

Blockseminar
**„Zum Spannungsfeld von Teilhaberecht und
aktueller Behindertenpolitik“**

Donnerstag 5.7.2012

Leistungsformen: Vertiefung

Teilhaberecht
Spannungsfeld SGB V/SGB IX
Beispiel der
Geriatrische Rehabilitation

Was ist geriatrische Rehabilitation?

- Es gibt in Deutschland keine gesetzliche Definition
- Rechtliche Basis ist der als der durch die Gesundheitsreform 2000 als Aufgabe der GKV in § 11 SGB V verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“.
- „Geriatrische Rehabilitation“ ist danach rechtlich gesehen die Bezeichnung der rehabilitativen Leistungsform, die für Menschen mit Alterskrankheiten
 - zur Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
 - zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit
 - sowie zur Deckung des sonstigen individuellen, funktionsbezogenen Leistungsbedarfs (§ 10 iVm § 27 SGB IX)durch geeignete Rehabilitationsdienste und –einrichtungen iSd §§ 17, 19 SGB IX auszuführen ist

Indikationsspezifische Rehabilitation

Danach sind für lebensältere Menschen weiterhin völlig gleichwertig und unabhängig von der geriatrischen Rehabilitation indikationsspezifische Rehabilitationsleistungen in indikationsspezifisch ausgerichteten Rehabilitationseinrichtungen (z.B. für die orthopädische Rehabilitation) erforderlich und möglich

Rechtliche Rahmenbedingungen für die geriatrische Rehabilitation

- Pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen sind zugleich behinderte Menschen im Sinne des § 2 SGB IX
- Für Rehabilitationsleistungen an pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen sind deswegen die Bestimmungen des SGB IX anzuwenden.
- Hinzutreten die spezifischen Leistungsvoraussetzungen des § 40 Abs. 1 und 2 SGB V

Im Einzelnen sind folgende Leistungsvoraussetzungen zu prüfen:

- Das Vorhandensein von Rehabilitationszielen iSd §§ 11 Abs. 2 SGB V iVm §§ 1, 4 Abs. 1 u. 26 Abs. 1 SGB IX:
 - Beseitigung, Minderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Behinderung einschl. chron. Krankheit und Pflegebedürftigkeit.
 - Vermeidung einer Behinderung einschl. chron. Krankheit oder Pflegebedürftigkeit
 - ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung sowie der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Ermöglichung oder Erleichterung einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) sowie
 - Vermeidung des vorzeitigen Bezugs oder Minderung laufender Sozialleistungen
- Feststellung das eines oder mehrere dieser Ziele erreichbar erscheinen (Rehabilitationsprognose)
- Feststellung, dass ambulante Krankenbehandlung zur Erreichung dieser Ziele nicht ausreicht (für ambulante Rehabilitationsleistungen - § 40 SGB V)
- Feststellung, dass ambulante Rehabilitationsleistungen zur Erreichung dieser Ziele nicht ausreichen (für stationäre Rehabilitationsleistungen - § 40 SGB V)

Das SGB IX legt den Rehabilitationsträgern für behinderte Menschen mit Pflegebedarf eine umfassende Verantwortung auf:

- Funktionsbezogene Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs
§ 10 SGB IX
- Orientierung der Verfahren zur Feststellung des funktionsbezogenen Leistungsbedarfs an der ICF und Sicherstellung eines Begutachtungsverfahrens nach einheitlichen Grundsätzen
§§ 10, 12 SGB IX
- Gemeinsamer Sicherstellungsauftrag für die regionale Organisation qualitativ geeigneter Rehabilitationsdienste und – einrichtungen in der erforderlichen Qualität
§ 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

Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs

- § 27 SGB IX schreibt für alle Reha-Leistungen der GKV die an der ICF der WHO orientierte Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX zwingend vor
- Die Verantwortung dafür liegt nach § 10 SGB IX bei den Krankenkassen
- Nach § 10 SGB IX ist der funktionsbezogene Leistungsbedarf bezogen auf die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft umfassend festzustellen
- Die Beschränkung der Leistungsziele auf die Erreichung einer „Alltagskompetenz“ ist rechtlich nicht legitimiert, führt zu einer rechtswidrigen Leistungsbeschränkung und stellt im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention eine Diskriminierung und damit eine Menschenrechtsverletzung dar
- Maßgebend für das Begutachtungsverfahren durch Sachverständige ist § 14 Abs. 5 SGB IX (vor dem GKV-WSG vorrangiges spezifisches Recht nach § 275 SGB V)

Ziele der Rehabilitation der in der Praxis GKV

- Kassen sehen Rehabilitation der GKV oftmals immer noch als Bestandteil der Krankenbehandlung, d.h. nach dem Rechtsstand von vor 2000 an
- GKV orientiert die Ziele ihrer Reha häufig immer noch auf Ziele oder den Erfolg der Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V), obwohl § 40 SGB V nicht auf § 27 SGB V, sondern auf § 11 Abs. 2 SGB V und dieser auf das SGB IX - und damit auf die Erreichung von Teilhabezielen - verweist
- Ebenso werden Struktur- und Prozessqualität der von der GKV in Anspruch genommenen Reha-Einrichtungen immer noch nicht vorrangig auf die Erreichbarkeit von Teilhabezielen orientiert
- Dies ist seit 1.1.2000 insgesamt weder mit dem SGB V, noch mit dem SGB IX vereinbar

