

Rechtliche Rahmenbedingungen, aktuelle Probleme und Handlungsoptionen zur Positionierung von Rehabilitationskliniken

von Harry Fuchs, Düsseldorf

1. Einleitung

Mit dem am 1.7.2001 in Kraft getretenen Neunten Sozialgesetzbuch wurde

- die medizinische Rehabilitation als Leistung zur Teilhabe neu definiert und auf die Zielsetzung der selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft orientiert
- das bis dahin unterschiedliche Recht der verschiedenen Rehabilitationsträger weitgehend vereinheitlicht und insbesondere hinsichtlich der Ausführung der Leistung sowie der Versorgungsstrukturen im SGB IX als für alle Rehabilitationsträger unmittelbar geltendes Recht vereinheitlicht
- erstmals für den Bereich der Rehabilitation ein umfassendes Versorgungsstrukturrecht gestaltet.

Ziel dieser Regelungen war es u.a. für die Teilhabe und Rehabilitation die Probleme der Schnittstellen des gegliederten Sozialleistungssystems zu überwinden und ein Höchstmaß an Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger sowie an Konvergenz der Rehabilitationsleistungen zu erreichen.

Der Berechtigte soll bei Vorliegen eines bestimmten Rehabilitationsbedarfs von jedem Rehabilitationsträger – losgelöst von der jeweiligen Zuständigkeit – zeitnah die gleiche bedarfsgerechte, zielgerichtete, wirksame und wirtschaftliche Rehabilitationsleistung erhalten.

Die Leistungserbringer sollten – unabhängig von der Federführung eines Rehabilitationsträgers oder der Häufigkeit der Inanspruchnahme einer Einrichtung – bei allen Rehabilitationsträgern von gemeinsame Rahmenbedingungen ausgehen können und nicht mehr im Grundsatz sowie im Einzelfall mit völlig divergierenden Auffassungen zur medizinischen Rehabilitation an sich bzw. Anforderungen zu den Inhalten und Qualitäten der Rehabilitationsleistungen im Einzelfall konfrontiert werden.

2. Rechtliche Rahmenbedingungen

Medizinische Rehabilitation und Pflege gehören zu einem anderen Rechts- und Vertragsraum als die Krankenbehandlung¹, der – wie das nachfolgende Beispiel der medizinischen Rehabilitation zeigt - deutlich unterschiedliche Rahmenbedingungen setzt:

Versorgungsaspekt	Akutversorgung	Medizinische Rehabilitation
Konzeption	Konzeptionelles Bezugssystem ist i. d. R. das bio-medizinische Krankheitsmodell. Vorrangige Ziele sind Diagnose und Linderung bzw. Heilung einer Erkrankung, woraus sich eine primär kurzfristige Zielperspektive ergibt. Zur Zielerreichung dienen (apparative) diagnostische Maßnahmen, medikamentöse und chirurgische Interventionen sowie Krankenpflege.	Zugrunde gelegt wird das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Behinderung. Die Zielperspektive ist mit der Wiedereingliederung in Beruf, Familie und Gesellschaft mittel- bis langfristig ausgerichtet. Im Vordergrund der rehabilitativen Behandlung stehen v.a. übende und trainierende Verfahren, Beratung, psychologische Verfahren, Gesundheitsbildung und Patientenschulung sowie Medikamente und Hilfsmittel. Idealerweise findet auch eine Verknüpfung mit beruflicher und sozialer Rehabilitation statt.

¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Langfassung, Tz. 61; Baden-Baden: Nomos 2003

Versorgungsaspekt	Akutversorgung	Medizinische Rehabilitation
Zuweisung und Voraussetzung der Inanspruchnahme	Die Einweisung erfolgt meist durch einen niedergelassenen Arzt, der i. d. R. auch das behandelnde Krankenhaus bestimmt. In Notfallsituationen ist auch eine direkte Einweisung möglich. Die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung wird letztendlich durch das Krankenhaus festgestellt.	Die Zuweisung erfolgt auf Antrag nach Bewilligung und Begutachtung durch den Rehabilitationsträger. Das Verfahren umfasst die Festlegung von Art, Umfang, Beginn und Dauer sowie der behandelnden Einrichtung. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten
Behandlungsprozess	Abgeleitet aus dem Therapiekonzept ergibt sich, dass der größte Ressourceneinsatz zu Beginn der Behandlung entsteht. Idealtypisch erfolgt eine Abnahme der Therapiedichte gegen Ende des Aufenthalts. Mit zunehmendem Schweregrad einer Erkrankung geht i. d. R. die Zunahme des Ressourceneinsatzes einher. Auch Multimorbidität kann durch höheren Ressourceneinsatz berücksichtigt werden. Die Behandlung endet, sobald der Patient entlassungsfähig ist; idealtypisch ist dies durch weitgehende Heilung erreicht.	Der Ressourceneinsatz verteilt sich relativ gleichförmig über die gesamte Behandlungsdauer. Im Einzelfall, wenn der Patient belastbarer wird, ist auch eine Zunahme der Therapiedichte möglich. Zwischen dem Schweregrad einer Erkrankung und dem Ressourceneinsatz besteht in der Rehabilitation keine eindeutige Beziehung. Dagegen ergibt sich aus Multimorbidität i. d. R. ein erhöhter Behandlungsbedarf, da Nebenerkrankungen ggf. auch akutmedizinisch versorgt werden müssen. Als Ende einer rehabilitativen Behandlungsphase könnte die Befähigung eines Patienten, den Rehabilitationsprozess eigenständig fortsetzen zu können, gelten.
Struktur- und Prozessqualität	ist weit überwiegend durch medizinische Anforderungen definiert	ist weit überwiegend durch psychosoziale Anforderungen definiert
Verweildauer	Eine Verkürzung der Verweildauer ist durch Optimierung von Behandlungsabläufen möglich. Allerdings besteht die Gefahr des Eintretens von (späteren) Komplikationen und anschließenden Wiederaufnahmen	Eine Optimierung von Behandlungsabläufen zur Reduzierung der Verweildauer ist nur begrenzt möglich. Eine Verweildauerverkürzung führt i. d. R. zur Reduktion von Therapiequantität und Behandlungsqualität.
Wiederaufnahme und Verlegungen	Die Wiederaufnahme eines Patienten nach dessen Entlassung bzw. eine Verlegung zwischen zwei Krankenhäusern ist möglich und findet vergleichsweise häufig statt.	Wiederaufnahme bzw. Verlegung eines Patienten zwischen zwei Rehabilitationseinrichtungen sind eher selten

Quelle: Sachverständigenrat in Anlehnung an Haaf, H.-G. (2002a) u. eigene Ergänzung

Diese unterschiedlichen Anforderungen und Rahmenbedingungen bewirken in den jeweiligen Versorgungssektoren Struktur- und Prozessqualitäten, die – auch aus wirtschaftlichen Gründen – zielgerichtet auf die jeweiligen Anforderungen ausgerichtet sind und sich nur in Teilbereichen überlappen bzw. multidisziplinär nutzbar sind.

Die Verlagerung von Aufgaben aus einem Versorgungssektor in einen angrenzenden erfordert deshalb zwangsläufig auch eine qualitative Anpassung der dort vorgehaltenen Ressourcen.

Wegen der unterschiedlichen Ziele, Inhalte und vorzuhaltenden Ressourcen soll nach Auffassung des Sachverständigenrates eine partielle Verlagerung von akutstationären Routinen in die Rehabilitationsklinik zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Sie darf aber nicht zu Lasten einer angemessenen rehabilitativen Versorgung der Patienten gehen. Er hält es für fraglich, ob eine Profil- und Aufgabenänderung der Reha-Einrichtungen hin zu akutstationären Aufgaben noch mit der von der Sache her gebotenen und mit der im SGB IX fixierten Aufgabenstellung einer qualitätsgesicherten Rehabilitation vereinbar sind². Das könnte konkret bedeuten, dass eine Rehabilitationseinrichtung ggfls. ihren Charakter als „geeignete Rehabilitationseinrichtung“ im Sinne des § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX verlieren kann, falls sich die Strukturqualität bei einer zu deutlichen Ausrichtung auf die Ziele der Krankenversorgung von der Zielsetzung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wegorientiert, sodass ein bestehender Versorgungsvertrag ggfls. nach § 21 Abs. 3 SGB IX zu kündigen wäre.

Danach sind den Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich sehr enge Grenzen für die Übernahme von Aufgaben mit nicht rehabilitativer Ausrichtung gesetzt.

2.1 Einheitlichkeit der Rehabilitationsleistungen

Nach § 7 SGB IX richten sich die Zuständigkeit und die Leistungsvoraussetzungen, nach denen ein Rehabilitationsträger zur Leistungserbringung verpflichtet ist, zwar weiterhin nach den spezifischen Rechtsvorschriften der jeweiligen Rehabilitationsträger. D.h., dass der Zugang zu den Rehabilitationsleistungen eines bestimmten Rehabilitationsträgers unverändert davon abhängig ist, dass ein Berechtigter die spezifischen Zuständigkeitsvoraussetzungen des jeweiligen Rehabilitationsträgers erfüllt.

Steht aber fest, welcher Rehabilitationsträger für die Rehabilitationsleistung zuständig ist oder, dass die Rehabilitationsleistung in Ermanglung eines zuständigen Rehabilitationsträgers durch einen Träger der Sozialhilfe durchzuführen ist, richten sich jedoch Art, Umfang und Ausführung der Leistungen seit dem 1.7.2001 für alle Rehabilitationsträger (und auch die Träger der Sozialhilfe) einheitlich nach den Regelungen des SGB IX. § 7 Satz 1 SGB IX enthält zwar einen Abweichungsvorbehalt für den Fall, dass in den für die Rehabilitationsträger geltenden Rechtsvorschriften besondere (abweichende) Bestimmungen getroffen wurden. Da solche abweichenden Bestimmungen durch das SGB IX weitgehend beseitigt wurden und derzeit (mit Ausnahme des § 111a SGB V) noch nicht wieder vorhanden sind, umfassen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 SGB IX bei allen Trägern der medizinischen Rehabilitation, d.h. auch den Krankenkassen, einheitlich u.a. Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie, Hilfsmittel. § 26 Abs. 3 SGB IX stellt zudem klar, dass Bestandteil der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen sind, soweit diese im Einzelfall zur Erreichung oder Sicherung des Rehabilitationszieles bzw. zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder zur Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheitsfolgen erforderlich sind.

Während § 26 Abs. 1 SGB IX die Ziele darstellt, die mit den Leistungen der medizinischen Rehabilitation erreicht werden sollen, stellen die Absätze 2 und 3 klar, welche therapeutischen Methoden und Verfahren Gegenstand der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sein können.

² Sachverständigenrat 2003, aaO, Tz 609

Vergleicht man die Auflistung der therapeutischen Verfahren und Methoden in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX mit der zur Krankenbehandlung in § 27 Abs. 1 SGB V, ergibt sich scheinbar eine weitgehende Übereinstimmung. Dabei handelt es jedoch nur um eine sprachliche Übereinstimmung. Die sprachlich einheitlich definierten therapeutischen Verfahren und Methoden treten inhaltlich (Art, Umfang und Intensität) bekanntlich in völlig unterschiedlichen Ausprägungen auf, je nachdem, ob man mit ihrem Einsatz Ziele der Krankenbehandlung, der Rehabilitation oder der Prävention erreichen muss. Diese Erkenntnis hatte das Bundessozialgericht bereits Ende der 70er Jahre, als es in mehreren Urteilen feststellte, dass eine Differenzierung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation am ehesten danach erfolgen könne, ob eine Maßnahme regelmäßig darauf ausgerichtet sei, unter der aktiven und fortdauernden Einwirkung des Arztes die Krankheit zu bekämpfen oder mit einem interdisziplinären Ansatz weitergehende Zustandsverbesserungen zu erreichen.

