

## **Anspruch auf Versorgungsmanagement für behinderte Menschen mit Pflegebedarf (§ 11 Abs. 4 SGB V)**

von Harry Fuchs, Düsseldorf

Die im Deutschen Bundestag verabschiedete Gesundheitsreform (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz-GKV-WSG)<sup>1</sup> gewährt den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung einen Rechtsanspruch auf ein „Versorgungsmanagement“ insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Obwohl dieser Anspruch grundsätzlich alle Versorgungsbereiche (z.B. auch das Verhältnis zwischen ambulanter ärztlicher Behandlung und stationärer Rehabilitation) erfasst, hebt der Gesetzgeber in der Begründung hervor, dass durch geeignete Maßnahmen insbesondere ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege durch gewährleistet werden müsse. Ziel sei vor allem, Pflegebedürftigkeit oder eine alsbaldige stationäre Wiedereinweisung zu vermeiden. Dazu werde im Zusammenhang mit einer Entlassung aus dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung ein Versorgungsmanagement eingerichtet, das zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang der Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche beitragen soll.

Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen haben dazu die erforderlichen Informationen auszutauschen und – unterstützt durch die jeweilige Krankenkasse – eine sachgerechte Anschlussversorgung durch die Versicherten sicherzustellen.

Der Wortlaut der Regelung, insbesondere jedoch die Begründung erweckt den Eindruck, als würden die im gegliederten System der sozialen Sicherung zweifellos vorhandenen Schnittstellenprobleme erstmals und vor allem wirksam einer Lösung zugeführt. Tatsächlich sind sowohl an der Schnittstelle zur Rehabilitation, wie auch der zur Pflege in den diese Bereiche regelnden Sozialgesetzbüchern seit Jahren Bestimmungen mit gleicher Zielsetzung enthalten, mit denen die neue Vorschrift des § 11 Abs. 4 SGB V nunmehr konkurriert.

### **1. Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement**

Die Leistungserbringer nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) werden durch die neue Regelung verpflichtet, für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten zu sorgen und sich dazu gegenseitig die erforderlichen Informationen zu übermitteln. Das Verfahren zur Gewährleistung der Anschlussversorgung wird als „Versorgungsmanagement“ bezeichnet und vom Gesetzgeber als eigenständige Aufgabe den Leistungserbringern zugewiesen, die bei der Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen sind.

#### **1.1 Rechtsanspruch des Versicherten**

Der Gesetzgeber gestaltet damit für die Leistungserbringer verbindliches Verfahrensrecht, auf dessen Ausübung dem Berechtigten ein Rechtsanspruch eingeräumt wird. Das Versorgungsmanagement und eine damit verbundene Übermittlung von Daten bedürfen der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherten, die von den Leistungserbringern dokumentiert werden sollte. Entstehen dem Berechtigten durch Unterlassung oder fehlerhafte Rechtsausübung der Leistungserbringer oder der sie dabei unterstützenden Krankenkassen Schäden, kann dies Haftungsansprüche des Versicherten auslösen.

Der Anspruch auf Versorgungsmanagement ist beschränkt auf Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen, die Leistungen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch erhalten. Erhalten Versicherte z.B. von der Unfall- oder Rentenversicherung vergleichbare Leistungen nach den für diese Träger geltenden Gesetzen, besteht ein Anspruch auf Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V nicht. Die Leistungserbringer sind in diesen Fällen allerdings zur Prüfung

---

<sup>1</sup> Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), BT-Drs. 16/3100

verpflichtet, ob nicht nach den für diese Kostenträger geltenden Gesetzen bereits vergleichbare Pflichten bestehen (z.B. Teilhabemanagement nach §§ 10, 11 SGB IX).

## 2. Aufgabe der Leistungserbringer

Die Verpflichtung, das Versorgungsmanagement zu gewährleisten, gilt für alle Leistungserbringer nach dem SGB V, d.h. nicht nur für die Krankenhäuser, sondern auch die Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassenen Ärzte und sonstige Leistungserbringer, deren Leistungen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden.