Zielorientierung der geriatrischen Rehabilitation/Rehabilitationsprognose

- Nicht maßgebend:

Wirkung der Reha auf die Alterskrankheiten oder
„Alltagskompetenz“

- Allein maßgebend:

Wirkung der Reha bezogen auf die Teilhabe

- Zur Erinnerung:

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

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

Leistungsformen der geriatrischen Rehabilitation

- Ambulante Rehabilitation
 - in wohnortnahen Einrichtungen, auch durch mobile aufsuchende Rehabilitation
 - auch in stationären Pflegeeinrichtungen
- Stationäre Rehabilitation
- im Rahmen von Persönlichen Budgets
- im Rahmen der Integrierten Versorgung

Anmerkung:

Aktivierende Pflege ist keine Rehabilitationsleistung, sondern ein Prinzip der Pflege

Geeignete Rehabilitationseinrichtungen und Dienste

- Die Rehabilitationsträger dürfen die Rehabilitationsleistungen nur in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen oder durch geeignete Rehabilitationsdienste ausführen lassen (§§ 17, 19 SGB IX)
- Geeignet sind nur solche Rehabilitationseinrichtungen und –dienste, die mit ihrer Struktur- und Prozessqualität die im Einzelfall anzustrebenden Rehabilitationsziele im Sinne der ICF und des SGB IX voraussichtlich auch erreichen können
- Die Zielorientierung des SGB IX, insbesondere aber der UN-Behindertenrechtskonvention, auf Teilhabe und Selbstbestimmung wirft die Frage auf, ob Einrichtungen mit überwiegend akutmedizinischer Ausrichtung als geeignete Rehabilitationseinrichtungen iSd §§ 17, 19 SGB IX angesehen werden können
- Die Rehabilitationsträger müssen die Einrichtungen und –dienste zur Ausführung heranziehen, die dazu in der am besten geeigneten Form in der Lage sind (§ 19 SGB IX)
- Entfällt die Eignung ist der **Versorgungsvertrag zu kündigen**

Probleme der Rehabilitation lebensälterer Menschen

- Inanspruchnahme ist unzureichend
 - Ursache: Nichtbeachtung von §§ 8, 10 SGB IX, §§ 5, 18 Abs. 1 Satz 3, Abs. 6, 31, 32 SGB XI
- Bedarfsfeststellung nicht bezogen auf die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, sondern auf „Alltagskompetenz“ verkürzt bestehende Leistungsansprüche mit der Folge von Unterversorgung
- Die Abweichung von der gesetzlich normierten Bedarfsfeststellung führt auch zu einer unzureichenden Differenzierung zwischen geriatrischer und indikationsspezifischer Rehabilitation mit der Folge der Verweigerung bedarfsorientiert erforderlicher und möglicher indikationsspezifischer Rehabilitation (Fehlversorgung entgegen dem Wirksamkeitsgebot des § 10 SGB IX)
- Vernachlässigung der Sicherstellungsverpflichtung nach § 19 SGB IX:
z.B. sogen „fallabschließender Rehabilitation im Krankenhaus“ (die den Charakter von Frührehabilitation iSv § 39 SGB V, nicht aber von medizinischer Rehabilitation iSv § 40 SGB V, § 26 SGB IX hat) mit der Folge
- des Nichtvorhandenseins oder sogar der Aufgabe erforderlicher Rehabilitationseinrichtungen oder –dienste mit teilhabeorientierter Struktur- und Prozessqualität (Unterversorgung)

Probleme der „geriatrischen Rehabilitation“

- Die Definition geriatrischer Rehabilitation ist nicht Aufgabe medizinischer Fachgesellschaften, sondern allein der zuständigen Rehabilitationsträger.
- Ebenso die „Organisation“ (Art. 26 BRK) der nach Bedarf und Qualität erforderlichen Angebote.
- Die Definition der geriatrischen Fachgesellschaften entspricht nicht dem geltenden Recht, nach dem „geriatrischer Rehabilitation“ ausschließlich durch den Auftrag Rehabilitation vor Pflege legitimiert ist und damit der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit dient.
- Frührehabilitation ist keine Leistung der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 26 SGB IX, der auch für die Rehabilitationsleistungen gesetzlichen Krankenversicherung abschließend regelt, was unter medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zu verstehen ist (§ 27 SGB IX).
- Frührehabilitation ist eine Phase der Krankenhausbehandlung mit rehabilitativen Methoden, die durch die Krankenhausvergütung (DRG) finanziert wird
- Folglich findet für diese Leistungen der Akutversorgung das Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht des SGB IX keine Anwendung
- Die „geriatrische Rehabilitation“ muss als exemplarisches Beispiel für die Nichtbeachtung und Nichtumsetzung des für alle Rehabilitationsträger einheitlich geltenden Rechts der medizinischen Rehabilitation des SGB IX im Bereich der GKV gelten.
- Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) und der darin in Art. 26 enthaltenen „Organisationsverpflichtung“ des Staates (der in Deutschland durch § 19 SGB IX auf einheitlich auf die Gemeinschaft der Rehabilitationsträger delegiert ist) für die Gestaltung der Rehabilitationsangebote wird Veranlassung sein müssen, nicht nur die Anpassung des SGB IX an die BRK und die Teilhabeorientierung der Rehabilitation zu vollziehen, sondern insbesondere auch den konsequenten Vollzug gesetzlicher Bestimmungen durch die allein verantwortlichen Rehabilitationsträger einzufordern.

