

Blockseminar

„Zum Spannungsfeld von Teilhaberecht und aktueller Behindertenpolitik“

Dienstag 3.7.2012

Zugang zu den Teilhabeleistungen

Ziel- und Bedarfsorientierung sowie Wirksamkeit der Leistungen

ICF-orientierte Leistungsbedarfsfeststellung

Schnittstellenüberwindung/Teilhabemanagement

Zugang zu den Teilhabeleistungen

Zugang zur Rehabilitation

- Antrag gem. § 19 Satz 1 SGB IV
- von Amts wegen gem. § 8 SGB IX
- Betriebliches Eingliederungsmanagement gem. § 84 SGB IX
- Beratung durch Ärzte gem. § 61 SGB IX
- Einleitung durch Sozialdienste oder behandelnde Ärzte nach den gemeinsamen Empfehlungen Sozialdienste, Frühzeitige Bedarfserkennung und zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation (§ 13 Abs. 2 Nrn 10, 5 und 8/9 SGB IX)
- Verordnung nach der Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V) – sogen. Rehabilitations-Richtlinie

Zugang zur Rehabilitation

- Case – Management
- Rolle des Arztes
- Rolle des niedergelassenen Arztes
- Wunsch- und Wahlrecht des Berechtigten

Verständnis von Case-Management

z.B. Niederlande:

Organisieren und Koordinieren
erforderlicher Hilfen, Dienste
und Fürsorge bei komplexer
Problematik mittels Verhandeln

Verständnis von Case-Management

Hausärzte in Deutschland (Kossow et.al.):

Steuerung der umfassenden Betreuung des Patienten unter den Gesichtspunkten einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung und auf der Grundlage des allgemeinen Standes der medizinischen Erkenntnisse, der sich auch aus Forschungsergebnissen in Hausarztpraxen ergeben muss.

Hierbei sind die gesetzlichen Versorgungsstrukturen und Schnittstellen zu den Versorgungsbereichen außerhalb der hausärztlichen Versorgung besonders zu berücksichtigen

Basisfunktionen von Case-Management aus wissenschaftlicher Sicht

- **Assessment**
Herausfinden der tatsächlichen Bedürfnisse des Klienten
- **Planung**
Beschreibung der ergebnisorientiert erforderlichen Handlungen und Zuordnung von Aufgaben
- **Linking**
Bildung des Handlungsteams und Erhaltung seiner Funktionsfähigkeit
- **Monitoring**
Controlling der Durchführung des Hilfeplans und Überprüfung nach dem Bedarf
- **Evaluation**
Überprüfung der Effektivität und Effizienz (Maßstab: Bedürfnisse des Patienten)

Case-Management-Elemente des Neunten Sozialgesetzbuches

Assessment

- § 10 Abs. 1 Verpflichtung der Rehabilitationsträger die Leistungen nach dem individuellen Bedarf funktionsbezogen festzustellen; dabei sind nach § 14 Abs. 5 vom Berechtigten auszuwählende Sachverständige zu beteiligen.
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 - 5 umfassende Begleitung bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, der Zuständigkeit, der Einschaltung eines Sachverständigen, der entscheidungsreifen Vorbereitung durch gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger

Case-Management-Element des Neunten Sozialgesetzbuches

Planung

Der jeweils gerade zuständige Rehabilitationsträger ist verpflichtet, bereits während seiner Leistungen den voraussichtlich nach Beendigung dieser Leistungen noch bestehenden Rehabilitationsbedarf zu klären und mit dem nachfolgend zuständigen Träger den funktionsbezogenen Leistungsbedarf festzustellen und zu dokumentieren. (§ 10 Abs. 1 Satz 1)

(Der nachfolgende Träger soll notwendige Verwaltungsverfahren noch während der laufenden Leistung beenden, sodass Nahtlosigkeit gewährleistet wird. Die Verantwortung des gerade federführenden Trägers endet erst mit dem Beginn der Leistung des nachfolgenden Trägers, nicht bereits mit dessen Einschaltung)

Case-Management-Elemente des Neunten Sozialgesetzbuches

Linking

§ 17 Abs. 1 :

Der zuständige Rehabilitationsträger führt die Leistungen aus. Er hat kann sich dazu u.a.

- geeigneter Rehabilitationseinrichtungen und -dienste bedienen oder
- ein persönliches Budget einräumen

(d.h., entweder er managed selbst oder überlässt dies dem Berechtigten in Eigenverantwortung)

Case-Management-Elemente des Neunten Sozialgesetzbuches

Monitoring

§ 22 Abs. 1 Nr. 6 - 8

Die gemeinsame Servicestelle

- hat den Berechtigten bis zur Entscheidung oder Leistung unterstützend zu begleiten
- bei den Trägern auf zeitnahe Entscheidung hinzuwirken
- zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln

Case-Management-Elemente des Neunten Sozialgesetzbuches

Evaluation

(§ 20)

Die Leistungserbringer stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert

Die Rehabilitationsträger führen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement vergleichende Qualitätsanalysen durch

Weitere Instrumente
im Rahmen des
Zugangs zu
Rehabilitations- und
Teilhabeleistungen

Aufklärung Beratung, Auskunft nach dem SGB I

- § 13 - Aufklärung -
Die Leistungsträger....sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären
- § 14 - Beratung -
Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten...Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind
- § 15 - Auskunft -
Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der Kranken- und Pflegeversicherung sind verpflichtet ...Auskunft zu erteilen. Die...erstreckt sich auf die Benennung derzuständigen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für den Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle im Stande ist

SGB II

- Bezieher von Leistungen nach dem SGB II (sogen. Hartz IV oder Arbeitslosengeld II-Bezieher) sind nach § 10 SGB II verpflichtet, jede zumutbare Arbeit anzunehmen, es sei denn dass sie zu der bestimmten Arbeit körperlich, geistig oder seelisch nicht in der Lage sind.
- Die damit verbundene Pflicht der Bundesagentur, das objektive Leistungsvermögen zu prüfen, führt häufig zu Auseinandersetzungen, die die Betroffenen und ihre Familien erheblich belasten.
- Die Durchführung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation kann hier zu einer hilfreichen Klärung führen. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dazu sind in der GRV nach sechs Monaten Bezug von SGB II-Leistungen gegeben.

SGB V: Hausarzt

Auszug aus der Begründung zu § 67:

Die Anforderungen an die hausärztliche Tätigkeit und die qualitativen Anforderungen an den Hausarzt sind in dem

- § 73 Abs. 1b, der die Koordinierungsaufgabe konkretisiert,
- im Hausarztvertrag nach § 73 Abs. 1 c, der qualitative Mindeststandards für die hausärztliche Tätigkeit festlegen soll,
- und in den Weiterbildungsinhalten der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

geregelt.

Die dort festgelegten Standards und Ausbildungsinhalte sollen den Hausarzt befähigen, seiner besonderen Rolle als Koordinator der Behandlungsabläufe gerecht zu werden.

SGB V: Hausarzt als „Lotse“

Die „Lotsenfunktion des Hausarztes“ soll durch das GMG weiter gestärkt werden.

- § 73 Abs. 1 unverändert:
 - Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen
 - Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung wesentlicher Behandlungsdaten
 - Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen
- § 73 Abs. 1 b ermächtigt in diesem Sinne zum Datenaustausch
- § 73b (neu): Versicherte können sich gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Behandlung nur auf Überweisung ihres Hausarztes in Anspruch zu nehmen (hausarztzentrierte Versorgung). Der Versicherte ist an diese Verpflichtung mindestens 1 Jahr lang gebunden.
- § 92 Abs. 1 Nr. 8: Verordnung von Rehabilitation nach der sogen.Rehabilitations-Richtlinie

Verordnung und Beratung im Kassenarztrecht

- § 73 Abs. 2 SGB V:

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

5. Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

7. Verordnung von ...oder Behandlung in Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen

- § 92 Abs. 1 SGB V:

Die Bundesausschüsse sollen insbesondere Richtlinien beschließen über die

8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen zur Rehabilitation und Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.

SGB V: Hausarzt als Lotse – Rehabilitations-Richtlinie

- **Reha-Richtlinie der KBV (§ 92 SGB V):**
Nach 1 jähriger Übergangsfrist dürfen nur noch Ärzte Rehabilitation verordnen, die eine mindestens 16stündige Weiterbildung in den Grundlagen der Rehabilitation und der der Anwendung der ICF absolviert haben

Rehabilitationsleistungen als Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung

- § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V:
Die hausärztliche Behandlung beinhaltet insbesondere
4. Die Einleitung oder Durchführung präventiver oder rehabilitativer Maßnahmen.....
- § 73 Abs. 3 SGB V:
In Gesamtverträgen ist zu vereinbaren, inwieweit Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation, soweit sie nicht zur vertragsärztlichen Versorgung nach Absatz 2 gehören, Gegenstand der Vertragsärztlichen Versorgung sind
- § 27 SGB V :
Die Krankenbehandlung umfasst
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- § 40 Abs. 1 SGB V:
Reicht....Krankenbehandlung nicht aus....kann die Krankenkasse ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationsseinrichtungen...

Beteiligung des niedergelassenen Arztes am Rehabilitationsverfahren

- **Rehabilitations-Angleichungsgesetz**

§ 5 Abs. 3: Der Behinderte, auf sein Verlangen oder, soweit erforderlich, die behandelnden Ärztewirken bei der Aufstellung des Gesamtplanes mit“

- **SGB IX:**

§ 13 Abs. 2 Nr. 8: Die Rehabilitationsträger vereinbaren in einer gemeinsame Empfehlung, *in welchen Fällen* und *in welcher Weise* der behandelnde Hausarzt oder Facharzt und der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe *einzubinden* sind.

Beteiligung des Arztes im Zugangsverfahren nach dem SGB IX

- § 60 SGB IX:
Personensorgeberechtigte sollen Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen einer gemeinsamen Servicestelle oder einem Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe vorstellen
- § 61 SGB IX:
Die Beratung der Ärzte, denen Personen nach § 60 vorgestellt werden, erstreckt sich auf die *geeigneten* Leistungen zur Teilhabe. Dabei weisen sie auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle hin.