Man muss sich in diesem Zusammenhang die unterschiedliche Zielsetzung bewusst machen, die mit den Aufgabenstellungen der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation verbunden ist. Während das Ziel der Krankenbehandlung nach der WHO-Definition die Herstellung der bestmöglichen Gesundheit ist, geht die Zielsetzung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation entsprechend der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der WHO darüber hinaus und strebt eine möglichst normale Teilhabe der betroffenen Menschen am Leben in der Gesellschaft an.

Danach sind die in § 26 Absatz 2 und 3 SGB IX genannten therapeutischen Methoden und Verfahren nicht für sich gesehen bereits Leistungen zur Rehabilitation oder der Krankenbehandlung. Sie werden es erst durch die mit ihrem Einsatz verfolgten Zielsetzungen. Sie können Bestandteil einer Leistung zur Rehabilitation sein, wenn sie in ihrer spezifisch auf die Krankheitsfolgenbewältigung ausgerichteten Ausformung (Art, Umfang und Intensität des Methodeneinsatzes) geeignet sind und gemeinsam mit anderen Leistungsbestandteilen in der Summe dazu beitragen können, die in §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX vorgegebenen Rehabilitationsziele zu erreichen.

Wird mit diesen Methoden die Herstellung der jeweils bestmöglichen Gesundheit angestrebt, werden sie in der dazu erforderlichen Ausformung und Intensität als Bestandteil der Krankenbehandlung erbracht.

Vor dem Inkrafttreten des heute geltenden Rehabilitationsrechts wurde in den für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden besonderen Gesetzen und auch im Reha-AnglG nicht von Leistungen, sondern von „Maßnahmen“ zur (medizinischen) Rehabilitation gesprochen. Diese Leistungsdefinition drückte auch sprachlich aus, dass es sich bei Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in der Regel nicht um den Einsatz einzelner therapeutischer Verfahren und Methoden, sondern um ein zielgerichtetes, komplexes, interdisziplinäres therapeutisches Angebot zur Überwindung oder Kompensation der durch Krankheit oder körperliche oder geistige Behinderung verursachten Funktions-, Aktivitäten- oder Partizipationsstörungen handelt.

Demgegenüber erstreckt sich die Definition „Leistungen zur Rehabilitation“ in § 26 SGB IX sowohl auf die Ausführung komplexer Leistungen im Sinne umfassender Maßnahmen, wie auch auf den Einsatz bestimmter rehabilitationsdiagnostischer und -therapeutischer Verfahren außerhalb von Leistungskomplexen der Rehabilitation, z.B. als Leistungen zur Frührehabilitation im Rahmen der stationären Akutversorgung.

In der Praxis der Rehabilitationsträger hat sich die mit dem SGB IX angestrebte Konvergenz des Verständnisses von medizinischer Rehabilitation und der medizinischen Rehabilitationsleistungen bisher nicht eingestellt. Während die Unfall- und Rentenversicherungsträger ein überwiegend auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichteten Verständnis praktizieren, besteht in weiten Bereichen der Krankenversicherung unverändert ein auf die Unterstützung des Erfolges der Krankenbehandlung beschränktes Rehabilitationsverständnis, das den Anforderungen des geltenden Rechts nicht entspricht:

Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX dürfen medizinischen Leistungen zur Rehabilitation (§ 5 Nr. 1 SGB IX) von allen Rehabilitationsträgern – d.h., auch von den Krankenkassen - nur dann durchgeführt werden, wenn sie zur Erreichung der in § 4 Absatz 1 SGB IX genannten Ziele

geeignet sind. Art und Umfang der medizinischen Rehabilitationsleistungen müssen danach die durch Behinderung oder chronische Erkrankung bedingte Teilhabestörungen im Bereich der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie der Integrität der Aktivitäten und Leistungen wirksam behandeln können. Die Erhaltung oder Besserung des Erfolges einer Krankenbehandlung ist für sich gesehen – wegen des ausdrücklichen Verweises auf die Voraussetzungen des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V in § 41 Abs. 1 SGB V – nur noch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter, nicht jedoch für die generelle medizinische Rehabilitation der Krankenversicherung nach § 40 SGB V eine die Rehabilitationsleistungen auslösende Zielsetzung. Erst in Verbindung mit den in § 4 Abs. 1 SGB V genannten Zielen entsteht die Leistungsverpflichtung nach § 40 SGB V.

2.2 Versorgungsstrukturecht der Rehabilitation

Vor Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches, Teil IX enthielten die für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze – mit Ausnahme der §§ 2, 111, 111b SGB V im Bereich der Krankenversicherung – keine Regelungen über die Verantwortung für die Entwicklung der Versorgungsstrukturen sowie das in diesem Zusammenhang erforderliche Vertragsrecht mit den Leistungserbringern. Auf dem Hintergrund der monistischen Finanzierung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation blieb der Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger weitgehend die Klärung und Gestaltung überlassen, welche Rehabilitationsleistungen bedarfsgerecht und welche Rehabilitationseinrichtungen zur Ausführung dieser Leistungen geeignet sind. Auch für die Entwicklung der Versorgungsstrukturen sowie das Vertragsrecht mit den Leistungserbringern gab es mit Ausnahme der Verpflichtung, die Leistungen wirtschaftlich zu erbringen und dazu am Bedarf orientierte Versorgungsverträge (u.a. §§ 111 Abs. 1 und 2 SGB V, 15 Abs. 2 SGB VI) einzugehen, keine nähere Konkretisierung durch den Gesetzgeber.

Das Sozialgesetzbuch, Teil IX

- überträgt den Rehabilitationsträgern gemeinsam die Verantwortung für die Entwicklung der bedarfsgerechten regionalen Versorgungsstrukturen (Sicherstellungsauftrag - § 19 Abs. 1 SGB IX), die in regionalen Arbeitsgemeinschaften operationalisiert werden soll (§ 12 Abs. 2 SGB IX)
- verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Ausführung der Leistungen, wobei sie sich im Sinne von Erfüllungsgehilfen geeigneter Rehabilitationseinrichtungen bedienen können (§ 17 Abs. 1 SGB IX). Diese Verantwortung der Rehabilitationsträger für die Ausführung der Leistungen beinhaltet auch die Verantwortung für die Inhalte (Gegenstand, Umfang und Ausführung - § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) und – im Gegensatz zu § 135a Abs. 1 Satz 1 SGB V – auch die Qualität der Leistungen.
- räumt neben den Betroffenenorganisationen insbesondere den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer Beteiligungsrechte bei der Durchführung des Sicherstellungsauftrages (§ 19 Abs. 1 Satz 3 SGB IX) ein
- konkretisiert – als die spezifischen Regelungen der einzelnen Träger übergreifendes Recht – die Anforderungen an die Inhalte der Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern (§ 21 Abs. 1 SGB IX)
- räumt den Leistungserbringern bzw. deren Spitzenorganisationen durch die Möglichkeit der Vereinbarung von Rahmenverträgen in Korrelation zu der gemeinsamen Empfehlung der Rehabilitationsträger nach § 20 Abs. 1 SGB IX Mitgestaltungsrechte u.a. bei der Definition der Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen ein (§ 21 Abs. 2 SGB IX)

Unter Berücksichtigung der Verpflichtung der Rehabilitationsträger nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 1, 13 Abs. 1 SGB IX, die nach Gestaltung, Umfang und Inhalt (Struktur- und Prozessqualität) einheitliche Leistungserbringung in gemeinsamen Empfehlungen (Leitlinien) zu vereinbaren, hat der Gesetzgeber mit dem SGB IX erstmals umfassende Rahmenregelungen zur

gemeinsamen Ausgestaltung des Versorgungsauftrages und des Vertragsrechts im Bereich der Rehabilitation geschaffen.

Mit der Orientierung am Rehabilitationsbedarf, den Rehabilitationszielen und der Wirksamkeit der Leistungen bezogen auf die Rehabilitationsziele hat er darüber hinaus Maßstäbe sowohl für die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungen, die Ausführung der Leistungen in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen, aber auch die Versorgungsstrukturentwicklung gesetzt.

2.2.1 Ausführung der Rehabilitationsleistungen in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen

Nach § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX dürfen die zuständigen Rehabilitationsträger die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen ausführen lassen. Im Gegensatz zur Stellung der Leistungserbringer der Akutversorgung nach dem SGB V – die eigenverantwortlich die Leistungen ausführen und auch allein die Qualität der Versorgung/Leistungen verantworten - werden die Rehabilitationsdienste und –einrichtungen nach § 17 SGB IX lediglich im Sinne von Erfüllungsgehilfen für die Rehabilitationsträger tätig. Diese bleiben nämlich selbst für die Ausführung der Leistungen verantwortlich und zwar auch für die Qualität der Rehabilitationsleistungen (§ 20 SGB IX) sowie die daraus abgeleiteten Anforderungen an die Qualität der Leistungsausführung. Letztere sind allerdings nach § 21 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX in Verträgen mit den Leistungserbringern zu vereinbaren, sodass die Leistungserbringer im Rahmen dieser vertraglichen Vereinbarung Einfluss auf die Anforderungen an die Qualität der Leistungsausführung nehmen können.

Die Eignung einer Einrichtung ist daran geknüpft, in welchem Maße sie nach ihrer Struktur- und Prozessqualität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Lage sein wird, wirksam die im Einzelfall anzustrebenden Rehabilitationsziele zu erreichen. Maßstab sind die in §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX definierten Rehabilitationsziele, die im Einzelfall von den Rehabilitationsträgern zu konkretisieren sind (s. dazu auch oben Ziffer 2.1). Geeignet sind danach nur solche Einrichtungen, die nach ihrer Struktur- Prozessqualität erwarten lassen, dass mit ihnen mindestens eines oder mehrere der in §§ 1, 4 Abs. 1 bzw. 26 Abs. 1 SGB IX beschriebenen Ziele erreicht werden kann bzw. können.

Nach §§ 10, 11 SGB IX sind die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation bedarfsgerecht, zielgerichtet, wirksam und wirtschaftlich zu erbringen. Das SGB IX macht mit den übergeordneten Maßstäben der Bedarfsgerechtigkeit, Zielgerichtetheit und Wirksamkeit konkretisierende Vorgaben, was im Bereich der Rehabilitation unter „ausreichend und zweckmäßig“ z.B. im Sinne des § 12 SGB V zu verstehen ist.

Das SGB IX enthält danach – im Gegensatz zum bisherigen Recht – mit der Orientierung der Leistungserbringung am individuellen Rehabilitationsbedarf und den individuellen Rehabilitationszielen zugleich auch Parameter und Maßstäbe, die eine konkrete einzelfallbezogene Ergebnisbetrachtung (Wirksamkeit der Leistung) gestatten. Auf diesem Hintergrund hat jeder andere Ansatz, der nicht auf die Einzelfallwirksamkeit bezogen auf die vorgegebenen Rehabilitationsziele abstellt, keine unmittelbare Relevanz für die Beurteilung der Wirksamkeit und damit der Ergebnisqualität einer Maßnahme (§ 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX).