Teilhaberecht

Spannungsfeld: Frühförderung

eine Leistung der medizinischen Rehabilitation

Heilpädagogische Leistungen sind Bestandteil der

Komplexleistung Frühförderung und haben nach § 26 Abs. 3

SGB IX ebenfalls den Charakter medizinischer Leistungen zur

Rehabilitation.

(Im Einzelnen wird auf das Positionspapier der DVfR zur
Frühförderung verwiesen)

Teilhaberecht Spannungsfeld SGB V / SGB IX

am Beispiel
des Heil- und Hilfsmittelrechts

I. Rechtsgrundlagen der Hilfsmittelversorgung

(alle „roten“ Vorschriften sind im Sinne des SGB IX auszulegen)

	Akut	MedReha § 31 SGB IX	LTA § 33 SGB IX	LTG § 55 SGB IX	Pflege
SGB V	§ 33	§ 33			
SGB VI		§ 15	§ 16		
SGB VII	§ 31	§ 31	§ 35	§ 39	§ 44
SGB III			§ 102		
SGB XII	§ 48	§ 54	§ 54	§ 54	§ 61
SGB VIII		§ 35a	§ 35a	§ 35a	
BVG	§ 13	§ 13	§ 26	§ 27d	§ 26c
SGB XI					§ 40

Rehabilitationsrecht der GKV nach dem SGB V

- Bis 31.12.1999 waren die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation der GKV Bestandteil der Krankenversorgung (§ 11 Abs. 2 idFd GRG:
„Zu den Leistungen nach Absatz 1 zählen auch....“
 - Zielorientierung entsprechend den Zielen nach § 27 SGB V
- § 11 Abs. 2 SGB V beginnt seit der Gesundheitsreform 2000 mit den Worten: „Jeder Versicherte hat auch Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation...“
 - Bis 30.6.2001: Zielorientierung entsprechend dem Reha-AnglG
 - Ab 1.7.2001: Zielorientierung an den Zielen nach §§ 1, 4 Abs. 1, insbesondere § 26 Abs. 1 SGB IX

Rehabilitationsrecht der GKV nach dem SGB V

Problem:

Die mit der Gesundheitsreform 2000 in § 11 SGB V vollzogene Trennung von Krankenbehandlung und medizinischen Leistungen zur Rehabilitation wurde

- weder im nachfolgenden Leistungs- und Leistungserbringungsrecht des SGB V (ua §§ 33, 40) nachvollzogen
- noch – mit Ausnahme des § 11 Abs. 2 Satz 3 – in den Kontext des SGB IX gestellt.

Gegenstand der medizinischen Reha der GKV

- Das SGB V enthält keine spezifischen Regelungen darüber,
 - was Gegenstand der medizinischen Reha der GKV ist
 - welche Ziele mit der Reha der GKV anzustreben sindund insoweit auch kein abweichendes Recht.
- Mangels spezifischer Vorschriften im SGB V ist deshalb für die GKV die Definition des § 26 SGB IX unmittelbar maßgebend (§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V)
- Nach Abs. 2 Nr. 6 aaO können Hilfsmittel Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sein
- Letztlich verpflichtet § 27 SGB IX -unabhängig von § 7 SGB IX – die GKV ausdrücklich dazu, die in § 26 Abs. 1 IX genannten Ziele und § 10 SGB IX (Bedarfsfeststellungsverfahren) nicht nur bei Leistungen zur medizinischen Reha, sondern bei allen Leistungen der Krankenbehandlung anzuwenden.

Für die Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gilt das Verfahrens- und Leistungserbringungsrecht des SGB IX

- Alle Leistungen der Rehabilitation können ohne ärztliche Verordnung auf Antrag geltend gemacht werden.
- Der Rehabilitationsträger ist nach §§ 10, 14 SGB IX verpflichtet, den individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf orientiert an den Maßstäben der ICF durch einen Sachverständigen feststellen zu lassen und selbst über die Leistung zu entscheiden
- In welchen Fällen und in welcher Weise die Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, haben die Träger der medizinischen Rehabilitation in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX im Rahmen der BAR zu regeln. Ein Hilfsmittelverzeichnis für rehabilitative Hilfsmittel könnte das Ergebnis sein, muss es aber nicht.
- § 32 Abs. 2 SGB IX ermächtigt jedenfalls das BMA, das Nähere zur Auswahl der im Einzelfall geeigneten Hilfsmittel, insbesondere zum Verfahren, zur Eignungsprüfung, Dokumentation und leihweisen Überlassung sowie zur Zusammenarbeit mit den orthopädischen Versorgungsstellen in einer Rechtsverordnung zu regeln.

Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX

Die Reha-Träger sind nach § 10 SGB IX verpflichtet, den individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf festzustellen. Er umfasst alle Leistungen, die zur Behandlung von Teilhabebeeinträchtigungen in den neun Funktionsbereichen der ICF, insbesondere denen der

- körperlichen Integrität
- seelischen Integrität
- sozialen Integrität
- Integrität der Aktivitäten und Leistungen sowie der
- Partizipation

zur Erreichung der Rehabilitationsziele erforderlich und wirksam sind.

Leistungsverpflichtung nach § 14 SGB IX

Die Zuständigkeit nach § 14 SGB IX verpflichtet den im Außenverhältnis berufenen Rehabilitationsträger, dem Berechtigten Teilhabeleistungen aufgrund aller Rechtsgrundlagen zu erbringen, die überhaupt als Bedarfssituation für irgendeinen Rehabilitationsträger vorgesehen sind (BSG v 26.6.07 – B 1 KR 34/06 R und 36/06 R).

Erstattungspflichten nach § 14 SGB IX

Das BSG hat zur Kostenerstattungspflicht festgestellt, dass für die Träger untereinander weiterhin das gegliederte System mit seinen ausdifferenzierten Zuständigkeiten maßgebend ist (B 1 KR 34/06 R). Der durch die bindende Weiterleitung kraft Gesetzes zuständig gewordene zweitangegangene Träger ist nach Auffassung des BSG schutzwürdig und erhält den speziellen Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 S 1, der die Regelungen der §§ 102ff SGB X verdrängt. Die Erstattung richtet sich entspr. § 102 Abs 2 SGB X nach den für den zweitangegangenen Träger geltenden Vorschriften, damit er einen vollständigen Ersatz seiner Aufwendungen erhält.

Erstattungspflichten nach § 14 SGB IX

In allen übrigen Fällen richtet sich die Erstattungspflicht nicht nach § 14 Abs. 4 S 1, sondern wegen der im Innenverhältnis der Träger fortgeltenden Zuständigkeitsregelungen des gegliederten Systems nach den Bestimmungen der §§ 102 ff SGB IX.

Ist ein Träger durch Unterlassung (Nichtstun) nach § 14 Abs 1 zuständig geworden, weil er alle gesetzlichen Pflichten nach §§ 14,10 versäumt und deswegen den Antrag nicht fristgemäß an den zuständigen Träger weitergeleitet hat, ist er zur Leistung verpflichtet ohne einen Erstattungsanspruch zu bewirken.

SGB IX

im Verhältnis zur
früheren Rechtsprechung des BSG
zu § 33 SGB V

BSG-Urteil vom 26.3.2003 – B 3 KR 23 R

- **Durch das SGB IX ändert sich an der Zuständigkeit der GKV für die Hilfsmittelversorgung nichts. Die von der GKV zu leistende medizinische Rehabilitation zielt wie bisher darauf ab, die *Gesundheit und Organfunktion möglichst weitgehend wiederherzustellen und den Behandlungserfolg zu sichern, um ein selbständiges Leben zu führen und die Anforderungen des Alltags – definiert durch die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens – meistern zu können.* Eine darüber hinausgehende berufliche und soziale Rehabilitation bleibe Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme**
- **Das Urteil übersieht § 27 SGB IX und die mit dem SGB IX für alle Reha-Träger vollzogenen Paradigmenwechsel (Orientierung auf Teilhabeziele, Einheitlichkeit der Leistungen u.a.)**

- Es trifft zwar zu, dass das SGB IX die Aufgabenstellung der GKV bezogen auf Leistungen zur medizinischen Reha nicht verändert hat.
- Das SGB IX hat jedoch die Aufgaben, Ziele und Rahmenbedingungen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aller Rehabilitationsträger und damit auch der Träger der GKV verändert.
- Im Übrigen hat die GKV als Solidargemeinschaft unverändert die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.
- Nach der WHO-Definition von Krankheit gehört zur Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch die Bewältigung der Folgen von Krankheit.
- Gerade das ist jedoch das Ziel des SGB IX, das regelt, auf welche Weise und nach welchen Regeln die Krankheitsfolgen zu bewältigen sind, nämlich durch Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX) bzw. für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Erreichung der in § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele.
- Die Teilhabeorientierung des SGB IX ist danach ausdrücklich auch Gegenstand der Aufgabenstellung der GKV iSd § 1 SGB V

Anwendung des § 33 SGB V unter Beachtung der Bestimmungen des SGB IX

Der Gesetzgeber bindet die Leistungserbringung in § 33 SGB V an die Erreichbarkeit folgender Ziele:

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen
- eine Behinderung auszugleichen

Anwendung des § 33 SGB V unter Beachtung der Bestimmungen des SGB IX

Das SGB IX bindet die Leistungserbringung in § 26 Abs. 1 SGB IX ebenfalls an Ziele. Die Leistungen müssen geeignet sein

- Behinderungen einschl. chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern

Anwendung des § 33 SGB V unter Beachtung der

Bestimmungen des SGB IX

- BSG-Urteil vom 26.3.2005 stellt den Behindertenausgleich des § 33 SGB V ausdrücklich in den Kontext der medizinischen Rehabilitation
- Die Ziele des § 33 SGB V „drohende Behinderung vorbeugen“ und „Behinderung ausgleichen“ finden sich deckungsgleich in § 11 Abs. 2 SGB V und 26 Abs. 1 SGB IX
- BSG-Urteil vom 24.5.2006 stellt klar, dass § 33 SGB V nicht nur auf „Behinderung ausgleichen“, sondern auch auf die Beseitigung und Minderung abstellt.
Damit umfasst § 33 SGB V alle in § 11 Abs. 2 SGB V und § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX genannten Ziele und beinhaltet insoweit kein abweichendes Recht
- Das gilt auch für die in § 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX genannten Ziele der med. Reha:
 - auf die Pflegebedürftigkeit bezogenen Ziele sind deckungsgleich mit § 11 Abs. 2 SGB V
 - das Ziel der Vermeidung von Sozialleistungen usw. ist in der GKV bereits nach § 10 Nr. 5 SGB I zu beachten
 - für die auf die Erwerbsfähigkeit bezogenen Ziele ist die in der Regel die GRV zuständig.

Fazit:

§ 33 SGB V beinhaltet kein abweichendes Recht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX, das als spezifisches Recht die Anwendung des SGB IX ganz oder teilweise ausschließen könnte

Fazit bezogen auf Hilfsmittel

- Die GKV kann nach geltendem Recht unter Berücksichtigung des SGB IX Hilfsmittel
 - im Rahmen der Krankenbehandlung nach §§ 11 Abs. 1, 27 Abs. 1 Nr. 3, 33 SGB V
 - als Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 SGB V iVm 26 Abs. 1 Nr. 7, 31 SGB IX erbringen.
- Der individuelle funktionsbezogene Leistungsbedarf ist – orientiert an der ICF – nach § 27 SGB IX in beiden Fällen im Verfahren nach § 10 SGB IX festzustellen.
- Hilfsmittel (auch Heilmittel) können mangels entgegenstehender gesetzlicher Regelungen auch eine *eigenständige ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation* sein.

Initiative zur Klarstellung im Zuges des GKV-WSG

- Zu § 33 Abs. 1 SGB V:
„¹Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall notwendig sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. **²Sie haben weiterhin Anspruch auf Hilfsmittel der medizinischen Rehabilitation nach §§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 des Neunten Buches.** ³Der Anspruch besteht nicht, soweit er nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen ist. ⁴Für die Hilfsmittel nach Satz 1 bleibt § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 unberührt. **⁵§ 31 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches sind auf die Hilfsmittel nach Satz 1 anzuwenden.**“
- An § 31 Absatz 1 sollte folgender Satz angefügt werden:
„Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens umfassen in jedem Fall eine möglichst selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.“
- **Mit diesen Änderungen wäre somit kein neues Recht in der GKV geschaffen, sondern lediglich das bereits geltende Recht im Lichte des SGB IX klargestellt worden.**

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„um eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen“ (§ 31 I Nr. 3 SGB IX)

- Was sind die Grundbedürfnisse im Lichte des Ziels, **Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft** zu erreichen (§ 1 SGB IX)?
- **Grundbedürfnisse ist eine gesetzgeberische Einschränkung;**
- **Basisausgleich ist eine Interpretation der Leistungsträger und Gerichte**

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„Das bezieht sich im Bereich der **Mobilität** auf den Bewegungsradius, den ein **Gesunder üblicherweise noch zu Fuß** erreicht. (...) Dagegen hat er – von besonderen qualitativen Momenten abgesehen – grundsätzlich keinen Anspruch darauf, in Kombination von Auto und Rollstuhl den Radius der selbstständigen Fortbewegung (erheblich) zu erweitern. Dies gilt auch, wenn im Einzelfall die Stellen der Alltagsgeschäfte nicht im Nahbereich liegen (...). **Besonderheiten des Wohnorts können nicht maßgeblich sein.**“

(BSG vom 20.11.2008, Az. B 3 KR 6/08 R - Kraftknoten)

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„Das **Radfahren, mag es in der Bevölkerung auch weit verbreitet sein, gehört nicht zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens. (...) dasselbe gilt für Freizeitbeschäftigungen wie Wandern, Dauerlauf, Ausflüge u.ä. (...).“**

(BSG vom 21.11.2003, Az. B 3 KR 8/02 R – Therapie-Tandem)

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„Die **Schulfähigkeit** ist aber nur insoweit als allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens anzusehen, als es um die Vermittlung von grundlegendem schulischen Allgemeinwissen an Schüler im **Rahmen der allgemeinen Schulpflicht oder der Sonderschulpflicht** geht. (...) Wenn die Krankenversicherung dafür einzustehen hat, Behinderten im Wege der medizinischen Rehabilitation die notwendige Kompetenz zur Bewältigung des Alltags zu vermitteln, so muss sie zwar die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Behinderte das staatlicherseits als Minimum angesehene Maß an Bildung erwerben können (...); darüber hinausgehende Bildungsziele hat sie aber nicht mehr zu fördern.“

(BSG vom 22.07.2004, Az. B 3 KR 13/03 R – Notebook-PC für Blinde)