§ 61 SGB IX ist ärztliches Berufs-Recht

- (Alle) Ärzte haben Menschen, bei denen eine Behinderung oder drohende Behinderung wahrgenommen wird
 - über geeignete Leistungen zur Teilhabe zu beraten
 - auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle hinzuweisen
- Nichtärztliche Medizinalberufe haben die Personensorgeberechtigten auf eine wahrgenommene Behinderung oder drohende Behinderung sowie auf die Beratungsangebote hinzuweisen

Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX

- Information über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen, besondere Hilfen im Arbeitsleben und Verwaltungsabläufe
- Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen sowie bei der Erfüllung der Mitwirkungspflichten
- Klärung der Zuständigkeit, Hinwirken auf klare und sachliche Anträge sowie Weiterleitung an den zuständigen Träger
- Information des Trägers bei einem Reha-Bedarf, der ein Gutachten erfordert
- umfassende, entscheidungsreife Vorbereitung, sodass der Träger unverzüglich entscheiden kann
- unterstützende Begleitung des Berechtigten bis zur Leistung
- Hinwirken auf eine zeitnahe Entscheidung und Leistung
- Koordination und Vermittlung während der Leistung

Betriebliches Eingliederungsmanagement

- Sind Beschäftigte (nicht nur Schwerbehinderte) innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig
- Hat der Arbeitgeber nach § 84 Abs. 2 SGB IX mit der zuständigen Interessenvertretung und ggfls. den Vertrauensleuten der Schwerbehinderten die Möglichkeit zu klären, wie die AU überwunden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter AU vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement)
- Kommen Reha-Leistungen in Betracht, hat der Arbeitgeber die gemeinsame Servicestelle und bei Schwerbehinderten auch das Integrationsamt hinzuzuziehen (Satz 4)

Pflichten der Sozialleistungsträger nach § 8 SGB IX

Werden bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht, *prüft* dieser unabhängig von der Entscheidung über diese Leistung, *ob Leistungen zur Teilhabe erfolgreich sind.*

Einleitung der Rehabilitation zum frühestmöglichen Zeitpunkt

- Die Ziele der medizinischen Rehabilitation sowie die Orientierung an der Bedarfsgerechtigkeit, Zielgerichtetheit und Wirksamkeit der Leistungen (§ 10) gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung (§ 27 SGB IX)
- Die akutstationäre Behandlung (im Krankenhaus) umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 29 Abs. 1 Satz 3, letzter Halbsatz SGB V), die als Bestandteil der Krankenhausbehandlung Bestandteil des Krankenhausbudgets sind
- Jeder Rehabilitationsträger hat bei der Gewährung jedweder Sozialleistung zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind (§ 8 SGB IX)

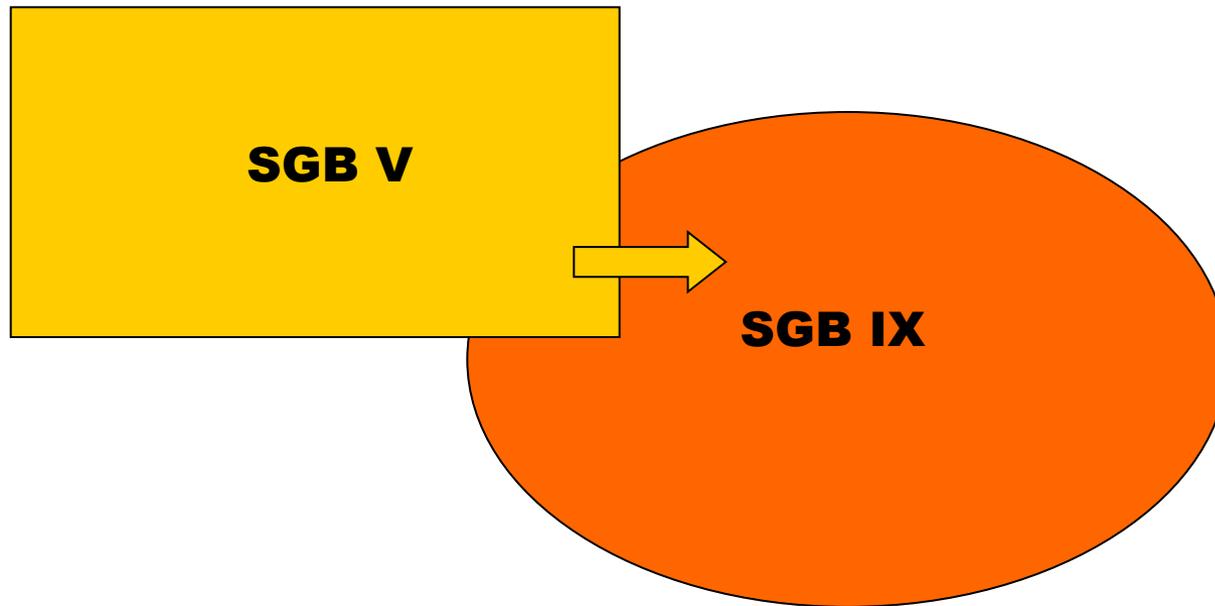
Schnittstellen des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems und die Instrumente, sie zu überwinden

Schnittstellen des gegliederten Systems

- Abstimmung mit den Handlungsanreizen anderer Systeme
 - Akutversorgung
 - Pflege
 - Arbeitsförderung
 - Schule
- Koordination der Rehabilitationsträger auf regionaler und kommunaler Ebene
 - Arbeitsgemeinschaften
 - Servicestellen
- Einbindung der Leistungserbringer
- Beteiligung der Verbände und Selbsthilfe behinderter Menschen

Schnittstellen

Akutmedizin



§ 8 SGB IX

(1) Werden bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung beantragt oder erbracht, prüft dieser unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind.

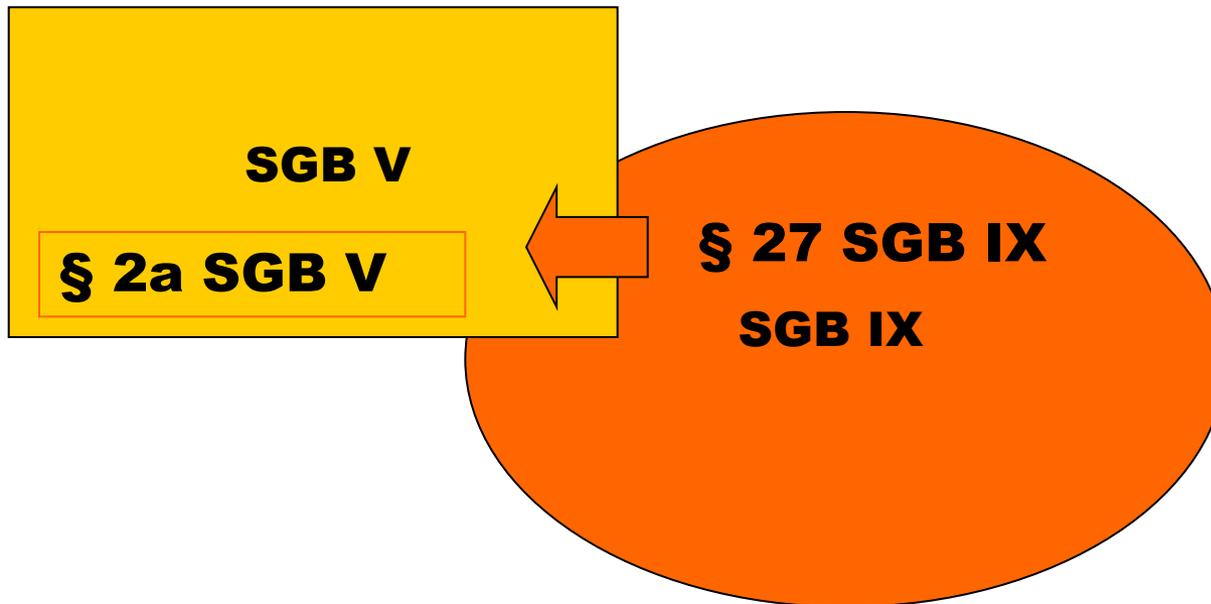
§ 8 SGB IX

Wann ist Krankenbehandlung eine **Sozialleistung** wegen oder unter Berücksichtigung einer **Behinderung?**

- Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen
- Belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Chronische Krankheit
- Psychosomatische Reaktionen oder Abhängigkeiten