2.2.2 Gemeinsamer, regionaler Sicherstellungsauftrag der Rehabilitationsträger

Die Rehabilitationsträger haben gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste- und Einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen (§ 19 Abs. 1 SGB IX). Mit diesem Sicherstellungsauftrag entscheiden die Rehabilitationsträger gemeinsam verantwortlich darüber, welche rehabilitativen Versorgungsstrukturen in einer Region verfügbar sind.

Diesem Sicherstellungsauftrag kommt insbesondere mit Blick auf die Entwicklung ambulanter oder geriatrischer Rehabilitationsangebote bzw. die sich zur Kompensation des Betten-

abbaus im Krankenhausbereich nach DRG-Einführung ergebenden Strukturdiskussionen besondere Bedeutung zu.

Die Länder sind – wo bei offen ist, ob diese Aufgabe innerhalb der Länder von den für die Krankenhausplanung Verantwortlichen oder von wem sonst wahrzunehmen sind - an der Entwicklung der rehabilitativen regionalen Versorgungsstrukturen nur zu beteiligen; die Entscheidung liegt allein bei den Rehabilitationsträgern.

Im Gegensatz zur Akutversorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Entwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen nicht beteiligt. Ihre Verantwortung beschränkt sich im Bereich der medizinischen Rehabilitation auf die Beratungs- und Ordnungsrechte (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V) und die dazu zu erlassenden Richtlinien (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V).

U.a. zur regionalen Durchführung dieses Sicherstellungsauftrages sollen nach § 12 Abs. 2 SGB IX – nach dem Vorbild eines im Freistaat Sachsen seit über 10 Jahren bestehenden Arbeitskreises – regionale Arbeitsgemeinschaften gebildet werden, die nach § 88 SGB X Auftragsverwaltung für die Rehabilitationsträger durchführen. Bisher sind bundesweit solche Arbeitsgemeinschaften nicht gebildet worden. Damit werden – mangels anderer, gleichwertiger Beteiligungsstrukturen oder –verfahren – zugleich auch den Betroffenenorganisationen und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer die in diesem Zusammenhang auf regionaler Ebene gegebenen Beteiligungsrechte (§ 19 Abs. 1 SGB IX) beschnitten.

2.2.3 Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ in der medizinischen Rehabilitation

Der Gesetzgeber hat in § 19 Abs. 2 SGB IX erneut den Grundsatz „ambulant vor stationär“ betont. Für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation wurde allerdings klargestellt, dass dieser Grundsatz nur dann wirksam werden darf, wenn die Ziele der Rehabilitation (§§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX) nach Prüfung des Einzelfalles durch ambulante Rehabilitationsleistungen mit vergleichbarer Wirkung erreichbar sind.

Damit ist zweifelsfrei, dass der für die Krankenversorgung in § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V etablierte Grundsatz nicht uneingeschränkt auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation übertragen werden darf. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird im Bereich der medizinischen Rehabilitation nur dann wirksam, wenn gemessen an den angestrebten Rehabilitationszielen eine vergleichbare Wirksamkeit bei ambulante Ressourceneinsatz prognostiziert werden kann. Es kommt danach nicht darauf an, ob der Schweregrad einer Erkrankung in gleicher Weise auch ambulant beeinflusst werden kann, sondern darauf, dass Art und Ausprägung der als Folge der Erkrankung festgestellten Teilhabebeeinträchtigung durch eine ambulante Rehabilitationsleistung mindestens in gleicher Nachhaltigkeit behandelt werden kann, wie sie anderenfalls durch eine stationäre Leistung erreichbar wäre.

2.3 Schnittstelle zwischen stationärer Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation

Die Schnittstelle zwischen der stationären Krankenhausversorgung und der anschließenden rehabilitativen Versorgung ist durch die Wirkung des pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) erneut problematisiert.

Bereits vor dem Inkrafttreten der jetzigen Fassung des § 39 SGB V war es rechtlich grundsätzlich nicht zulässig, Leistungen der Rehabilitation als wirtschaftlich und organisatorisch integralen Bestandteil eines Krankenhauses zu erbringen und zu vergüten. Neben der eindeutig getrennten Aufgabenzuweisung nach § 107 Abs. 1 und 2 SGB IX mit deutlich unterschiedlichen Struktur- und Prozessanforderungen an Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen gestattet § 111 Abs. 6 SGB V den Abschluss eines Versorgungsvertrages für die Durchführung von Rehabilitationsleistungen an einem Krankenhaus – auch als unverzichtbare Voraussetzung für die Vergütung dieser Leistungen – nur, wenn es sich dabei um eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Rehabilitationseinrichtung an einem Krankenhaus, d.h., eine völlig getrennte Organisationseinheit im Verbund mit dem Krankenhaus handelte.

Dass aus diesem Grunde Versorgungsverträge nach § 111 Abs. 1 – 5 SGB V mit Krankenhäusern nicht zustande kommen konnten, führte in einigen Bundesländern dazu, § 111 Abs. 6 SGB V durch Aufnahme der rehabilitativen Abteilungen oder von Betten mit rehabilitativer Versorgung in den Krankenhausplan zu unterlaufen, obwohl es sich bei den rehabilitativen Abteilungen nach § 107 Abs. 2 SGB V ausdrücklich nicht um Krankenhausabteilungen handeln konnte und die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes deshalb nach dem Landeskrankenhausrecht ebenfalls rechtlich zumindest höchst bedenklich, wenn nicht gar unzulässig war.

Der Gesetzgeber hat mit der Änderung des § 39 Abs. 1 Satz 3, letzter Halbsatz SGB V durch das SGB IX ab 1.7.2001 klargestellt, dass die Krankenhausbehandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Rehabilitation erfasst. Diese Leistungen der Frührehabilitation sind danach zweifelsfrei Bestandteil der Vergütung der Krankenhausleistungen nach §§ 16 ff KHG.

Mit Blick darauf, dass der in § 107 SGB V konkretisierte Versorgungsauftrag von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nicht verändert wurde, handelt es sich bei der Ergänzung des § 39 SGB V ausdrücklich nicht um eine Erweiterung des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser etwa in Richtung neuer Geschäftsfelder aus dem Bereich der Langzeitrehabilitation. Um jeden Zweifel auszuschließen, betont die Begründung zum SGB IX, dass es sich bei der Ergänzung um Änderungen zur Anpassung an den Sprachgebrauch des Neunten Buches, nicht jedoch um eine geänderte Zuordnung von Aufgaben und Verantwortung handelt. Mit der sprachlichen Anpassung soll lediglich sichergestellt werden, dass die erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation, d.h., das in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX genannte Methodenspektrum mit der sich aus § 26 Abs. 1 SGB IX ergebenden Zielsetzung und der danach erforderlichen prozessqualitativen Ausformung, bereits als Bestandteil der Krankenhausbehandlung („die akutstationäre Behandlung umfasst“!) und damit zum frühestmöglichen Zeitpunkt erbracht werden können.

Dies entspricht im Übrigen der Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen, die in ihrer schriftlichen Stellungnahme zur Anhörung zum SGB IX im Gesetzgebungsverfahren eine noch deutlichere Klarstellung dahingehend vorgeschlagen hatten, dass es sich bei den Leistungen zur Frührehabilitation um solche handelt, die im Rahmen der originären Akutbehandlung das vorhandene Rehabilitationspotential bis zur Entlassung oder Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung nutzen³. Damit wird – im Übrigen in völliger Übereinstimmung mit dem Sachverständigenrat (vergl oben) - die Aufgabe des Krankenhauses in der Rehabilitation zutreffend und vollständig beschrieben, nämlich: den betroffenen Menschen durch den Einsatz rehabilitationstherapeutischer Verfahren und Methoden bereits während der akutstationären Versorgung zur Teilnahme an komplexen Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu befähigen (Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit).

2.4.1 Frührehabilitation im Krankenhaus

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfahl in seinem Sondergutachten 1995, im Rahmen der Entwicklung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX), die Verantwortung der Krankenhäuser für die rechtzeitige Einleitung und sachgemäße Steuerung von Rehabilitationsleistungen unbeschadet der vorgegebenen Trennung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation sicherzustellen. Der Sachverständigenrat geht mit dieser Empfehlung zweifelsfrei davon aus, dass die Rehabilitation nach dem Ende der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht im oder im Verbund mit einem Krankenhaus, sondern in einer dafür besonders geeigneten Rehabilitationseinrichtung fortgesetzt wird.

Die Bundesregierung hat diese Empfehlung des Sachverständigenrates im Gesetzgebungsverfahren zum SGB IX aufgegriffen und mit § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V klargestellt, dass die akutstationäre Behandlung im Krankenhaus auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation umfasst. Damit

³ Deutscher Bundestag, BT-Ausschussdrucksache 14/1248, Seite 21

wird keinesfalls die Absicht verfolgt, die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in das Krankenhaus zu „inkorporieren“. Ziel dieser Regelung ist es vielmehr, - soweit der medizinische Zustand der betroffenen Menschen das überhaupt gestattet - Methoden und Verfahren (Leistungen) der medizinischen Rehabilitation bereits während der akutmedizinischen Interventionen der Krankenhausversorgung einzusetzen, um damit – wie es der Sachverständigenrat formulierte – „die rechtzeitige Einleitung und sachgerechte Steuerung von Rehabilitationsleistungen sicherzustellen“, d.h., Rehabilitationsfähigkeit zu bewirken.

Eine Krankenhausbehandlung endet, wenn kein akutmedizinischer Behandlungsbedarf mehr besteht oder der akutmedizinische Behandlungsbedarf nicht mehr überwiegt und deshalb keine stationäre Versorgung mehr in einem Krankenhaus erfordert. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kennzeichnet die Frührehabilitation im Rahmen seiner Feststellungen zur Abgrenzung der Bereiche Frühmobilisation, Frührehabilitation und Rehabilitation ausdrücklich dadurch, dass bei *vordringlich bestehendem akutstationärem Behandlungsbedarf gleichzeitig Rehabilitationsbedarf* besteht. Dies entspricht auch der Klarstellung im OPS 2005 (Ziffer 8-55) nach der ein „Kode aus diesem Bereichnur solange verwendet werden (darf), wie akutstationärer Behandlungsbedarf besteht“.

Danach kann kein Zweifel daran bestehen, dass der Einsatz der Leistungen (Methoden) der frühen Rehabilitation im Krankenhaus an die Voraussetzungen für die Ausführung von akutmedizinischen Leistungen des Krankenhauses gebunden ist. Leistungen zur Frührehabilitation können deshalb weder eine Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes bewirken (dies wird jedoch durch die Kriterien und Bemessung der sogen. Früh-Reha-DRG's nachgerade provoziert), noch nach Wegfall des akutstationären Behandlungsbedarfs im Krankenhaus etwa als eigenständiges Leistungsangebot des Krankenhauses ausgeführt werden.

Bei den in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V genannten „Leistungen zur Frührehabilitation“ handelt es sich nicht um eine besondere Leistungsart im Sinne des § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX (Medizinische Leistungen zur Rehabilitation), der die Leistung „Frührehabilitation“ nicht beinhaltet. Die „Frührehabilitation“ erfordert auch keine spezifischen Versorgungsstrukturen im Sinne des § 19 SGB IX bzw. der §§ 2, 6 KHG. Sie drückt sich deshalb auch nicht in zu „planenden“ – oder gar im Sinne des Krankenhausfinanzierungsrechts zu fördernden - Betten aus und ist auch nicht dem jeweiligen Versorgungsstrukturecht im Bereich der Akutversorgung (§§ 2, 6 KHG) bzw. der medizinischen Rehabilitation (§ 19 SGB IX) unterworfen.