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„Zwar besteht eine Leistungspflicht der Krankenkassen nur für solche Hilfsmittel, die zur Ausübung eines elementaren Grundbedürfnisses erforderlich sind. Hierzu hat das BSG auch die **Ausübung einer sinnvollen beruflichen Tätigkeit gezählt. (...) diese Rechtsprechung gilt weiterhin. Sie war damit begründet worden, dass es zu den elementaren Grundbedürfnissen des Menschen zählt, eine berufliche oder andere gleichwertige Tätigkeit auszuüben.“**

(BSG vom 21.08.2008, Az. B 13 R 33/07 R – digitales Hörgerät)

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„Solange der Ausgleich der Behinderung nicht vollständig erreicht worden ist im Sinne eines Gleichziehens mit einem gesunden Menschen, kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend.“

(BSG vom 16.09.2004, Az. B 3 KR 20/04 R – C-Leg)

IV. Probleme

2. Festbeträge

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Hilfsmittel für die Festbeträge festgesetzt werden.“ (§ 36 I 1 SGB V)

„Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.“ (§ 12 II SGB V)

Was ist, wenn der Festbetrag nicht ausreicht, um die Behinderung bei einem Grundbedürfnis auszugleichen?

IV. Probleme

2. Festbeträge

„Sollte sich ergeben, dass Versicherte die Hilfsmittel benötigen, diese (...) nicht mehr als Sachleistung ohne Eigenbeteiligung beziehen können (...), wären die Verbände ihren Aufgaben nach den §§ 35, 36 SGB V nicht gesetzeskonform nachgekommen. Unter diesem Aspekt gewinnt die gerichtliche Kontrolle der Festbetragsfestsetzung besondere Bedeutung. (...) Sie verhindert, dass der Festbetrag so niedrig festgesetzt wird, dass eine ausreichende Versorgung der Versicherten (...) nicht mehr gewährleistet ist.“

(BVerfG vom 17.12.2002, Az. 1 BvL 28/95, 29/95, 30/95 – Festbeträge)

IV. Probleme

2. Festbeträge

„Dies ist grundsätzlich verfassungsgemäß, gilt jedoch in dieser Form **nur, wenn eine sachgerechte Versorgung des Versicherten zu den festgesetzten Festbeträgen möglich ist.** Der für ein Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag begrenzt die Leistungspflicht der Krankenkasse nämlich dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht.“

(BSG vom 21.08.2008, Az. B 13 R 33/07 R – digitales Hörgerät)

IV. Probleme

2. Festbeträge

„Eine einzelfallbezogene Relativierung der Maßgeblichkeit (rechtswirksam) festgesetzter Festbeträge ist nicht zulässig.“

(LSG Baden-Württemberg vom 24.09.2008, Az. L 5 KR 1539/07 – digitales Hörgerät)

„Ein Leistungsausschluss hinsichtlich der von der Klägerin gewählten, zum Festbetrag nicht erhältlichen Versorgung ergibt sich trotz der grundsätzlichen und ausnahmslosen Verbindlichkeit von Festbeträgen aber vorliegend nicht, weil **die Festbeträge unwirksam sind.“**

(SG Neubrandenburg vom 10.06.2008, Az. S 4 RA 114/03 – digitales Hörgerät)

IV. Probleme

3. Ärztliche Verordnung

„(Der GBA) soll insbesondere Richtlinien beschließen über die (...) **Verordnung** von (...) Hilfsmitteln“ (§ 92 I 2 Nr. 6 SGB V)

„Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen vor **Bewilligung** eines Hilfsmittels durch den MDK prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist.“ (§ 5 III HilfsM-RL)

„Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der **Leistungsantrag** innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.“ (§ 8 II HilfsM-RL)

Ist für das Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich eine ärztliche Verordnung erforderlich?

IV. Probleme

3. Ärztliche Verordnung

„Die vertragsärztliche Verordnung eines bestimmten Hilfsmittels stellt sich rechtlich als **ärztliche Empfehlung dar, bindet die Krankenkasse im Verhältnis zum Versicherten aber nicht.“**

(BSG vom 23.7.2002, Az. B 3 KR 66/01 R – Echthaarperücke)

IV. Probleme

4. Hilfsmittelverzeichnis

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind die von der Leistungspflicht erfassten Hilfsmittel aufzuführen. (§ 139 I 1, 2 SGB V)

„Von gleichartig wirkenden Hilfsmitteln ist im Rahmen der Indikationsstellung das nach Art und Umfang dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechende zu verordnen. Das Hilfsmittelverzeichnis dient hierbei als Orientierungs- und Auslegungshilfe und bietet einen für Vergleichszwecke geeigneten Überblick“ (§ 6 V 1, 2 HilfsMRL)

Kann das Hilfsmittelverzeichnis die Leistungspflicht für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich begrenzen?