Schnittstellen

Akutmedizin



§ 2a SGB V/§ 27 SGB IX

- § 2a SGB V

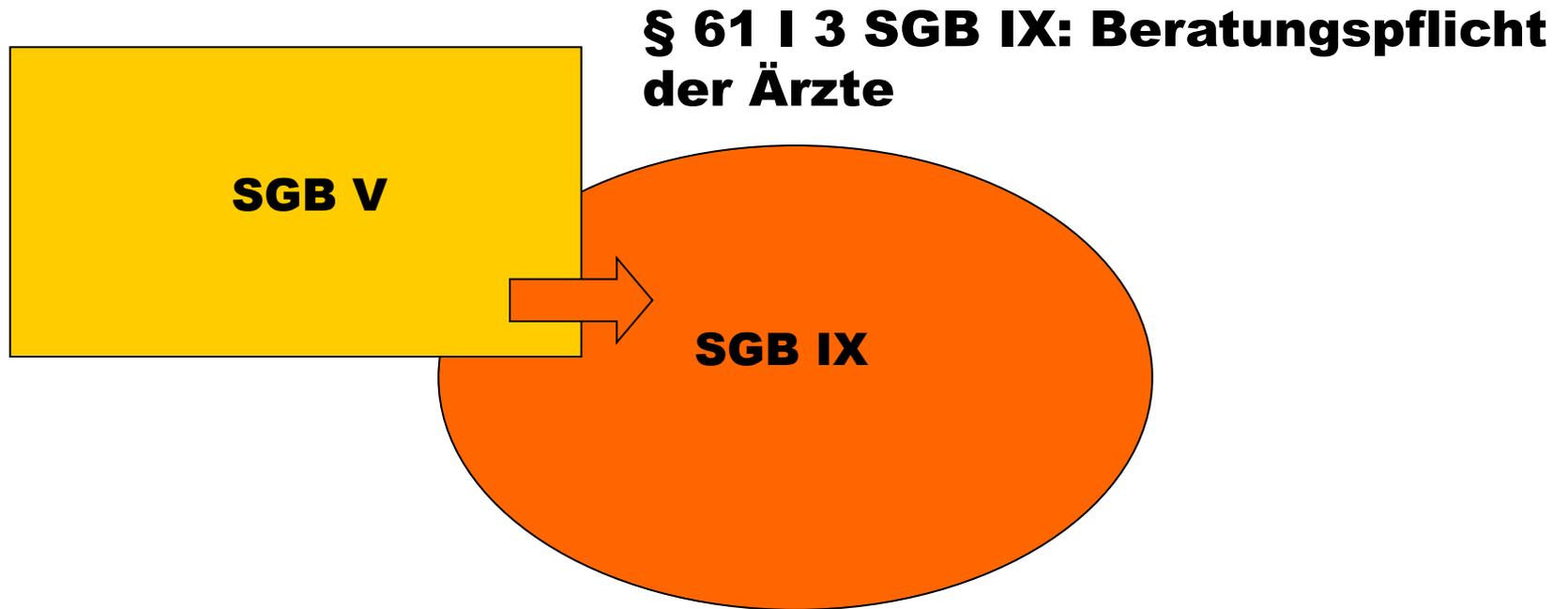
Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zutragen.

- § 27 SGB IX

Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.

Schnittstelle Ärzte allgemein

Akutmedizin



Pflicht zur Einleitung von Rehabilitationsleistungen durch niedergelassene Ärzte und Personensorgeberechtigte nach dem SGB IX

- § 60 SGB IX:

Personensorgeberechtigte sollen Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen einer gemeinsamen Servicestelle oder einem Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe vorstellen

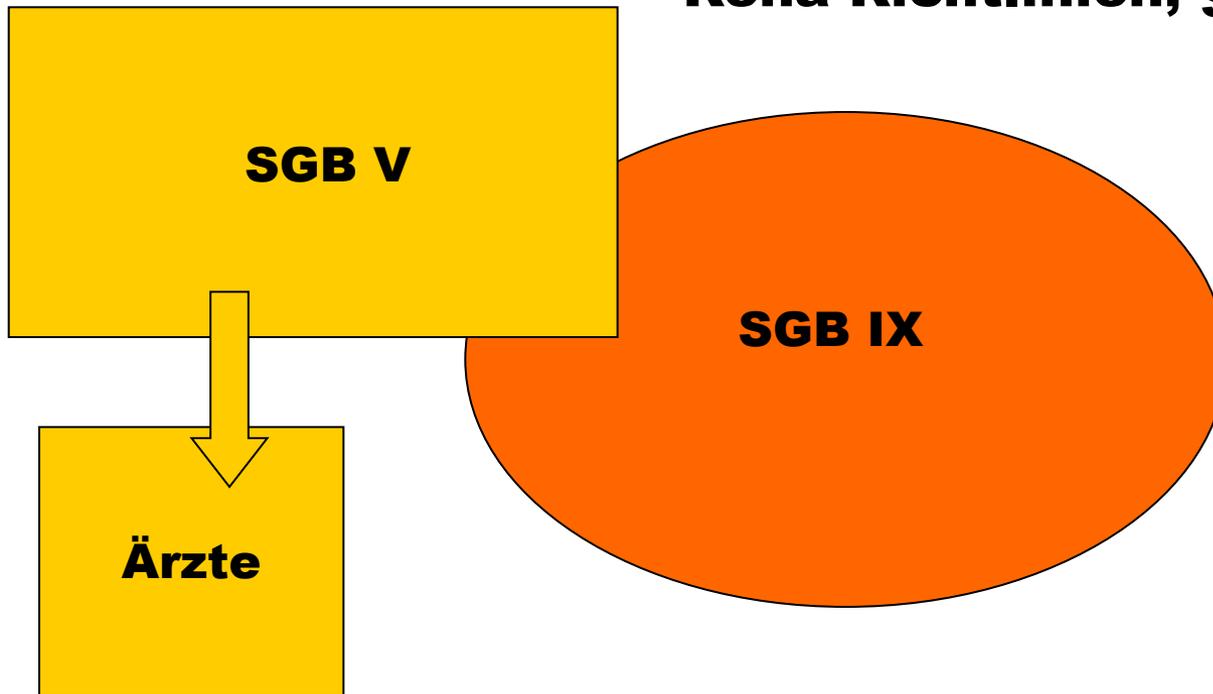
- § 61 SGB IX:

Die Beratung der Ärzte, denen Personen nach § 60 vorgestellt werden, erstreckt sich auf die *geeigneten* Leistungen zur Teilhabe. Dabei weisen sie auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle hin.

Schnittstelle niedergelassene Ärzte

Akutmedizin

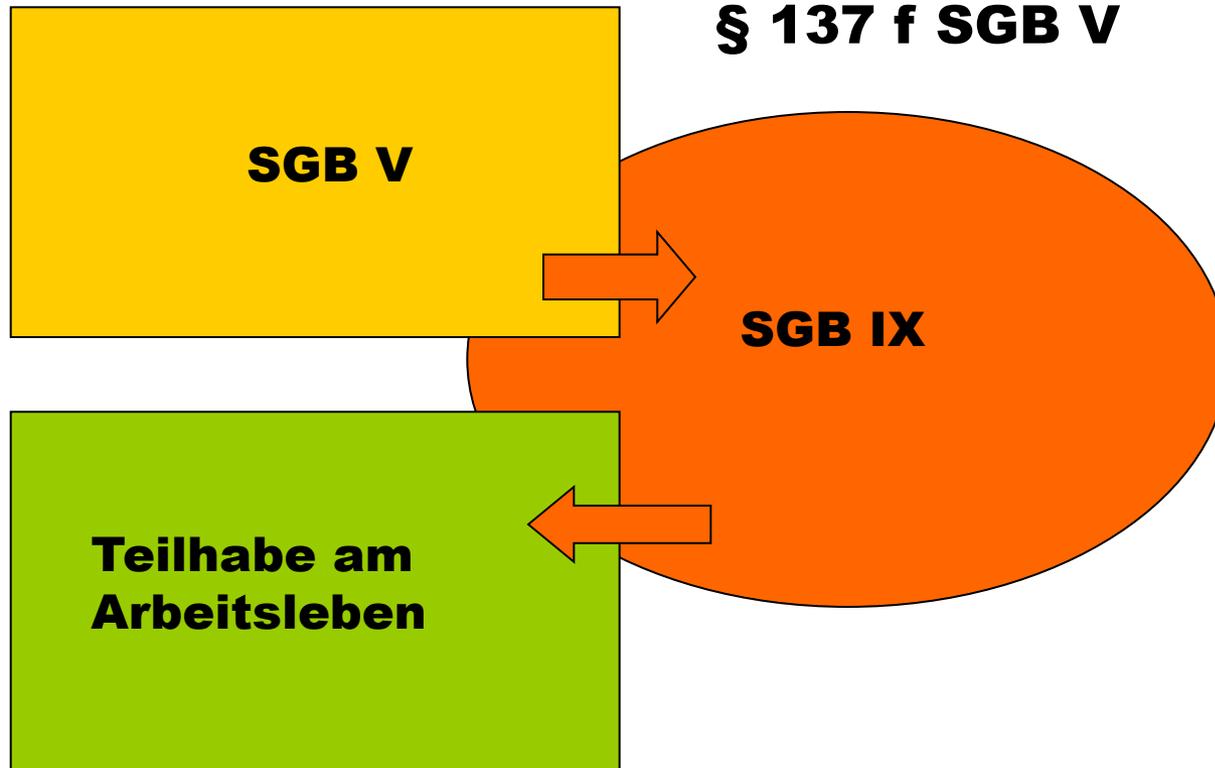
Reha-Richtlinien, § 92 I Nr. 8 SGB V



Spezifische Schnittstelle strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

Akutmedizin

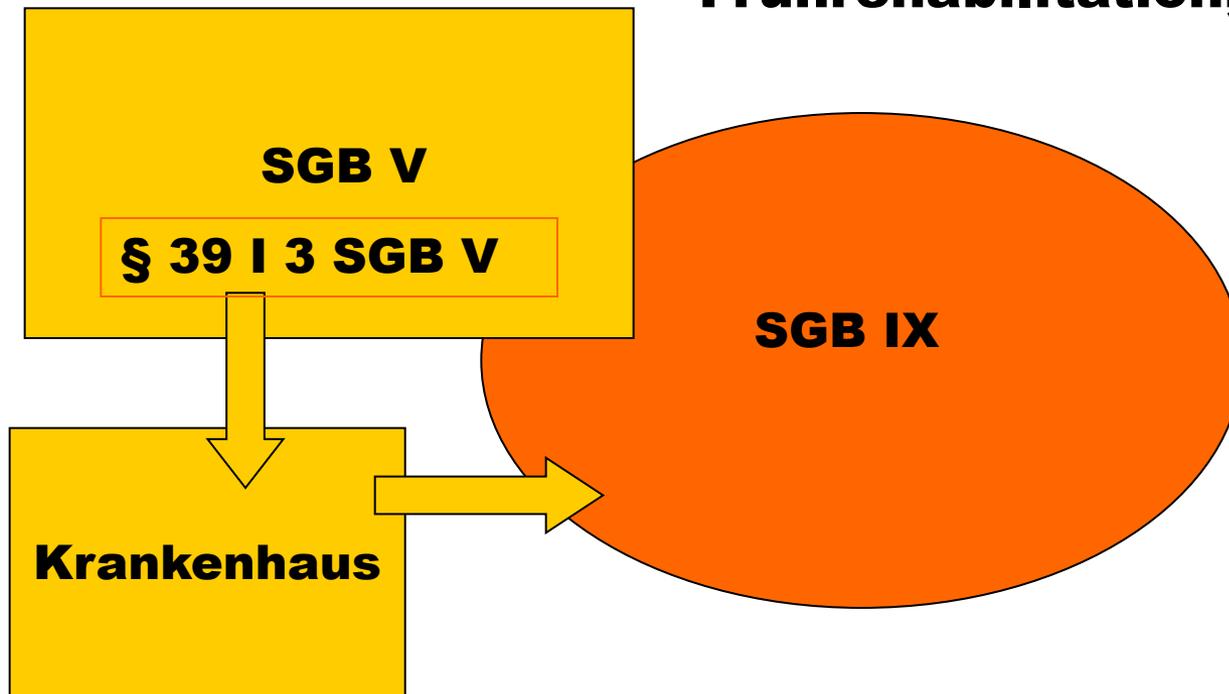
**Strukturierte
Behandlungsprogramme
§ 137 f SGB V**