Die Anschlussversorgung, die mit dem Versorgungsmanagement durch die Leistungserbringer gewährleistet werden soll, umfasst nicht nur die Leistungen nach dem SGB V, sondern nach dem Wortlaut der Regelung jedwede Versorgung der Versicherten nach den Sozialgesetzbüchern, d.h., auch die Leistungen zur Pflege nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI), die zur Teilhabe und Rehabilitation nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder bei behinderten Menschen die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII).

Der Anspruch des Berechtigten beschränkt sich auf die Gestaltung und Ausübung des in der neuen Regelung beschriebenen Verwaltungsverfahrens. Damit wird die Frage, ob ein weiterführender Leistungsbedarf und für diesen ein Anspruch auf Sozialleistungen gegen einen Sozialleistungsträger besteht ebenso wenig berührt, wie die Verfahrensvorschriften zur Verwirklichung und ggfls. Feststellung dieser Leistungen.

In den für die Pflege und die Teilhabe/Rehabilitation geltenden Sozialgesetzbüchern ist die Entscheidung über die Sozialleistungen zwingend daran gebunden, dass zuvor in einem entsprechenden Verwaltungsverfahren in der Verantwortung der zuständigen Sozialleistungsträgers Art und Umfang des Hilfe bzw. Leistungsbedarfs festgestellt wurden, bevor er über den Leistungsumfang und die Art, ggfls. auch den Ort der Leistungsausführung entscheiden kann.<sup>2,3</sup> Die Leistungen werden nach Erlass des entsprechenden Verwaltungsaktes ausgeführt (im Bereich der Teilhabe/Rehabilitation) bzw. finanziert (im Bereich der Pflege).

Danach kann gerade an den vom Gesetzgeber als besonders problembehaftet angesehenen Schnittstellen zur Pflege und zur Teilhabe/Rehabilitation im Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem medizinischen Urteil des Krankenhausarztes zwar ein weiterführender Hilfe- bzw. Leistungsbedarf bescheinigt werden. Wie dieser Hilfe- oder Leistungsbedarf sich allerdings unter Würdigung sozialrechtlicher Maßstäbe darstellt und ob und welcher Anspruch auf Sozialleistungen damit tatsächlich begründet werden kann, ist zu diesem Zeitpunkt in der Regel völlig unklar, weil die entsprechenden Verfahren zur Klärung dieser Fragen durch die Sozialleistungsträger noch durchzuführen sind.

Die im Arbeitskreis Gesundheitspolitik zusammengeschlossenen Fachverbände der Behindertenhilfe<sup>4</sup> haben deshalb während des Gesetzgebungsverfahrens ausdrücklich darauf hingewiesen, dass entscheidende Hindernisse für die nahtlose Weiterversorgung die noch

---

<sup>2</sup> Im Bereich der Pflege besteht ein Anspruch z.B. auf die Zuschüsse zu den Pflegeleistungen nach §§ 36, 41, 43 SGB XI erst dann, wenn zuvor durch eine Begutachtung nach § 18 SGB IX durch den MDK geprüft wurde, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt

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

<sup>4</sup> Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie eV, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit e.V., Bundesverband evangelische Behindertenhilfe eV, Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., Kernforderungen der Fachverbände der Behindertenhilfe zum GKV-WSG vom 30.10.2006

nicht begutachtete Pflegebedürftigkeit und mangelnde Kostenübernahmeentscheidungen zu nachfolgenden Leistungen seien.

