeführt, dass qualifiziertes Personal insbesondere aus Pflegefachkräften, Sozialversicherungsfachangestellten oder Sozialarbeitern mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation bestehen kann (§ 7a Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Der Hinweis auf eine jeweils erforderliche Zusatzqualifikation zeigt, dass der Gesetzgeber keine dieser drei Berufsgruppen von vornherein für uneingeschränkt geeignet hält, Personen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf zu beraten. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist die Konkretisierung der erforderlichen Qualifikation aufgegeben (§ 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI). In den vorgelegten Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes<sup>52</sup> wird ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit als mögliche Grundqualifikation genannt (§ 2 Satz 1). Unabhängig von der Grundqualifikation werden der Nachweis von Kenntnissen über Pflegefachwissen, Case Management und Recht (§ 4) sowie ein Pflegepraktikum (§ 5) verlangt.

Für die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger wird verlangt, dass besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts und der Praxis eingesetzt wird (§ 23 Abs. 3 Satz 2 SGB IX). Nach

---

<sup>52</sup> Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29.8.2008.

der Rahmenvereinbarung der Rehabilitationsträger<sup>53</sup> sollen die Team-Mitglieder einer Servicestelle über Fachkompetenz, Beratungskompetenz, Sozialkompetenz, Selbstkompetenz und Methodenkompetenz verfügen (Ziffer 4). Entgegen der gesetzlichen Wertung werden dabei „trägerübergreifende Grundkenntnisse im Recht der Rehabilitation und Teilhabe“ für ausreichend gehalten. Berufsangehörige der Sozialen Arbeit kommen als Servicestellenmitarbeiter in Betracht.

## 2. Leistungsrecht

Das Sozialleistungsrecht definiert Leistungen primär nach ihren Inhalten und Zwecken. Dabei wird im Bereich der gesundheitsbezogenen Leistungen auch auf bestimmte Berufsgruppen Bezug genommen, insbesondere bei den ärztlichen Leistungen (§§ 15 Abs. 1, 28 Abs. 1 SGB V, § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX) und zahnärztlichen Leistungen (§§ 15 Abs. 1, 28 Abs. 2 SGB V, § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX), denen auch Leistungen anderer Personen zugeordnet sind, soweit sie vom Arzt oder Zahnarzt angeordnet und von ihm verantwortet sind. Weitere Berufsgruppen, die im Sozialleistungsrecht in Bezug genommen werden, sind „geeignete Pflegekräfte“ zur Ausführung der häuslichen Krankenpflege (§ 37 Abs. SGB V) und der häuslichen Pflegehilfe (§ 36 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) sowie Hebammen (§ 196 RVO).

Leistungen der Sozialen Arbeit werden im Leistungsrecht nicht explizit genannt. Im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es jedoch zahlreiche Hinweise darauf, dass Gesundheit, Krankheit und Behinderung in ihren sozialen Bezügen zu betrachten und zu behandeln sind. So sollen Leistungen der primären Prävention einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit der Gesundheitschancen erbringen (§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung beruhen darauf, die gesundheitliche Situation in Betrieben zu erheben und die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken (§ 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V), Leistungen der Soziotherapie dienen der Anleitung und Motivation zu ärztlichen oder ärztlich verordneten Leistungen (§ 37a Abs. 1 Satz 2 SGB V) ebenso wie sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen umfassen auch psychosoziale Leistungen (§ 43a SGB V).

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX) bei allen möglichen Leistungsträgern – Rentenversicherung, Krankenkasse, Unfallversicherung, soziale

---

<sup>53</sup> BAR-Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen, in Kraft getreten am 1.1.2008.

Entschädigung, Kinder- und Jugendhilfe, Sozialhilfe – sind bereits durch den Bezug auf Behinderung und drohende Behinderung auch auf soziale Kontextfaktoren auszurichten. Behinderung ist in § 2 Abs. 1 SGB IX durch eine Störung der Teilhabe in Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung definiert. Entsprechend kann Behinderung nur erkannt und eine ihr adäquate Rehabilitation geleistet werden, wenn das Zusammenwirken von Gesundheitsbeeinträchtigung, individuellen und sozialen Kontextfaktoren in der Teilhabestörung bearbeitet wird.

Dies wird dadurch verdeutlicht, dass sie auch psychologische und pädagogische Hilfen zur Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, zur Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen, zur Information von Partnern, Angehörigen, Vorgesetzten und Kollegen, die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten, zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung sozialer Kompetenz, zum Training lebenspraktischer Fähigkeiten und zur Anleitung und Motivation umfassen (§ 26 Abs. 3 SGB IX). Diese Leistungsinhalte gehören zu typischen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit. Dem steht nicht entgegen, dass sie im Gesetz als psychologische und pädagogische Hilfen bezeichnet sind, da die Ausbildungsordnungen der Sozialen Arbeit in aller Regel psychologische und pädagogische Ausbildungsinhalte umfassen.

Im Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung ist in § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI nur für die vollstationäre Pflege festgeschrieben, dass zum Leistungsinhalt auch die soziale Betreuung der Versicherten gehört. Dieser Leistungsinhalt gehört zu einem typischen Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit, er geht nicht in den pflegerischen Leistungen auf.

### **3. Leistungserbringungsrecht**

Überwiegend wird im Leistungserbringungsrecht definiert, welche Berufsgruppen zur Erbringung der Sozialleistungen tätig werden können und dürfen. Dies kann gesetzlich oder erst durch untergesetzliche Normen erfolgen. Letztere können auf ihre Vereinbarkeit mit dem Gesetzesrecht überprüft werden.

#### **a. Gesetzliche Festlegungen**

So bezieht sich das Leistungserbringungsrecht für Heilmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung auf das Berufsrecht in den Bereichen insbesondere der physikalischen Therapie, Sprachtherapie oder Egotherapie (§ 124 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1 SGB V).

Bei der Definition von Einrichtungen und Diensten im Leistungserbringungsrecht wird bei Krankenhäusern festgeschrieben, dass sie fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen (§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) und dass Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal verfügbar ist (§ 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist dies auch im Krankenversicherungsrecht offener formuliert, indem diese Einrichtungen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen sollen und über besonders geschultes Personal verfügen (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Pflegedienste und Pflegeheime müssen in der Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen (§ 71 Abs. 1 und 2 SGB XI); dabei kann es sich um Berufsangehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege handeln (§ 71 Abs. 3 SGB XI). Der Personaleinsatz kann in Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 SGB XI zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen näher konkretisiert werden. Die Pflegesätze der Pflegeheime umfassen nach § 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI auch die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die soziale Betreuung, sie sind in Pflegesatzvereinbarungen nach § 85 Abs. 2 SGB XI unter Beteiligung des Heimträgers, der Pflegekassen und des Trägers der Sozialhilfe zu vereinbaren.

Die gesetzlichen Grundlagen der Krankenhausversorgung regeln auch die Inhalte der Verträge zwischen Krankenhäusern und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen. Hier ist festgeschrieben, dass die Verträge zwischen den Landeskrankengesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen insbesondere die soziale Beratung und Betreuung der Versicherten im Krankenhaus (§ 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V) und den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege (§ 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V) regeln sollen. Weitere durch ihre Funktion beschriebene Leistungserbringer im Krankenversicherungsrecht sind sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) sowie geeignete Personen und Einrichtungen für die Versorgung mit Soziotherapie (§ 132b SGB V) und mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen (§ 132c SGB V). Auf die sozialpädiatrischen Zentren wird auch in der Frühförderverordnung (§ 4 FrühV) als Leistungserbringer Bezug genommen.

## **b. Untergesetzliche Konkretisierungen**

### **aa. Verträge nach § 112 Abs. 2 Nr. 4 und 5 SGB V**

Die Verträge nach § 112 SGB V sind unmittelbar bindende öffentlich-rechtliche Normenverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften. Bei Nichteinigung kann an Stelle der Verträge ein Spruch der Landesschiedsstelle treten (§§ 112 Abs. 3, 114 SGB V). Bei den Verträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V sind die Spitzenverbände der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beteiligen (§ 112 Abs. 6 SGB V). Nach § 112 Abs. 5 SGB V vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge. Diese sind nicht bindend, zeigen aber einen bundeseinheitlichen Rahmen auf. Dies ist insofern nötig, als die Verträge mittelbar den bundeseinheitlich geltenden Leistungsanspruch der Versicherten nach § 39 SGB V konkretisieren. Maßstab für die Rechtmäßigkeit der Landesverträge ist insoweit, ob sie dem bundesrechtlichen Auftrag zu einer Konkretisierung der sozialen Betreuung und Überleitung gerecht werden und dabei den Leistungsanspruch auf Krankenhausbehandlung angemessen konkretisieren. Dabei kann nicht davon abgesehen werden, dass Krankenhäuser nach dem Landesrecht der meisten Länder einen Sozialdienst sicherzustellen zu haben und dass der Gesetzgeber selbst in § 112 Abs. 2 SGB V zum Ausdruck gebracht hat, dass im Rahmen des Krankenversicherungsrechts eine Beratung und Betreuung vorzunehmen ist; hinzu kommt die Pflicht der Krankenhäuser zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V. Insofern sind die Vertragspartner auf Landesebene nicht frei, auf die Konkretisierung nach § 112 Abs. 2 Nr. 4 und 5 SGB V zu verzichten. Sie sind auch nicht berechtigt, diese Konkretisierung unterhalb eines Standards vorzunehmen, der durch §§ 39, 11 Abs. 4 SGB V vorgegeben ist. Die rechtliche Kontrolle dieses Maßstabs kann durch die Schiedsstellen nach § 114 SGB V und im Anschluss durch die Sozialgerichtsbarkeit erfolgen. Im Übrigen sind die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder (§ 208 SGB V) berufen, diesen im Rahmen ihrer Aufsicht über die Landesverbände der Krankenkassen durchzusetzen.

Die Rahmenempfehlungen zu § 112 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind am 27.11.1990 unterzeichnet worden und in Kraft getreten. In der Rahmenempfehlung zu § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V wird festgeschrieben, dass die Krankenhausbehandlung auch die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus umfasst, soweit die

Aufgaben nicht durch andere Stellen wahrgenommen werden (§ 2 Abs. 1). Diese Formulierung ist nicht im Sinne einer Subsidiarität zu verstehen. Sie stellt vielmehr klar, dass das Krankenhaus verpflichtet ist, die soziale Betreuung und Beratung zu gewährleisten, dies aber nicht in jedem Fall durch eigene Kräfte zu tun hat. Die im Krankenhaus für die soziale Betreuung und Beratung der Patienten zuständige Stelle soll die Einleitung von medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitationsmaßnahmen anregen (§ 2 Abs. 3) und mit dem sozialen Dienst bzw. dem Rehabilitationsberater der Krankenkasse zusammenzuarbeiten (§ 3 Satz 1). Diese Regelungen setzen voraus, dass eine zuständige Stelle in jedem Krankenhaus existiert. Auch daraus wird deutlich, dass § 2 Abs. 1 keinen Verzicht auf eine zuständige Stelle ermöglicht. Vielmehr ist eine zuständige Stelle – konkret: ein Sozialdienst – erforderlich, um die nach der Rahmempfehlung einzugehenden Verpflichtungen zu erfüllen. In der Rahmenempfehlung zum nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die Rehabilitation sind Beratungsziele (§ 2) und Beratungsanlässe (§ 3) festgehalten. Als mögliche Beratungseinrichtungen und –stellen werden insbesondere das Krankenhaus und seine für die Beratung und Betreuung zuständige Stelle genannt (§ 4). Zum nahtlosen Übergang in Pflege liegt keine Rahmenempfehlung vor. Über die bei der zuständigen Stelle tätigen Personen ist keine Aussage in der Rahmenempfehlung vorhanden, doch kann aus den Aufgaben geschlossen werden, dass diese Personen allgemeine Beratungs- und Betreuungskompetenzen haben müssen und im Besonderen Kenntnisse von Leistungen und System der Rehabilitation und Teilhabe haben müssen.

Die in den Ländern geschlossenen Verträge wiederholen im Wesentlichen den Inhalt der Rahmenempfehlungen. In Niedersachsen sind die Materien nach § 112 SGB V in einem Vertrag geregelt, inhaltliche Besonderheiten bestehen nicht. In Hessen ist der Vertrag über die soziale Beratung und Betreuung ausführlicher als die Rahmenempfehlung ausgestaltet. Dort ist die soziale Beratung und Betreuung konkretisiert (§ 2 Satz 2). Danach gehören dazu insbesondere die Kontaktaufnahme mit dem Patienten im persönlichen Gespräch, die Sozialanamnese und die Beteiligung an daraus abgeleiteter Soziotherapie, das Angebot persönlicher Hilfe und Beratung, die Beratung von Angehörigen und Bezugspersonen, die Unterstützung der Patienten im Zusammenhang mit ihrer Entlassung, die Vermittlung notwendiger Verlegungen und die Einleitung und Vermittlung von sozialen und wirtschaftlichen Hilfen. Auch der Fachkraftbedarf für die soziale Beratung und Betreuung wird konkretisiert (§ 4): Danach

werden im somatischen Bereich (in Vollzeit, 38,5 h) eine Fachkraft für 230 durchschnittlich belegte Betten und eine Schreibkraft auf drei Fachkräfte empfohlen.

In Baden-Württemberg wird im Vertrag über soziale Betreuung und Beratung ausdrücklich auf den sozialen Krankenhausdienst und seine Aufgaben nach § 31 LKG BW als einzig verantwortliche Stelle Bezug genommen (§§ 3, 4).

