

Blockseminar
„Zum Spannungsfeld von Teilhaberecht und
aktueller Behindertenpolitik“

Mittwoch 4.7.2012

Leistungsrecht des SGB IX
versus
Leistungsrecht nach anderen SGB-Teilen

Medizinische Rehabilitation

Ziele nach § 26 Abs. 1 SGB IX

- Behinderungen einschließlich chronischer Erkrankungen abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen, Verschlimmerung verhüten
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit vermeiden, überwinden, mindern, Verschlimmerung verhüten
- Vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen vermeiden oder laufenden Bezug von Sozialleistungen mindern

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- Stationäre und ambulante Leistungen
- Zu beiden zählen auch
 - Heilmittel einschl. physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie
 - Hilfsmittel
 - Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- Nach § 26 Abs. 3 SGB IX auch
 - Hilfen zur Unterstützung bei Krankheits- und Behinderungsverarbeitung
 - Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen
 - Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten im Umgang mit Krisensituationen
 - Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur Teilhabe am
Arbeitsleben
§§ 33 ff SGB IX

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Ziele -

dienen vor allem dazu, die Erwerbsfähigkeit behinderter Menschen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit

- zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen und
- ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst dauernd zu sichern

(§ 33 Abs. 1 SGB IX)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Hilfen zur Erhaltung oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes einschl. Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen
- Berufsvorbereitung einschl. einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung
- Berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen
- Berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden
- Gründungszuschuss entsprechend § 57 SGB III
- Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen
- Zu den Leistungen zum Arbeitsleben zählen auch die bereits zur medizinischen Rehabilitation genannten Leistungen nach § 26 Abs. 3 SGB IX

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

umfassen nach § 33 Abs. 8 SGB IX auch

- Kraftfahrzeughilfe
- Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz
- Kosten der zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung aA oder zur Erhöhung der Sicherheit erforderlichen Hilfsmittels
- Kosten technischer Arbeitshilfen
- Kosten der Beschaffung usw. einer behinderungsgerechten Wohnung
- Verdienstaufschlag und Fahrkosten zu Bildungsmaßnahmen oder zur Vorstellung bei Arbeitgebern und Reha-Einrichtungen.

- Nach §§ 39 bis 41 auch Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen und zwar als
 - Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich
 - Leistungen im Arbeitsbereich

Teilhabeleistungen an Arbeitgeber

- Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen
- Eingliederungszuschüsse
- Teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Beschäftigung

(§ 34 SGB IX)

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft §§ 55 ff SGB IX

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft - Ziel -

dieser Leistungen nach §§ 55 ff SGB IX ist es,

- den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu sichern
- sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Der Sozialhilfeträger ist dafür originärer Rehabilitationsträger. Es handelt sich um Leistungen, die keine anderen Rehabilitationsträger erbringen können.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

- Versorgung mit anderen Hilfsmitteln, als denen der GKV im Rahmen der Krankenbehandlung oder der HM im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten
- Heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt (Barrierefreiheit, Kommunikationshilfen, Gebärdensprache)
- Hilfen zur Beschaffung behinderungsgerechten Wohnraums
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben im Betreuten Wohnen
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (u.a. Förderung von Begegnungen, kulturelle Veranstaltungen, Hilfsmittel zur Unterrichtung über das Zeitgeschehen)

IM SGB XII verbliebene Leistungen der Eingliederungshilfe

§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII:

„Leistungen der Eingliederungshilfe sind
*neben den Leistungen nach den §§ 26, 33,
41 und 55 des Neunten Buches*

- Hilfen zu einer angemessenen Schulausbildung
- Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschl. des Besuchs der Hochschule
- Hilfen zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit
- Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten
(Werkstätten f. Behinderte vergleichbare Einrichtungen)
- nachgehende Hilfen zur Sicherung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben

Leistungserbringungsrecht des SGB IX §§ 17 – 21

Einheitliche Praxis des Rehabilitationsrechts

Koordinations- und Kooperationspflichten der Träger durch umfangreiche Bindung des den Trägern bei der Organisation der Verwaltungspraxis an sich gegebenen Ermessens durch Verwaltungsvorschriften:

- §§ 8, 10, 11, 14 SGB IX – Leistungszugang
- §§ 10, 11, 14, 22, 23 SGB IX - Teilhabemanagement
- §§ 12, 13 SGB IX – gleiche Leistungsgrundsätze
- §§ 17 – 21 SGB IX – einheitliches Leistungserbringungsrecht