### 1.3 Wirksamkeit des Versorgungsmanagements

Mit Blick auf diese Rechtslage kann nicht bezweifelt werden, dass die Leistungserbringer, insbesondere die Krankenhäuser an den Schnittstellen zur Pflege bzw. Teilhabe/Rehabilitation nur dann für eine sachgerechte Anschlussversorgung sorgen und damit ihre neue Aufgabe wirksam erfüllen können, wenn im Zeitpunkt der Entlassung die Kostenübernahme für die anschließenden Leistungen durch den zuständigen Kostenträger geklärt ist. Dies ist bisher regelmäßig nicht der Fall und wird es durch die neue Regelung auch künftig nicht sein. Dies gilt in gleicher Weise z.B. auch für die Überleitung aus einer stationären Rehabilitationsleistung in die ambulante oder stationäre Akutversorgung, die – mangels Zulassung zum Kassensystem – von den Ärzten der Rehabilitationseinrichtungen nicht kostenwirksam sichergestellt werden kann.

Im Ergebnis werden die Leistungserbringer deshalb nach der neuen Regelung die Verantwortung dafür haben, dass sie – vergleichbar den generellen Vorgaben des SGB IX – einen sich während ihrer Leistungserbringung für die Zeit danach abzeichnenden Leistungsbedarf frühzeitig während ihrer Leistung aufgreifen und die entsprechenden Leistungsverfahren gegenüber dem zuständigen Leistungserbringer (z.B. dem niedergelassenen Arzt bei ambulanter Krankenbehandlung, Hilfsmitteln o.ä.) und/oder dem zuständigen Kostenträger (bei Leistungen der Pflege/Rehabilitation) anzeigen und bei diesem einleiten.

Die Krankenkassen haben dann im Rahmen ihrer Unterstützungspflicht und nach dem in den spezifischen Leistungsgesetzen enthaltenen Verfahrensrecht zu gewährleisten, dass die Leistungsvoraussetzungen durch den zuständigen Kostenträger so rechtzeitig geprüft und über die erforderliche Leistung so rechtzeitig entschieden wird, dass sie nahtlos anschließen und ohne weiteres Verwaltungsverfahren ausgeführt werden kann.

## 2. Organisation des Versorgungsmanagements

### 2.1 im Rahmen integrierter Versorgung

Zur Organisation des Versorgungsmanagements geht der Gesetzgeber davon aus, dass in den Verträgen zur integrierten Versorgung nach §§ 140a-d SGB V Vereinbarungen zur Lösung von Schnittstellenprobleme beim Übergang von Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche getroffen werden. Dies ist systemimmanent, weil diese Verträge ausdrücklich das Ziel verfolgen, die Probleme der sektoralen Gliederung des Gesundheitswesens zu überwinden.

Offensichtlich geht der Gesetzgeber davon aus, dass sich dieses Selbstverständnis automatisch auf die Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Pflege überträgt oder übertragen lässt, weil durch die Änderung des § 140b Abs. 1 künftig auch Pflegekassen und nach dem SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b SGB XI an Verträgen der integrierten Versorgung beteiligt sein können. Dabei wird jedoch übersehen, dass bei der Einbeziehung pflegerischer Leistungen in die integrierte Versorgung – vergleichbar der Regelung in § 140b Abs. 4 SGB V für die Leistungen der Krankenbehandlung - zwar von den Vorschriften des SGB XI über die Leistungsinhalte und deren Ausgestaltung (§ 75), dem Pflegesatzverfahren (§ 85) und den Grundsätzen der Vergütungsregelungen (§ 89), nicht aber von den Regelungen über die Leistungsvoraussetzungen, deren Feststellung und die Höhe der darauf basierenden Zuschüsse abgewichen werden darf (§ 92b Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB XI).

Deshalb ist auch im Rahmen der Integrierten Versorgung zunächst eine Feststellungs- und Einstufungsbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK - § 18 SGB XI) erforderlich, bevor feststeht, welche Mittel der Pflegeversicherung im Rahmen der integrierten Versorgung verfügbar sind.

Zudem sind nach Auffassung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS)<sup>5</sup> ausschließlich Ärzte des MDK gesetzlich legitimiert, Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit festzustellen. Danach entfalten Feststellungen z.B. der Krankenhausärzte keinerlei Rechtswirkungen im Sinne des SGB XI.