Zum Teil wird auch auf den Übergang zur Pflege Bezug genommen (Saarland), ohne jedoch inhaltlich neue Aussagen hinzuzufügen. In Baden-Württemberg, Bayern, Bremen und Hessen wird der nahtlose Übergang zur Pflege in einem eigenen Vertrag geregelt, in dem der Sozialdienst im Krankenhaus als verantwortliche Stelle erwähnt wird (§ 5 Abs. 3; § 3 Abs. 1; § 5 Abs. 3 lit. a; § 5 Abs. 3). In dem Baden-Württembergischen und dem Bayerischen Vertrag zum Übergang zur Rehabilitation wird der Soziale Krankenhausdienst eigens erwähnt (jeweils § 4 Abs. 1) und in Bayern in einer Protokollnotiz weiter so hervorgehoben, dass er „insbesondere“ bei der Beratung des Patienten eingesetzt werden solle. In Bayern besteht auch eine Ergänzungsvereinbarung, die den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur geriatrischen Rehabilitation regelt.

### **bb. Soziotherapie**

Die Krankenkassen schließen nach § 132b SGB V Verträge mit geeigneten Leistungserbringern der Soziotherapie. Bis zum 30.6.2007 waren die Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132b Abs. 2 SGB V verpflichtet, Anforderungen an die Eignung der Leistungserbringer in gemeinsamen Empfehlungen zu konkretisieren. Diese Norm ist durch das GKV-WSG aufgehoben worden.

In den Empfehlungen vom 29.11.2001 hatten die Spitzenverbände Diplom-Sozialarbeiter und Sozialpädagogen zusammen mit Fachkrankenschwestern für Psychiatrie als mögliche Leistungserbringer definiert (2.1.), die zusätzliche Kenntnisse im psychiatrischen, soziotherapeutischen und rechtlichen Bereich nachweisen mussten (2.3.).

Die Empfehlungen der Spitzenverbände waren auch vor Aufhebung von § 132b Abs. 2 SGB V keine bindende Norm. Sie konnten aber als legitimierte fachliche Empfehlungen das Ermessen der Krankenkassen beim Vertragsabschluss binden, indem sie Kriterien der Geeignetheit vorgaben. Bei Eignung der Leistungserbringer besteht im Lichte der Berufsfreiheit ein Anspruch auf Vertragsabschluss. Solange keine neuen fachlich begründeten Kriterien der Geeignetheit vorliegen, können die Empfehlungen auch weiterhin zumindest Indizwirkung entfalten, da insbesondere Berufsangehörige

der Sozialen Arbeit mit entsprechenden zusätzlichen Kenntnissen qualifiziert sind, die Soziotherapie nach § 37a SGB V zu erbringen.

### **cc. Sozialmedizinische Nachsorge**

Die Krankenkassen schließen nach § 132c SGB V Verträge mit geeigneten Leistungserbringern der sozialmedizinischen Nachsorge für chronisch kranke und schwerstkranke Kinder nach § 43 Abs. 2 SGB V. Bis zum 30.6.2007 waren die Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132c Abs. 2 SGB V verpflichtet, Anforderungen an die Eignung der Leistungserbringer in gemeinsamen Empfehlungen zu konkretisieren. Diese Norm ist durch das GKV-WSG aufgehoben worden.

In den Empfehlungen vom 1.7.2005 in der Fassung vom 30.6.2008 hatten die Spitzenverbände Diplom-Sozialarbeiter und Sozialpädagogen zusammen mit Kinderkrankenschwestern/ Kinderkrankenpflegern, Diplom-Psychologen/-Psychologinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin als mögliche Leistungserbringer definiert (1.2.1.), die zusätzliche Kenntnisse im verhaltensmedizinischen und rechtlichen Bereich nachweisen mussten (2.3.).

Die Empfehlungen der Spitzenverbände waren auch vor Aufhebung von § 132c Abs. 2 SGB V keine bindende Norm. Sie konnten aber als legitimierte fachliche Empfehlungen das Ermessen der Krankenkassen beim Vertragsabschluss binden, indem sie Kriterien der Geeignetheit vorgaben. Bei Eignung der Leistungserbringer besteht im Lichte der Berufsfreiheit ein Anspruch auf Vertragsabschluss. Solange keine neuen fachlich begründeten Kriterien der Geeignetheit vorliegen, können die Empfehlungen auch weiterhin zumindest Indizwirkung entfalten, da insbesondere Berufsangehörige der Sozialen Arbeit mit entsprechenden zusätzlichen Kenntnissen qualifiziert sind, die sozialmedizinische Nachsorge für chronisch kranke und schwerstkranke Kinder nach § 43 Abs. 2 SGB V zu erbringen.

### **dd. Sozialpädiatrie**

Zu den Leistungen der Krankenkassen gehören nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen einschließlich psychosozialer Leistungen (§ 43a SGB V), die im Rahmen der Frühförderung und Früherkennung (§ 30 SGB IX; § 5 Abs. 1 Nr. 2 FrühV) als Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX) auch im Rahmen von Komplexleistungen erbracht werden. Mit den Diensten und Einrichtungen, insbesondere sozialpädiatrischen Zentren (§ 4 FrühV), hat die Krankenkasse Verträge nach § 21 Abs. 1 SGB IX abzuschließen. Über deren Inhalte können die Rehabilitationsträger gemeinsame Empfehlungen beschließen und Rahmenverträge mit den Arbeits-



gemeinschaften der Dienste und Einrichtungen abschließen (§ 21 Abs. 2 SGB IX). Hierin könnte Näheres über die Qualifikation der Leistungserbringer und Beschäftigten der SPZ vereinbart werden. Entsprechende Regelungen bestehen noch nicht.

#### **ee. Präventionsleistungen nach § 20 SGB V**

Für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur primären Prävention ist ein kollektivvertragliches Leistungserbringungsrecht nicht vorgesehen. Leistungserbringer schließen einzelne Verträge mit den jeweiligen Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen der primären Prävention (§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Dieses Papier<sup>54</sup> hat nicht die Bindungswirkung kollektivvertraglicher Regelungen, sondern nur Empfehlungswirkung. Gleichwohl ist es zur Konkretisierung der Pflicht zu ausreichender und wirtschaftlicher Leistungserbringung (§ 12 SGB V) nicht unbeachtlich. Danach werden für Präventionsmaßnahmen zum verantwortlichen Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln (Ziffern 5.2.4., 6.2.4.) „Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich psychosoziale Gesundheit, insbesondere (...) Diplom-Sozialarbeiter (...) mit gültiger Zusatzqualifikation im jeweiligen Bereich der Suchtprävention“ als geeignet angesehen.

#### **ee. Rahmenverträge nach § 21 Abs. 2 SGB IX**

Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehören auch psychologische und pädagogische Hilfen. Diese können im Rahmen von Einrichtungen und Diensten der medizinischen Rehabilitation (§ 19 Abs. 4 SGB IX) bereitgestellt werden. Die Rehabilitationsträger schließen mit diesen Verträge ab (§ 21 Abs. 1 SGB IX), über deren Inhalt gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger beschlossen werden können (§ 21 Abs. 2 SGB IX). Die Rehabilitationsträger können mit Arbeitsgemeinschaften der Dienste und Einrichtungen Rahmenverträge abschließen (§ 21 Abs. 2 SGB IX)<sup>55</sup>. In diesen Rahmenverträgen könnte Näheres über die Qualifikation der Leistungserbringer und Beschäftigten geregelt werden. Entsprechende Rahmenverträge bestehen bisher nicht.

---

<sup>54</sup> Gemeinsame und einheitliche Empfehlungen und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21.6.2000 in der Fassung vom 12.9.2003.

<sup>55</sup> Vgl. zum Ganzen: Harry Fuchs/ Felix Welti, Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX, Die Rehabilitation 2007, 111 ff.

## **ff. Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI**

In Rahmenverträgen über die pflegerische Versorgung vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen (§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Diese Verträge regeln auch insbesondere Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen (§ 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI). Über den Inhalt der Rahmenverträge geben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Empfehlungen ab (§ 75 Abs. 6 Satz 1 SGB XI). Sie sollen dabei eng mit den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen zusammenarbeiten (§ 75 Abs. 6 Satz 2 SGB XI).

In den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen zur ambulanten pflegerischen Versorgung vom 13.2.1995 (§ 18) und zur vollstationären Pflege vom 25.11.1996 (§ 21) wird zur Qualifikation des Personals jeweils auf die Regelungen der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI verwiesen. Diese Norm ist inzwischen aufgehoben, die nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehenen Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI sind jedoch noch nicht vereinbart worden. In den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10.7.1995 wird das Thema der sozialen Beratung und Betreuung nicht angesprochen. In den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 7.3.1996 wird erwähnt, dass eine vollstationäre Pflegeeinrichtung Beratungsangebote vorzuhalten hat (3.2.1.) sowie dass sie die soziale Integration des Bewohners in das örtliche Gemeinwesen zu fördern hat (3.2.7.). In den nicht beschlossenen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003 wurde hingegen die soziale Betreuung recht um-

fangreich angesprochen (2.3.); Hinweise zur personellen Umsetzung und Qualifikation waren jedoch auch dort nicht enthalten.

### **c. Sozialarbeiter als Leistungserbringer**

#### **aa. Krankenversicherungsrecht**

Im Krankenversicherungsrecht sind auf der Ebene des Gesetzes Berufsangehörige der Sozialen Arbeit nicht als eigenständige Leistungserbringer vorgesehen. Berufsangehörige der Sozialen Arbeit kommen als eigenständige Leistungserbringer im Rahmen der Krankenbehandlung daher nur dann in Betracht, wenn die Leistungen ärztlich veranlasst und sie als Leistungserbringer geeignet sind. Über die Eignung haben die Krankenkassen beim Vertragsschluss zu entscheiden. Berufsangehörige der Sozialen Arbeit kommen insbesondere für Leistungen der Prävention (§ 20 SGB V), der Soziotherapie (§ 37a SGB V), der sozialmedizinischen Nachsorge (§ 43 Abs. 2 SGB V) und der nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen (§ 43 Abs. 2 SGB V) in Betracht. Hier verfügen sie unter bestimmten Voraussetzungen über einen Bereich eigener fachlicher Verantwortlichkeit.

Ein Tätigkeitsfeld eigenständiger Leistungserbringung könnte die Sozialberatung und Versorgungssteuerung im Rahmen von Verträgen der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff sein.

Je nach Konstellation der verschiedenen Leistungserbringer im Rahmen der IV-Verträge ist die Errichtung einer eigenständigen Unternehmenseinheit für die Organisation, die Beratung und die Steuerung der Betroffenen bzw. ihrer Versorgung zweckmäßig. Diesen Teil der Versorgungsorganisation könnten Berufsangehörige der Sozialen Arbeit als selbständige Leistung anbieten und ausführen. Da sie nicht selbst Partner des IV-Vertrages sein können, wäre dies mit Zustimmung der vertragsschließenden Krankenkasse als Subunternehmer eines oder aller beteiligten Leistungserbringer mit entsprechenden Dienstleistungsverträgen möglich. Dabei muss sich die in diesem Rahmen erbrachte Beratung in den Grenzen des Gesetzes über außergerichtliche Rechtsdienstleistungen bewegen<sup>56</sup>.

Berufsangehörige der Sozialen Arbeit können zudem im therapeutischen Bereich unselbstständig unter ärztlicher Leitung oder in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, insbesondere in einem Krankenhaus, tätig werden. Ob Berufsangehörige der Sozial-

---

<sup>56</sup> Vgl. Teil B, Ziffer I, Nr. 4

len Arbeit innerhalb der ärztlichen Verantwortung und Anordnung Bereiche eigener Verantwortlichkeit haben, hängt davon ab, ob es sich um Bereiche handelt, die dem traditionellen Berufsbild der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen entsprechen. Da die Tradition dieses Berufsbildes nicht besonders scharf konturiert ist und berufs- und ausbildungsrechtliche Normen kaum bestehen, ist ein Bereich eigenständiger Verantwortlichkeit vor allem beim Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V anzunehmen, der nach seiner systematischen Stellung Bestandteil des Leistungsrechts ist.

Außerhalb der ärztlichen Verantwortung stehen die Leistungen der primären Prävention nach §§ 20-20c SGB V. Hier können geeignete Berufsangehörige der Sozialen Arbeit als Leistungserbringer verantwortlich tätig werden.

#### **bb. Recht der medizinischen Rehabilitation**

Im Recht der Rehabilitationsträger nach SGB IX ist die Eignung von Einrichtungen, Diensten und einzelnen Leistungserbringern grundsätzlich durch Vertrag (§ 21 Abs. 1 SGB IX) festzustellen. Der Katalog der Leistungen in § 26 Abs. 2 SGB IX nennt Leistungsformen, die von Ärzten, Psychologen oder anderen Heilberufen ausgeführt werden.

Berufsangehörige der Sozialen Arbeit könnten möglicherweise im Bereich der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen (§§ 26 Abs. 2, 30 SGB IX) als eigenständige Leistungserbringer tätig werden. Dies wird verdeutlicht, indem diese Leistungen neben ärztlich und ärztlich veranlassenen Tätigkeiten (§ 30 Abs. 1 SGB IX) auch nichtärztliche und nicht in ärztlicher Verantwortung erbrachte<sup>57</sup> therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten umfassen können (§ 30 Abs. 2 SGB IX). Die in § 30 SGB IX angelegte Aufteilung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation zur Früherkennung und Frühförderung wird aber in § 5 FrühV nicht ausgeschöpft. Im Verhältnis zwischen § 5 und § 6 FrühV erscheint die ärztliche Verantwortung eher als Abgrenzungsmerkmal zwischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation und den heilpädagogischen Leistungen. Dem entspricht die herrschende Auffassung, nach der die gesetzlichen Krankenkas-

---

<sup>57</sup> Vgl. Lachwitz in: Lachwitz/ Schellhorn/ Welti, HK-SGB IX, Rz 92.

sen eine Leistungspflicht nur nach § 30 Abs. 1 SGB IX trifft, so dass § 30 Abs. 2 SGB IX praktisch fast immer ins Leere läuft<sup>58</sup>.