Die Bezeichnung „Leistungen zur Frührehabilitation“ beschreibt vielmehr im Sinne der Versorgungsinhalte und Versorgungspfade eine bestimmte Zeitphase der akutmedizinischen und rehabilitativen Versorgung, in der - entsprechend der Vorgabe des § 2a SGB V den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen im Rahmen der Krankenversorgung Rechnung tragend - neben akutmedizinischen Interventionen bereits parallel rehabilitative Methoden mit der Zielsetzung der §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX wirksam eingesetzt werden können und sollen. Dabei ist hervorzuheben, dass der Gesetzgeber ausdrücklich von den „zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden“ Leistungen zur Frührehabilitation spricht. Damit werden die Leistungen der Frührehabilitation nicht etwa vollständig und umfassend der Aufgabenstellung des Krankenhauses zugeordnet. Sie haben lediglich während der Aufgabenausführung des Krankenhauses „zum frühestmöglichen Zeitpunkt einzusetzen“ und können im Anschluss an die Krankenhausbehandlung bei fortbestehendem individuellem Bedarf in anderen Einrichtungen (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, aber z.B. bei Aphallikern auch in Pflegeeinrichtungen) fortgesetzt werden.

Die Versorgung nach den Prinzipien der Frührehabilitation wirkt sich durchweg im Bereich der Prozessqualität des Krankenhauses aus. Im Bereich der Strukturqualität ergeben sich bei Leistungen der frühen Rehabilitation im Krankenhaus im Wesentlichen Anforderungen an Art, Umfang und Kompetenz des einzusetzenden Personals, die jedoch nicht durch eigene Ressourcenvorhaltung erfüllt werden müssen, sondern auch z.B. durch Kooperationsverträge mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen gesichert werden können (Stichwort: „Mobile Rehabilitationsteams“, Einkaufsmodell).

Im Gegensatz zu den erforderlichen Ausstattungen für die Kernaufgaben, ergeben sich aus der Frührehabilitation im Krankenhaus keine wesentlichen Anforderungen an die räumliche Strukturqualität, weil die betroffenen Menschen angesichts ihrer geringen Belastbarkeit in

dieser frühen Phase des Einsatzes rehabilitativer Methoden durchweg keine rehabilitativen Methoden benötigen, die ein besonderes räumliches Umfeld erfordern (z.B. Bewegungsbad, Gymnastikhalle usw.).

Die mit den Leistungen der Frührehabilitation verbundenen Kosten sind deshalb im Bereich der Krankenhausversorgung kein Thema der Krankenhausfinanzierung (Investitionsförderung) oder der Krankenhausplanung, sondern ausschließlich eine Frage der Krankenhausvergütung und damit der Fallpauschalen.

2.4.2 DRG's und medizinische Rehabilitation

Das pauschalierende Entgeltsystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) kann bereits aus methodischen Gründen die Kosten der rehabilitativen Leistungsanteile des Krankenhauses nur unzureichend abbilden. Deswegen sah das Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) vom 17.7.2003 (BGBl. I S 1461) vor, Krankenhäuser mit einer Häufung solcher Leistungen zeitlich befristet aus dem DRG-Vergütungssystem herauszunehmen und die Leistungen der Frührehabilitation weiterhin nach der Bundespflegesatzverordnung zu vergüten (§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG idF des FPÄndG).

Nachdem davon in der Praxis zunächst kein Gebrauch gemacht wurde, erweiterte die Fallpauschalenverordnung 2004 (FPVBE 2004) vom 19.12.2003 (BGBl. I S. 2811) den deutschen DRG-Fallpauschalenkatalog um spezifische Ziffern für die Frührehabilitation.

Dabei wurde den Krankenhäusern für bestimmte Indikationsbereiche die Gestaltung einer eigenständigen Phase der Frührehabilitation eröffnet, für die nach der klassischen Definition von „Frührehabilitation“ Anschlussheilbehandlungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen verfügbar sind und deshalb der Bedarf für entsprechende Leistungen im Krankenhaus kritisch zu hinterfragen ist (u.a. Kardiologie und Orthopädie). Die Auswertung der Abrechnungen durch die Krankenkassen zeigt, dass Leistungen der Frührehabilitation bei diesen Indikationen tatsächlich offensichtlich nur für eine geringe Zahl von Patienten bedarfsgerecht erforderlich sind. Die quantitative Ausweitung der sogen. Früh-Reha-DRG's lässt deshalb die systematische Entwicklung einer Über- bzw. Fehlversorgung befürchten.

Als Voraussetzung dafür, die besonderen DRG-Ziffern für Frührehabilitation abrechnen zu können, wird von den Krankenhäusern die Erfüllung folgender Mindestmerkmale gefordert: „Reha-Team unter fachlicher Leitung; standardisiertes Frühreha-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion; schriftlicher, wöchentlich zu aktualisierender Behandlungsplan mit Team-Besprechung; Frührehabilitationspflege entsprechend den Kriterien zur Rehabilitations-Pflegefachkraft; Vorhandensein und Einsatz von mindestens vier Therapiebereichen (Physiotherapie, Ergotherapie, Physikalische Therapie, Neuropsychologie, Psychotherapie, Logopädie, Schlucktherapie, Kunsttherapie) in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand (OPS zum Fallpauschalenkatalog 2004, Kapitel 8.8-551).“

Diese Regelung übernimmt weitgehend die Strukturmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V als Abrechnungsvoraussetzungen in das Vergütungsrecht der Krankenhäuser. Abgesehen davon, dass es – wie oben ausgeführt - dieser umfassenden Merkmale der Strukturqualität für die Ausführung von Leistungen der Frührehabilitation nicht bedarf, werden damit von den Krankenhäusern (nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht nicht geförderte oder förderbare) Strukturinvestitionen verlangt, die quasi jedem Krankenhaus unter dem Deckmantel der Vergütung frührehabilitativer Leistungen die strukturellen Voraussetzungen für die Ausführung auch weiterführender Leistungen zur Rehabilitation (z.B. Anschlussheilbehandlungen) verschaffen. Gerade diese Ausweitung des Leistungsauftrages der Krankenhäuser wird jedoch durch keines der berührten Gesetze (SGB IX, SGB V) legitimiert und ist danach rechtswidrig. Sie verstößt im Übrigen zweifelsfrei gegen die in der Begründung zum SGB IX dokumentierte Absicht des Gesetzgebers, die in § 107 Abs. 1 SGB V definierte Aufgabenstellung und Strukturanforderungen der Krankenhäuser nicht zu verändern, schon gar nicht zu erweitern. Es trifft allerdings zu, dass die Bundesländer bereits während des Gesetzgebungsverfahrens eine entsprechende Initiative über den Bundesrat ergriffen

hatten, die jedoch von der Bundesregierung unter Hinweis auf die nicht gewollte Aufgabenveränderung bzw. –verschiebung abgelehnt wurde. Es besteht der Eindruck, dass der erklärte Wille des Gesetzgebers auf der Verordnungsebene konterkariert werden soll.

Im Fallpauschalenkatalog 2005 werden nunmehr lediglich neurologische Früh-Reha-DRG's mit konkreten Bewertungsrelationen hinterlegt. Die anderen (bisher bewerteten) Früh-Reha-DRG's der Fallpauschalenverordnung 2004 sind nur noch in der Anlage des Katalogs enthalten, weil für sie – als Folge des geringen Bedarfs - die Kalkulationsbasis nicht breit genug war, um Bewertungsrelationen zu errechnen. Für diese Indikationen können deshalb weiterhin krankenhausspezifische fall- oder tagesbezogene Entgelte zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart werden.

Da jedoch in der Zukunft die Errechnung von Bewertungsrelationen für diese Indikationen bei entsprechend breiter Kalkulationsbasis zu erwarten ist, bleibt darauf hinzuweisen, dass die Kalkulation der Früh-Reha-DRG grundsätzlich als nicht sachgerecht angesehen werden muss, solange keine indikationsspezifischen Maßstäbe (Behandlungspfade, Leitlinien) für den Bedarf und die Ausgestaltung der frühen rehabilitativen Leistungsanteile der Krankenhäuser erarbeitet werden.

So unterscheiden sich z.B. die mit der FPVBE 2004 eingeführten spezifischen DRG unter Einbeziehung rehabilitativer Leistungsanteile (z.B. DRG 103A im Verhältnis zu 103B oder 108A/108B, I 13A/ I 13B usw) einerseits im Preis und vor allem durch unterschiedlich lange Verweildauern (z.B. im Früh-Reha-Fall 108A mit einer im Verhältnis zum Basisfall 108B um 11,4 Tage längeren Verweildauer, die damit begründet wird, dass die in dieser DRG enthaltene Prozedur der frührehabilitativen Leistung 14 – 21 Tage umfasst). Nach geltendem Recht darf und kann jedoch die Durchführung früher rehabilitativer Leistungen während der Krankenhausbehandlung nicht zu einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes führen. Die Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes - obwohl die besonderen Mittel des Krankenhauses zur stationären Akutversorgung nicht mehr erforderlich sind und die weiterhin notwendige frührehabilitative Versorgung auch in einer Rehabilitationseinrichtung ausgeführt werden kann - ist rechtswidrig. Der dem Krankenhaus durch den Einsatz der Methoden der früheren Rehabilitation während der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit entstehende Kostenaufwand kann danach keinesfalls mit dem Instrument einer verlängerten Grenzverweildauer bemessen und bewertet werden. Stattdessen müssen die unter Berücksichtigung unterschiedlicher Schweregrade der Teilhabebeeinträchtigungen der betroffenen Menschen erhöhten Aufwendungen des Krankenhauses (aber ggfls. auch der Rehabilitationseinrichtungen) auf der Grundlage des regelhaften bedarfsgerechten, zielgerichteten und wirksamen Ressourcenbedarfs und –verbrauchs für den rehabilitativen Methodeneinsatz definiert, bewertet und fiskalisch gewichtet werden. Im Ergebnis kann die Vergütung dann über Zuschläge zu den Basis-DRG oder als spezifische DRG dargestellt werden.

3. Situation der Rehabilitationseinrichtungen

Obwohl durch die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Träger von Rehabilitationseinrichtungen tragfähige Planungsgrundlagen vorhanden sind, ist ihre Wirklichkeit eher durch Begriffe wie Divergenz, mangelnde Transparenz, Unsicherheit und Mangelfinanzierung gekennzeichnet. Es trifft zu, dass

- 3.1 die vom Gesetzgeber mit dem SGB IX angestrebte Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger nicht erreicht wurde. Die Leistungserbringer werden unverändert mit divergierenden Verständnissen von medizinischer Rehabilitation (vergl. oben Ziffer 2.1) und bei gleichem Rehabilitationsbedarf mit unterschiedlichen Anforderungen der Rehabilitationsträger an die Ausführung der Leistungen konfrontiert
- 3.2 die vom Gesetzgeber geforderte Konvergenz der Leistungen von den Rehabilitationsträgern weitestgehend negiert wird. Für die Leistungserbringer bedeutet dies, die nach dem Rehabilitationsbedarf und der Reha-Zielsetzung gleiche Leistung in trägerspezifischen Ausprägungen mit unterschiedlichen Qualitäten anbieten zu müssen, was naturgemäß mit unterschiedlichen Wirksamkeiten, Zielerreichungsgraden, aber auch Preisen verbun-

den sein muss.