Schnittstelle Krankenhaus

Akutmedizin

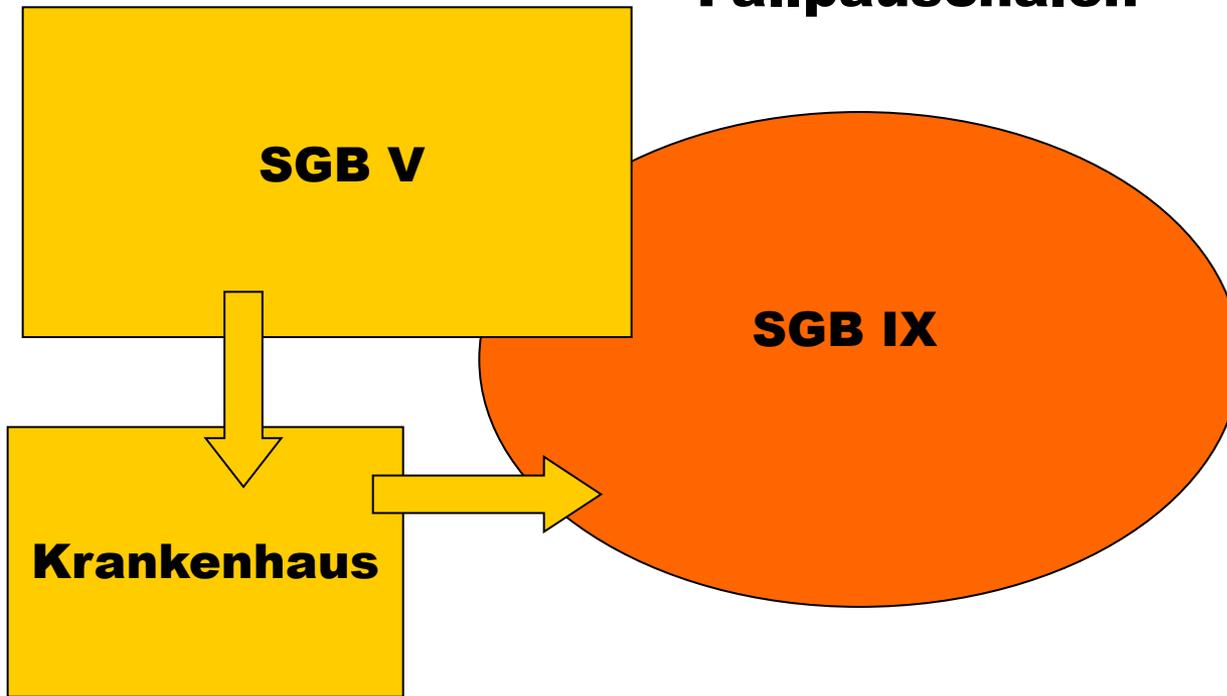
Frührehabilitation, § 39 I 3 SGB V



Schnittstelle Krankenhausvergütung

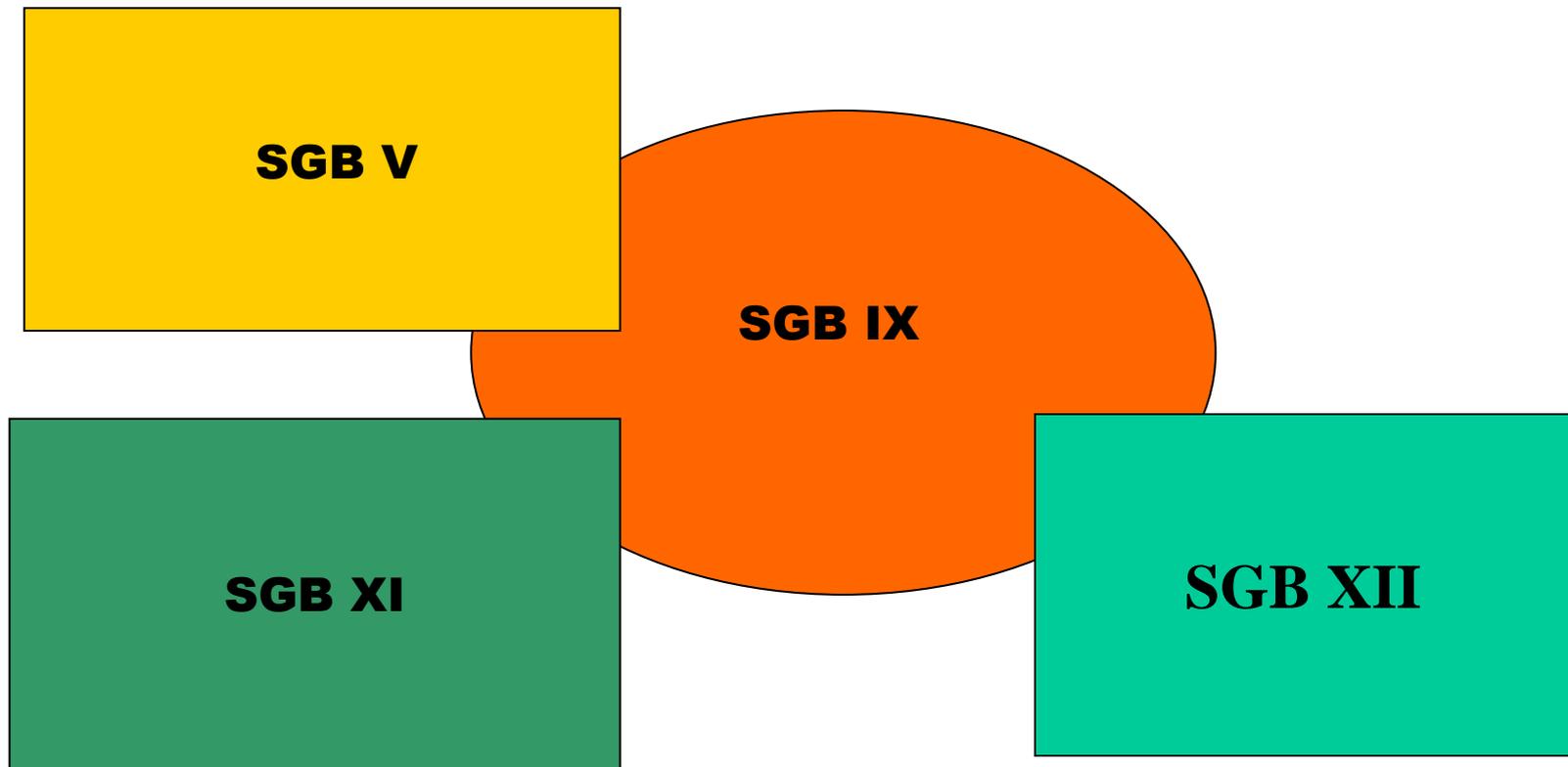
Akutmedizin

Fallpauschalen



Schnittstelle Pflegeversicherung

Pflege



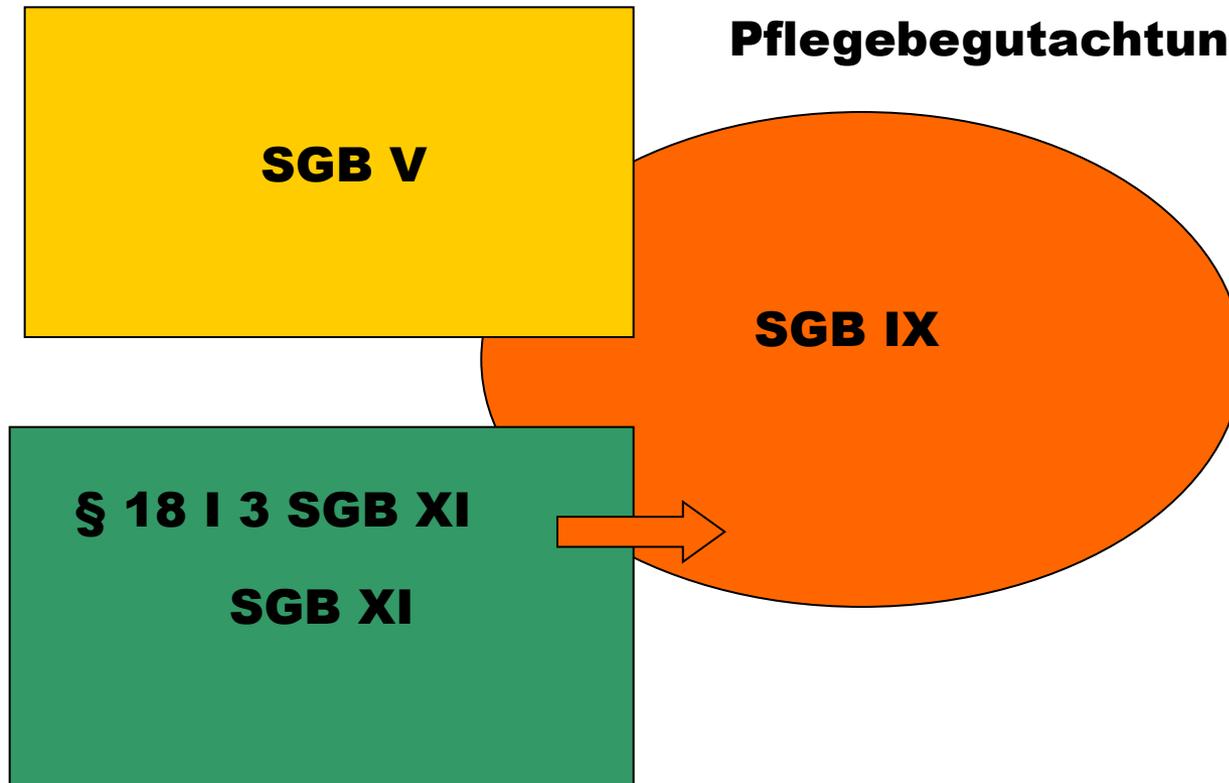
§ 8 SGB IX

(3) Absatz 1 ist auch anzuwenden, um durch Leistungen zur Teilhabe **Pflegebedürftigkeit** zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Schnittstelle Pflegebegutachtung