Nicht auszuschließen sind auch durch Berufsangehörige der Sozialen Arbeit eigenständig zu erbringende Leistungen bzw. Teilleistungen im Rahmen der Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, der Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, der Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen, des Trainings lebenspraktischer Fähigkeiten und der Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 3 SGB IX. Dies kann aber solange nicht konkret beurteilt werden und wird sich auch nicht als Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit entwickeln, wie sich die Rehabilitationsträger verweigern, diese Leistungsmodule nach Gegenstand, Umfang und Ausführung (§ 12 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX) zu gestalten und auch außerhalb einer stationären Teilhabeleistung zu finanzieren.

Insgesamt ist festzuhalten, dass im Bereich der medizinischen Rehabilitation die Leistungserbringung nur im Ausnahmefall nicht auf ärztliche Anordnung erfolgt. Wegen der Leistungsziele der medizinischen Rehabilitation haben die auf Anordnung von Ärzten tätig werdenden Berufsgruppen einschließlich der Sozialen Arbeit jedoch einen höheren Anteil eigenverantwortlicher Tätigkeit<sup>59</sup>. Dies wird verdeutlicht durch die pädagogischen, psychologischen, beratungsorientierte und psychosozialen Leistungsinhalte, die in § 26 Abs. 3 SGB IX allen Leistungen der medizinischen Rehabilitation zugeordnet sind. Für sie sind die jeweils für sie kompetenten Berufsgruppen auch eigenverantwortlich.

Ob Berufsangehörige der Sozialen Arbeit oder von ihnen geleitete Einrichtungen insoweit zumindest ausnahmsweise auch als Leistungserbringer der Rehabilitationsträger eigenständig tätig sein können, ist nicht klar geregelt. Für Rehabilitationseinrichtungen als Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen und der gesetzlichen Unfallversicherungsträger wird in § 107 Abs. 2 SGB V und § 33 Abs. 2 SGB VII geregelt, dass sie fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen müssen. Für stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation als Vertragspartner der gesetzlichen Rentenversicherung ist dagegen in § 15 Abs. 2 Satz 2 SGB

---

<sup>58</sup> Lachwitz in: Lachwitz/ Schellhorn/ Welti, HK-SGB IX, 2. Aufl., Rz 103 zu § 30.

<sup>59</sup> Fuchs in: Bihl/ Fuchs/ Krauskopf/ Ritz, SGB IX, Rz 10 zu § 26.

VI festgehalten, dass sie nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen müssen. Mit diesen divergenten Regelungen gefährdet der Gesetzgeber selbst die Erreichung des in § 21 SGB IX verfolgten Konvergenzziels für das Leistungserbringungsrecht.

### **cc. Pflegeversicherungsrecht**

Vertragspartner der Landesverbände der Pflegekassen sind die unter ständiger Verantwortung einer verantwortlichen Pflegefachkraft stehenden Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen (§§ 71, 72 SGB XI). Berufsangehörige der Sozialen Arbeit können allenfalls als Einzelpersonen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege im Einzelfall Vertragspartner einer Pflegekasse werden (§ 77 SGB XI), soweit sie die dafür von den Pflegekassen formulierten spezifischen Anforderungen erfüllen können. Berufsangehörige der Sozialen Arbeit können jedoch im Rahmen von Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen beschäftigt werden und dort, insbesondere zur sozialen Betreuung, auch in ihrem Aufgabenbereich eigenverantwortlich tätig werden.

## **C. Einzelne Ansatzpunkte**

Im Abschnitt B III wurde aufgezeigt, dass die Soziale Arbeit an verschiedenen Stellen des Sozialrechts als Funktion verankert ist. Damit sind verschiedentlich strukturelle Ansatzpunkte verbunden, die nachfolgend vertiefend aufgezeigt und bewertet werden.

In der Regel handelt es sich dabei um Bestimmungen, mit denen im gegliederten Sozialleistungssystem Schnittstellen durch Kooperation und Koordination der Leistungsträger überwunden werden sollen (Teilhabe- und Versorgungsmanagement nach SGB V, SGB IX und SGB XI).

Dieser Abschnitt dient insbesondere dazu, durch eine differenzierte Analyse des jeweils geltenden Rechts, die Rolle und Möglichkeiten der Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit besser

einschätzen und bewerten zu können. Bereits an dieser Stelle kann konstatiert werden, dass alle nachfolgend vertieft betrachteten Aufgabenfelder des Sozialrechts mit berufsfachliche Anforderungen und Kompetenzen verbunden sind, die Gegenstand der Ausbildung von Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit sind und zu dessen Wahrnehmung bzw. Verrichtung sie deshalb besonders geeignet erscheinen.

## 1. Recht der Rehabilitation und Teilhabe

Das Recht der Rehabilitation und Teilhabe enthält im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) verschiedene Regelungen, die strukturelle Rahmenbedingungen für die Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit setzen.

Mit diesen Regelungen wird entweder das Ziel verfolgt, Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einzuleiten (§§ 8, 22, 61 SGB IX) oder die Schnittstellen des gegliederten Sozialleistungssystems durch Koordination und Kooperation, insbesondere durch Teilhabemanagement zu überwinden (§§ 10-13, 22 SGB IX).

### a. Sozialdienste (§ 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX)

Das älteste und wirksamste Versorgungsmanagement besteht im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Nach § 5 Abs. 6 RehaAnglG hatten die Rehabilitationsträger u.a. durch allgemeine Verwaltungsvorschriften darauf hinzuwirken, dass Rehabilitationsverfahren nahtlos und zügig verlaufen. Auf dieser Grundlage haben die Rentenversicherungsträger – vereinzelt ab 1969 – flächendeckend ab 1973 das Verfahren der Anschlussheilbehandlung (AHB) eingeführt. Als solche wurden und werden Rehabilitationsmaßnahmen bezeichnet, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen, wobei entweder unmittelbare Verlegungen vom Krankenhaus in eine Rehabilitationseinrichtung stattfinden oder die Rehabilitationsleistung innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen wird. Das Verfahren wird durch den behandelnden Krankenhausarzt gemeinsam mit dem Sozialdienst des Krankenhauses eingeleitet, wobei in den Fällen der nahtlos anschließenden Verlegung der Sozialdienst den Verlegungstermin unmittelbar mit der Rehabilitationseinrichtung abstimmt.

Im Zuge der Umsetzung des § 112 SGB V<sup>60</sup> wurde im Bereich der Krankenversicherung mit der Rahmenempfehlung vom 27.11.1990<sup>61</sup> keine der Anschlussheilbehandlung der Rentenversicherung gleichwertige Regelung geschaffen. Die Krankenhäuser durften danach nämlich erforderliche Anschlussheilbehandlungen nicht selbst einleiten, sondern hatten nur bei den zuständigen Trägern auf die Einleitung hinzuwirken und die Krankenkasse über den Rehabilitationsbedarf zu informieren<sup>62</sup>.

---

<sup>60</sup> Vgl. Teil B, III Ziffer 2aa

<sup>61</sup> Rahmenempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 115 SGB V vom 27.11.1990.

<sup>62</sup> § 2 Abs. 2 iVm § 5 Abs. 2 a.a.O.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 wurden die Rehabilitationsträger verpflichtet, in gemeinsamen Empfehlungen u.a. zu vereinbaren, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe – und damit auch zur medizinischen Rehabilitation – u.a. nahtlos und zügig erbracht werden<sup>63</sup>, Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 SGB IX genannten Zielen geleistet wird<sup>64</sup> und wie sie ihre Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen gestalten<sup>65</sup>.

Nach der Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“<sup>66</sup> ist es Ziel der Arbeit der Sozialdienste, den Betroffenen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch Information, gezielte Intervention und Unterstützung zu ermöglichen. Im Verhältnis zu den Rahmenempfehlungen der Krankenversicherung von 1990 wird den Sozialdiensten damit eine aktive, intervenierende Rolle zugeordnet. Sie sind nicht mehr nur Beratungsstelle und Informationspflichtiger, sondern ausdrücklich Kooperationspartner der Rehabilitationsträger<sup>67</sup>.

Die Aufgabenstellung der Sozialdienste wird deshalb in § 2 der Gemeinsamen Empfehlung dahingehend konkretisiert, dass sie über die Information und Beratung hinaus „Unterstützung im umfassenden Sinne, insbesondere in der Bewältigung der Folgen der Krankheit und Behinderung sowie der Eingliederung“ geben: Sozialdienste regen Leistungen zur Teilhabe an und leiten diese in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger ggf. ein.

Diese nunmehr für die medizinischen Rehabilitationsleistungen aller Rehabilitationsträger einschließlich der Krankenkassen geltende Berechtigung der Sozialdienste, solche Leistungen – zwar in Abstimmung mit dem Träger – aber dennoch selbst einleiten zu können, übernimmt die bereits im Verfahren der Anschlussheilbehandlung der Rentenversicherungsträger angelegte aktive und intervenierende Rolle der Sozialdienste für das gesamte Verfahren der Rehabilitationsleistungen aller Rehabilitationsträger.

Zusammenfassend kann deshalb festgestellt werden, dass den Sozialdiensten mit der gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste für den Bereich der Teilhabe und Rehabilitation eine Aufgabenstellung zugeordnet wurde, die ein umfassendes Versorgungsmanagement mit sehr konkreten Handlungsaufträgen umfasst.

---

<sup>63</sup> § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX.

<sup>64</sup> § 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX.

<sup>65</sup> § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX.

<sup>66</sup> Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“) vom 8.11.2005.

<sup>67</sup> § 5 der Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste.



Bei den gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX handelt es sich um Verwaltungsvereinbarungen der beteiligten Rehabilitationsträger, die sich an sie selbst und ihre Organisationsgliederungen richten. Wegen des Anspruchs auf gleichmäßige Rechtsanwendung und Ermessensausübung muss für ein Abweichen der beteiligten Rehabilitationsträger von der gemeinsamen Empfehlung im Einzelfall zumindest ein schwerwiegender sachlicher oder rechtlicher Grund vorliegen. Die Selbstbindung der Rehabilitationsträger im Rahmen der gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX erstreckt sich auch auf die Gestaltung der Verträge nach §§ 112, 115 SGB V, die danach im Verhältnis zur Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ keine abweichenden Regelungen enthalten dürften.

Die Praxis im Bereich der Pflege und Rehabilitation zeigt jedoch, dass die Träger trotz scheinbar verpflichtender Regelungen z.T. eigene Wege gehen, sodass bei der Entwicklung der Verträge nach § 11 Abs. 4 i.V.m. §§ 112, 115 SGB V auf Landesebene - nicht zuletzt von den Aufsichtsbehörden, aber z.B. auch von den Landesbehindertenbeauftragten - darauf geachtet werden muss, dass die mit dem SGB IX erreichte Konvergenz des Rehabilitationsrechts an dieser Stelle nicht durch abweichende Verträge beeinträchtigt wird und wieder unterschiedliche Verfahren der Rehabilitationsträger entstehen.

Der Berufsverband der Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit sollte ein besonderes Interesse daran haben, dass die mit der gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste nach dem SGB IX geschaffenen strukturellen Rahmenbedingungen für die Tätigkeit von Sozialarbeitern im Rahmen der Verträge nach §§ 112, 115 SGB IX auf Landesebene nicht wieder eingeschränkt werden und ggf. die zuvor genannten Institutionen zur Sicherung dieser Bedingungen einschalten.

## **b. Gemeinsame Servicestellen (§ 22 SGB IX)**

Das SGB IX gestaltet Strukturen für die Zusammenarbeit von Rehabilitationsträgern, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten und die Steuerung der Rehabilitations- und Eingliederungsleistungen unter Sicherung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Dazu sieht der Gesetzgeber in § 10 Abs. 1 SGB IX ein **gemeinsames** Teilhabemanagement aller Beteiligten, einschließlich des Leistungsberechtigten vor.

Gemeinsame Servicestellen sind das zentrale Instrument zur Gewährleistung dieses Teilhabe-Managements. Ihre Aufgabenstellung enthält wesentliche Elemente des

Case-Managements, wie sie in wissenschaftlichen Definitionen national wie international beschrieben sind. Die gemeinsamen Servicestellen stärken nicht nur das Recht der Behinderten auf Auskunft und Beratung. Ihre Aufgabe und Funktion geht über die bloße, auf §§ 14, 15 SGB I gründende Verpflichtung der Sozialleistungsträger, gemeinsam in einer bestimmten Qualität flächendeckend Auskunfts- und Beratungsstellen zu gewährleisten, hinaus.

Die gemeinsamen Servicestellen und ihre Aufgaben sind eine notwendige Funktion, ohne die die Rehabilitationsträger die in den §§ 4 Abs. 1, 10 Abs. 1, 11 und 12 SGB IX enthaltenen leistungsrechtlichen Verpflichtungen nicht gewährleisten können. Die trägerübergreifenden Servicestellen sind deshalb eine unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung der genannten gesetzlichen Regelungen, d.h., eine zur Erfüllung der Ziele und des Konzepts des SGB IX **notwendige Leistung** und nicht nur eine – nicht mehr beliebige - Form der Behördenorganisation der Rehabilitationsträger. Deshalb sehen die Regelungen über die gemeinsamen Servicestellen in §§ 22, 23 SGB IX keine Ausnahme vor und erfassen alle Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX einschl. der Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie der Sozialhilfeträger.