- 3.3 die Mitwirkungsrechte der Leistungserbringer z.T. nicht ausgeübt werden können, weil die Rehabilitationsträger ihren Sicherstellungsauftrag nach § 19 SGB IX – von Ausnahmen abgesehen – durchweg nicht regional gemeinsam ausführen und damit den Mitwirkungsrechten der Leistungserbringer die Beteiligungsplattform entziehen oder die Entwicklung der auf Leistungskonvergenz abzielenden gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12,13 SGB IX über die nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitliche Leistungserbringung oder die Weise, in der Leistungen angeboten werden sollen, einfach unterbleibt. Dies führt zur Intransparenz der Anforderungen an die Leistungsausführung und letztlich im Rahmen der Vergütungsverhandlung zur Unterfinanzierung der Leistung.
- 3.4 im Bereich der Renten- und Unfallversicherung überwiegend eine auf die Behandlung der Teilhabebeeinträchtigungen orientierte Leistungsausführung erwartet wird, während die Krankenkassen weit überwiegend Struktur- und Prozessqualitäten fordern, die sich entweder auf die Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung beschränken oder teilweise auch nur den Charakter der Akutversorgung mit verstärktem Heil- und Hilfsmittelangebot haben. Letzteres ist insbesondere auch im Rahmen der ambulanten Rehabilitation oder im Rahmen der Verträge zur Integrierten Versorgung der Fall. Abgesehen davon, dass die mangelnde Teilhabeorientierung dieser Leistungen nicht mit den Anforderungen des SGB IX zu vereinbaren ist, begründet diese Divergenz der Rehabilitationsträger eine durchaus existenzbedrohende Planungsunsicherheit für die Leistungserbringer. Folgen sie dem Anforderungsprofil der Renten- und Unfallversicherung, werden sie von den Krankenkassen wegen „ökonomisch nicht vertretbarer Überversorgung“ nicht belegt oder umgekehrt wegen der „unzureichenden Qualität“ nicht von den Renten- und Unfallversicherungsträgern.
- 3.5 die Vergütung der Rehabilitationsträger nicht mehr leistungsgerecht ist. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat dies bereits im Rahmen seines Jahresgutachtens 2003 zur Kenntnis genommen und sich ausdrücklich für eigenständige – d.h., getrennte - Vergütungssysteme in der Akutversorgung und der Rehabilitation (Tz 616) ausgesprochen. Er äußert in diesem Zusammenhang auch grundsätzliche Bedenken gegen die von den Krankenkassen insbesondere im Rahmen der Integrierten Versorgung zur Kostensenkung vereinbarten Komplexpauschalen und gegen die Orientierung der Vergütung der Rehabilitation am DRG-Vergütungssystem der Akutversorgung (Tz 616 – 620). Er begründet seine Bedenken damit, dass durch die Vereinbarung von Komplexpauschalen die notwendige Qualität der Rehabilitationsleistungen nicht mehr gewährleistet sein könnte und die Rehabilitationseinrichtungen auf die von einigen Rehabilitationsträgern „diktierten“ Preise mit einem Abbau der Qualität reagieren (Tz 623). Der Sachverständigenrat sieht deshalb im Bereich der Vergütung von stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation Reformbedarf (Tz 616), der mit Hilfe wissenschaftlicher Untersuchungen dringlich aufgearbeitet werden sollte (Tz 624).
- 3.6 auf dem dargestellten Hintergrund von den Krankenkassen in großer Zahl Versorgungsverträge nach § 111 SGB V mit Krankenhäusern und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen geschlossen werden, deren Leistungen mangels Teilhabeorientierung unter Berücksichtigung des SGB IX kaum den Charakter von Rehabilitationsleistungen haben. Dies führt wegen der mangelnden Vergleichbarkeit der Leistungsinhalte und -angebote zu einer unzulässigen Wettbewerbsverzerrung. Im Übrigen entsteht ein ständig weiter ausgreifender Wettbewerb um Rehabilitationsleistungen zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, der in dieser Form rechtlich weder nach dem SGB V, noch nach dem SGB IX legitimiert ist (vergl. oben Ziffer 2.3).

Für die Träger von Rehabilitationseinrichtungen stellt sich auf diesem Hintergrund die Frage,

- 3.7 wie sie unternehmerisch auf die beschriebenen Divergenzen und Systemprobleme reagieren können

- 3.8 ob und in welchem Umfang sie ihre Angebote
3.8.1 rehabilitationsspezifisch optimieren können
3.8.2 um Angebote aus anderen Sozialleistungsbereichen (Prävention, Akutversorgung, Pflege) ergänzen können bzw.
- 3.9 welche weiteren unternehmerischen Optionen bestehen.

4. Handlungsoptionen

Die Träger der Rehabilitationseinrichtungen bewegen sich in einem begrenzten Markt, der im Gegensatz zur Akutversorgung noch durch eine besonderen Abhängigkeit zu den Rehabilitationsträgern gekennzeichnet ist, da die Rehabilitationsträger ihre Leistungen nach § 17 SGB IX grundsätzlich selbst ausführen. Die Rehabilitationsträger sind nicht verpflichtet, sich bei der Ausführung der Leistungen einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung zu bedienen. Das geltende Recht räumt ihnen ausdrücklich die Entscheidung über verschiedene Formen der Ausführung ein (allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern, durch andere Leistungsträger oder durch geeignete Einrichtungen). Auf Antrag des Berechtigten kann die Leistung auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden, wobei der Berechtigte selbstbestimmt entscheidet, wie und durch wen er die Leistung ausführen lassen will (§ 17 Abs. 2 SGB IX).

Dem steht auch die Rechtsprechung des BSG nicht entgegen, wonach die Planungshoheit und Strukturverantwortung der Krankenkassen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation keine Rechtfertigung darstellt, freie Anbieter von der Teilnahme an der Versorgung der Versicherten auszuschließen (BSG v. 23.7.02, B 3 KR 63/01 R).

Dieses Urteil gewinnt erst dann wieder an Bedeutung, wenn sich der Rehabilitationsträger für die Inanspruchnahme einer geeigneten Einrichtung entschieden hat. Dann darf er eine Einrichtung, die Gewähr für eine leistungsfähige, wirtschaftliche Versorgung leistet, nicht deswegen von der Versorgung ausschließen, weil er z.B. wegen der schon in ausreichender Zahl vorhandenen Versorgungsverträge keinen weiteren (quantitativen) Bedarf sieht.

Der Verpflichtung der Rehabilitationsträger, Leistungen nur in Einrichtungen auszuführen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (z.B. § 111 SGB V, § 15 SGB VI), kommt deshalb weniger die Bedeutung einer Zulassungsentscheidung, als vielmehr die der Feststellung der (grundsätzlichen) Eignung einer Rehabilitationseinrichtung im Sinne der §§ 17/19 SGB IX und der Gestaltung der Rahmenbedingungen zu, unter denen eine Einrichtung belegt werden kann.

Ob eine Rehabilitationseinrichtung, deren grundsätzliche Eignung in einem Versorgungsvertrag festgestellt wurde, dann auch tatsächlich belegt wird, entscheiden die Rehabilitationsträger im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen. Nach §§ 40 Abs. 2 SGB V, 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI bestimmen nämlich die Träger der Kranken- und Rentenversicherung ausdrücklich im Einzelfall über Art, Dauer, Umfang und Durchführung der Leistung sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit.

Ist eine Rehabilitationseinrichtung grundsätzlich geeignet, kann ihr ein Versorgungsvertrag, mit dem diese Eignung festgestellt wird, nicht versagt werden. Ein Anspruch auf systematische Belegung erwächst daraus nicht. Ein solcher Anspruch erscheint mit Blick auf das Recht der Rehabilitationsträger, über die Ausführung im Rahmen des Einzelfallermessens zu entscheiden, rechtlich auch nicht als durchsetzbar.

Abgesehen von diesen rechtlichen Beschränkungen der Marktteilhabe, ist an die Auffassung des Sachverständigenrates zu erinnern, dass eine Profil- und Aufgabenänderung der Reha-Einrichtungen hin zu akutstationären Aufgaben nicht mit der von der Sache her gebotenen und mit der im SGB IX fixierten Aufgabenstellung einer qualitätsgesicherten Rehabilitation vereinbar sein⁴ und deshalb eine zunächst als „geeignete Rehabilitationseinrichtung“ durch Versorgungsvertrag bestätigte Einrichtung dieser Eignungsfeststellung verlustig gehen könnte

4.1 Erweiterung um akutmedizinische Angebote

⁴ Sachverständigenrat 2003, aaO, Tz 609

Ungeachtet der auch durch das Zulassungsrecht des SGB V bestehenden Restriktionen für die Aufnahme akutmedizinischer Leistungen in den Angebotskatalog der Rehabilitationseinrichtungen wird häufig die zulässige Nichtanwendung des Vierten Kapitels des SGB V, des KHG und des KHEntgG (§ 140b Abs. 4 S. 1 SGB V) als hinreichende Legitimationsgrundlage und Öffnungsklausel dafür angesehen, dass Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der Verträge zur Integrierten Versorgung ihr Angebotsspektrum auch um akutmedizinische Angebote erweitern können. Hinzukommt, dass – wie der Sachverständigenrat zutreffend festgestellt hat – in der Praxis als Folge der mit der DRG-Vergütung verbundenen früheren Entlassung aus dem Krankenhaus faktisch eine Verlagerung akutmedizinischer Versorgungsinhalte in die von den Rehabilitationseinrichtungen durchgeführten Anschlussheilbehandlungen stattfindet.

Die Nichtanwendungsklausel des § 140b Abs. 4 S. 1 SGB V erfasst jedoch nur Regelungen des SGB V bzw. der Akutversorgung. Das Versorgungsstrukturrecht der §§ 17,19,21 SGB XI wird dadurch nicht berührt und ist auch im Rahmen der integrierten Versorgung zu beachten.

Keine Bedenken bestehen dagegen, wenn der Träger einer Rehabilitationseinrichtung akutmedizinische Leistungen in einer wirtschaftlich und organisatorisch selbständigen Einrichtung vorhält (z.B. in einem Medizinischen Versorgungszentrum) und das Angebot dieser akutmedizinischen Einrichtung auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages durch seine Rehabilitationseinrichtung mit nutzt bzw. umgekehrt für diese akutmedizinische Einrichtung durch die Rehabilitationseinrichtung mit seiner Struktur- und Prozessqualität als Dienstleister bestimmte diagnostische und therapeutische Verfahren ausführt.

Bei der verstärkten Verlagerung akutmedizinischer Leistungsanteile in die medizinische Rehabilitation (AHB) handelt es sich im Wesentlichen um das Problem der Kostenübernahme bei sogen. interkurrenten Erkrankungen während einer Rehabilitationsleistung, die in der Vereinbarung der Rehabilitationsträger zur Leistungsabgrenzung nach § 13 Abs. 4 SGB VI vom 21.1.1993 geregelt ist. Mit Blick auf die z.T. nicht unerheblichen Verschiebepunkte von Kosten der Akutversorgung in das gesetzlich begrenzte Budget für Rehabilitationsleistungen stellt sich die Frage, ob daran festgehalten werden kann, dass die Rehabilitationsträger die Kosten der interkurrenten Erkrankung unabhängig vom tatsächlichen Aufwand als Bestandteil der Kosten der Maßnahme übernehmen, wenn die interkurrente Erkrankung mit den Mitteln der Rehabilitationsklinik behandelt werden kann. Mit Blick den zunehmenden Anteil von Kosten der Akutversorgung (Krankenbehandlung) im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsleistungen könnte eine Neugestaltung der genannten Vereinbarung nach dem Grundsatz „das Geld folgt der Leistung“ sachgerecht sein.