Versorgungsstrukturecht der Rehabilitation

Das SGB IX

regelt erstmals Versorgungsstrukturecht für alle Rehabilitationsträger verbindlich; es

- überträgt den Rehabilitationsträgern die gemeinsame Verantwortung für die Versorgungsstrukturentwicklung (Sicherstellungsauftrag)
- Verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Ausführung in geeigneten Einrichtungen
- Konkretisiert die Anforderungen an die Versorgungsverträge
- Räumt den Verbänden der Betroffenen und Leistungserbringern Mitwirkungsrechte ein

§ 19 SGB IX – Durchführung des Sicherstellungsauftrages

- Die Rehabilitationsträger sind zur gemeinsamen Sicherstellung der fachlich und *regional* erforderlichen Einrichtungen in ausreichender Zahl verpflichtet
- Dabei sind die Bundes- und Landesregierungen zu beteiligen
- ebenso die Verbände der Betroffenen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer der Rehabilitation, nicht jedoch die Kassenärztlichen Vereinigungen

§§ 17,21 SGB IX – Ausführung und Qualität der Rehabilitationsleistungen

- Der....**Reha-Träger** hat die Leistungen... **auszuführen**, was auch die Verantwortung für die Qualität der Leistung beinhaltet (§ 17 Abs. 1 SGB IX)
- Gegensatz zu § 135 a SGB V:
„Die Leistungserbringer sind...verpflichtet“
- Die Reha-Träger vereinbaren Empfehlungen zur Leistungsqualität (§ 19 SGB IX)
- Gegenstand der Versorgungsverträge/Bundesrahmenverträge mit den Leistungserbringern sind die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen (§ 21 SGB IX)

Eignung der Einrichtung i.Si. des § 17 SGB IX

- Verpflichtung der Reha-Träger sich geeigneter Einrichtungen zu bedienen
- Rechtsprechung des BSG wirkt erst, wenn sich der Reha-Träger für Einrichtung entscheidet
- Versorgungsvertrag regelt nicht die Zulassung, sondern stellt die grundsätzliche Eignung fest
- Entscheidung über tatsächliche Belegung ist ausdrücklich Einzelfallentscheidung des Träger
- Profil- und Aufgabenänderung der Einrichtung können Eignung i.Si. des § 17 in Frage stellen und Vertragskündigung verursachen (§ 20 Abs. 3 SGB IX)

Evidenzbasierung der Rehabilitationsleistungen

Entsprechend den Indikatoren für Evidenzbasierung der Versorgung im SGB V enthält auch das SGB IX – allerdings auf die Teilhabe orientierte – Indikatoren für die Evidenzbasierung der Rehabilitationsleistungen:

- Zielgerichtetheit
- Bedarfsgerechtigkeit
- Funktionsbezogenheit
- Wirksamkeit und
- Wirtschaftlichkeit

Leistungen mit Bezug zur Teilhabe nach dem SGB V

Spezifische Versorgungsangebote

U.a.durch das GMG wurden in jüngerer Zeit im Bereich der Krankenversicherung folgende neue Versorgungsformen mit Schnittstellen zur Rehabilitation und Teilhabe entwickelt:

- Vorrang der ambulanten Versorgung
- Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)
- Medizinische Versorgungszentren
- Leistungen zur Frührehabilitation
- Integrierte Versorgung
- Persönliches Budget (Leistungen aus einer Hand)

Ambulant vor stationär

- § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V
- § 19 Abs. 2 SGB IX -
abhängig von der Prognose, dass im Einzelfall
 - die Rehabilitationsziele
 - mit vergleichbarer Wirkung
ambulant erreichbar erscheinen

Was ist Disease-Management ?

In der Literatur existiert keine eindeutige Definition

Disease-Management ist ein systemischer, sektorenübergreifender und populationsbezogener Ansatz zur Förderung einer kontinuierlichen, evidenzbasierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen über alle Krankheitsstadien und Aspekte der Versorgung hinweg. Der Prozess schließt die kontinuierliche Evaluation medizinischer, ökonomischer und psychosozialer Parameter sowie eine darauf beruhende kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsprozesses ein.