Dies bedeutet, dass die sich aus der fehlenden Feststellung der Leistungsvoraussetzungen bzw. Entscheidung über die Höhe der Zuschüsse der Pflegekassen ergebenden Probleme<sup>6</sup> auch im Rahmen der integrierten Versorgung bestehen, es sei denn, man würde die Krankenhausärzte im Rahmen der integrierten Versorgung ermächtigen, die nach § 18 SGB XI erforderliche Feststellungs- und Einstufungsbegutachtung auf die Krankenhausärzte zu übertragen. Dazu fehlt jedoch die notwendige gesetzliche Legitimation.

## 2.2 im Rahmen zwei oder dreiseitiger Verträge

Soweit kein Integrationsvertrag vorliegt oder ein vorliegender Vertrag keine entsprechenden Regelungen enthält, bietet es sich nach Auffassung des Gesetzgebers<sup>7</sup> an, das Nähere in zweiseitigen Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Landeskrankengesellschaft nach § 112 SGB V oder in dreiseitigen Verträgen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und den Vertragsärzten nach § 115 SGB V oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

Bereits vor Inkrafttreten des GKV-WSG hatten die Landesverbände der Krankenkassen und die Vereinigungen der Krankenhausträger auf Landesebene in zweiseitigen Verträgen u.a. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung des Versicherten, die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus sowie den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege<sup>8</sup> zu regeln. Zudem sollte zur Gewährleistung einer nahtlosen ambulanten und stationären Behandlung in dreiseitigen Verträgen unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen vereinbart werden.

Verträge nach § 112 SGB V sind nicht geschlossen worden. Stattdessen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in zwei Rahmenempfehlungen mit der Deutschen Krankengesellschaft vom 27.11.1990 einerseits die „Soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus“ und andererseits den „Nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation“ geregelt. Die Rahmenempfehlung Soziale Betreuung referiert und moderiert ohne weitere Konkretisierung oder Operationalisierung im wesentlichen den Gesetzestext, sodass der gesetzliche Auftrag, die soziale Betreuung und Beratung zu gestalten, als nicht umgesetzt angesehen werden muss. Die Rahmenempfehlung Nahtloser Übergang enthält eine umfassende Beratungspflicht durch die Sozialdienste der Krankenhäuser sowie die Pflicht, die Krankenkassen über einen festgestellten Rehabilitationsbedarf zu informieren. Auch hier muss der gesetzliche Auftrag, den nahtlosen Übergang zu gestalten, als nicht erfüllt angesehen werden.

Obwohl die Beteiligten danach ihren Pflichten nach §§ 112, 115 SGB V in der Vergangenheit nur unzureichend nachgekommen sind, beschränkt sich der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG darauf, gerade diese Beteiligten das Nähere für die Ausgestaltung des Versorgungsmanagements in den - nicht vorhandenen - Verträgen nach §§ 112, 115 SGB V regeln zu lassen. Da die Hemmnisse, die bisher vertragliche Regelungen verhindert haben, fortbe-

---

<sup>5</sup> so ihr Geschäftsführer Dr. Peter Pick im Fachgespräch „Entlassungsmanagement Krankenhaus“, vergl. Anmerkung 12

<sup>6</sup> vergl. oben Ziffer 1

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

<sup>8</sup> § 112 Abs. 2 Nrn. 1a, 4 und 5 SGB V

stehen, hätte der Gesetzgeber im GKV-WSG zumindest klare Rahmenbedingungen setzen müssen, die diese Hemmnisse beseitigen. So ist zu befürchten, dass die erforderliche Konkretisierung des Versorgungsmanagements auch in Zukunft - wenn überhaupt zustande, dann - nicht über abstrakte Definitionen hinauskommt.

Letztlich stellt sich grundsätzlich die Frage nach dem Regelungsgehalt der Verträge, weil wesentliche Verfahrensfragen entweder gesetzlich (Pflege) oder durch Selbstbindung der Kostenträger (Rehabilitation) bereits vorgegeben sind.