IV. Probleme

4. Hilfsmittelverzeichnis

„Ein Ausschluss der Elektromobile aus der Leistungspflicht der Krankenkassen ergibt sich auch nicht aus ihrer Nichtaufnahme im Hilfsmittelverzeichnis. Dieses dient nicht dazu, den Anspruch des Versicherten einzuschränken, sondern nur als **Richtschnur für die Kassen und als unverbindliche Auslegungshilfe für die Gerichte.“**

BSG vom 03.11.1999, Az. B 3 KR 16/99 R – Shoprider)

IV. Probleme

5. Stationäre Einrichtungen

„Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt.“ (§ 33 I 2 SGB V)

Verlieren Leistungsberechtigte in stationären Einrichtungen der Pflege, Behindertenhilfe, medizinischen oder beruflichen Rehabilitation ihren individuellen Anspruch auf Hilfsmittel?

IV. Probleme

5. Stationäre Einrichtungen

„Entscheidend ist vielmehr, dass der Klägerin eine verantwortungsbewusste Entscheidung über das eigene Schicksal nicht mehr möglich ist, sie also wegen des Fehlens eigenbestimmter Bestimmungsmöglichkeiten quasi zum ‚Objekt der Pflege‘ geworden ist. (...) Eine Rehabilitation ist dann mangels Erfolgsaussichten nicht mehr möglich, der Ist-Zustand der Behinderung nicht mehr behebbar.“

(BSG vom 22.07.2004, Az. B 3 KR 5/03 R – Lagerungsrollstuhl)

IV. Probleme

6. Leistungserbringungsrecht

„Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, können die Krankenkassen (...) im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern (...) schließen. (...) Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig.“ (§ 127 I 1, 4 SGB V)

Können die Leistungsansprüche der Versicherten und ihr Wunsch- und Wahlrecht durch das Leistungserbringungsrecht beschränkt werden?

V. Abgrenzung der Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX

- Das BSG stützt die Leistungsabgrenzung auf
 - Zuständigkeit der GKV
 - auf der Basis der Grundbedürfnisse sowie
 - den Schwerpunkt der Leistungserbringung.
(BSG v. 24.6.80 – 1 RA 51/79; zusammenfassend SG Berlin v 9.1.06 – S 77 AL 3061/05)
- Die Bedingungen am Arbeitsplatz, aber auch die der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft können eine über die Basisversorgung der GKV hinausgehende Versorgung erfordern, die einen entsprechenden – die Basisversorgung einschließenden - Leistungsanspruch gegenüber dem dafür jeweils zuständigen Träger (z.B. SGB II, SGB XII) begründet (LSG Niedersachsen-Bremen v 15.12.05 – 10 R 480/05; anders u.a. LSG NRW v 14.6.07 – L 2 KN 209/05 KR das an der vorrangigen Zuständigkeit der GKV für den Behinderungsausgleich im Bereich der Grundbedürfnisse festhält)

Abgrenzung der Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX

- Als schwierig wird die Abgrenzung zwischen SGB V und SGB XII angesehen.
- Entscheidend ist, ob ein Hilfsmittel
 - zur Krankenbehandlung und damit als Hilfe bei Krankheit (§ 48 SGB XII) oder
 - zur Erreichung von Teilhabezielen und damit als Leistung der Eingliederungshilfe (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII) erforderlich ist.
- Im zweiten Fall handelt es sich nämlich um Hilfsmittel nach
 - § 26 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX im Rahmen der med. Reha oder n.
 - § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX um über den § 31 SGB IX hinausgehende Hilfsmittel.
- Letztlich bedarf es einer Abgrenzung der Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26, 31 SGB IX) zu den Hilfsmitteln zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX). Diese Abgrenzung bestimmt zugleich die Zuständigkeit der jeweiligen Träger nach § 6 SGB IX.

VI. Einstweilige Anordnung

Urteil des BVerfG vom 25.2.09 – 1 BvR 120/09

- Art 19 Abs. 4 GG verlangt auch bei Vornahmesachen jedenfalls dann vorläufigen Rechtsschutz, wenn ohne ihn schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre.
- Die Gerichte sind gehalten, die Versagung vorläufigen Rechtsschutzes auf eine eingehende Prüfung der Sach- und Rechtslage zu stützen.
- Ist dem Gericht die Vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, so ist anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden. Dies gilt ganz besonders, wenn es um die Wahrung der Würde des Menschen geht.

VII. Ausblick

Eine Reform des Hilfsmittelrechts ist erforderlich. Aus Sicht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen:

- **Vereinfachung der Zuständigkeiten**
- **Klarstellung der bereits mit der Gesundheitsreform 2000 vollzogenen Trennung der rehabilitativen Versorgung von der Krankenbehandlung**
- **Integration der Pflege in die rehabilitative Versorgung**
- **Rezeption des technischen und des sozialen Fortschritts**
- **Sicherung der individuellen Leistungsansprüche**

Teilhaberecht

Frührehabilitation:
Rehabilitation im Krankenhaus
ist keine
Leistung zur medizinischen
Rehabilitation

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

Frührehabilitation im Krankenhaus 1

- Rechtzeitige Einleitung und sachgerechte Steuerung von Reha-Leistungen sicherstellen
- Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit
- Keine Inkorporation der Reha in das Krankenhaus, keine Veränderung der in § 107 SGB V geregelten Aufgabenzuweisung
- Keine eigenständige Reha-Leistung im Sinne des § 26 Abs. 1 SGB IX