Die Bedeutung der gemeinsamen Servicestellen wird mit Blick auf das Recht der Leistungsberechtigten, die Ausführung ihrer Sozialleistungen in der Form eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets<sup>68</sup> beantragen zu können, in Zukunft noch erheblich zunehmen. Da das persönliche Budget nicht nur Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen umfassen kann, sondern auch die Leistungen zur Pflege aller Sozialleistungsträger und zudem weitgehend die Leistungen der Krankenversorgung, erlangen die gemeinsamen Servicestellen in diesen Fällen tatsächlich die Stellung eines trägerübergreifenden Case-Managers. Zumal der Sozialleistungsträger, bei dessen gemeinsamer Servicestelle das Persönliche Budget beantragt wird, zum Beauftragten im Sinne der BudgetV und damit zum federführenden Sozialleistungsträger für die Feststellung, Bewilligung und Ausführung aller budgetfähigen Sozialleistungen aus einer Hand wird. Der Leistungsberechtigte und/oder sein Betreuer hat damit die Möglichkeit, die vielfältigen, häufig parallelen und oftmals auch unsäglichen Verwaltungsverfahren auf einen einzigen Verfahrensablauf zu reduzieren, indem er die Ausführung der zustehenden Leistungen als Persönliches Budget bei einer gemeinsamen Servicestelle beantragt.

---

<sup>68</sup> Vgl. Harry Fuchs, *Betreuungsmanagement*, 2/2006, S. 90 ff; Felix Welti, *Das Persönliche Budget - Herausforderung an soziale Dienste, Einrichtungen und Berufe*, *Betreuungsmanagement* 2007, 117.

Die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger haben nach § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IX Beratung und Unterstützung anzubieten. Diese Beratungs- und Unterstützungspflicht besteht nicht nur gegenüber dem behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen selbst, sondern zusätzlich auch gegenüber ihren Vertrauenspersonen sowie Personensorgeberechtigten. Als Vertrauenspersonen sind neben Partnern und Verwandten z. B. auch Freunde, Nachbarn, Mitglieder von Betriebs- und Personalräten, Vertrauenspersonen der schwerbehinderten Beschäftigten iSd 2.Teils des SGB IX, aber auch Gewerkschaftssekretäre oder Rechtsanwälte anzusehen.

Die Beratungs- und Unterstützungspflicht besteht darüber hinaus gegenüber **Personen-sorgeberechtigten** nach § 60 SGB IX. Dies sind Eltern, Vormünder, Pfleger und **Betreuer**, die bei den ihrer Personensorge anvertrauten Menschen Behinderungen i. S. v. § 2 Abs 1 SGB IX wahrnehmen oder durch die in § 61 genannten Personen (z.B. behandelnde Ärzte oder Therapeuten) darauf hingewiesen werden. Beide Personengruppen haben nach dieser Regelung einen Anspruch auf Beratung und Unterstützung, nicht nur für die von ihnen betreute behinderte oder von Behinderung bedrohte Person, sondern **auch für sich selbst**. Für die Inanspruchnahme der Beratung und Unterstützung durch die gemeinsame Servicestelle bedarf es außer der (nach Lage des Einzelfalles ggf. auch zu vermutenden) Zustimmung des Betroffenen (§ 22 Abs. 1 S. 5, § 9 Abs. 4) keiner weiteren Legitimation, etwa einer ausdrücklichen Vollmacht.

Die Beratung durch die gemeinsamen Servicestellen erstreckt sich auch auf pflegebedürftige Menschen, die ja in der Regel – häufig sogar besonders schwer - behindert oder von Behinderung bedroht sind (§§ 1, 2 SGB IX). Nach § 22 Abs. 1 Satz 4 SGB IX sind die Pflegekassen bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit an der Beratung und Unterstützung durch die gemeinsamen Servicestellen zu beteiligen. Die Pflegekassen sind zwar nicht Rehabilitationsträger iSd § 6 SGB IX, haben jedoch nach 32 SGB XI vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit zu erbringen und im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI den individuellen Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu prüfen

Die Pflegekassen sind nur, aber immer auch dann zu beteiligen, wenn es bei einem Ratsuchenden um drohende oder schon vorhandene Pflegebedürftigkeit geht. Damit werden die Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen auch auf die rehabilitativen

Aufgaben und Leistungen der Pflegekassen und die damit verbundenen Verwaltungsverfahren erstreckt.

Die Beratung durch die gemeinsamen Servicestellen ist zeitlich nicht etwa nur auf die Phase des Zugangs zu den Leistungen beschränkt. Ausweislich des Aufgabenkatalogs nach § 22 Abs. 1 S 2 (z .B. Nr. 6 bis 7) SGB IX kann der Betroffene bzw. der Betreuer die Servicestelle jederzeit während des gesamten Rehabilitations- und Teilhabeverfahren bis zur Eingliederung des Berechtigten in das Leben in der Gesellschaft in Anspruch nehmen. Die gemeinsamen Servicestellen haben danach für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen die Stellung eines Case-Managers.

Bei den von den Servicestellen wahrzunehmenden Aufgaben handelt es sich um wesentliche Aufgaben der Rehabilitationsträger selbst. Die gemeinsamen Servicestellen und deren gesetzlich zugewiesenen Aufgaben sind nämlich (u.a.) das Instrument, mit dem die Rehabilitationsträger das Ziel der Koordination der Leistungen und der Kooperation der Leistungsträger (§§ 10 bis 12 SGB IX) zu erfüllen haben.

§ 21 Abs. 1 Satz 2 SGB IX konkretisiert die Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen in einer nicht abschließenden Aufzählung. Die Aufgabenstellung der gemeinsamen Servicestellen ist nicht auf leistungsrechtliche Fragen des Rehabilitations- und Teilhaberechts beschränkt, sondern geht erheblich darüber hinaus. Sie umfasst die Beratung über *alle* Sozialleistungen des die Stelle tragenden Rehabilitationsträgers, unabhängig von der Leistungszuständigkeit die Beratung über alle im Einzelfall in Betracht kommenden Teilhabeleistungen (§ 5) anderer Rehabilitationsträger (§ 6), die Beratung über die sonstigen Sozialleistungen, die als allgemeine Leistungen vorrangig gegenüber Teilhabeleistungen zu erbringen sein können (z.B. allgemeine Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, Leistungen der Krankenversorgung nach dem SGB V, Hilfen nach dem SGB XII bzw. spezifische Hilfen für Kinder nach dem SGB VIII usw.), Beratung über besondere Hilfen für schwerbehinderte Menschen nach Teil 2 des SGB IX, Beratung über alle Sozialleistungen und sonstige Hilfen, die die Lebenssituation behinderter Menschen beeinflussen können, Auskunft nach § 15 SGB I, Beratung über die Verwaltungsabläufe und –verfahren, Helfen und Mitwirken bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, der Klärung der Zuständigkeiten und der Inanspruchnahme der Leistungen, umfassende und entscheidungsreife Vorbereitung klarer und sachdienlicher Anträge, unterstützende Begleitung des Betroffenen bis zur Entscheidung oder bis zur Leistung, Hinwirken auf zeitnahe Entscheidungen und

Leistungen sowie Koordination und Vermittlung zwischen mehreren Trägern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung.

Die Voraussetzungen für die Leistungen der Rehabilitationsträger ergeben sich gemäß § 7 S. 2 SGB IX aus den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Zur Erfüllung der **Informationspflicht** müssen den gemeinsamen Servicestellen deshalb die - bei den verschiedenen Rehabilitationsträgern durchaus unterschiedlich organisierten – Verwaltungsabläufe und -verfahren, insbesondere auch die der regional vertretenen Rehabilitationsträger bekannt sein. Dabei geht es nicht nur um das abstrakte Wissen über übliche Verfahrensabläufe, sondern auch die konkrete Kenntnis der Verfahren und Organisationsformen der verschiedenen Träger. Gegenstand der Informationsleistung ist entsprechend dem individuellen Beratungsbedarf einerseits die abstrakt-grundsätzliche Unterrichtung über die Rechts- und Verfahrenslage, andererseits aber auch die konkrete Prüfung der Ansatzpunkte, wie dem individuellen Anliegen einer weitgehend normalen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft Rechnung getragen werden kann.

Die **Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs** erfordert die Feststellung von Art und Ausmaß der Beeinträchtigung der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie der Integrität der Aktivitäten und Leistungen der betroffenen Menschen im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (§ 10 SGB IX). Die gemeinsame Servicestelle hat dazu die vorhandenen Unterlagen (medizinische Atteste, Befundberichte und Gutachten, psychologische Begutachtungen, Sozialberichte der Sozialdienste der Krankenhäuser oder Suchtberatungsstellen u.a. ) zusammenzutragen, auszuwerten und festzustellen, ob zur Klärung evtl. weitere Sachverständigengutachten erforderlich sind und ggf. darüber den Rehabilitationsträger zu informieren (Nr. 4), soweit sie vom Rehabilitationsträger nicht beauftragt ist, diese selbst einzuholen. Insbesondere zur Klärung der Kontextfaktoren im Sinne der ICF muss sie ggf. eigene Feststellungen treffen und dokumentieren (Lebensumfeld, familiäre und gesellschaftliche Situation, Mobilität, soziale Fähigkeiten usw.).

Die **Hilfe bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen** umfasst die Klärung, welche Art von Hilfen für den Betroffenen mit Blick auf seine spezifische Ausprägung der festgestellten Teilhabebeeinträchtigung nach allen Erfahrungen (z. B. in gleicher Weise Betroffener, insbesondere aber auch wissenschaftlicher Studien usw.) wirksam sind (Hilfebedarf und Eignung von Hilfen), wo solche Hilfen – mög-

lichst im Umfeld des Betroffenen - erreichbar sind und welcher Leistungserbringer solche Hilfen in der gebotenen Qualität und Wirksamkeit anbietet. Konkrete Hilfestellungen sind insbesondere bei den besonderen Hilfen im Arbeitsleben z. B. bei der Vermittlung geeigneter Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, der Vermittlung geeigneter Bildungs- und Arbeitsplätze und bei der Organisation sinnvoller Abläufe möglich. Eine weitere wirksame Hilfe ist die frühzeitige Einschaltung von Integrationsfachdiensten nach § 109 SGB IX, insbesondere bei akuter Belastung/Gefährdung des Arbeitsverhältnisses, zur Klärung/Vorbereitung der betrieblichen Eingliederung/Wiedereingliederung/ Rehabilitation (nach § 109 Abs 4 auch für behinderte Menschen, die nicht schwerbehindert sind) sowie für die Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX.

Mit den **Hilfen bei der Erfüllung der Mitwirkungspflichten** (§§ 60 ff SGB I) soll einerseits die erforderliche Zuarbeit der Leistungsberechtigten gesichert, ihnen andererseits aber auch die ggf. dazu erforderliche Unterstützung durch klientenzentrierte, psychologisch oder pädagogisch gestützte Beratungsgespräche oder auch durch die Einleitung von Leistungen nach § 26 Abs. 3 ( u.a. Nr. 5 Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz oder Nr. 7 Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation ) bzw. § 33 Abs. 6 SGB IX gewährleistet werden.

Die gemeinsame Servicestelle hat **zu klären**, welcher Rehabilitationsträger **zuständig** ist. Sie hat auf klare und sachliche Anträge hinzuwirken und diese an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten, der nach § 14 Abs. 1 SGB IX innerhalb von zwei Wochen feststellt, ob die gemeinsame Servicestelle die Zuständigkeit zutreffend geklärt hat.

Anträge, die bei einer gemeinsamen Servicestelle gestellt werden, gelten unabhängig von der organisatorischen Trägerschaft der Servicestelle als beim zuständigen Rehabilitationsträger gestellt.

Soweit die Klärung des Rehabilitationsbedarfs voraussichtlich ein **Gutachten** erfordert, hat die gemeinsame Servicestelle den zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich darüber zu informieren. Die Regelung geht davon aus, dass der Rehabilitationsträger – wenn er oder alle Rehabilitationsträger gemeinsam die gemeinsame Servicestelle nicht grundsätzlich mit der Einholung erforderlicher (Sachverständigen) Gutachten (§ 14 Abs. 5 SGB IX) beauftragt hat/haben - sofort (noch während der Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs nach Nr. 2 und der entscheidungsreifen

Vorbereitung nach Nr. 5) Kenntnis von der Notwendigkeit der Gutachteneinholung erhält, damit er bereits parallel zur vorbereitenden Tätigkeit der gemeinsamen Servicestelle das erforderliche Gutachten selbst oder die Servicestelle beauftragen kann, das Gutachten einzuholen.

Im Zusammenhang mit dem Gutachter-Wahlrecht nach § 14 Abs. 5 Satz 3 und 4 SGB IX müssen der Servicestelle ohnehin Übersichten der Sachverständigen vorliegen, die in der Region der Servicestelle für einen Rehabilitationsträger tätig sind, damit der Betroffene aus mindestens drei Sachverständigen denjenigen auswählen kann, der zur Erstellung des Gutachtens beauftragt werden soll.

Kommt die gemeinsame Servicestelle im Rahmen der zur Klärung des Rehabilitationsbedarfs angestellten Ermittlungen und beigezogenen Unterlagen zu der Feststellung, dass ein **Rehabilitationsbedarf offenkundig** ist, hat sie die Entscheidung des Rehabilitationsträgers so umfassend vorzubereiten, dass dieser unverzüglich darüber entscheiden kann. Diese Regelung korrespondiert mit der Drei-Wochen-Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX, innerhalb der der Rehabilitationsträger nach Eingang des Antrages zur Entscheidung verpflichtet ist. Zur unverzüglichen Entscheidung umfassend vorbereiten bedeutet, dass alle relevanten Fragen geklärt und eigene Ermittlungen des Rehabilitationsträgers nicht mehr erforderlich sind.