### 2.3 in den Krankenhausgesetzen der Länder

Dass die nahtlose soziale Betreuung und Beratung der Versicherten und die Gewährleistung eines nahtlosen Überganges von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege eine Aufgabe des Krankenhauses – und deshalb naturgemäß auch Gegenstand der Krankenhausvergütung - ist, konnte mit Blick auf die gesetzliche Pflicht zur vertraglichen Gestaltung schon bisher nicht angezweifelt werden. Der neue § 11 Abs. 4 SGB V beinhaltet demgegenüber hinsichtlich der Pflichten der Krankenhäuser materiell nichts Neues und unterstreicht insoweit lediglich das geltende Recht.

Mit Blick auf die den Ländern grundgesetzlich zugewiesene Organisationskompetenz (Art. 85 GG) enthalten die Krankenhausgesetze der meisten Bundesländer Regelungen<sup>9</sup> über die Organisation der Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen in sozialen Fragen im Krankenhaus sowie u.a. auch über die Vermittlung von anderen Hilfen des Sozial- und Gesundheitswesens. Dies begründet zugleich, warum die Verträge nach §§ 112, 115 SGB V auf der Ebene der Landesverbände der Krankenkassen zu schließen sind.

So hat z.B. nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHG NRW das Krankenhaus einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten zu informieren. Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, sie in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern V und XI, die sich an die Entlassung im Krankenhaus anschließen, insbesondere Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen der Übergangs- und Anschlusspflege zu vermitteln. Nach Satz 3 arbeitet er mit zugelassenen Pflegediensten, mit Pflegeeinrichtungen sowie den Gemeinden und Gemeindeverbänden zusammen.

§ 26 Abs. 2 LKG RP sieht darüber hinaus ausdrücklich auch die Vermittlung von Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Eingliederung behinderter Menschen vor. § 23 SächsKHG betont zudem die Beratung in psychologischen Fragen und gibt mit einem hauptamtlichen Mitarbeiter für jeweils 400 Patienten einen quantitativen Qualitätsmaßstab vor.

§ 3 Abs. 1 LKGBbg setzt einen personellen Qualitätsmaßstab durch die Bindung der sozialen Beratung an die Berufsgruppe der Sozialarbeiter.

Soweit die Krankenhausgesetze – wie dargestellt - Maßstäbe für die Institutionalisierung des Versorgungsmanagements in Form der Krankenhaussozialdienste oder Qualitätsmerkmale für die Durchführung der Managementaufgabe setzen, bindet dies die Vertragsschließenden Parteien nach §§ 112, 115 SGB V bzw. die Vertragspartner im Rahmen der Integrierten Versorgung. Die vertraglichen Regelungen nach §§ 11 Abs. 4 iVm 112, 115 SGB V sind danach nur insofern von Bedeutung, als das Krankenhausrecht der Länder keine oder nicht ausreichende Regelungen enthält.

---

<sup>9</sup> Nachfolgend wird nur auf die Landesgesetze eingegangen, die umfassende Regelungen bzw. spezifische Gestaltungsmerkmale beinhalten.

### 3. Schnittstelle Krankenhaus/Pflege

Ausweislich der Eckpunkte zur Gesundheitsreform, aber auch nach der Begründung zu § 11 Abs. 4 SGB V zielt die Regelung insbesondere auf die Beseitigung der Probleme an der Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Pflege ab.

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

Um zu vermeiden, dass der Betroffene und seine Angehörigen unverhofft mit der deswegen bevorstehenden Entlassung aus dem Krankenhaus konfrontiert werden, ohne die anschließende pflegerische Versorgung sicherstellen zu können, sieht § 7 SGB XI in diesen Fällen frühzeitige Aktivitäten des Krankenhauses vor. Wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder Pflegebedürftigkeit (während einer laufenden Leistung) festgestellt wird, sind nach § 7 Abs. 2 Satz 2 mit Einwilligung des Versicherten alle Leistungserbringer (Krankenhäuser, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, behandelnde Ärzte) und auch die Sozialleistungsträger verpflichtet, unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, damit diese alsbald durch den MDK prüfen lassen kann, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Diese Vorschrift korrespondiert mit § 18 Abs. 3 SGB XI, wonach die Begutachtung durch den MDK unverzüglich spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang bei der Pflegekasse im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung durchzuführen hat, wenn sich der Berechtigte dort befindet und zur Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist.