Frührehabilitation im Krankenhaus 2

- Beschreibt eine Zeitphase in der während der Akutversorgung die besonderen Belange im Sinne von § 2a SGB V zu berücksichtigen sind
- Deshalb auch nicht vollständig als Aufgabe dem Krankenhaus zugeordnet (zum frühestmöglichen...einzusetzen)
- Keine besonderen Anforderungen im Si. des Krankenhausplanungs- u. Finanzierungsrechts
- Ausschließlich Prozessanforderungen, deshalb Thema des Vergütungsrechts
- Kooperation Krankenhaus/Reha-Einrichtung (Einkaufs- bzw. Dienstleistungsmodelle)

Frührehabilitation und DRG

- DRG's können methodisch Reha-Aufwand nicht sachgerecht abbilden
- Versuch, über Früh-Reha-DRG und OPS Krankenhäuser für Reha zu öffnen
- obwohl Gesetzgeber Aufgabenverschiebung ausdrücklich abgelehnt hat
- Verfahren der Gewichtung der Früh-Reha-DRG nicht geeignet

Auswirkungen der DRG-Einführung

- Verschiebebahnhöfe begrenzen durch Ergebnisqualitätsdefinitionen für die Krankenhausversorgung
- Frührehabilitation ist Bestandteil der Krankenhausleistung und -vergütung
- Transparenz der Reha-Leistungen sowie der „verlagerten Leistungen“ herstellen
- Vereinbarung über die interkurrenten Leistungen von 1993
- Komplexpauschale ohne Leistungsklassifizierung keine Lösung
- Entwicklung und Einführung von Patientenklassifikationssystemen für die Versorgungsbereiche Rehabilitation und Pflege

Teilhabe

Integrierte Versorgung
Inklusion oder Integration der
medizinischen Rehabilitation?

Integrierte Versorgung

- Vollintegration der verschiedenen Versorgungselemente der medizinische Akutversorgung.
- Dabei ist darauf zu achten, „dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten.“
- D.H, nicht Inkorporation der medizinischen Rehabilitation in die Akutversorgung, sondern
- Kooperation der Akutversorgung mit der medizinischen Rehabilitation

Bedeutung der Integrierten Versorgung

- soll als künftige Regelversorgungsstruktur die bisherigen Strukturen ersetzen
- Beseitigung von Defiziten der akutmedizinischen Versorgungsstrukturen durch Integration
- Weitgehende Gestaltungsfreiheit außerhalb des Kassenarzt- und Krankenhausrechts
- Leistungsinhalte und Vergütung basieren ausschließlich auf Vertragsrecht zwischen den Kassen und den Anbietern
- Hemmnisse z.T. durch das GMG abgebaut

Integrierte Versorgung

- Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 wird durch § 140 Abs. 1 SGB V eingeschränkt
- Das spezifische Versorgungsstrukturrecht der § 17 SGB IX – geeignete Einrichtung
 - § 19 SGB IX – Sicherstellungsauftrag
 - § 20 SGB IX – Qualitätssicherung
 - § 21 SGB IX – Versorgungsverträgeist nicht berührt und findet Anwendung

Integrierte Versorgung

- Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung müssen die Anforderungen des SGB IX erfüllen, d.h.,
- zielorientiert im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1
- bedarfsorientiert, wirksam und wirtschaftlich im Sinne des § 10 SGB IX sein

Reha-Praxis der Integrierten Versorgung

Die als med. Rehabilitation bezeichneten Leistungen im Rahmen der bekannten Integrationsverträge erfüllen die qualitativen Anforderungen des SGB IX in der Regel nicht.

Oftmals wird der Sachverständigenrat mit seiner Prognose bestätigt, dass Rehabilitation als Appendix der Krankenhausversorgung im Rahmen Integrierten Versorgung, zumal Mi Komplexpauschalvergütung, zu Lasten der Qualität der medizinischen Rehabilitation geht

Schnittstellenprobleme der Integrierten Versorgung

Die durch das gegliederte System im Bereich der Rehabilitation bestehenden Schnittstellenprobleme bei unterschiedlichen Zuständigkeiten werden durch die bisher bekannten Vereinbarungen zwischen Renten- und Krankenversicherung nicht gelöst, weil die Beibehaltung der jeweiligen Leistungseinheit sinnvolle Vernetzungen der Leistungsinhalte im Rahmen der Integrierten Versorgung beeinträchtigen kann.

Facit: Integrierte Versorgung

- Kooperation statt Inkorporation
- Eindeutige Zuordnung von Aufgabenstellung, Qualität, Verantwortung und Haftung zur jeweiligen Leistung
- Zweifelsfreie Zuordnung der anteiligen Finanzierung zu den jeweiligen Finanzierungsgrundlagen (1%-Topf; Reha-Budget)
- Die Nichtanwendungsklausel des § 140b Abs. 4 Satz 1 SGB V erfasst die Regelungen des SGB IX nicht

Folglich:

- Auch für die Ausführung von Rehabilitationsleistungen im Rahmen integrierter Versorgung sind die qualitativen und sonstigen Regelungen des rehabilitativen Versorgungsstrukturrechts zu beachten