Exkurs: DMP

Nach der gesetzlichen Zieldefinition sollen die strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) nach § 137f SGB V dazu dienen, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Mit Blick auf die besondere Kompetenz der Rehabilitationseinrichtungen bei der Versorgung chronisch kranker Menschen liegt es nahe, die Ausführung der DRG's als typische Aufgabe von Rehabilitationseinrichtungen einzuschätzen. Tatsächlich regeln die Inhalte der bisher verabschiedeten bzw. in Vorbereitung befindlichen DMP's allerdings nur, welcher Methodeneinsatz nach dem internationalen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse im Rahmen akutmedizinischer Behandlungsziele als ausreichend und notwendig (§ 12 SGB V) und deshalb als Mindestqualität der akutmedizinischen Versorgung angesehen werden müssen.

Die Programme enthalten weder eine Zielsetzung im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX, noch klären sie im Rahmen einer rehabilitationsmedizinischen Diagnostik den Rehabilitationsbedarf (Art und Ausprägung einer Teilhabestörung im Sinne der Internationalen Klassifikation der WHO zur Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)). Sie stellen demzufolge auch nicht fest, mit welchen funktionsbezogenen Leistungen diese Teilhabestörungen voraussichtlich mit Erfolg vermieden, gemindert oder beseitigt werden können (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Sie enthalten demzufolge bisher keinerlei rehabilitationsmedizinischen Ansätze bzw. Inhalte und können deswegen auch nicht als

rehabilitationsmedizinische Leistungen, sondern nur als Leistungen im Rahmen der Akutversorgung angesehen werden.

Deshalb wird von verschiedenen Seiten gefordert, die medizinische Rehabilitation mit ihren diagnostischen und therapeutischen Anforderungen in die strukturierten Behandlungsprogramme aufzunehmen. Solange dem nicht gefolgt wird, besteht nur die Möglichkeit der Vernetzung zwischen DMP-Versorgung und medizinischer Rehabilitation durch Kooperation:

- Verordnung von ambulanter und stationärer Rehabilitation durch den DMP-zertifizierten Arzt auf der Grundlage von rehabilitationswissenschaftlichen Indikationsleitlinien
- Angebot spezifischer ambulanter und stationärer, auf die DMP-Indikation ausgerichteter medizinischer Rehabilitationsleistungen, die gezielt mit den strukturierten Behandlungsprogrammen korrespondieren und ggfls. eine individualisierte Behandlungsdauer aufweisen
- Angebot DMP-ergänzender Rehabilitationsmodule auf der Basis des § 26 Abs. 3 SGB IX, z.B.
 - Hilfen zur Unterstützung bei Krankheits- und Behinderungsverarbeitung
 - Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
 - Hilfen zur seelischen Stabilisierung und Förderung der sozialen Kompetenz, u.a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen
 - Training lebenspraktischer Fähigkeiten
 - Anleitung zur Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.
- Kooperationsverträge zwischen DMP-zertifiziertem Arzt und Rehabilitationseinrichtungen zur Erbringung von DMP-Teilleistungen, wenn z.B. die in den DMP vorgesehenen therapeutischen Verfahren im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht, nicht in der erforderlichen Qualität oder in ausreichender Zahl angeboten werden können (z.B. in den neuen Bundesländern)

4.2 Erweiterung bzw. Diversifizierung im Bereich von Prävention und Rehabilitation

Die Träger der stationären Rehabilitationseinrichtungen sind seit Jahren gefordert, die Entwicklung der wohnortnahen Strukturen für den großen Bedarf an wohnortnaher ambulanter Rehabilitation nicht allein den Krankenhäusern oder Betreibern von ambulanten physiotherapeutischen Angeboten zu überlassen. Die beschriebenen unterschiedlichen Rehabilitationsphilosophien der Rehabilitationsträger und die qualitative Fehlentwicklung der wohnortnahen rehabilitativen Versorgung ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die Träger stationären Rehabilitationseinrichtungen ihre Kompetenz und ihre langjährigen Erfahrungen bisher nur unzureichend in die Entwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen eingebracht haben.

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung wird zu einer quantitativen Verschiebung des Rehabilitationsbedarfs weg von den im Erwerbsleben stehenden Menschen hin zu den aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen lebensälteren Menschen führen. Derzeit entwickeln sich für diese Zielgruppen überwiegend Rehabilitationsangebote, die gezielt der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dienen (geriatrische Rehabilitation) oder einen akutmedizinischen Versorgungsbedarf begleiten, aber nicht auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ausgerichtet sind. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind jedoch nicht wegen der Schwere einer Erkrankung, sondern wegen Art und Ausprägung der durch eine Erkrankung verursachten Teilhabebeeinträchtigung indiziert. Ursache für die Teilhabebeeinträchtigung ist durchweg ein akutes Ereignis (Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall) oder der erreichte Grad einer chronischen Erkrankung. D.h., abgesehen von der Zielsetzung der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beinhaltet medizinische Rehabilitation immer eine Intervention bezogen auf die Ursachen für die Teilhabebeeinträchtigung. Erforderlich ist deshalb in der Regel eine indikationsspezifische Rehabilitation. Man wird z.B. einer an Morbus-Bechterew erkrankten Rehabilitandin als Expertin in eigener Sache kaum vermitteln können, warum

sie nach Vollendung eines fortgeschrittenen Lebensalters ohne drohende Pflegbedürftigkeit nicht mehr die indikationsspezifische Rehabilitation in einer dafür geeigneten Einrichtung erhalten soll, die sie zu Recht seit dem erstmaligen Auftreten der chronischen Erkrankung ein halbes Jahrhundert zuvor regelmäßig als wirksame Leistung erhalten hat.

Gerade mit Blick auf die rehabilitative Versorgung lebensälterer Menschen und die Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit besteht für die Träger stationärer Rehabilitationseinrichtungen ein überfälliger akuter Handlungsbedarf, wenn sie dauerhaft wesentliche Marktbeteiligte bleiben wollen.

Da medizinische Rehabilitation zugleich Sekundär- und Tertiärprävention ist, sind die Träger der Rehabilitationseinrichtungen naturgemäß erfahrene und kompetente Partner für die Entwicklung der Präventionsleistungen und des Präventionsmarktes.

Auch hier ist allerdings zu beachten, dass die Einrichtungsträger strikt darauf achten, dass sie durch eine Geschäftsfelderweiterung auf Angebote der Primärprävention ihre Eignung als Rehabilitationseinrichtungen nicht verlieren. Die diesbezüglichen Ausführungen bzgl. der Erweiterung um akutmedizinische Angebote gelten hier in gleicher Weise.

Dass diese Problematik keinesfalls vernachlässigt werden darf, zeigt der synonyme Umgang mit den Begriffen Vorsorge-(Prävention) und Rehabilitationsleistungen. Insbesondere im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wurden Rehabilitationsleistungen in der Vergangenheit aus Kostengründen häufig nicht mehr in Rehabilitationseinrichtungen, sondern in Vorsorgeeinrichtungen durchgeführt. Zur Belegungssicherung haben einige Rehabilitationseinrichtungen neben den Rehabilitationsleistungen auch Vorsorgemaßnahmen ausgeführt und dadurch im Laufe der Zeit ihren Charakter so verändert, dass sie danach weder eindeutig als Vorsorge-, noch als Rehabilitationseinrichtung zu klassifizieren waren. Noch kritischer erscheint in diesem Falle die Geschäftsfelderweiterung auf sogen. „Wellness“-Angebote.

Kein Problem besteht dagegen, wenn die verschiedenen Angebote in wirtschaftlich und organisatorisch selbständigen Einrichtungen unter einem Träger – nicht Einrichtungs- dach geführt werden und wirtschaftlich miteinander kooperieren.

4.3 Weitere Optionen

4.3.1 Integrierte Versorgung

Aufgabe und Zielsetzung der integrierten Versorgung ist primär die Beseitigung der Defizite und Strukturmängel innerhalb der medizinischen Akutversorgung. Dies belegt ausdrücklich die den §§ 140 a bis 140 g SGB V vorangestellte Begründung, wonach die „bisherige starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gezielt durchbrochen werden [soll], um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Behandlung zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Dabei muss insbesondere darauf geachtet werden, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten“⁵.

Mit Blick auf die durch das SGB IX für die medizinische Rehabilitation aller Rehabilitationsträger geschaffenen gemeinsamen Rahmenbedingungen ist anzumerken, dass der Gesetzgeber in der Begründung für die Überwindung der Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren ausdrücklich von „integrieren“ (ambulant und stationär) und „koordinieren“ (Rehabilitation vor Pflege) spricht bzw. unterscheidet⁶. Die nachfolgend in der Begründung beispielhaft in diesen Kontext gestellten Prinzipien verdeutlichen, dass bei gleicher Zielsetzung und gleichem Ressourceneinsatz von Integration, bei unterschiedlichen Zielen und Ressourcen von Koordination der Versorgungsinhalte bzw. -sektoren zu sprechen ist.

⁵ Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV Gesundheitsreform 2000). BT-Drucks. 14/1245 vom 23.6.1999, S. 91, Zu Nummer 82

⁶ aaO BT-Drucks. 14/1245, S. 53, Abschnitt I, Ziffer 1, vorletzter Absatz

Im Übrigen versteht der Gesetzgeber nach der Begründung unter „stationärer Versorgung“ die stationäre Akutversorgung, während er bei Einbeziehung der Rehabilitation ausdrücklich von „stationärer Versorgung und rehabilitativer Versorgung“ spricht⁷.

Mit Blick auf die klarstellende Begründung, insbesondere jedoch die unterschiedlichen Aufgaben, Ziele, Strukturen und Ressourcen der medizinischen Rehabilitation ist es auch folgerichtig, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nicht zwingend oder verbindlich als in die Akutversorgung zu integrierender Bestandteil „integrierter Versorgungsformen“ im Sinne von „inkorporieren“ definiert werden, sondern ihnen im Rahmen der integrierten Versorgung – z. B. durch entsprechende Kooperationsregelungen oder durch Vernetzung einzelner Leistungsmodule – der ihnen zukommenden Stellenwert gewährleistet sein muss.

§ 140 a Abs. 2 SGB V sieht deshalb ausdrücklich auch Träger von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, als Partner eines Vertrages zu integrierten Versorgungsformen vor. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit Das Versorgungsvertragsrecht der medizinischen Rehabilitation (§§ 20 SGB IX, 111 SGB V) durch die Nichtanwendungsklausel des § 140b Abs. 4 SGB V erfasst wird.

Da die Vorschriften des SGB IX von § 140b SGB V nicht berührt werden, sind insbesondere die §§ 20 (Qualität) und 21 (Verträge) SGB IX auch anzuwenden, soweit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Gegenstand von Verträgen zur integrierten Versorgung sein sollen. Der Gesetzgeber hat im Übrigen auch schon in der Begründung zu § 140b Abs. 4 SGB V klargestellt, dass die Zulässigkeit der Abweichungen in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Gewährleistung der qualitätsgesicherten, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung auch im Integrationssektor stehen muss: „Denn selbstverständlich haben auch hier die Versicherten einen Anspruch darauf, dass die Versorgung dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts und einer an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierten Zusammenarbeit zwischen den Integrationsversorgungsanbietern entspricht“⁸. Abweichungen sind danach vor allem bei der bedarfsorientierten Definition der Leistungsinhalte und der Steuerung bzw. Organisation der Leistungsausführung durch die Leistungserbringer zulässig. Es ist schon danach zweifelhaft, ob das Versorgungsvertragsrecht (Verfahrensrecht der Krankenversicherung) des § 111 SGB V durch § 140b Abs. 4 SGB V überhaupt erfasst ist.