Die Gemeinsame Servicestelle hat die Betroffenen bis zur Entscheidung oder Leistung des zuständigen Rehabilitationsträgers **unterstützend zu begleiten**. Dabei geht es nicht nur um die notwendigen Unterrichtungen des Antragstellers über den Stand des Verfahrens. Hierbei handelt es sich insbesondere deswegen um eine originäre Aufgabe im Sinne von Case-Management, weil das SGB IX in dieser Phase zur Unterstützung der gemeinsamen Servicestellen verschiedene Instrumente zur Verfügung stellt

- Begleitung durch Integrationsfachdienste nach § 109ff SGB IX
- Leistungen nach § 26 Abs. 3 Nr. 7 SGB IX (bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) bzw. nach § 33 Abs. 6 Nr. 7 SGB IX (bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung nach § 26 Abs. 3 Nr. 5 oder § 33 Abs. 6 Nr. 5 SGB IX,

die von der Servicestelle ggf. beim zuständigen Rehabilitationsträger angeregt bzw. vom Betroffenen beantragt werden können.

Die gemeinsamen Servicestellen sind verpflichtet, bei den Rehabilitationsträgern – bei Bedarf auch bei dem die Servicestelle tragenden Rehabilitationsträger ohne Rücksicht auf damit ausgelöste interne Irritationen und Reaktionen – auf **zeitnahe Entscheidungen und Leistungen** hinzuwirken. Den Servicestellen wird damit ein originärer gesetzlicher Auftrag zur Beschleunigung der Rehabilitationsverfahren zugeordnet. Mit § 22 Abs. 1 Nrn. 6 bis 8 SGB IX hat der Gesetzgeber den gemeinsamen Servicestellen nämlich Aufgaben übertragen, nach denen sie gegenüber den Rehabilitationsträgern gleichsam als – amtlicher – Anwalt der Betroffenen tätig werden.

Die gemeinsamen Servicestellen haben zudem zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu **koordinieren und zu vermitteln**. Nach der Gesetzesbegründung wird damit klargestellt, dass die Beratung und Unterstützung der Leistungsberechtigten nicht mit der Bewilligung der beantragten Leistungen endet. Die Unterstützung durch die Servicestellen ist sowohl während der Leistungsausführung, als auch während evtl. Unterbrechungen und damit im Ergebnis – unabhängig von zu erbringenden Leistungen - bis zur erfolgreichen Eingliederung in die Gemeinschaft zu gewähren.

Mit der Verpflichtung zur Koordination und Vermittlung zwischen allen Beteiligten sind die gemeinsamen Servicestellen Bestandteil des Teilhabemanagements mit der Zielsetzung, neben der Vermeidung von kostspieligen Wartezeiten insbesondere für die Nahtlosigkeit der Leistungen sowie die inhaltliche Anpassung Sorge zu tragen, soweit dies nicht nach §§ 10, 11 SGB IX bereits durch die Rehabilitationsträger selbst geschehen ist. Sie sind in diesen Sinne auch als Controlling-Instrument zur Sicherung der Bedarfsgerechtigkeit und Nahtlosigkeit der Leistungen zu sehen.

Die Rehabilitationsträger sind nach § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB IX verpflichtet, besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts und der Praxis (qualitativer Maßstab für die Personalausstattung) einzusetzen. Dabei sind schwerbehinderte Menschen bevorzugt zu berücksichtigen und ein angemessener Anteil der Stellen mit schwerbehinderten Frauen zu besetzen. Die damit verbundene Eigenkompetenz und Erfahrung erhöht nicht nur die Beratungsqualität, sondern trägt auch dem Prinzip Rechnung, Beratung und Unterstützung teilweise durch in gleicher Weise betroffene Personen anzubieten.



Nach Ziffer 4 der am 1.1.2008 in Kraft getretenen BAR Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen achten die Rehabilitationsträger bei der Benennung der Mitarbeiter für das Team der gemeinsamen Servicestellen auf die folgenden Kompetenzen:

- Fachkompetenz/Berufserfahrung (u.a. trägerübergreifende Grundkenntnisse im Recht der Rehabilitation und Teilhabe, vertiefte Fachkenntnisse und Anwendungsfertigkeiten im Leistungsbereich des entsendenden Trägers)
- Beratungskompetenz (z.B. Techniken der Gesprächsführung)
- Sozialkompetenz (u.a. Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kritik- und Konfliktfähigkeit)
- Selbstkompetenz (u.a. Eigenverantwortung, Motivation, Selbständigkeit, hohe Belastbarkeit, prozessorientiertes und ganzheitliches Denken)
- Methodenkompetenz (u.a. Problemlösungsfähigkeit, Analysekompetenz, Zielsetzung).

Auch wenn Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der BAR-Rahmenvereinbarung nicht explizit als Mitglieder der Teams der gemeinsamen Servicestellen genannt werden, kann jedoch kein Zweifel bestehen, dass insbesondere diese Berufsgruppe die genannten Kompetenzanforderungen erfüllt und ggfls. spezifische Anforderungen (z.B. Anwendungsfertigkeiten im Leistungsbereich des Trägers) durch berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung erwerben kann.

### **c. Allgemeine Koordinationspflichten (§§ 10, 11 SGB IX)**

Die Leistungen zur Teilhabe sind nach dem Finalitätsprinzip, d.h., ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung ausgerichtet am Bedarf zu erbringen. Das SGB IX verpflichtet die Träger der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen deshalb zu einem umfassenden Teilhabemanagement in dessen Mittelpunkt die Bedarfsfeststellung steht.

Zunächst haben alle Rehabilitationsträger, die über Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohenden Behinderung zu entscheiden haben oder diese erbringen, im Rahmen dieser Leistungsverfahren nach § 8 SGB IX zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe (erforderlich und) voraussichtlich erfolgreich sind. Danach haben z.B. die Krankenkassen im Rahmen der Versorgung chronisch kranker Menschen zu prüfen, ob Rehabilitationsleistungen Erfolg versprechend sein können und diese ggf. von Amts wegen einzuleiten.

In diesen Fällen – oder wenn ein Berechtigter einen Antrag stellt - verpflichtet § 10 SGB IX die Rehabilitationsträger, den individuellen Bedarf an Rehabilitations- und Teilhabeleistungen funktionsbezogen festzustellen. Die funktionsbezogene Feststellung des Leistungsbedarfs orientiert sich an der ICF und umfasst die Feststellung von Beeinträchtigungen in den dort genannten neun Bereichen der Teilhabe. Das Nähere zur Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs haben die Rehabilitationsträger auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in der Gemeinsamen Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“<sup>69</sup> vereinbart.

#### **d. Pflichten der Sozialarbeiter nach § 61 SGB IX**

Nach § 61 Abs. 2 SGB IX sind Sozialarbeiter, die bei Ausübung ihres Berufs Behinderungen (§ 2 Abs. 1 SGB IX) wahrnehmen, verpflichtet, die Personensorgeberechtigten auf die Behinderung und auf die Beratungsangebote nach § 60 hinzuweisen. Die Regelung verfolgt das Ziel, im Interesse des Betroffenen eine möglichst frühzeitige Einleitung gebotener Verfahren zu gewährleisten.

Während nach der Vorläuferregelung des § 124 BSHG nur eine Hinweispflicht bestand, wenn bei geschäftsunfähigen oder beschränkt geschäftsfähigen Personen eine Behinderung wahrgenommen wurde, haben Sozialarbeiter seit dem 1.7.2001 Personensorgeberechtigte immer auf eine wahrgenommene Behinderung unabhängig davon hinzuweisen, warum – abgesehen von Kindern und Jugendlichen – der Betroffene seine Angelegenheiten nicht selbst wahrnehmen kann und ein Personensorgeberechtigter eingesetzt ist. Diese Pflichten sind Sozialarbeitern nunmehr auch nicht mehr nur im engeren, berufsständischen Sinne, sondern insgesamt im Rahmen ihrer Tätigkeit auferlegt.

Die Hinweispflicht besteht nur, wenn eine Behinderung oder eine drohende Behinderung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) bei der Ausübung des Berufes wahrgenommen wird. Die Hinweispflicht besteht gegenüber den Personensorgeberechtigten und erstreckt sich inhaltlich auf gemachte Wahrnehmungen im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX und die nach § 60 SGB IX bestehenden Beratungsangebote.

§ 60 SGB IX sieht als Beratungsangebote entweder die Beratung über geeignete Teilhabeleistungen durch einen Arzt oder die Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle bzw. eine sonstige Beratungsstelle vor. Der Sozialarbeiter kann unter den

---

<sup>69</sup> § 12 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 13 Abs. 1 SGB IX

genannten Möglichkeiten die für den Einzelfall aus seiner Sicht (fachlich, örtlich) am besten geeignete auswählen.

## **2. Krankenversicherungsrecht**

### **a. Versorgungs-/Überleitungsmanagement (§§ 11 Abs. 4, 112 SGB V)**

Neben dem Teilhabe- und Versorgungsmanagement nach dem SGB IX verpflichtet die Gesundheitsreform 2007<sup>70</sup> die Krankenhäuser in § 11 Abs. 4 SGB V zu einem Entlassungsmanagements zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege<sup>71</sup>.

Aus der systematischen Stellung der Norm kann darin ein Anspruch der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung auf ein „Versorgungsmanagement“ erkannt werden, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang vom Krankenhaus bzw. den Rehabilitationseinrichtungen in die übrigen Versorgungsbereiche, insbesondere die Pflege.

Nach der Begründung des Gesetzes muss durch geeignete Maßnahmen insbesondere ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation, insbesondere der „geriatrischen Rehabilitation“<sup>72</sup>, und Pflege gewährleistet werden. Ziel ist vor allem, Pflegebedürftigkeit oder eine erneute stationäre Behandlung zu vermeiden. Dazu ist zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang der Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche im Zusammenhang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung ein Versorgungsmanagement einzurichten.

Das in der Praxis der Sozialen Arbeit, aber auch in der Pflege als „Überleitungsmanagement“ definierte Verfahren der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung muss nunmehr im Sinne der gesetzlichen Verpflichtung zum Versorgungsmanagement gestaltet werden.

---

70 Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). BT-Drs. 16/3100 vom 24.10.2006

71 Vgl. Fuchs, H. (2007): Anspruch auf Versorgungsmanagement für Menschen mit Pflegebedarf. In: Soziale Sicherheit 10/2007, S. 338-345.

72 Vgl. Fuchs, H. (2007): Geriatrische Rehabilitation aus dem Blickwinkel des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX). In: Die Rehabilitation 2007, S. 296-309.

## **aa) Rechtsanspruch des Versicherten**

Der Gesetzgeber gestaltet mit dem Versorgungsmanagement eine Pflicht der Leistungserbringer, auf deren Ausübung dem Versicherten ein Rechtsanspruch eingeräumt wird. Das Versorgungsmanagement und die damit verbundene Übermittlung von Daten bedürfen der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherten. Diese sollte von den Leistungserbringern dokumentiert werden, weil gegen den Leistungserbringer Haftungsansprüche des Versicherten entstehen können, falls dem Versicherten durch Unterlassung oder fehlerhafte Rechtsausübung ein Schaden entsteht.

Der Anspruch auf Versorgungsmanagement ist beschränkt auf Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen, die Leistungen nach dem SGB V beziehen. Erhalten Versicherte z.B. von der Unfall- oder Rentenversicherung vergleichbare Leistungen nach den für diese Träger geltenden Gesetzen, besteht ein Anspruch auf Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V nicht. In diesen Fällen liegt die primäre Verantwortung für das Teilhabemanagement nach §§ 10, 11 SGB IX beim Leistungsträger, die Leistungserbringer sind zur Kooperation verpflichtet. Im Rahmen dieser Kooperationspflicht bestehen für den Leistungserbringer in der Regel Prüfungs- und Informationspflichten gegenüber den übrigen Rehabilitationsträgern, die denen im Verhältnis zu den Krankenkassen im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V gleichwertig bzw. vergleichbar sind. Der Unterschied zwischen dem Teilhabemanagement nach §§ 10ff SGB IX und dem Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V besteht im Wesentlichen nur darin, dass § 11 Abs. 4 SGB V im Bereich der medizinischen Rehabilitation der GKV einen Teil der Pflichten der Krankenkasse als Rehabilitationsträger auf die der Rehabilitation vorhergehenden Leistungserbringer oder auf die Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation verlagert.

## **bb) Aufgabe der Leistungserbringer**

Im Gesetzgebungsverfahren zum PflWG war im Regierungsentwurf zunächst eine Klarstellung vorgesehen, dass von den Leistungserbringern nach dem SGB V ausschließlich Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen zum Versorgungsmanagement verpflichtet sind. Diese Klarstellung wurde während des Gesetzgebungsverfahrens aufgegeben, sodass unverändert die Fassung des GKV-WSG wirksam ist, nach der die „betroffenen Leistungserbringer“ zum Versorgungsmanagement verpflichtet sind. Da der Gesetzgeber offen lässt, welche Leistungserbringer „betroffen“ sein sollen, könnten grundsätzlich alle Leistungserbringer i.S.d. SGB V (u.a. niedergelassene Ärzte, Heilmittelerbringer) verpflichtet sein. Nach der Intention der Bun-

desregierung in den Eckpunkten zum GKV-WSG kann allerdings davon ausgegangen werden, dass die Verpflichtung sich insbesondere auf Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen erstrecken soll.

Gegenstand des Versorgungsmanagements der Leistungserbringer ist die Sorge für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten. Dazu haben sich die Leistungserbringer gegenseitig die erforderlichen Informationen zu übermitteln, die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen und eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a SGB XI zu gewährleisten.

Der Anspruch des Versicherten bezieht sich darauf, dass der Leistungserbringer seine Sorgepflichten und seine Informationspflichten erfüllt sowie seinen Zusammenarbeitspflichten nachkommt.

Nicht Gegenstand des Versorgungsmanagements ist dagegen eine Prüfung durch die Leistungserbringer, ob für diese Versorgungsbedarfe ein Anspruch auf Sozialleistungen gegen einen Sozialleistungsträger oder gar ein Bedarf an anderen Sozialleistungen besteht (z.B. Eingliederungshilfe nach dem SGB XII). Diese Pflicht bleibt nach §§ 8, 14 SGB IX im Bereich der medizinischen Rehabilitation der GKV bei der Krankenkasse als Rehabilitationsträger.