Obwohl danach scheinbar eine schlüssige gesetzliche Regelung vorhanden ist, die eine Prüfung der Leistungsvoraussetzungen und des Leistungsbedarfs noch während der stationären Versorgung - und damit die Entscheidungsbasis für die Finanzierung der anschließenden Leistungen - gewährleistet, wird eine Vielzahl der Berechtigten ohne Begutachtung und Gewährleistung einer Anschlussfinanzierung aus der stationären Akut- oder Rehabilitationsversorgung entlassen<sup>10</sup>. Ursache dafür ist u.a. eine Auslegung des § 18 Abs. 3 SGB XI dahingehend, dass die Weiterversorgung auch ohne Begutachtung z.B. im Krankenhaus gewährleistet sei. Dabei spielt die Tatsache, dass die Pflegedienste und -einrichtungen ohne Finanzierungsgrundlage in der Regel keine Leistungen erbringen und für die Berechtigten und ihre Angehörigen eine sie in mehrfacher Weise existentiell belastende Versorgungslücke eintritt, offensichtlich keine Rolle.

So wurden z.B. 2006 im Bereich des MDK Nordrhein in völliger Übereinstimmung mit geltendem Recht 71 % aller Erstanträge auf stationäre Pflege im Krankenhaus begutachtet, im Bereich des MDK Westfalen-Lippe dagegen keine einziger Antrag.<sup>11</sup> Stattdessen erhält der MDK Westfalen-Lippe auf dem Postweg die Unterlagen des Krankenhauses, spricht nach Prüfung eine vorläufige Einstufung aus und begutachtet den Versicherten dann endgültig im häuslichen Umfeld oder in der Pflegeeinrichtung. Dabei beruft man sich auf ein für Westfalen-Lippe vertraglich vereinbartes Sondermodell auf der Basis des § 3 PflG NW. Ohne darauf im Einzelnen eingehen zu müssen reicht der Hinweis auf den Grundsatz des Art 31 GG, das Bundesrecht Landesrecht bricht, aus, um nachzuweisen, dass eine vertragliche Regelung auf Landesebene, die geltendes Bundesrecht konterkariert, nicht wirksam sein kann. Unabhängig davon stellt sich die Frage der Wirtschaftlichkeit dieses mehrstufigen Verfahrens und

---

<sup>10</sup> vergl. Fußnote 4

<sup>11</sup> Daten des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen aus einem Schreiben an der Verfasser vom 12.1.2007

damit die Frage der Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nach § 68 SGB IV.

Weil es sich nach der Stellungnahme der Betroffenenverbände im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-WSG nicht allein um ein nordrhein-westfälisches, sondern um ein bundesweites Problem handelt, war der Gesetzgeber gefordert, diese Probleme im GKV-WSG zu lösen. Während des Gesetzgebungsverfahrens wurde in der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Fraktion ein Änderungsantrag zu § 18 Abs. 3 SGB XI eingebracht und beraten<sup>12</sup>, der eine Einstufung kraft Gesetzes in die Pflegestufe 1 bis zur Begutachtung durch den MDK für die Fälle vorsah, in denen der MDK entgegen §§ 7 iVm 18 Abs. 3 SGB XI nicht innerhalb einer Woche eine Begutachtung im Krankenhaus durchgeführt hat. Auf diese Weise wäre nicht nur die in vielen Fällen obligate Finanzierungslücke beim Übergang von der Akutversorgung zur Pflege geschlossen und vielen betroffenen Menschen aus einer sie enorm belastenden Notlage geholfen worden. Diese Regelung hätte mit Sicherheit auch zu einer konsequenten Beachtung und Anwendung der §§ 7, 18 SGB XI geführt. Leider ist dieser Vorschlag an dem in der Sache nicht nachvollziehbaren, heftigen Widerstand des Gesundheitsministeriums gescheitert.