Ob § 111 SGB V im Rahmen der Verträge zur integrativen Versorgung nach § 140 b Abs. 4 SGB V abgedungen werden kann, wäre letztlich nur mit Blick auf die Regelungen des § 111 Abs. 6 SGB V von Bedeutung, der einen Versorgungsvertrag über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an einem zugelassenen Krankenhaus nur dann gestattet, wenn die Rehabilitationseinrichtung am Krankenhaus wirtschaftlich und organisatorisch selbständig geführt und gebietsärztlich (d. h. indikationsspezifisch) geleitet wird. Da auch diese Regelung sicherstellen soll, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eines Krankenhausträgers hinsichtlich ihrer Zielgerichtetheit, Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit den an alle Rehabilitationseinrichtungen nach dem SGB IX zu stellenden Anforderungen genügen, dürften die in § 111 Abs. 6 SGB V enthaltenen Maßstäbe – unabhängig von der unmittelbaren Wirksamkeit des § 111 SGB V – auch bei der Anwendung der im Rahmen der integrierten Versorgung auf jeden Fall zu beachtenden Regelungen der §§ 17–19, 21 SGB IX als Beurteilungs- und Entscheidungskriterien heranzuziehen sein.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Recht der integrierten Versorgung der Krankenversicherung weder die für die medizinische Rehabilitation vorhandenen Rahmenbedingungen noch das auch in der Krankenversicherung unmittelbar geltende Rehabilitationsrecht des SGB IX ganz oder teilweise verändert bzw. einschränkt. Soweit Leistungen der medizinischen Rehabilitation Gegenstand von Verträgen zur integrierten Versorgung sein sollen, müssen die Vertragsinhalte für die rehabilitativen Leistungsbestandteile dokumentieren, dass die Anforderungen des SGB IX erfüllt sind.

⁷ aaO, BT-Drucks. 14/1245, S. 91, Begründung zu § 137d Abs. 3 SGB V, letzter Absatz

⁸ aaO, BT-Drucks. 14/1245, S. 92

Schwerpunkt der Handlungsoptionen der Träger von Rehabilitationseinrichtungen sollte danach nicht die „Inkorporation“ seiner Leistungen in IV-Verträge der Akutversorgung sein, zumal bereits der Sachverständigenrat die negativen Auswirkungen dieses Vorgehens für die Träger der Einrichtungen im Bereich der Vergütung hervorgehoben hat (vergl. oben Ziff 3.5). Anzustreben sind stattdessen Kooperationsverträge zwischen den Trägern der Rehabilitationseinrichtungen und den Trägern der IV-Verträge der Akutversorgung, mit denen die rehabilitative und akutmedizinische Versorgung vernetzt werden. Abgesehen davon, dass im Rahmen von Kooperationsverträgen die jeweilige Aufgabenstellung, Verantwortung und Haftung leistungsspezifisch besser zugeordnet werden kann, ist sowohl den Leistungserbringern wie den Krankenkassen damit eine zweifelsfreie Zuordnung der anteiligen Finanzierung zu den unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen (einerseits budgetierte Reha-Leistungen, andererseits Anschubfinanzierung im Bereich der Akutversorgung) möglich.⁹

4.3.2 Vernetzung mit der pflegerischen Versorgung

Mit Blick auf die demographische und finanzielle Entwicklung sowie den Bedarf an pflegerischer Versorgung, wird künftig die Entwicklung von Versorgungsnetzen und Kooperationsformen über alle Zweige des gegliederten Sozialleistungssystems hinweg herausragende Bedeutung erhalten.

Notwendig werden Angebotsstrukturen, die – außerhalb der stationären Versorgung und zu ihrer Vermeidung -

- neben behinderten(pflege)gerechten Wohnformen mit haushaltsnahen Dienstleistungen
- Assistenzleistungen zur Unterstützung der Berechtigten im Tagesablauf
- ambulante pflegerische Versorgung
- ambulante medizinische Versorgung
- ambulante, ggfls. auch mobile rehabilitative Versorgung

beinhalten.

Die integrierte Versorgung nach §§ 140aff SGB V gestattet bereits nach geltendem Recht die Vernetzung vom ambulanten und stationärer Akutversorgung in Kooperation mit rehabilitativer Versorgung. Abgesehen davon, dass sich derzeit – mit wenigen Ausnahmen – fast alle Verträge noch im Kontext herkömmlicher Denkschemata und Versorgungsstrukturverständnisse bewegen, ist die Notwendigkeit, Menschenwürde, Selbstbestimmungsrecht und ökonomische Zwänge bei der Entwicklung der zukünftigen Versorgungsstrukturen als zwei Seiten einer Medaille zu verstehen bisher nicht einmal ins Blickfeld geraten.

Derzeit grenzen sich die verschiedenen Sozialleistungsträger unverändert gegeneinander ab. Die Erkenntnis, dass die Vernetzung der heute schon vorhandenen vielfältigen Hilfen und Leistungen unseres Sozialrechts sowie die Konzentration und der Zuschnitt auf die individuellen Bedarfe und zielgerichtete Wirksamkeit der eingesetzten Ressourcen nicht zur Verbesserung der Lebenslage vieler chronisch kranker und behinderter Menschen, sondern durch die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung auch zu erheblichen ökonomischen Einsparpotentialen führen würde, ist unverändert keine tragende Säule des Handelns der Verantwortlichen.

Es ist bereits nach geltendem Recht absolut zulässig, parallel zur Entwicklung eines Vertrages zur integrierten Versorgung auch die bedarfsgerecht erforderlichen Leistungen nach anderen Sozialgesetzen, z.B. dem SGB IX, dem SGB XI oder dem SGB XII zu definieren. Formal könnten heute schon in Ergänzung zu dem Vertrag über die Integrierte Versorgung folgende Verträge als Grundlage der Leistungsausführung geschlossen werden:

- Vertrag im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 8 Abs. 3 SGB XI, der ausdrücklich eine Abweichung von den Regelungen des 7. Kapitels SGB XI, d.h., auch einen bedarfsorientierten Zuschnitt der Leistungen und abweichende Vergütungsregelun

⁹ Vergl. weitere Einzelheiten zum Thema „Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierten Versorgung“ in dem entsprechenden Beitrag des Verfassers in Rehabilitation; 43: 325 - 334, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

- gen zulässt oder
- Vertrag mit den Leistungserbringern über die Ausführung der Leistungen im Rahmen (von den Berechtigten im Einzelfall zu beantragender) persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 2 – 4 SGB IX, wobei die individuelle bedarfsgerechte Anpassung der Sachleistungen über die Ausgestaltung des Gutscheines erfolgen kann. Vergütungen sind nach dem SGB IX ohnehin ausschließlich der Verhandlung vorbehalten.
- Verträge mit Kombinationen von Modellvorhaben und persönlichem Budget nach § 17 SGB IX
- Spezifischer Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI, in dem Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen iSd § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI ausdrücklich auf die Koordinations- und Kooperationsleistungen zur Integrierten Versorgung fokussiert werden. Dazu sind nach § 82 SGB XI spezifische Vergütungen zu vereinbaren. Ergänzend dazu könnten parallele Verträge zur Sicherung rehabilitativer sowie teilhabeorientierte Hilfebedarfe/Leistungen nach § 21 SGB IX, § 111 SGB V eingegangen werden.

4.3.3 Rehabilitationsleistungen im Rahmen von Persönlichen Budgets

Ein wichtiges Instrument zur trägerübergreifenden Leistungserbringung als Grundlage für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aus einer Hand ist bereits seit fünf Jahren im geltenden Recht vorhanden und zwischenzeitlich zu einem für alle Sozialleistungsträger einsetzbaren Instrument weiterentwickelt worden.

Der Gesetzgeber hatte mit dem Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches bereits ab 1.7.2001 in § 17 Abs. 1 SGB IX die Möglichkeit vorgesehen, Leistungen – zunächst ausschließlich solche des SGB IX für behinderte und chronisch kranke Menschen – abweichend von der gesetzlich im SGB IX oder in den für die Träger der Rehabilitation geltenden sonstigen Gesetzen normierten Form auf Antrag auch als persönliches Budget auszuführen.

Im Rahmen der Gesetzgebung zu Hartz IV hat der Gesetzgeber § 17 SGB IX rückwirkend ab dem 1.7.2004 neu gefasst und das persönliche Budget rechtsübergreifend auf große Teile des Sozialrechts ausgedehnt, wobei die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit aller Sozialleistungsträger fast vollständig Gegenstand des persönlichen Budgets sein können.

In den bisherigen Veröffentlichungen zu § 17 SGB IX – auch im Zusammenhang mit den entsprechenden Modellvorhaben zur Erprobung nach § 17 Abs. 5 SGB IX - wird häufig vom „Integrierten Budget“ gesprochen und der Eindruck erweckt, dabei handele es sich um eine spezifische Regelung für Menschen mit Behinderungen.

Wie die nachfolgende Auflistung zeigt, greift dieser Ansatz zu kurz. Es handelt sich nämlich bei § 17 Abs. 2 - 6 SGB IX seit dem 1.7.2004 nicht mehr um spezifisches Behindertenrecht, sondern um eine Regelung, die zwar formal im Behindertenrecht angesiedelt ist, durch die entsprechenden Bezugnahmen in dem für die jeweiligen Sozialleistungsträger geltenden spezifischen Recht jedoch zu unmittelbar für diese Träger und ihre Leistungen geltendem Recht geworden ist:

- § 2 Abs. 2 SGB V: Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets erbracht werden
- § 17 Abs. 2 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe können auf Antrag auch durch ein persönliches Budget ausgeführt werden
- § 35a SGB XI: ..können auf Antrag Leistungen nach §§ 36,37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und 41 SGB XI auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets erbracht werden
- § 57 SGB XII – Leistungen der Eingliederungshilfe können als trägerübergreifendes persönliches Budget erbracht werden.

§ 17 Abs. 2 – 6 SGB IX verfolgt nicht das Ziel, neue Versorgungsformen zu entwickeln und greift deswegen auch nicht unmittelbar im Sinne einer Veränderung der gesetzlich definierten Leistungen in die Leistung selbst ein. § 17 Abs. 2 SGB IX sieht vor, dass die in verschiedenen Leistungsgesetzen beschriebenen Leistungen – abweichend von der üblichen Art der

Leistungsausführung – in Form eines, von einem Leistungsträger aus einer Hand erbrachten persönlichen Budgets ausgeführt werden können.

Der Berechtigte hat es bei mehreren Leistungsansprüchen aus verschiedenen Sozialgesetzen nicht mehr mit verschiedenen Leistungsträgern, sondern auf seinen Antrag nur noch mit einem federführenden Leistungsträger zu tun, der die bedarfsgerecht erforderlichen Leistungen quasi in einem „Korb“ bei den einzelnen Trägern einsammelt und für diese gemeinsam und einheitlich aus einer Hand ausführt.

4.3.3.1 Gegenstand des Persönlichen Budgets

Gegenstand des persönlichen Budgets können nach § 2 der zu § 17 SGB IX erlassenen Budgetverordnung (BudgetV), mit der das Verfahren des Zustandekommens und die Handhabung des persönlichen Budgets für alle Sozialleistungsträger einheitlich und verbindlich geregelt wird, sein

- alle - auch die über das SGB IX hinausgehenden - Leistungen der Krankenversicherung
- die Leistungen aller Rehabilitationsträger (einschl. Sozialhilfeträger und Kinder- und Jugendhilfe) im Sinne des SGB IX
- bestimmte, in § 35a SGB XI definierte Leistungen der Pflegekassen
- Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII und anderen Sozialgesetzen.