In den für die Pflege und die Teilhabe und Rehabilitation geltenden Büchern des Sozialgesetzbuchs ist die Entscheidung über die Sozialleistungen zwingend daran gebunden, dass zuvor in einem entsprechenden Verwaltungsverfahren in der Verantwortung des zuständigen Sozialleistungsträgers Art und Umfang des Hilfe- bzw. Leistungsbedarfs festgestellt wurden, bevor er über den Leistungsumfang und die Art, ggf. auch den Ort der Leistungsausführung entscheiden kann.<sup>73,74</sup> Die Leistungen werden erst nach Erlass des entsprechenden Verwaltungsaktes ausgeführt (im Bereich der Teilhabe/Rehabilitation) bzw. finanziert (im Bereich der Pflege).

Danach kann gerade an den vom Gesetzgeber als besonders problembehaftet angesehenen Schnittstellen zur Pflege und zur Teilhabe/Rehabilitation im Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem medizinischen Urteil des Krankenhausarztes zwar ein weiterführender Hilfe- bzw. Leistungsbedarf bescheinigt werden. Wie dieser Hilfe- oder Leistungsbedarf sich allerdings unter Würdigung sozialrechtlicher

---

<sup>73</sup> Im Bereich der Pflege besteht ein Anspruch z.B. auf die Zuschüsse zu den Pflegeleistungen nach §§ 36, 41, 43 SGB XI erst dann, wenn zuvor durch eine Begutachtung des MDK nach § 18 SGB IX geprüft wurde, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

<sup>74</sup> Im Bereich der Teilhabe/Rehabilitation ist nach § 10 SGB IX der individuelle funktionsbezogene Leistungsbedarf festzustellen, bevor die Rehabilitationsträger z.B. nach §§ 40 Abs. 3 S. 1 SGB V oder § 13 Abs. 1 S. 1 SGB VI über Art, Dauer, Umfang, Beginn und u.a. Ort der Durchführung der Leistungen entscheiden.

Maßstäbe darstellt, ob und welcher Anspruch auf Sozialleistungen damit tatsächlich begründet werden kann, ist zu diesem Zeitpunkt in der Regel völlig unklar, weil die entsprechenden Verfahren zur Klärung dieser Fragen durch die Sozialleistungsträger noch durchzuführen sind.

Die Sicherstellung der Versorgung ist unverändert allein Aufgabe der Leistungsträger. Die Leistungserbringer haben lediglich für eine Anschlussversorgung „Sorge“ zu tragen. Auf dem Hintergrund der beschriebenen gesetzlichen Verfahren bezieht sich diese Sorgspflicht allein darauf, den zuständigen Leistungsträgern und nachfolgenden Leistungserbringern frühzeitig die zur Einleitung der notwendigen Verwaltungsverfahren erforderlichen Informationen zu übermitteln.

### **cc) Gestaltung des Versorgungsmanagements**

§ 11 Abs. 4 Satz 5 SGB V i.d.F. des GKV-WSG sah ausdrücklich vor, dass das Nähere zur Ausgestaltung des Versorgungsmanagements im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 SGB V oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem SGB XI sowie mit den Pflegekassen geregelt werden sollte, soweit in Verträgen zur integrierten Versorgung nach §§ 140a bis 140d SGB V nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind<sup>75</sup>. Dieser Satz wurde durch das PflWG wieder gestrichen. Da die §§ 112, 115 SGB V die Verpflichtung zur Vereinbarung in zwei- und dreiseitigen Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Landeskrankenhausesellschaften unmittelbar enthalten, besteht sie auch nach der Streichung in § 11 Abs. 4 SGB V fort<sup>76</sup>.

Im Rahmen der Integrierten Versorgung müssen die Vertragspartner nach § 140b Abs. 3 Satz 3 SGB V die Gewähr für eine am Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen übernehmen.

### **dd) Gestaltung im Rahmen zwei- oder dreiseitiger Verträge**

Die Landeskrankenhausesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen haben in zweiseitigen Verträgen nach § 112 SGB V u.a. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung des Versicherten, die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus

---

<sup>75</sup> Vgl. Begründung zu Artikel 1 Nr. 7 GKV-WSG, BT-Drs. 16/3100

<sup>76</sup> Vgl. dazu Teil B III, b, aa

sowie den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege<sup>77</sup> zu regeln. Zudem soll zur Gewährleistung einer nahtlosen ambulanten und stationären Behandlung in dreiseitigen Verträgen nach § 115 SGB V unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen vereinbart werden. Das Recht enthält nach Inkrafttreten des GKV-WSG insoweit keinerlei Neuerungen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zunächst in zwei Rahmenempfehlungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 27.11.1990 einerseits die „Soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus“ und andererseits den „Nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation“ geregelt. Die Rahmenempfehlung soziale Betreuung referiert ohne weitere Konkretisierung oder Operationalisierung im Wesentlichen den Gesetzestext, sodass der gesetzliche Auftrag, die soziale Betreuung und Beratung zu *gestalten*, dadurch jedenfalls nicht umgesetzt wurde.

Die Rahmenempfehlung „Nahtloser Übergang“ enthält lediglich eine umfassende Beratungspflicht durch die Sozialdienste der Krankenhäuser sowie die Pflicht, die Krankenkassen über einen festgestellten Rehabilitationsbedarf zu informieren, jedoch z.B. keinerlei Ermächtigung, selbst bestimmte Leistungsverfahren oder gar Leistungen einzuleiten.

Erst nachfolgend wurden in einigen Bundesländern Verträge nach § 112 Abs. 2 Nrn. 4 und 5 SGB V geschlossen<sup>78</sup>. Soweit solche Verträge bestehen, weisen sie in der Regel die in der Rahmenempfehlung vom 27.11.1990 enthaltenen Inhalte oder Befugnisse aus. Dabei soll die Beratung der Krankenhaussozialdienste auf die „rechtzeitige Einleitung hinwirken“. Die Verträge enthalten jedoch keine Ermächtigung, Leistungen selbst einzuleiten. Lediglich der bayerische Vertrag zur Einleitung der geriatrischen Rehabilitation sieht eine unmittelbare Einleitung durch das Krankenhaus vor<sup>79</sup>.

Alle Verträge auf Landesebene wurden vor Inkrafttreten des SGB IX geschlossen und seitdem nicht angepasst. Sie sind deshalb insoweit nicht mehr wirksam, als sie nicht mit dem Inhalt der Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2

---

<sup>77</sup> § 112 Abs. 2 Nrn. 1a, 4 und 5 SGB V

<sup>78</sup> Bisher nicht in Berlin, Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

<sup>79</sup> „Nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur geriatrischen Rehabilitation“, § 4.

Nr. 10 SGB IX vom 8.11.2005<sup>80</sup> übereinstimmen, die bundeseinheitlich die Einleitung von Rehabilitationsleistungen durch die Sozialdienste vorsieht.

Letztlich stellt sich grundsätzlich die Frage nach dem noch für Verträge nach §§ 112, 115 SGB V verbliebenen Regelungsgehalt, weil wesentliche Verfahrensfragen zwischenzeitlich an anderer Stelle entweder gesetzlich (Pflege) oder durch Selbstbindung der Kostenträger in Verbindung mit gesetzlichen Regelungen (Rehabilitation) abschließend geregelt sind.

#### **ee) Gestaltung im Rahmen der Integrierten Versorgung**

Mit Blick auf die zitierten Pflichten nach § 140b SGB V geht der Gesetzgeber zur Organisation des Versorgungsmanagements davon aus, dass in den Verträgen zur integrierten Versorgung nach §§ 140a bis d SGB V Vereinbarungen zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang der Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche getroffen werden. Dies ist auch systemimmanent, weil diese Verträge ausdrücklich das Ziel verfolgen, die Probleme der sektoralen Gliederung des Gesundheitswesens zu überwinden<sup>81</sup>.

#### **ff) Wirksamkeit und Wirkung des Versorgungsmanagements**

Das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V muss im Gegensatz zu den Anforderungen an das Teilhabemanagement nach dem SGB IX nicht nahtlos und zügig, sondern nur sachgerecht organisiert werden. Ob dies gelingt, hängt entscheidend davon ab, dass für die Finanzierung für die nachfolgenden Leistungen gesichert ist. Gerade darauf hat der Leistungserbringer, dem allein die Verantwortung für das Versorgungsmanagement zugeordnet wird, überhaupt keinen Einfluss, weil die Verantwortung für die Klärung des Leistungsbedarfs und die Entscheidung über die Leistung allein Aufgabe der Leistungsträger ist und bleibt.

Mit Blick auf diese Rechtslage könnten die Krankenhäuser an der Schnittstelle zur Pflege bzw. Teilhabe/Rehabilitation nur dann ein wirksames, den nahtlosen Beginn der anschließenden Versorgung bewirkendes Entlassungsmanagement betreiben, wenn im Zeitpunkt der Entlassung die Kostenübernahme für die anschließenden Leistungen durch den zuständigen Leistungsträger geklärt ist. Dies ist bisher regelmäßig nicht der Fall und wird es durch die neue Regelung auch künftig nicht sein können. Dies gilt in gleicher Weise z.B. auch für die Überleitung aus einer stationären

---

<sup>80</sup> vergl. nachfolgend Abschnitt 6

<sup>81</sup> Fuchs, H. (2004): Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierte Versorgung. In: Die Rehabilitation 43 Jg., Heft 5, S. 325-334.



Rehabilitationsleistung in die ambulante oder stationäre Akutversorgung, die – mangels Zulassung der in den Rehabilitationseinrichtungen tätigen Ärzte zum Kassenarztsystem – von diesen Ärzten nicht kostenwirksam verordnet, d.h., sichergestellt werden kann.

Im Ergebnis haben die Leistungserbringer – vergleichbar dem Teilhabemanagement nach dem SGB IX – auch im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V nur die Verantwortung dafür, dass sie einen sich während ihrer Leistung für die Zeit danach abzeichnenden Leistungsbedarf frühzeitig aufgreifen und dem für die laufende Leistung aktuell zuständigen Leistungsträger, in der Regel der Krankenkasse, anzeigen. Dieser hat dann im Rahmen seiner Unterstützungspflicht und nach dem in den spezifischen Leistungsgesetzen enthaltenen Verfahrensrecht (z.B. §§ 8, 10, 14 SGB IX) zu gewährleisten, dass die Leistungsvoraussetzungen für die nachfolgende Leistung durch den zuständigen Kostenträger so rechtzeitig geprüft und über die erforderliche Leistung so rechtzeitig entschieden wird, dass sie nahtlos anschließen und ohne weiteres Verwaltungsverfahren ausgeführt werden kann.

### **3. Pflegeversicherungsrecht**

Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte nur solange Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wie das Behandlungsziel ausschließlich durch diese Behandlungsform und nicht durch andere Versorgungsformen erreicht werden kann. Das hat zur Folge, dass die Behandlung im Krankenhaus nicht fortgesetzt werden darf, wenn bei dem Patienten die Behandlungsziele z.B. wegen eingetretener Pflegebedürftigkeit nicht mehr erreicht werden können. Diese Regelung soll in Verbindung mit anderen Regelungen sogen. Fehlbelegungen im Krankenhaus vermeiden bzw. abbauen.

Um zu vermeiden, dass der Betroffene und seine Angehörigen unverhofft mit der deswegen bevorstehenden Entlassung aus dem Krankenhaus konfrontiert werden, ohne dass zuvor die anschließende pflegerische Versorgung sichergestellt wurde, sieht § 7 SGB XI in diesen Fällen frühzeitige Aktivitäten des Krankenhauses vor. Wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder Pflegebedürftigkeit (durch den Krankenhausarzt) festgestellt wird, sind nach § 7 Abs. 2 Satz 2 SGB XI mit Einwilligung des Versicherten alle Leistungserbringer (Krankenhäuser, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, behandelnde Ärzte) und auch die Sozialleistungsträger verpflichtet, unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen.

Das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V in der Verantwortung der Leistungserbringer ist jedenfalls für den Bereich der Pflege bereits seit Inkrafttreten des SGB XI ausdrücklich verantwortlich den Pflegekassen übertragen. Zur Vermeidung der Probleme, die sich aus der Überschneidung der für die gleiche Aufgabe in § 11 Abs. 4 SGB V (Leistungserbringer) und § 12 Abs. 2 SGB XI (Pflegekassen/ Pflegeberatung) unterschiedlich zugeordneten Verantwortung ergeben, schreibt § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V i.d.F. des PflWG die „Gewährleistung“ einer engen Zusammenarbeit des Versorgungsmanagements der Krankenhäuser mit den Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a SGB XI vor. Einzelheiten dazu müssten wiederum in den Verträgen nach §§ 112, 115 SGB V geregelt werden.

Kommen die in § 7 Abs. 2 Satz 2 SGB XI genannten Leistungserbringer, insbesondere die Krankenhäuser, ihrer Verpflichtung zur Unterrichtung der Pflegekasse bei sich abzeichnender Pflegebedürftigkeit nach, so ist die Pflegekasse – neben ihren Koordinations- und Managementpflichten nach § 12 SGB XI – auch nach § 18 Abs. 1 SGB XI verpflichtet, den MDK zur Prüfung aufzufordern, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

§ 7 Abs. 2 Satz 2 SGB XI korrespondiert mit § 18 Abs. 3 SGB XI, wonach die Begutachtung durch den MDK unverzüglich spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang der Information des Krankenhauses bei der Pflegekasse noch während des Aufenthaltes im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung durchzuführen ist, wenn dies – was zur Vermeidung der von der Bundesregierung beklagten Schnittstellenprobleme regelmäßig der Fall ist - zur Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung und Betreuung erforderlich ist.