Die Verpflichtung der Leistungserbringer zum Versorgungsmanagement wird an den vorhandenen Defiziten nichts ändern, weil die Krankenhäuser keinen bestimmenden Einfluss auf das Begutachtungsverfahren und Verhalten des MDK haben. Die zur Unterstützung verpflichteten Krankenkassen haben bisher ebenso die Nichtbeachtung der §§ 7, 18 SGB XI zugelassen, wie auch die Rechtsaufsichtsbehörden nicht eingegriffen haben.

Bei der Durchführung des § 11 Abs. 3 SGB V wird – soweit denn Verträge zustande kommen - darauf zu achten sein, dass über diese Verträge rechtlich zweifelhafte Verfahren nicht auch noch legitimiert werden.

#### **4. Schnittstelle Akutversorgung/Rehabilitation**

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

Im Bereich der Krankenversicherung wurde mit der Rahmenempfehlung vom 27.11.1990<sup>13</sup> keine der Anschlussheilbehandlung der Rentenversicherung gleichwertige Regelung geschaffen. Die Krankenhäuser durften danach nämlich erforderliche Anschlussheilbehandlungen nicht selbst einleiten, sondern hatten nur bei den zuständigen Trägern darauf hinzuwirken und die Krankenkasse über den Rehabilitationsbedarf zu informieren<sup>14</sup>.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 wurden die Rehabilitationsträger verpflichtet, in gemeinsamen Empfehlungen u.a. zu vereinbaren, dass

- die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe – und damit auch zur

---

<sup>12</sup> Vergl. Fachgespräch „Entlassungsmanagement im Krankenhaus“ der Arbeitsgruppe Gesundheit am 14.12.2006

<sup>13</sup> vergl. oben Ziffer 2.2

<sup>14</sup> § 2 Abs. 2 iVm § 5 Abs. 2 der Rahmenempfehlung vom 27.11.1990

medizinischen Rehabilitation – u.a. nahtlos und zügig erbracht werden (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX)

- Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 SGB IX genannten Zielen geleistet wird (§ 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) und wie sie
- ihre Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen gestalten (§ 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX).

Nach der Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“) vom 8.11.2005 ist es Ziel der Arbeit der Sozialdienste, durch Information, gezielte Intervention und Unterstützung dem Betroffenen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Im Verhältnis zu den Rahmenempfehlungen der Krankenversicherung von 1990 wird den Sozialdiensten damit eine aktive, intervenierende Rolle zugeordnet. Sie sind nicht mehr nur Beratungsstelle und Informationspflichtiger, sondern ausdrücklich Kooperationspartner der Rehabilitationsträger (§ 5).

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

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

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

Mit der Verpflichtung des GKV- WSG, ausschließlich für den Bereich der Krankenversicherung in Verträgen nach §§ 112, 115 SGB V ein Versorgungsmanagement zu regeln, das auch die Schnittstelle zur medizinischen Rehabilitation umfasst, ist zu befürchten, dass dadurch die mit dem SGB IX erreichte Konvergenz des Rehabilitationsrechts an dieser Stelle beeinträchtigt wird und wieder unterschiedliche Verfahren der Rehabilitationsträger entstehen.

Bei den gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX handelt es sich um Verwaltungsvereinbarungen, die sich an die beteiligten Rehabilitationsträger richten. Wegen des Anspruchs auf gleichmäßige Rechtsanwendung und Ermessensausübung muss für Abweichungen der beteiligten Rehabilitationsträgern von der gemeinsamen Empfehlung im Einzelfall zumindest ein schwerwiegender sachlicher oder rechtlicher Grund vorliegen.