Pflege

**Feststellung des
Rehabilitationsbedarfs bei
Pflegebegutachtung**



Einleitung von Reha vor Pflege durch den MDK

§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI:

Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Begutachtungsverfahren (§ 18 Abs. 6 SGB XI)

Der MDK hat der **Pflegekasse** das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner Stellungnahme hat der Medizinische Dienst auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

- § 11 Abs. 2 SGB V

Vorrang Reha vor Pflege

- § 31 Abs. 1 SGB XI

Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall welche Leistungen zur med. Rehabilitation geeignet sind.....

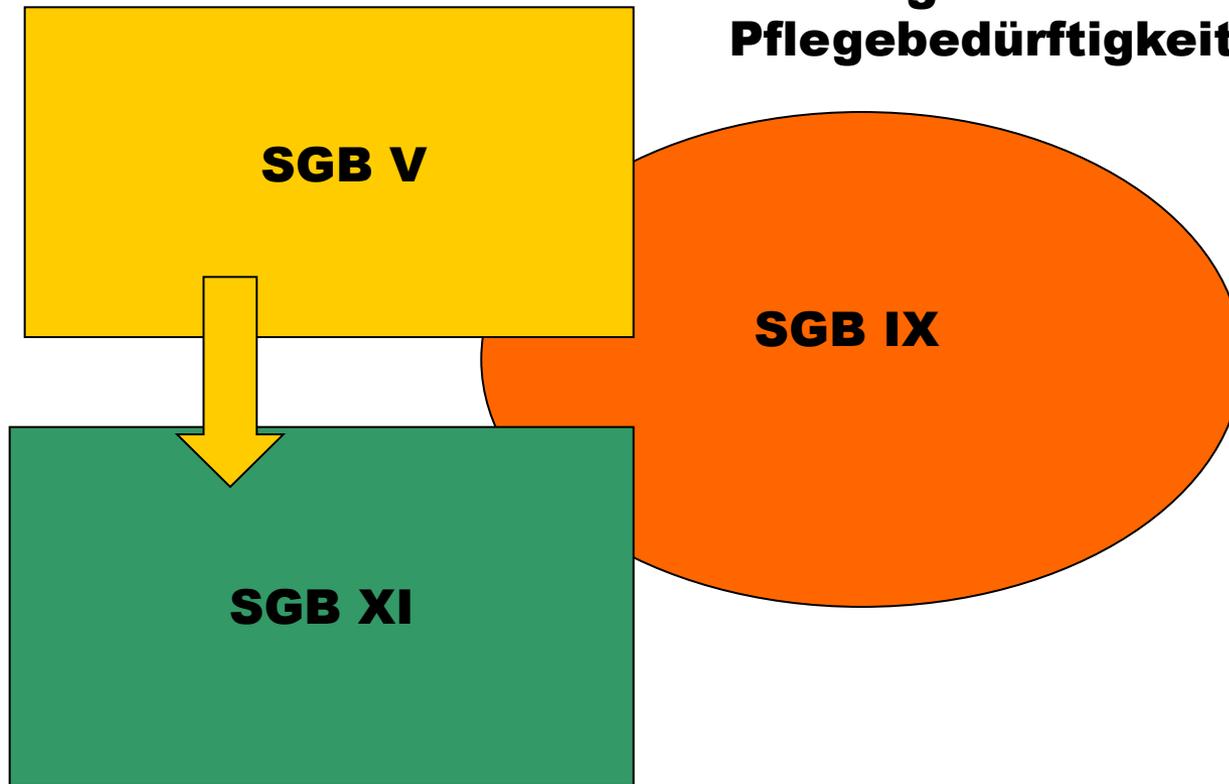
- § 31 Abs. 3 SGB XI

Hat der MDK Bedarf festgestellt, informiert die Pflegekassen den Versicherten und leitet mit dessen Einwilligung das Gutachten dem Reha-Träger zu. Mitteilung an den Reha-Träger gilt als Antrag

Trägerinteressen-Dissens Pflege

Pflege

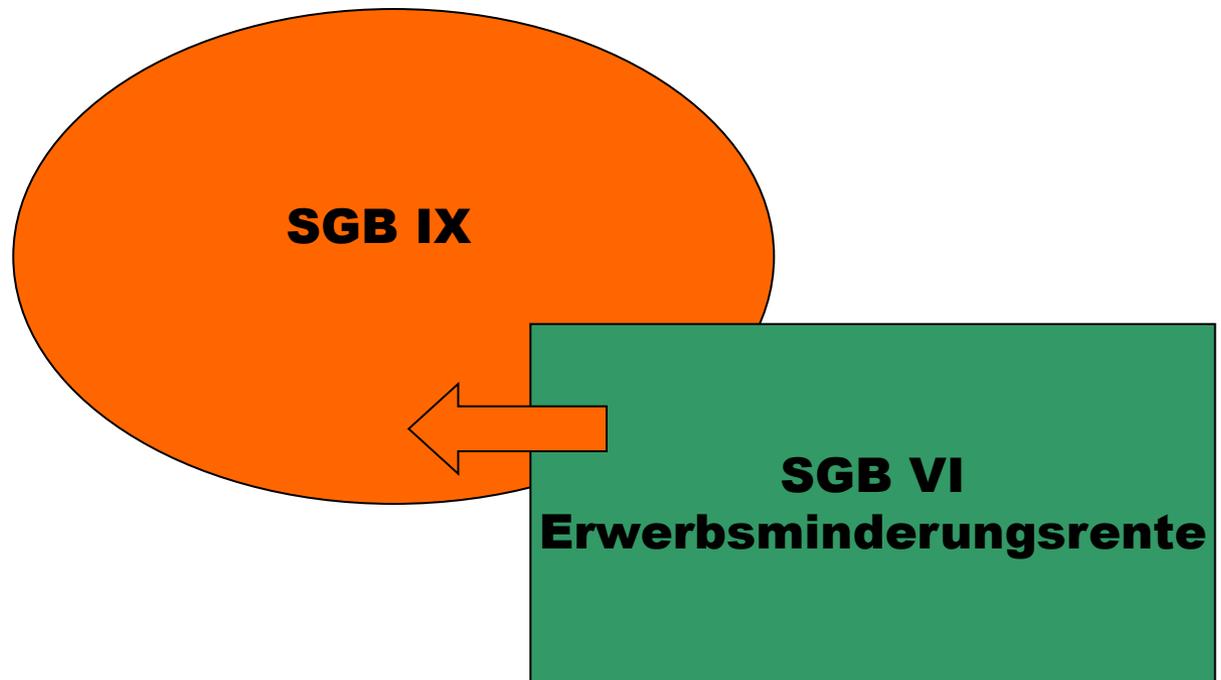
**Entlastung der Krankenkasse
bei eingetretener
Pflegebedürftigkeit**