Obwohl danach eine schlüssige gesetzliche Regelung vorhanden ist, die eine Prüfung der Leistungsvoraussetzungen und des Leistungsbedarfs noch während der stationären Versorgung - und damit die Entscheidungsbasis für die Finanzierung der anschließenden Leistungen - gewährleistet, wird eine Vielzahl der Berechtigten ohne Begutachtung und Gewährleistung einer Anschlussfinanzierung aus der stationären Akut- oder Rehabilitationsversorgung entlassen. Ursache dafür ist neben nicht vorhandener geeigneter Verwaltungsverfahren (Information Krankenhaus – Pflegekasse, Pflegekasse – MDK, Durchführung der Untersuchung im Krankenhaus – alles innerhalb einer Woche) u.a. die Auslegung des § 18 Abs. 3 SGB XI durch die MDK und die Pflegekassen dahingehend, dass die Weiterversorgung auch ohne Begutachtung während des Aufenthaltes im Krankenhaus gewährleistet sei. Dabei spielt

für die MDK die Tatsache keine Rolle, dass die Pflegedienste und -einrichtungen in der Regel ohne Finanzierungsgrundlage keine Leistungen erbringen und damit für die Berechtigten und ihre Angehörigen eine sie in mehrfacher Weise existentiell belastende Versorgungslücke eintritt.

### **a. Pflegestützpunkte, Pflegeberatung**

a) Der Gesetzgeber hat den Pflegekassen eine umfassende Care-Management-Verantwortung übertragen. Sie haben nämlich nach § 12 Abs. 1 SGB XI die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten sicher zu stellen. Dies beinhaltet – im Gegensatz zur Haltung mancher Pflegekasse - nicht die Strukturverantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur, die nach § 9 SGB XI ausdrücklich allein Aufgabe der Länder ist. Die Care-Management-Aufgabe der Pflegekassen umfasst die Koordinierung der für die wohnortnahe Versorgung in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Die Pflegekassen wurde zudem ausdrücklich die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung im Einzelfall übertragen, wozu nach § 12 Abs. 2 Satz 1 SGB XI die Koordination der individuell erforderlichen Hilfen ebenso gehört, wie nach § 12 Abs. 2 Satz 2 SGB XI das individuelle Versorgungsmanagement, mit dem zu gewährleisten ist, dass die verschiedenen Versorgungs- und Leistungsformen im Einzelfall nahtlos und störungsfrei ineinander greifen.

b) Der Gesetzgeber hat die den Pflegekassen übertragene Verantwortung für das Care- und Case-Management mit der Neufassung des § 12 Abs. 2 und 3 SGB XI durch das PflWG nochmals unterstrichen und die Bestimmungen des Absatzes 2 durch die Einführung von Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) und die des Absatzes 3 durch die Konkretisierung des Beratungsauftrages (§ 7 SGB XI) sowie die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) weiterentwickelt. Die am häufigsten zwischen Akutversorgung und Pflege entstehende Versorgungs- und Finanzierungslücke als Folge nicht zeitnaher Leistungsentscheidungen der Pflegekassen wird jedoch in der Regel durch die im Krankenhaus unterlassene Einstufungsbeurteilung des Medizinischen Dienstes (MDK) nach § 18 SGB XI verursacht. Dieses Problem wird durch die neuen Pflegestützpunkte nicht beseitigt. Sie werden aus dem diesem Grund ebenso an einer nahtlosen Organisation der Versorgung gehindert

sein wie die schon vorhandenen Manager in den Krankenhaussozialdiensten, gemeinsamen Servicestellen usw.<sup>82</sup>.

c) Die Verpflichtung der Leistungserbringer zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V wird an den vorhandenen Defiziten ebenso wenig ändern wie die Regelungen des PFWG zur Pflegeberatung und zu den Pflegestützpunkten.

Die Krankenhäuser haben keinen bestimmenden Einfluss auf das Begutachtungsverfahren und das Verhalten des MDK. Die zur Unterstützung verpflichteten Krankenkassen haben bisher ebenso die Nichtbeachtung der §§ 7, 18 SGB XI zugelassen, wie auch die Rechtsaufsichtsbehörden nicht eingegriffen haben.

Auch die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte nach dem PFWG sind nicht legitimiert, den MDK unmittelbar zur Durchführung einer Pflegebegutachtung aufzufordern. Ein darauf ausgerichteter Änderungsantrag zu § 18 Abs. 1 SGB XI wurde während des Gesetzgebungsverfahrens zum PFWG abgelehnt, sodass auch die neuen Instrumente im Einzelfall von der Beauftragung des MDK durch die Pflegekassen und dem damit verbundenen längeren Verwaltungsverfahren abhängig bleiben.

Diese Fragen werden in dem 2009/2010 zu erwartenden Gesetzgebungsverfahren zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erneut mit dem Ziel aufzugreifen sein, den MDK und die Pflegekassen zu einem Handeln zu verpflichten, das innerhalb einer Woche nach Annahme von Pflegebedürftigkeit durch den Krankenhausarzt zu einer Begutachtung und Entscheidung über die nachfolgende Versorgung führt. Falls sich der MDK weiterhin nicht in der Lage sieht, ein derart unbürokratisches Verfahren zu organisieren oder erhöhte Personalkosten geltend macht, kann ein gleichwertiges Ergebnis auch durch die schon erwähnte vorläufige Einstufung kraft Gesetzes erreicht werden. Alternativ ist zur Durchführung der Begutachtung nach § 18 SGB XI auch eine gesetzliche Beauftragung der Krankenhausärzte denkbar, zumal der Gesetzgeber bisher schon in § 7 Abs. 2 Satz 2 SGB XI davon ausgeht, dass im Krankenhaus „Pflegebedürftigkeit festgestellt“ wird.

d) Die Einbeziehung von Pflegefachkräften in das Versorgungsmanagement der Krankenhäuser, die Beschäftigung von Pflegeberatern bei den Pflegekassen und die Errichtung von Pflegestützpunkten durch die Pflege- und Krankenkassen nach dem § 92c Abs. 1 SGB XI stehen mit zum Teil überlappender Aufgabenstellung neben den

---

82 Fuchs, H. (2007a): Anspruch auf Versorgungsmanagement für Menschen mit Pflegebedarf. In: Soziale Sicherheit 10/2007, S. 338-345.

in den Krankenhausgesetzen der Länder geregelten Sozialdiensten der Krankenhäuser, den Gemeinsamen Servicestellen nach §§ 22, 23 SGB IX und den nach dem SGB XI in den Ländern und Kommunen vorhandenen Beratungsstrukturen zur Hilfe bei Pflege, die z. T. sogar auf der Grundlage der Landespflegegesetzen von den Ländern finanziert werden.

Um Überschneidungen bzw. Fehlentwicklungen zu vermeiden und die unverzichtbare Kooperation der vielfältigen Beratungsstrukturen und -kulturen auf der Ebene der Länder gewährleisten zu können, hat der Bundesrat darauf bestanden, dass Pflegestützpunkte nur errichtet werden können, wenn dies die zuständige obere Landesbehörde bestimmt (§ 92c Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Zudem ist bei der Errichtung zwingend auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen (§92c Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

e) Im Land Nordrhein-Westfalen wird zwischen den nordrhein-westfälischen Pflegekassen und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes sowie dem Landkreistag, dem Städtetag und dem Städte- und Gemeindebund eine „Vereinbarung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen gem. § 92c SGB XI“ (nachfolgend als „Rahmenvereinbarung NRW“ bezeichnet) getroffen.

In dieser Vereinbarung wird zwischen den genannten Beteiligten nicht nur die Errichtung der Pflegestützpunkte in Nordrhein-Westfalen, sondern insbesondere auch die Zusammenarbeit mit den übrigen Institutionen mit vergleichbaren Aufgaben im Land (Krankenhaussozialdienste, Wohnberatungsstellen, nicht jedoch mit den gemeinsamen Servicestellen) geregelt.

ea) Die Regelung in Abschnitt II "Bündelung und Vernetzung" der Vereinbarung ist für die Krankenhaussozialdienste durchaus problematisch. Danach wird nämlich „Die Zusammenarbeit der Pflegestützpunkte mit den Krankenhaussozialdiensten ...auf der Grundlage des § 3 PfG NRW (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen) auf Landesebene vereinbart.“

§ 3 PfG NRW lautet: "Die zugelassenen Krankenhäuser (§ 108 SGB V) und Rehabilitationseinrichtungen (§111 SGB V) im Land sind verpflichtet, mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen (§72 SGB XI) eng und vertrauensvoll mit dem Ziel zusammenzuwirken, den unmittelbaren Übergang von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung unter Wahrung der Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen zu einer notwendigen Pflege im Sinne des SGB XI durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung sicherzustellen."

len. Hierüber schließen die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich mit den Vereinigungen der Träger und, soweit solche nicht existieren, mit den Trägern von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen Vereinbarungen. Diese Vereinbarungen sind für die zugelassenen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sowie die Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen im Land unmittelbar verbindlich"

Damit bestehen in Nordrhein-Westfalen zwei parallele gesetzliche Verpflichtungen zur gleichen Aufgabe

- einerseits die zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. V SGB V, wobei die konkrete Ausgestaltung nach §§ 112, 115 SGB V in zwei bzw. dreiseitigen Verträgen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf Landesebene und der Landeskrankenhausgesellschaft zu erfolgen hat;
- andererseits die nach § 3 des PfG NRW, die kein Versorgungsmanagement, sondern nur den Übergang vom Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung sicherzustellen hat. Dabei besteht nicht z.B. die Verpflichtung, für ambulant vorstationärer Pflege bzw. Reha vor Pflege zu sorgen (mithin eine weitaus geringere Aufgabenstellung als das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V). Vertragspartner sind hier nicht die Krankenkassen, sondern die Pflegekassen und nicht - wie in §§ 112/115 SGB V zweifelsfrei - die Landeskrankenhausgesellschaft, sondern "Vereinigungen der Träger", was auch andere organisatorische Gebilde als die Landeskrankenhausgesellschaft sein könnten.

Während die Regelung des § 3 PfG NRW in der Vergangenheit ebenso wenig zur Kenntnis genommen und umgesetzt wurde wie die Verpflichtungen nach §§ 112, 115 SGB V, rückt die Regelung des § 3 PfG NRW durch die Rahmenvereinbarung NRW, an der das Land selbst als Vereinbarungspartner beteiligt ist, nunmehr aktuell ins Blickfeld und bekommt Gewicht, zumal ein Vertreter der Krankenkassenverbände NW in einer Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses darauf hinwies, dass man "mit der Landeskrankenhausgesellschaft seit 1990 nichts zustande gebracht habe" (gemeint ist eine vertragliche Regelung nach §§ 112, 115 SGB V). Nicht zuletzt deswegen besteht in NRW nunmehr offenkundig die Bereitschaft der Kassenseite, an Stelle der nicht zustande gekommenen Verträge nach §§ 112, 115 SGB V die Verträge nach § 3 PfG NRW mit Leben zu erfüllen und darin das Versorgungsmanage-

ment verkürzt auf ein pflegebezogenes Überleitungsmanagement zu regeln. Dabei werden sicher mit Blick auf die dem Umfang nach geringere Aufgabenstellung auch geringeren Kosten gesehen.

eb) Die in der Rahmenvereinbarung NRW nunmehr vorgesehene Umsetzung des § 3 PfG NW entlässt die Krankenkassen nicht aus ihrer Verpflichtung nach §§ 11 Abs. 4 SGB V, 111, 112 SGB V, das Versorgungsmanagement in Verträgen mit der Landeskrankenhausgesellschaft zu regeln. Zur Vermeidung von Doppel- oder sogar divergierenden Regelungen und Verfahren - und damit letztlich auch zusätzlichen Verwaltungskosten für die Krankenhäuser - sollte die Landeskrankenhausgesellschaft in die Offensive gehen und den Abschluss von Verträgen nach §§ 112, 115 SGB V fordern.

ec) Der Abschnitt IV „Zahl und Qualifikation der in den Pflegestützpunkten tätigen Mitarbeiter“ der Rahmenvereinbarung NRW benennt zwar keine für die Aufgabewahrnehmung bevorzugt geeignete Berufsgruppe, definiert dafür jedoch folgendes Kompetenzprofil:

„Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegestützpunkten benötigen zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben neben einer hohen Sozial- und kommunikativen Kompetenz gleichzeitig grundlegende pflegerische, sozialrechtliche und verwaltungsrechtliche Kenntnisse. Darüber hinaus sind fundierte Kenntnisse im Case- und Care-Management unabdingbare Voraussetzung für die sachgerechte Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die noch nicht über entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen wird bis zum 30.6.2011 die Möglichkeit zur Nachqualifizierung gegeben.“

Dieses – für die Pflegestützpunkte in Nordrhein-Westfalen – maßgebliche Anforderungsprofil ist durch die Ausbildung der Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit weitgehend gedeckt. Allenfalls hinsichtlich der „grundlegenden pflegerischen Kenntnisse“ könnte im Einzelfall ein Nachqualifizierungsbedarf bestehen.

Demgegenüber sehen die „Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater“ bei den Krankenkassen als „Berufliche Grundqualifikation“ wegen „der hohen Anforderungen an die Pflegeberatung“ eine abgeschlossene Berufsausbildung als

- Altenpfleger/in
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in

- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Sozialversicherungsfachangestellte/r oder
- ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit

vor.

Abgesehen davon, dass die verschiedenen Ausbildungs- und Bildungsgänge auf eine Stufe gestellt werden, obwohl sie untereinander nicht gleichwertig sind, wird zusätzlich zur Berufsausbildung bzw. zum Studium der Nachweis eines Pflegepraktikums sowie von Weiterbildungen in den Bereichen Pflegefachwissen, Case-Management und Recht sowie der Kommunikation und Gesprächsführung, der Moderation und Verhandlungstechniken verlangt.