Die geschilderte Praxis im Bereich der Pflege und Rehabilitation zeigt jedoch, dass die Träger trotz scheinbar verpflichtender Regelungen zT eigene Wege gehen, sodass bei der Entwicklung der Verträge nach § 11 Abs. 4 iVm §§ 112, 115 SGB V auf Landesebene – nicht zuletzt von den Aufsichtsbehörden, aber z.B. auch von den Landesbehindertenbeauftragten - zwingend darauf geachtet werden muss, dass die Konvergenz-Ziele des SGB IX nicht durch abweichende Regelungen konterkariert wird und die Verträge nicht hinter den mit der gemeinsamen Empfehlung Sozialdienst erreichten Stand zurückfallen.

Mit Blick auf den hohen Stand des Versorgungsmanagements nach der gemeinsamen Empfehlung Sozialdienst stellt sich die Frage, warum die Rehabilitation überhaupt in die Regelung des § 11 Abs. 4 SGB einbezogen wurde. Einerseits darf bezweifelt werden, dass



die nach dem Inkrafttreten des SGB IX geschaffene Rechtslage und ihre Wirkung allen am Gesetzgebungsverfahren Beteiligten bekannt und bewusst war.

Andererseits waren offensichtlich die Probleme im Bereich der geriatrischen Rehabilitation Ursache für die Regelung. Dass für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen kaum Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, liegt jedoch nicht an fehlenden Anspruchsgrundlagen oder am unzureichenden Versorgungsmanagement. Bundesweit fehlen bisher die notwendigen ambulanten und stationären Rehabilitationsangebote in ausreichender Zahl und Qualität. Obwohl die Gesundheitsreform den in der Krankenversicherung bereits seit 1.7.2001 durch § 11 Abs. 2 SGB in der Fassung des SGB IX vorhandenen umfassenden Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (und damit auch auf geriatrische Rehabilitation) nochmals ausdrücklich betont, werden die Probleme weiter bestehen, bis die Krankenkassen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX für ausreichende rehabilitative Versorgungsstrukturen für behinderte Menschen mit Pflegebedarf u.a. auch im Rahmen der integrierten Versorgung Sorge getragen haben.

## **5. Fazit**

Die Regelungen zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V enthalten im Verhältnis zu den schon bestehenden Verpflichtungen nach §§ 112, 115 SGB V keinen neuen Inhalt. Neu ist lediglich, dass der Versicherte einen Anspruch auf ein Verwaltungsverfahren hat, das die Anschlussversorgung gewährleisten soll. Im Gegensatz zu den Anforderungen des SGB IX muss die Anschlussversorgung nicht einmal nahtlos und zügig, sondern nur sachgerecht organisiert werden. Ob dies gelingt, hängt entscheidend davon ab, dass für die nachfolgenden Leistungen die Finanzierung gesichert ist. Gerade darauf hat der Leistungserbringer, dem allein die Verantwortung für das Versorgungsmanagement zugeordnet wird, überhaupt keinen Einfluss, weil die Verantwortung für die Klärung des Leistungsbedarfs und die Entscheidung über die Leistung allein Aufgabe der Kostenträger ist und bleibt. Aus diesem Grunde wird im SGB IX die Verantwortung für das Teilhabe- und Rehabilitationsmanagement sowie die Gewährleistung unbürokratischer Verfahrensabläufe wirksam und sachgerecht den Rehabilitationsträgern und nicht den Leistungserbringern übertragen. Insoweit ist an dieser Stelle für die Rehabilitation durch das GKV-WSG eine Divergenz zwischen dem Rehabilitationsrecht der Krankenversicherung und dem Rehabilitationsrecht der übrigen Rehabilitationsträger entstanden, die im Gegensatz zu den mit dem SGB IX angestrebten Zielen der Konvergenz des Rechts und der Leistungen sowie der Koordination und Kooperation der Träger steht.