Damit ist es denkbar, z.B. Leistungen der Akutversorgung nach dem SGB V mit den in § 35a SGB XI bezeichneten Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach dem SGB IX in einem persönlichen Budget zu kombinieren

Der Gesetzgeber hat die Definition der budgetfähigen Leistungen – mit Ausnahme der Leistungen nach dem SGB XI – der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger überlassen bzw. – im Bereich der staatlichen Sozialleistungsträger – in das pflichtgemäße Ermessen der Träger gestellt.

4.3.3.2 Budgetfähige Leistungen der Krankenversicherung

So haben die Spitzenverbände der **Kranken- und Pflegekassen** zur Umsetzung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets gem. § 17 SGB IX die aus ihrer Sicht budgetfähigen Leistungen in einer gemeinsamen Empfehlung vom 28.6.2004 konkretisiert.

Obwohl der Gesetzgeber für die Ausführung als persönliches Budget keine Einschränkung der Leistungen der Krankenversicherung vorsieht, beschränkt die Empfehlung die budgetfähigen Leistungen in der Verantwortung der Selbstverwaltung auf folgende Leistungen des SGB V:

Häusliche Krankenpflege	Haushaltshilfe
Fahrkosten	Reisekosten
Rehabilitationssport	Funktionstraining
zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	
Betriebskosten bei Hilfsmitteln	
Aufwendungsersatz für Blindenführhunde	
Gebärdensprachdolmetscher.	

Ohne Begründung sind ausgenommen Ärztliche Behandlung, Heilmittel, Arzneimittel, Reha-Leistungen, obwohl letztere nach § 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX ausdrücklich bereits gesetzlich einbezogen sind. Für bestimmte pflegebedürftige Menschen sind die Überwindung der Schnittstellen des Systems und ein selbstbestimmtes Leben bei Ausgrenzung z.B. der Soziotherapie oder der stationären bzw. ambulanten Hospizleistungen nicht erreichbar.

Die gemeinsame Empfehlung vom 28.6.2004 erging zu der bis 30.6.2004 wirksamen Fassung des § 17 SGB IX, die als Voraussetzung der Budgetfähigkeit die „Regiefähigkeit“ einer Leistung forderte. Dies könnte die Begründung für die Nichtaufnahme der genannten Leis-

tungen der Krankenversorgung in das gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen sein. Da seit der Neufassung ab 1.7.2004 die „Regiefähigkeit“ rechtlich nicht mehr gefordert wird, ist es weder von der Zielsetzung des Gesetzes, noch von der Sache her gerechtfertigt, durch die Selbstverwaltung bestimmte Leistungen des SGB V aus der Ausführung von Leistungen im Rahmen eines persönlichen Budgets auszuschließen, wenn es sich um alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Leistungen handelt. Ggf. müssen die nach geltenden Recht bestehenden Ansprüche auf dem Rechtsweg durchgesetzt werden, obwohl es – nicht zuletzt auch wegen der für die Kassen mit der Überwindung der Schnittstellen des gegliederten Systems verbundenen ökonomischen Effekte - nachgerade im eigenen Interesse der Kostenträger liegen müsste, möglichst viele Leistungen in das persönliche Budget einzubeziehen.

4.3.3.3 Budgetfähige Leistungen der Pflegeversicherung

Für den Bereich der **Pflegeversicherung** hat der Gesetzgeber die budgetfähigen Leistungen mit einer abschließenden Aufzählung unmittelbar in § 35a SGB XI wie folgt vorgegeben:

- Pflegesachleistung nach § 36**
- Pflegegeld nach § 37 Abs. 1
- Kombinationsleistung nach § 38*, **
- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel nach § 40 Abs. 2
- Tags- und Nachtpflege nach § 41**

*nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung

**Sachleistungen als Gutschein.

4.3.3.4 Budgetfähige Leistungen der Rehabilitationsträger (einschl. Sozialhilfeträger)

Budgetfähig sind nach dem SGB IX generell alle Leistungen zur Teilhabe und damit auch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Da es sich um regelmäßig wiederkehrende Leistungen handeln muss, ist derzeit zweifelhaft, ob die stationären Leistungen als budgetfähige Leistungen anzusehen sind. Ambulante Rehabilitationsleistungen, die in einer längeren Phase wiederkehrend erforderlich sind, sind bereits heute als budgetfähig anzusehen. Bei einer Weiterentwicklung des Budgetrechts ist zu erwarten, dass auch stationäre Leistungen nicht mehr ausgeschlossen bleiben. Deshalb müssen sich die Träger von Rehabilitationsleistungen darauf einstellen, dass ihre Belegung künftig weniger von der Steuerung durch die Rehabilitationsträger, sondern vielmehr durch die selbstbestimmte Entscheidung des Berechtigten geprägt ist, ob sie überhaupt eine stationäre Leistung und in welcher Einrichtung sie sie dann ggfls. ausführen wollen.

Darüber hinaus können die Rehabilitationsträger – einschl. der Träger Sozialhilfe bzw. Kinder- und Jugendhilfe – nach dem SGB IX bzw. SGB XII zum persönlichen Budget vor allen Dingen folgende **Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** beisteuern:

- Versorgung mit anderen als in §§ 31 SGB IX bzw. § 40 SGB XI genannten Hilfsmitteln
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt
- Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohneinrichtungen
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich sind, behinderte Menschen für sie erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Sozialhilfeträger seit dem Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 nicht mehr nur Träger der Fürsorge mit nachrangigen Leistungen nach dem SGB XII sind, sondern zugleich auch Rehabilitationsträger, gegen den die Berechtigten einen originären – nicht nachrangigen - Leistungsanspruch nach den §§ 55 ff SGB IX ggfls. auch ohne vorrangige Eigenbeteiligung bzw. Inanspruchnahme von Angehörigen geltend machen können.

4.3.3.5 Ausführung des persönlichen Budgets

Das persönliche Budget nach § 17 SGB IX ist

- in der Regel als Geldleistung
- in begründeten Fällen durch Gutscheine (Abs. 2 Satz 4)

auszuführen, wobei

- in § 35a SGB XI ausdrücklich klargestellt wird, dass die Gutscheine auch im Bereich der Pflegeversicherung dazu dienen, Sachleistungen budgetfähig zu handhaben, was im Ergebnis auch die bedarfs- und zielgerichtete Anpassung der gesetzlich definierten Leistungen an die Anforderungen des Einzelfalles umfasst und insoweit einen Ermessensspielraum hinsichtlich der konkreten Leistungsausgestaltung beinhaltet.
- Das heißt für Sachleistungen im Rahmen des SGB V bzw. SGB IX auch, diese durch die entsprechende Ausgestaltung der Sachleistungen im Rahmen des Gutscheins auf den nach § 10 SGB IX festgestellten individuellen Bedarf funktionsbezogen zuschneiden zu können.

§ 17 Abs. 3 Satz 2 SGB IX schreibt ausdrücklich vor, dass die persönlichen Budgets auf der Grundlage der nach § 10 Abs. 1 SGB IX getroffenen Feststellungen so bemessen werden müssen, dass der individuelle festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann.

Damit sind die Kosten der individuellen Beratung und Unterstützung, d.h., des Case-Managements, ausdrücklich Gegenstand des Budgets und von den Leistungsträgern zu finanzieren.

4.3.3.6 Das Verfahren nach der BudgetV

Das **Verfahren** zur Beantragung, Entscheidung und Ausführung eines persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 – 4 SGB IX ist für alle beteiligten Sozialleistungsträger einheitlich und verbindlich in der Budgetverordnung (BudgetV) vom 27.5.2004 geregelt.

Danach ist der nach § 14 SGB IX zuständige Leistungsträger oder der Träger der gemeinsamen Servicestelle, bei der der Antrag gestellt wird, als „Beauftragter“ Herr des Verfahrens. Er

- beteiligt die übrigen leistungsverpflichteten Träger
- stellt den Budgetbedarf fest und holt Stellungnahmen der übrigen Träger ein
 - zum Bedarf, der durch Budget gedeckt wird
 - der Höhe des Budgets
 - dem Inhalt der Zielvereinbarung
 - dem Beratungs- und Unterstützungsbedarf
- berät gemeinsam mit dem Berechtigten- ggfls. auch mit den übrigen Trägern – in einem Bedarfsfeststellungsverfahren das Ergebnis seiner Feststellungen sowie die Zielvereinbarung über
 - die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele
 - die Erforderlichkeit des Nachweises für die Deckung des individuellen Bedarfs sowie
 - die Qualitätssicherung
- erlässt den Verwaltungsakt und erbringt für alle Träger die Leistung.¹⁰

5. Zusammenfassung

Die Träger von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen stehen vor erheblichen Problemen, die einerseits durch die mit der demographischen Entwicklung einhergehenden Veränderung der Nachfragerstrukturen, andererseits durch unverändert bestehende Divergenz, Intransparenz und unzureichende Umsetzung gesetzlicher Regelungen im Rah-

¹⁰ Die vom Verfasser erstellte Kommentierung des § 17 SGB IX ist als Auszug aus dem Kommentar Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz zum SGB IX (asgard-verlag, St. Augustin) auf der Internetplattform des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen www.sgb-ix-umsetzen.de bzw. unter www.harry-fuchs.de einzusehen.

men des gegliederten Rehabilitationssystems, letztlich aber auch durch intransparente und nicht leistungsgerechte Vergütungen gekennzeichnet sind.

Die Träger von Rehabilitationseinrichtungen werden sich mit ihren Angebotsstrukturen und –inhalten auf die sich verändernden Rehabilitationsbedarfe und Strukturen einstellen müssen. Dabei werden in einer älter werdenden Bevölkerung aus verschiedenen Sozialleistungsbereichen vernetzte Leistungen (Medizin, Reha/Teilhabe, Pflege), die von einem Leistungsträger aus einer Hand bewilligt und von einem (federführenden) Leistungserbringer ausgeführt werden, an Bedeutung gewinnen. Selbstbestimmte Entscheidung der Berechtigten, welche Leistungen er von wem, wann und wo in Anspruch nimmt, sowie Case-Management, das die Organisation und Steuerung der Leistungen übernimmt, kennzeichnen die künftige Entwicklung. Ob Leistungen wohnortnah oder wohnortfern auszuführen sind, entscheidet sich ausschließlich nach den Grundsätzen der Bedarfsgerechtigkeit, Zielgerichtetheit und Wirksamkeit der Leistungen, die – wenn sie diesen Kriterien entsprechen – immer auch wirtschaftlich sind.

Dieser Beitrag zeigt, dass das derzeit geltende Recht bereits viele Regelungen enthält, die diese Entwicklung charakterisieren und operationalisieren. Dass viele dieser Regelungen in der Praxis nicht oder nur unzureichend umgesetzt sind und die weiterhin vorhandenen Divergenzen und Intransparenz die erforderliche Weiterentwicklung der rehabilitativen Versorgungsstrukturen hemmen, kann z.T. durch eine Weiterentwicklung des SGB IX verändert werden. Wesentliche Schritte können jedoch auch die Träger von Rehabilitationseinrichtungen und ihre Verbände selbst tun, indem sie die Möglichkeiten des geltenden Versorgungsstrukturrechts progressiv aufgreifen und entsprechende Angebote entwickeln.