Von den mindestens 400 Weiterbildungsstunden in drei Modulen entfallen zwei Module mit 300 Stunden auf Inhalte, die Gegenstand des Studiums der Sozialen Arbeit sind. Diese sollen allerdings von den Weiterbildungsinstitutionen anerkannt werden. Soweit sie bereits Gegenstand des Studiums waren.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Vereinbarung im Land Nordrhein-Westfalen für die Tätigkeit in Pflegestützpunkten erkennbar auf den Einsatz von Mitarbeitern mit einem abgeschlossenen Studium der Sozialen Arbeit setzt, während der GKV Spitzenverband für die Tätigkeit der Pflegeberater der Krankenkassen eher Sozialversicherungsfachangestellte und Pflegefachkräfte mit einem hohen Weiterbildungsbedarf im Blick hat.

#### **4. Heimrecht**

Nach der Föderalisierung des Heimrechts sollte der Auftraggeber auch das sich dazu nunmehr in den Ländern entwickelnde spezifische Ordnungsrecht ins Blickfeld nehmen.

Das „**Gesetz über das Wohnen mit Assistenz und Pflege in Einrichtungen (Wohn- und Teilhabegesetz - WTG -)**“ in Nordrhein-Westfalen unterscheidet nicht mehr zwischen pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ist deshalb nicht nur für die pflegerische Versorgung, sondern auch für die Versorgung behinderter Menschen von Bedeutung. Sein Anwendungsbereich orientiert sich nicht mehr nach der Art der Versorgung, sondern daran, ob betroffene Menschen durch unternehmerische Entscheidungen und Bindungen in ihrer Selbstbestimmung beeinträchtigt sein



können. Das Gesetz kann deshalb nicht nur im Bereich der stationären (bisheriger Ansatz: Heim), sondern auch der nichtstationären Versorgung pflegebedürftiger und behinderter Menschen Anwendung finden. Die in diesem Gesetz zu den personellen Anforderungen enthaltenen Regelungen sind deshalb auch für die in der Sozialen Arbeit Tätigen von Bedeutung

§ 12 WTG NW enthält folgende personelle Anforderungen:

*„(1) Die Beschäftigten müssen die erforderliche persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen ausgeübte Tätigkeit besitzen. Betreuende Tätigkeiten dürfen nur durch Fachkräfte oder unter deren angemessener Beteiligung wahrgenommen werden.*

*(2)Betreuende Tätigkeiten werden unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen, wenn in einem Konzept festgelegt wird:*

- 1. welche betreuenden Tätigkeiten im Einzelnen ausgeführt werden,*
- 2. welche fachlichen Standards es für die Ausübung der betreuenden Tätigkeiten gibt und dass die Ausübung den anerkannten fachlichen Standards genügt,*
- 3. wie der Beschäftigte für die Ausübung der betreuenden Tätigkeiten qualifiziert wurde,*
- 4. wie die Überwachung der Ausübung dieser betreuenden Tätigkeit organisiert ist und*
- 5. wie dieser Prozess insgesamt dokumentiert wird.*

*(3) Der Betreiber und die Einrichtungsleitung haben sicherzustellen, dass die Gesamtzahl der Beschäftigten und ihre Qualifikation für die von ihnen zu leistende Tätigkeit ausreichen. Dies ist der Fall, wenn Zahl und Qualifikation der Beschäftigten dem in einem allgemein anerkannten und wissenschaftlichen Anforderungen entsprechenden Personalbemessungssystem ermittelten Bedarf entsprechen. Liegt ein solches Personalbemessungssystem nicht vor, wird vermutet, dass Zahl und Qualifikation der Beschäftigten ausreichen, wenn diese in Verträgen nach dem Fünften, Elften oder Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches bestimmt sind. In jedem Fall ist sicherzustellen, dass insgesamt mindestens die Hälfte der mit betreuenden Tätigkeiten beauftragten Beschäftigten Fachkräfte sind; die Berechnung hat anhand der Vollzeitäquivalente zu erfolgen. Darüber hinaus muss mindestens eine Fachkraft im Bereich der hauswirtschaftlichen Betreuung vorhanden sein. In Betreuungseinrichtungen mit überwiegend pflegerischer Betreuung muss*

*nachts mindestens eine Pflegefachkraft ständig anwesend sein. In den übrigen Betreuungseinrichtungen ist durch geeignete organisatorische Vorkehrungen sicherzustellen, dass nachts in angemessener Zeit eine Fachkraft im Bedarfsfall zur Verfügung steht.*

*(4) Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung und Fachkräfte müssen eine mindestens dreijährige förderliche Ausbildung abgeschlossen haben. Für Einrichtungsleitungen und Pflegedienstleitungen ist darüber hinaus eine mindestens zweijährige einschlägige hauptberufliche Berufserfahrung erforderlich. Weiterbildungsmaßnahmen, die auf Leitungstätigkeiten vorbereiten, sollen in angemessenem Umfang berücksichtigt werden.*

*(5) Das für Soziales zuständige Ministerium kann durch Rechtsverordnung Regelungen erlassen über die weiteren fachlichen und persönlichen Anforderungen an die Eignung der Einrichtungsleitung, der Pflegedienstleitung und der Beschäftigten.“*

Soweit SozialarbeiterInnen in Behinderteneinrichtungen bzw. -diensten oder im Rahmen der nichtstationären und stationären pflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen tätig sind, handelt es sich um für sie unmittelbar wirksames Recht.

Dies gilt insbesondere für die Tätigkeit in Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen sowie Fachkraftfunktionen (vgl. § 12 Abs. 3). Im Übrigen verpflichtet § 5 der Durchführungsverordnung zum WTG NRW die Betreiber einer Betreuungseinrichtung dazu, Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung und Beschäftigten Gelegenheit zur Teilnahme an Veranstaltungen berufsbegleitender Fort- und Weiterbildung zu geben (Abs. 1). Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung sind verpflichtet, sich auch in Fragen der Personalführung, Organisationsentwicklung und Qualitätssicherung fortzubilden (Abs. 2).

Da § 12 WTG NRW unmittelbar keine Regelung dazu enthält, was unter einer „Fachkraft“ im Sinne dieser Regelung zu verstehen ist und ob sowie ggfls. unter welchen Voraussetzungen dazu auch SozialarbeiterInnen gehören, ist das in § 12 Abs. 5 WTG NRW enthaltene Ordnungsrecht berufs- und verbandspolitisch bedeutsam und zu begleiten.

In diesem Zusammenhang ist auf § 17 WTG NRW aufmerksam zu machen, nach dem die Zusammenarbeit der Beteiligten zu fördern ist, der vor allem aber die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft vorsieht, deren Aufgabe u.a. auch die Abgabe von

Empfehlungen zur Anerkennung von Ausbildungen als förderliche Ausbildungen im Sinne des § 12 ist. In diesem Rahmen werden entweder durch Verwaltungsrichtlinien unmittelbar wirksame Definitionen zum Verständnis des „Fachkraftbegriffs“ des § 12 oder Vorschläge für die dort in Absatz 5 vorgesehenen Rechtsverordnungen entwickelt.

Da in § 17 Abs. 3 WTG NW gesetzlich nur eine Zusammenarbeit der Arbeitsgemeinschaft mit den Verbänden der Pflegeberufe und den Gewerkschaften vorgesehen ist, muss die DVSG prüfen, wie sie diese Entwicklung begleiten und sich in die Prozesse einbringen kann.

## **D. Zusammenfassung und Schluss**

a) Die Expertise zeigt, dass die Stellung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen durch die Entwicklung

- des Berufsrechts
- des Gesundheits- und Sozialrechts auf Bundes- und Landesebene sowohl im Leistungs- wie auch im Leistungserbringungsrecht
- untergesetzlicher Regelungen der Leistungsträger und ihrer Verbände

beeinflusst wird.

Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens wie Ärzten, Psychologen, aber auch Kranken- und Altenpflegern lassen sich aus dem Ausbildungs- und Beruferecht der Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit keine Aufgabenstellungen bzw. Tätigkeitsfelder ableiten, die dieser Berufsgruppe vorbehalten oder ihrer Ausbildung zugeordnet ist.

Die Stellung der Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit und die ihnen übertragenen Aufgaben und Tätigkeiten sind deswegen im Wesentlichen davon abhängig, wie die im System des Gesundheitswesens maßgeblichen Institutionen und die für diese handelnden Akteure die Soziale Arbeit organisieren, die Tätigkeiten bzw. Anforderungsprofile definieren und daran den Bedarf an Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bewerten.

b) Nach Auffassung der Verfasser ist der Gesetzgeber befugt, den Teilbereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen so zu einem eigenen Berufsbild weiterentwi-

ckeln, dass dieser zum Heilberuf im verfassungsrechtlichen Sinne werden könnte<sup>83</sup>. Dies setzt voraus, dass die Aufgabe der Sozialen Arbeit im Kontext des Gesundheitswesens auch rechtlich klar abgrenzbar wäre, so wie dies beim Altenpflegeberuf durch das SGB IX eingetreten ist.

Falls der Auftraggeber eine solche Entwicklung verfolgen will, sollte er durch die Beauftragung eines spezifischen berufrechtlichen Gutachtens die definitorischen und rechtlichen Grundlagen dafür erarbeiten lassen.

Ein weiterer Mangel für die systematische Absicherung der Tätigkeit der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter besteht darin, dass das Berufsrecht der Sozialen Arbeit in der Verantwortung der Länder weder die Ausbildungsinhalte anspricht, noch die für die Berufsausübung vorbehaltenen Aufgabenbereiche beschreibt<sup>84</sup>. Auch dazu sollten für den Auftraggeber Handlungsperspektiven und –initiativen auf Landesebene entwickelt werden.

c) Der Beruf der Sozialen Arbeit wird im Sozialgesetzbuch nur an wenigen Stellen erwähnt (§§ 13, 31, 35 SGB VIII, 61 Abs. 2 SGB IX, 7a Abs. 3 Satz 2 SGB XI). An keiner Stelle wird diesem Beruf jedoch eine bestimmte Aufgabe explizit übertragen oder die Ausübung bestimmter Tätigkeit vorbehalten.

Gleichwohl ist dem Gesetzgeber die Bedeutung dieses Berufes für das Funktionieren des gegliederten Systems durchaus bewusst. So verpflichtet § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX die Rehabilitationsträger ausdrücklich zur Vereinbarung einer gemeinsamen Empfehlung über ihre Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen. Da die Leistungsträger aus Kosten- und anderen Gründen nicht bereit sind der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit in solchen untergesetzlichen Regelungen explizit Aufgabenfelder zu übertragen, kann nur der Gesetzgeber angehalten werden, das den Leistungsträgern eingeräumte Ermessen bei der Ausgestaltung der Verfahren insoweit zu binden.

Der Auftraggeber sollte sicherstellen, dass er an allen Gesetzes- und Verordnungsvorhaben auf Bundes- und Länderebene beteiligt wird und dabei systematisch anstreben, dass – vergleichbar der Rolle der Pflegefachkräfte in § 7a SGB XI – künftig auch die Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit für bestimmte Aufgaben als bevorzugt geeignete Berufsgruppe im Sozialrecht verankert werden.

---

<sup>83</sup> Vgl. oben, Teil B

<sup>84</sup> Vgl. Teil B, Ziffer 2

d) Da auch in untergesetzlichen Verfahrensregelungen die Stellung der Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit gefördert oder behindert werden kann (z.B. Verträge nach §§ 112, 115

SGB V, Gemeinsame Empfehlung Sozialdienst nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX, Landesrahmenvereinbarung Pflegestützpunkte Nordrhein-Westfalen) muss der Auftraggeber die Akteure solcher Regelungen dazu bewegen, ihn bei der Entwicklung zu beteiligen.

e) Das Gleiche gilt für Regelungen im Rahmen des Leistungs- oder Leistungserbringungsrechts (z.B. Präventionsleistungen nach § 20 SGB V, Beteiligung im Rahmen komplexer Therapieangebote).

f) Der Auftraggeber sollte prüfen und ggfls. sicherstellen, ob und dass er mit seinen verbandlichen Strukturen in der Lage ist, die verschiedenartigen Entwicklungen dieser Art auf Bundes- und Landesebene zu begleiten und zu beeinflussen.

## Literaturverzeichnis

Bihr, Dietrich / Fuchs Harry / Krauskopf, Dieter / Ritz, Hans Günther  
SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch

Ensslen, Carola  
Zur Schweigepflicht von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen im Strafverfahren  
In: NDV 1999, 121 ff.

Fuchs, Harry  
Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierte Versorgung  
In: Die Rehabilitation 43 Jg., Heft 5, S. 325-334

Fuchs, Harry  
Anspruch auf Versorgungsmanagement für Menschen mit Pflegebedarf  
In: Soziale Sicherheit 10/2007, S. 338-345

Fuchs, Harry  
Geriatrische Rehabilitation aus dem Blickwinkel des Neunten Sozialgesetzbuches  
(SGB IX)  
In: Die Rehabilitation 2007, S. 296-309

Fuchs, Harry / Welti, Felix  
Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX  
In: Die Rehabilitation 2007, S. 111 ff

Hammer, Ulrich  
Rechtsprobleme des Beratungsgeheimnisses in der sozialen Praxis  
In: NZA 1986, 305 ff.

Jürgen Thorwart  
Berufliche Verschwiegenheit  
München 1998

Lachwitz, Klaus / Schellhorn, Walter / Welti, Felix  
Handkommentar zum SGB IX – Rehabilitation und Teilhaber behinderter Menschen  
2. Auflage, München 2006

Reinicke, Peter  
Rückblick auf die Entwicklung der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im  
Krankenhaus (DVSK)  
In: ders. (Hrsg.), Soziale Arbeit im Krankenhaus, 2001