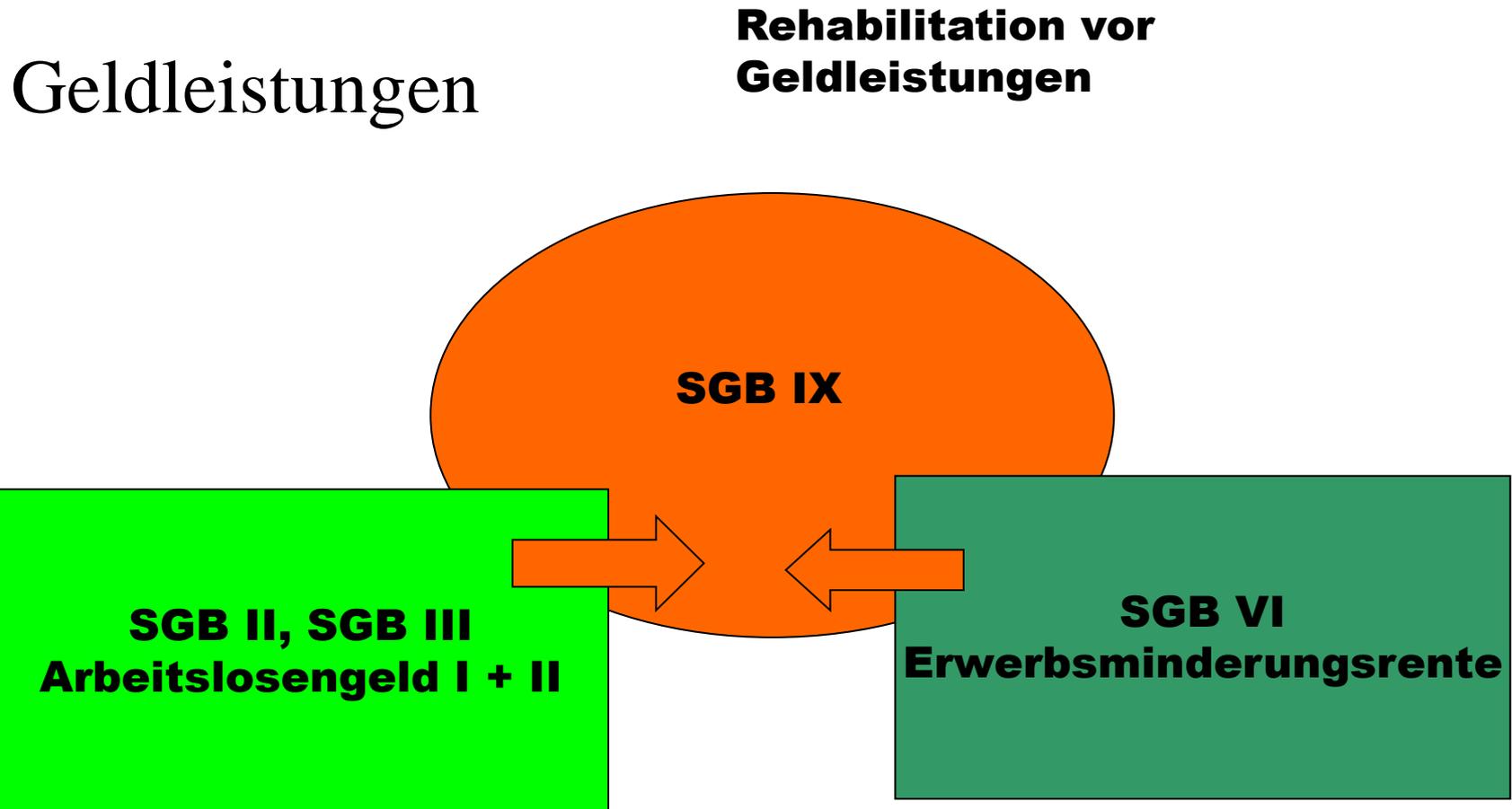
Schnittstellen

Rehabilitation vor Rente

Geldleistungen



Schnittstelle: Reha vor Geldleistungen



Schnittstellenprobleme der Rehabilitation– eine Folge des gegliederten Sozialleistungssystems (?)

Schnittstellenprobleme sind so alt wie das gegliederte Sozialleistungssystem selbst. Sozialpolitisch werden die Schnittstellen Akutversorgung/ Rehabilitation und Akutversorgung/Pflege/Rehabilitation thematisiert

Initiativen des Gesetzgebers zur Beseitigung von Schnittstellenproblemen

- Erste Phase: 1974 – RehaAnglG und 1975 – SGB I
- Zweite Phase
 - Gesundheitsreform 2000:
 - Integrierte Versorgung (ausgerichtet auf Akutversorgung)
 - Trennung von Rehabilitation und Krankenbehandlung
 - Ausrichtung der Reha-Leistungen auf Behinderung
 - SGB IX – 2001:
 - Eigenständiges Rehabilitations- und Teilhabesystem, Koordination, Koordination, Konvergenz (Teilhabemanagement, Gemeinsame Servicestellen usw)
 - Persönliches Budget
- Dritte Phase – Akutversorgung/Pflege –
 - GKV-WSG 2007 – Versorgungsmanagement SGB V
 - PfWG 2008 – Pflegestützpunkte/Pflegeberatung

Instrumente des Schnittstellenmanagements

Das Sozialrecht kennt zwei Arten von Instrumenten zur Bewältigung von Schnittstellenproblemen

- Versorgungsmanagement
 - Teilhabemanagement nach dem SGB IX
 - Versorgungsmanagement nach dem SGB V
 - Versorgungsmanagement nach dem SGB XI
 - Versorgungsmanagement durch Krankenhaus-Sozialdienste
- Besondere Leistungsformen
 - Integrierte Versorgung
 - Persönliches Budget

Teilhabemanagement des SGB IX

- § 8: Feststellung ob Teilhabebedarf besteht bei jeder Sozialleistung wegen Behinderung (einschl. chronischer Erkrankung); Einleitung von Amts wegen
- § 10: ICF-orientierte Feststellung des gesamten individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs unabhängig von der jeweiligen Trägerzuständigkeit; Koordinierung der Leistungen, durchgehende Sicherung des Verfahrens
- § 11: Zusammenarbeit der Reha-Träger
- § 12: Nahtlose, zügige sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung **einheitliche** Leistungserbringung
- §§ 12, 13: Verpflichtung zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen u.a. zu gemeinsamen Verwaltungsverfahren und zur einheitlichen Leistungserbringung, zur Beteiligung aller Akteure usw.
- § 14: Zuständigkeitsklärung, Entscheidung binnen 3 bis maximal 5 Wochen
- §§ 22, 23: Gemeinsame Servicestellen mit umfassenden Care- und Case-Management-Aufgaben

Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX

- Information über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen, besondere Hilfen im Arbeitsleben und Verwaltungsabläufe
- Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen sowie bei der Erfüllung der Mitwirkungspflichten
- Klärung der Zuständigkeit, Hinwirken auf klare und sachliche Anträge sowie Weiterleitung an den zuständigen Träger
- Information des Trägers bei einem Reha-Bedarf, der ein Gutachten erfordert
- umfassende, entscheidungsreife Vorbereitung, sodass der Träger unverzüglich entscheiden kann
- unterstützende Begleitung des Berechtigten bis zur Leistung
- Hinwirken auf eine zeitnahe Entscheidung und Leistung
- Koordination und Vermittlung während der Leistung

Versorgungsmanagement der Krankenhäuser

Die Mehrzahl der Krankenhausgesetze der Länder beinhaltet ebenfalls Regelungen zum Versorgungsmanagement:

- Vorhalten eines Krankenhaussozialdienstes der in der Regel die Aufgabe hat, die Anschlussversorgung in den Bereichen
 - Rehabilitation und
 - Pflegezu organisieren.

Verfahren zum Schnittstellenmanagement im Bereich der medizinischen Rehabilitation

- Rehabilitation der GRV verfügt mit der Anschlussheilbehandlung seit 40 Jahren über ein wirksames Instrument zur nahtlosen Überleitung vom Krankenhaus zur medizinischen Rehabilitation
- Sozialdienste durften Anträge aufnehmen und damit Leistungen einleiten
- Rahmenempfehlung DKG/Krankenhaus von 1990 sah demgegenüber nur die Information der KK vor
- Die Aufgabenstellung der Sozialdienste nach § 2 der Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste sieht über die Information und Beratung hinaus „Unterstützung im umfassenden Sinne, insbesondere in der Bewältigung der Folgen der Krankheit und Behinderung sowie der Eingliederung“ vor.
- Die Sozialdienste regen Leistungen zur Teilhabe an und leiten diese in Abstimmung mit dem Reha-Träger ggfls. ein
- Damit gelten die bereits im AHB-Verfahren der GRV enthaltenen Rechte der Sozialdienste nunmehr für die Verfahren aller Reha-Träger

Versorgungsmanagement nach dem SGB V

§ 11 Abs. 4 SGB V wurde mit dem GKV-WSG eingeführt.

Der gesetzgeberische Handlungsbedarf wurde

- sowohl für die Gestaltung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V, wie auch
- für die Einführung
 - der Pflegestützpunkte und des
 - der Pflegeberatung sowiedurch das PFWG angegeben

mit der Lösung der Schnittstellenproblemen zwischen Krankenhausversorgung und nachfolgender pflegerischer Versorgung begründet.

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

- Versicherte muss Versorgungsmanagement zustimmen
- Wg. rechtlicher Folgen Zustimmung schriftlich dokumentieren
- Nicht Aufgabe der Leistungserbringer ist:
 - die Feststellung des nachfolgenden Leistungsbedarfs
 - die Klärung der entsprechenden Leistungsansprüche
 - die Durchführung von Verfahren zur Verwirklichung und ggfls. Feststellung der Leistungen

Das ist und bleibt Aufgabe der Kostenträger.

Versorgungsmanagement nach § 11 SGB V

- War ursprünglich ein gegen das Krankenhaus gerichteter verfahrensrechtlicher Anspruch, auf den der Versicherte einen Rechtsanspruch hat
- Zwischenzeitlich wurde daraus ein gegen die Krankenkasse gerichteter Rechtsanspruch auf ein umfassendes Versorgungsmanagement, dass die Kassen in zweiseitigen Verträgen mit den Krankenhausgesellschaften auszugestalten haben
- Die Verpflichtung des Krankenhauses zum Überleitungsmanagement ist ein Teil des in der Verantwortung der Kassen stehenden Versorgungsmanagements

Überleitungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

- Das Überleitungsmanagement der Krankenhäuser besteht in der Pflicht, für eine *sachgerechte* Anschlussversorgung zu sorgen (d.h., die Anschlussversorgung ist nicht zu gewährleisten; es ist lediglich dafür Sorge zu tragen, dass sie zustande kommt).
- Der Sicherstellungsauftrag für die Versorgung liegt weiterhin bei der Kasse, der KV, dem Reha-Träger usw.
- Das Management erfasst die gesamte Anschlussversorgung, d.h., nicht nur die der GKV sondern auch auch die anderer Träger
- Krankenkassen haben dabei zu unterstützen

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

- Im Bereich der Rehabilitation wurde mit dieser Regelung erneut divergierendes Reha-Recht geschaffen.
- Das SGB IX ordnet die Verantwortung für das Teilhabemanagement den Reha-Trägern und nicht den Leistungserbringern zu.
- Die Pflicht der Leistungserbringer der GKV zum Versorgungsmanagement besteht nur für Versicherten, deren Leistung die GKV bezahlt
- Für alle übrigen Leistungsbezieher haben die Leistungserbringer zu prüfen, ob nicht nach anderen Vorschriften ähnliche Pflichten bestehen (z.B. §§ 10,11 SGB IX)

Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V

- Die Kassen haben das Nähere zum Versorgungsmanagement in Verträgen mit den Leistungserbringern
 - im Rahmen der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V
 - mit den Krankenhäusern in den Verträgen nach §§ 112, 115 SGB V
 - in Verträgen mit den sonstigen Leistungserbringern, d.h, z.B. mit den Reha-Einrichtungen in Rahmenverträgen nach § 21 Abs. 2 SGB IX oder
 - in Verträgen mit den Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen zu vereinbaren.
- Dabei sind
 - vorhandene gesetzliche Regelungen wie z.B §§ 7, 18 SGB XI
 - die Bestimmungen über die Sozialdienste in den KHG`s der Länder
 - oder von allen Rehabilitationsträgern im Sinne der Selbstbindung gemeinsam vereinbarten Regelungen wie die „Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu beachten und letztere in ihrer Substanz zu sichern (Vermeidung der Auseinanderentwicklung des Reha-Rechts)

Versorgungsmanagement nach dem PfWG

- Das PfWG konkretisiert bestehender Pflichten der Pflegekassen nach
 - § 12 Abs. 1 SGB XI – Systemmanagement durch Pflegestützpunkte
 - § 12 Abs. 2 SGB IX – Fallmanagement durch Pflegeberater
- durch
 - § 92c SGB XI - Pflegestützpunkte und
 - § 7a SGB XI - Pflegeberatung

Vor und nach dem PfWG geltendes Recht

- § 7 Abs. 2 Satz 2 SGB XI:
KH ist bei sich abzeichnender oder eingetretener Pflegbedürftigkeit verpflichtet, unverzüglich die Pflegekasse zu benachrichtigen
- Pflegekasse hat im Rahmen ihres Fallmanagements nach § 12 Abs. 2 iVm § 18 Abs. 1 SGB XI den MDK zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen durch die Einstufungsbegutachtung aufzufordern
- MDK hat diese Begutachtung innerhalb einer Woche nach Eingang der Information des Krankenhauses bei der Pflegekasse noch im Krankenhaus vorzunehmen, wenn dies zur Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung und Betreuung erforderlich ist (§ 18 Abs. 3 SGB XI)
- Obwohl dies durchweg erforderlich ist, halten die MDK`S die Begutachtung im Krankenhaus zur Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung und Betreuung in der Regel (Ausnahme: MDK Nordrhein) nicht für erforderlich
- Durch die spätere Begutachtung im häuslichen Umfeld entstehen Finanzierungslücken, die Ursache für die Regelungen zur Bewältigung der Schnittstellenprobleme im GKV-WSG bzw. des PfWG sind

Ursache der Probleme ist eine Finanzierungslücke

- Ursache für die vorhandenen Defizite sind allein die nicht zeitnahe Begutachtung und Entscheidung sowie die dadurch bedingte Finanzierungslücke
- Alle gesetzlichen Regelungen zur Problembewältigung berühren diese Ursachen nicht:
 - Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V
 - Pflegebegleitung nach § 7a PfWG
 - Pflegestützpunkte nach § 92c PfWG
- Auch nach Einführung dieser Strukturen bestehen die Ursachen in den und für die neuen Strukturen fort: auch sie sind von der nicht zeitnahen Einstufungsbegutachtung des MDK abhängig
- Alle zur Lösung dieser Probleme sowohl im Verfahren zum GKV-WSG, wie auch zum PfWG-E eingebrachten Vorschläge (Vorübergehende Einstufung kraft Gesetzes, vorübergehende Einstufung durch die KH-Ärzte) werden nicht aufgegriffen.

Besondere Leistungsformen

Die Überwindung von Schnittstellenproblemen ist sowohl Ziel und Aufgabe der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V wie auch des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX.

- Persönliches Budget: Instrument der selbstbestimmten Leistungsausführung mit begleitenden (partnerschaftlichen) Care-Management Aufgaben des Leistungsträgers
- Integrierte Versorgung: Vertraglich begründete Care- und Case-Management- Verpflichtung der Leistungserbringer zur Durchführung des alleinigen Sicherstellungsauftrages der Kassen. Bis auf die gesetzlichen Zustimmungs- und Mitwirkungspflichten keine Gestaltungsmöglichkeiten der Berechtigten.

Ziel- und Bedarfsorientierung der Leistungen

ICF-orientierte Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs

Gemeinsame und trägerübergreifende Verantwortung der Rehabilitationsträger

- Feststellung des Leistungsbedarfs
§ 10 SGB IX
- Assessmentverfahren nach einheitlichen Grundsätzen
§ 12 SGB IX
- Gemeinsamer Sicherstellungsauftrag
§ 19 SGB IX
- Gemeinsame Verantwortung zur Sicherung der Qualität der Leistungen sowie zur Durchführung vergleichender QS-Analysen
§ 20 SGB IX
- Abschluss von Versorgungsverträgen nach einheitlichen Grundsätzen
§ 21 Abs. 2 SGB IX

§ 10 SGB IX – Verpflichtung der Reha-Träger zur Bedarfsfeststellung

- Die Rehabilitationsträger sind verantwortlich für die individuelle funktionsbezogene Feststellung des Leistungsbedarfs (Abs. 1 S. 1)
- Sie sichern durchgehend das Verfahren entsprechend dem Bedarf und
- gewährleisten die wirksame und wirtschaftliche Ausführung nach gleichen Grundsätzen (Abs. 1 S. 3)
- Die Leistungen werden entsprechend dem Verlauf angepasst (Abs. 1 S. 2)

Zielorientierung der Teilhabeleistungen

**Teilhabeleistungen dürfen nach § 4 Abs. 2 Satz 1
SGB IX nur gewährt werden, wenn damit Teilhabeziele
erreichbar erscheinen (Rehabilitations- (besser)
Teilhabeprognose)**

Konkret anzustrebende Rehabilitationsziele

Im Sinne von zwingenden Leistungsvoraussetzungen müssen die Rehabilitationsleistungen geeignet sein, folgende Ziele zu erreichen

(§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX):

- Herstellung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe (§ 1 SGB IX)
- Behinderung abwenden, beseitigen, mindern usw.
- Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Sozialleistungsbezug vermeiden, vermindern usw.
- Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft sichern
- Förderung der persönlichen Entwicklung, Ermöglichung, Erleichterung u.a. d. selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung

(§§ 4 Abs. 1 Nr. 1 – 4 SGB, 26 Abs. 1 IX)

§ 10 SGB IX – Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs

Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger dafür **verantwortlich**, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich **erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen** und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen.

Anwendung des § 10 SGB IX in der GKV

- Das SGB V enthält keine eigenständige Regelung dazu,
 - was in der GKV unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen ist
 - welche Rehabilitationsziele die GKV mit ihren Leistungen anzustreben hat,
 - welche Aufgabe die Begutachtung hat.
- § 27 SGB IX bestimmt deshalb ausdrücklich, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch in der GKV die § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele – und keine GKV-spezifischen Ziele - anzustreben haben und (zur Bestimmung der mit den Leistungen anzustrebenden Ziele) die Feststellung (Begutachtung) des Leistungsbedarfs nach § 10 SGB IX zu erfolgen hat.

§ 14 Abs. 5 SGB IX: Begutachtung im Rahmen der Beschleunigung der Verfahrenswege

- Der Rehabilitationsträger stellt sicher, dass er Sachverständige beauftragen kann
- Ist bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, beauftragt er unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen
- Er benennt den Leistungsberechtigten in der Regel drei wohnortnahe Sachverständige
- Haben sich Leistungsberechtigte für einen Sachverständigen entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen

§ 14 SGB IX – Zeitnahe Entscheidungen

- Der Rehabilitationsträger stellt innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages seine Zuständigkeit fest
- Bei Nichtzuständigkeit leitet er den Antrag an einen anderen Reha-Träger weiter, der die Leistung unabhängig von seiner Zuständigkeit zu erbringen hat.
- Muss für die Zuständigkeit die Ursache der Behinderung festgestellt werden, hat der Reha-Träger die Leistung zu gewähren, der dies ohne Klärung der Ursache tun kann
- Wird der Antrag nicht weitergeleitet stellt der Reha-Träger die Leistung unverzüglich, spätestens innerhalb von 3 Wochen fest. Muss ein Gutachten eingeholt werden, entscheidet er innerhalb von 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens

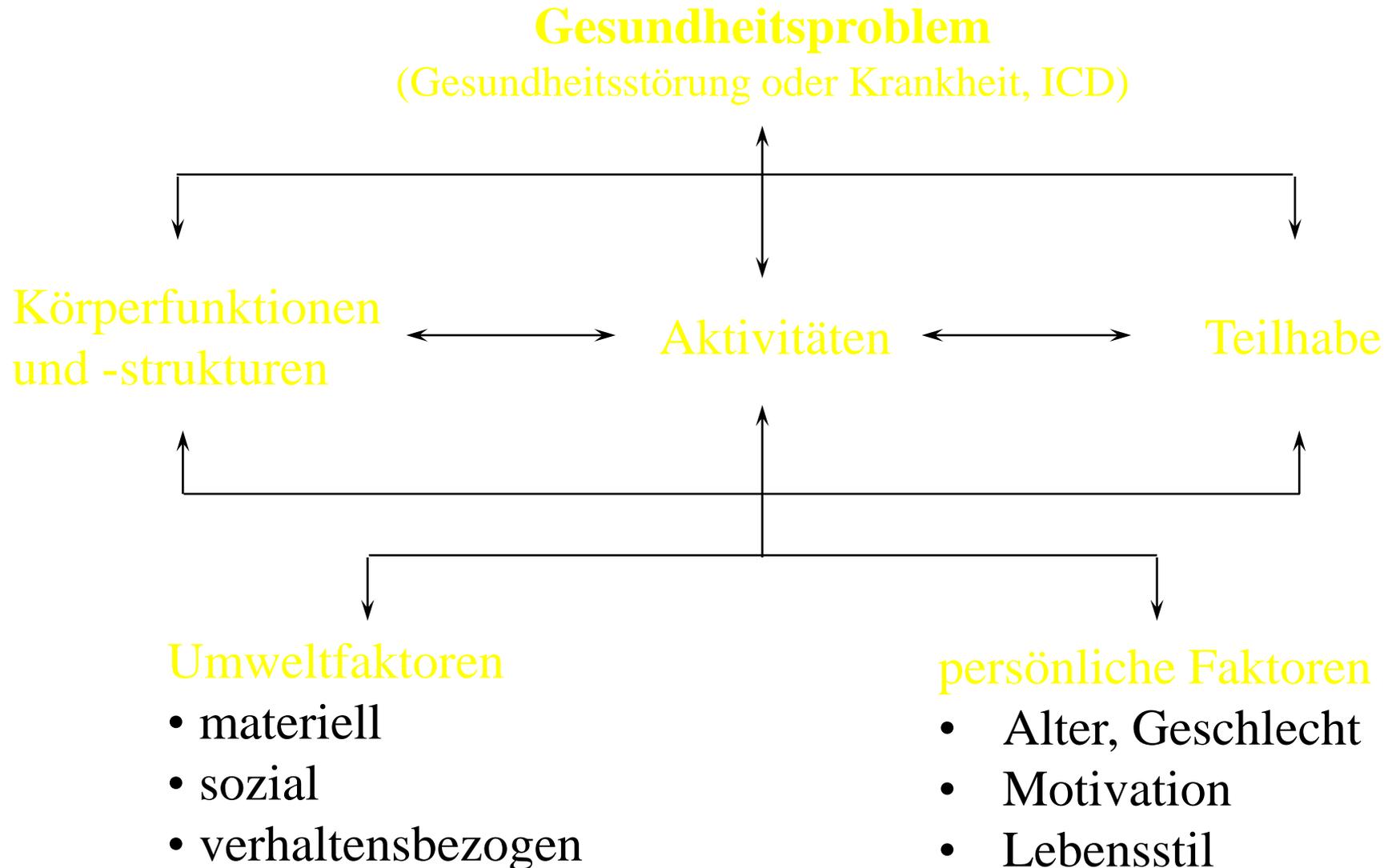
ICF- orientierte Bedarfsfeststellung

Grundsatz

- Das **bio-medizinische** Modell (ICD) kann Auswirkungen von Gesundheitsproblemen (ICD) auf die funktionale Gesundheit nicht beschreiben.
- Dies ist nur im Rahmen eines **bio-psycho-sozialen Modells** möglich (ICF).

Daher ergänzt die ICF die ICD

Bio-psycho-soziales Modell der ICF



Orientierung an der ICF

- Das SGB IX orientiert sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der (ICF) der WHO
- Deutschland ist weltweit das erste Land, das diesen Internationalen Maßstab in das nationale Sozialrecht übernommen hat

ICF

International
Classification of
Functioning,
Disability
and
Health



World Health Organization
Geneva

ICF

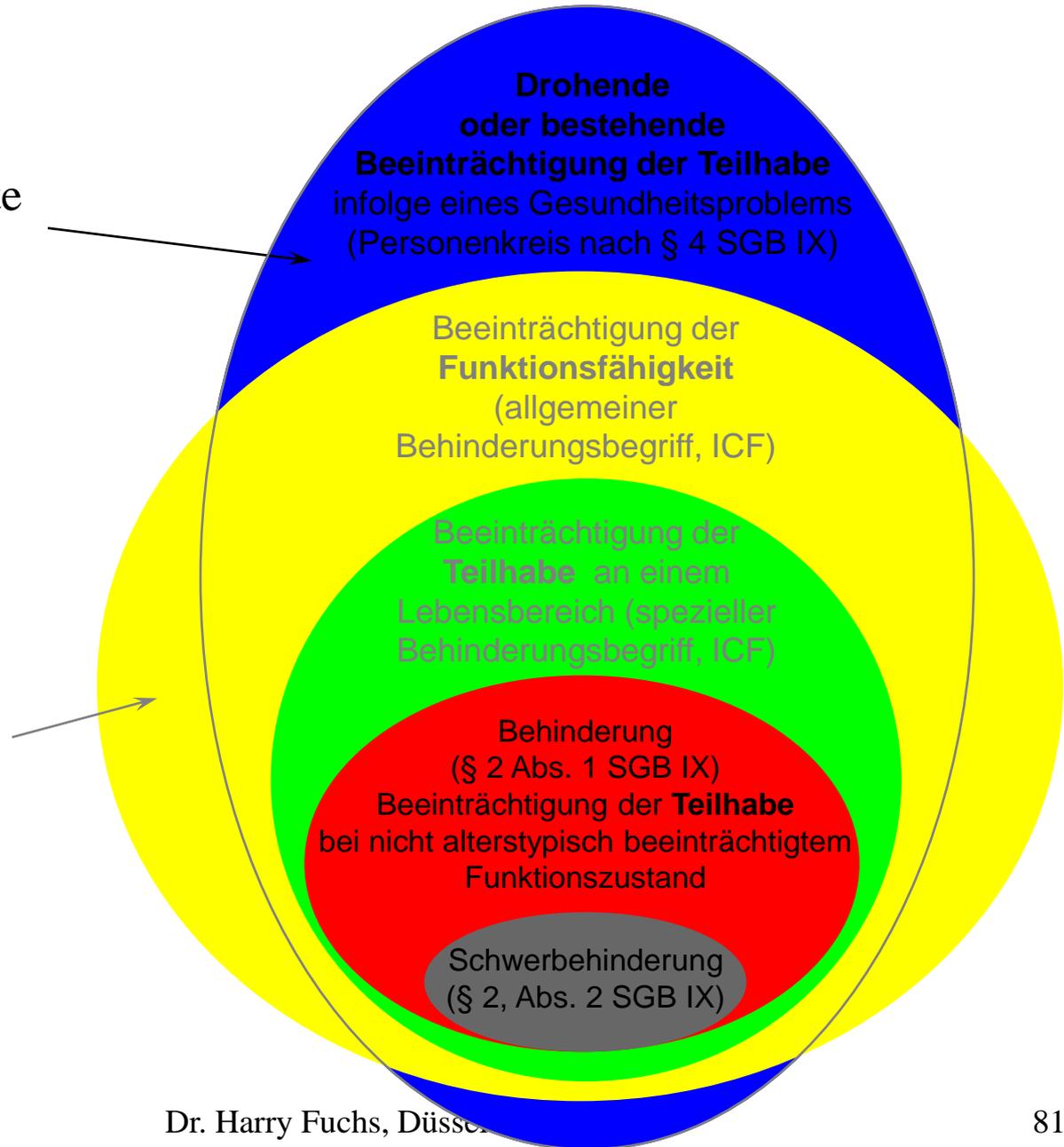
Internationale
Klassifikation der
Funktionsfähigkeit,
Behinderung
und
Gesundheit



WORLD HEALTH
ORGANIZATION
GENEVA

Drohende
Beeinträchtigung der
Teilhabe ohne manifeste
Schädigungen oder
Aktivitätsstörungen

Strukturschaden ohne
Funktionsstörungen
und ohne bestehende
oder zu erwartende
Beeinträchtigung der
Teilhabe



Die ICF

- ist primär kein Klassifikationssystem des Leistungsbedarfs sondern eine
- gemeinsame und einheitliche Philosophie und Sprachregelung zur Beschreibung der Kriterien der
 - Funktionseinschränkungen
 - Behinderung und
 - Gesundheit
- sowie eine Kategorisierung von Art und Umfang der Beeinträchtigungen der Teilhabe

Ordnungspolitische Aufgaben einer Klassifikation i.Sd. ICF

- Assessment zur Feststellung des funktionsbezogenen Leistungsbedarfs (§§ 10, 12 SGB IX)
- Instrument zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages (§§ 12 SGB XI, 19 SGB IX)
- Instrument zur Entwicklung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen (§ 19 SGB IX)
- Grundlage der Definition bedarfsgerechter Leistungsinhalte (§§ 12 Abs. 1 Nr. 1, 13 SGB IX)
- Grundlage/Instrument zur
 - Steuerung der Leistungen (u.a. § 17 SGB IX)
 - Definition von Qualitätsmaßstäben/Sicherung der Leistungsqualität (§§ 20,21 SGB IX)

Patientenbezogene Aufgaben der ICF-Klassifikation in der Rehabilitation

- Feststellung des funktionsbezogenen Leistungsbedarfs (§ 10 SGB IX)
- Basis des dazu erforderlichen Assessments (§ 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX)
- Element der Definition der erforderlichen Ressourcen
 - generell §§ 12 Abs. 1 Nr. , 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX
 - individuelle §§ 10, 13, 17 SGB IX
- Steuerung der Ressourcenbereitstellung (§ 17)
- Planung des Ressourceneinsatzes (§ 19 SGB IX)
- Sicherung der Ressourcenqualität (§§ 20,21)

Vorhandene Assessmentinstrumente

- SGB IX: Interdisziplinäre Sachverständigengutachten nach § 14 (tatsächlich vorwiegend rein medizinische Gutachten (gemeinsame Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“ der BAR)
- SGB V: Med. Begutachtung des MDK nach § 275 Abs. 1 SGB V; tats. häufig nur ärztl. Verordnung/Reha-Richtlinie des GemBA gem. § 92 SGB V)
- SGB VI: Med. Begutachtung
- SGB XI: Pflegeeinstufung durch den MDK nach § 18: Gesetzlich ausdrücklich beschränkt auf die Einschränkungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI
- SGB XII: Fast 50 verschiedene Hilfeplanverfahren

Fazit zur Bedarfsermittlung:

In keinem Zweig der Sozialversicherung existieren geeignete Assessments zur Bedarfsfeststellung

Benötigt werden Assessmentinstrumente, die Art und Ausmaß der Beeinträchtigung der

- körperlichen Integrität
- seelischen Integrität
- Integrität der Aktivitäten und Leistungen
- sozialen Integrität (Partizipation)

erheben

(Lösung: Einbeziehung der ICF-Checkliste)