(nach Lauterbach 2001)

Disease-Management im SGB V

Strukturierte Behandlungsprogramme, die den
Behandlungsverlauf und die Qualität der
medizinischen Versorgung chronisch Kranker
verbessern

(§ 137 f Abs. 1 Satz 1 SGB V)

Rehabilitation und DMP

DMP – Instrument zur Qualifizierung der Akutversorgung:

- Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen im Sinne von DMP bedeutet nach dem geltenden Recht ausschließlich
- die Verbesserung des Behandlungsverlaufs und der Qualität der akutmedizinischen Versorgung

Ausschließlich akutmedizinische Therapieziele

Beispiel KHK:

- Reduktion der Sterblichkeit
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit

Reha-Ansätze in DMP

- In allen DMP:

Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme „prüfen, ob Patient von..profitieren kann.“

- Bei Diabetes Typ 1 noch beschränkt auf die akutmedizinischen Ziele des DMP - (Ziffer 1.8.4 der Empfehlungen)

- Nur KHK:

Definition von Rehabilitation und Inhalten der Rehabilitation – allerdings nicht SGB IX / ICF- orientiert

- Fehlinterpretation:

Der Einsatz von interdisziplinären Behandlungsmethoden wie Ernährungsberatung, Raucherberatung, Körperliche Aktivitäten, psychosomatische und psychosoziale Betreuung drückt Rehabilitation aus

DPM enthalten keine Rehabilitationsziele

Für die Aufnahme von Rehabilitationsleistungen in die DMP müsste/n entsprechend deren Struktur

- Therapieziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX formuliert werden
- im Rahmen der Diagnostik Art und Umfang der Teilhabestörung im Sinne der ICF festgestellt und – daraus abgeleitet –
- die individuell mit den Leistungen anzustrebenden Rehabilitationsziele bestimmt werden
- Die Therapieplanung Gegenstand und Umfang der einzusetzenden rehabilitativen Methoden und Verfahren ausweisen, die entsprechend dem mit der Diagnostik erhobenen funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarf geeignet erscheinen, die Rehabilitationsziele zu erreichen

Konsequenzen z.B. für Rehabilitationsleistungen im Rahmen von DMP

Für die Aufnahme von Rehabilitationsleistungen in die DMP müsste/n entsprechend deren Struktur

- Therapieziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX formuliert werden
- im Rahmen der Diagnostik Art und Umfang der Teilhabestörung im Sinne der ICF festgestellt und – daraus abgeleitet –
- die individuell mit den Leistungen anzustrebenden Rehabilitationsziele bestimmt werden
- Die Therapieplanung Gegenstand und Umfang der einzusetzenden rehabilitativen Methoden und Verfahren ausweisen, die entsprechend dem mit der Diagnostik erhobenen funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarf geeignet erscheinen, die Rehabilitationsziele zu erreichen

Lösungsansätze für die Vernetzung DMP/Reha

- Integration durch rehabilitative Ausrichtung der DMP (Aufnahme von Reha-Zielen, Ansätze in der Diskussion des GMG usw.)
- Vernetzung von DMP und Rehabilitation
 - DMP – ergänzende Rehabilitationsmodule nach § 26 Abs. 3 Nr. 1, 2, 5 – 7 SGB IX
 - Verordnung von stationärer Rehabilitation auf der Grundlage von Indikationsleitlinien
- Kooperationsverträge zwischen zertifiziertem Arzt und Reha-Klinik (Durchführung von Teilleistungen: Schulungen, neue Bundesländer)

Medizinische Versorgungszentren

- Kassenärztliche Versorgung
- Disease-Managementprogramme (DMP)
- Ambulantes Operieren
- Leistungssteuerung/ Case-Management
 - Schnittstelle Rehabilitation/Pflege
 - Reha – Assessment
 - Reha - Verordnungsrichtlinie
- Kooperation mit ambulanter Rehabilitation
- Kooperation mit Pflegeleistungserbringern

Schnittstelle: stationäre Akutversorgung medizinische Rehabilitation

- Getrennte Aufgabenzuweisung in § 107 Abs. 1 und 2 SGB V
- Reha – und damit entsprechende Versorgungsverträge – im Krankenhaus nach § 111 Abs. 6 SGB V nur zulässig bei wirtschaftlicher und organisatorischer Selbstständigkeit und gebietsärztlicher Leitung
- Daran hat weder die Früh-Reha (§39) noch das Recht der integrierten Versorgung was geändert