

## Anlage 1

### V o r s c h l a g

#### Ergänzung des § 13 SGB IX

zur Beschleunigung des Verfahrens der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen mit schweren und schwersten Beeinträchtigungen ihrer Teilhabe  
- abweichungsfest, einheitlich und übergreifend für alle Träger medizinischer Rehabilitation -

#### Erläuterung zum Vorschlag Anlage 1

1. § 40 SGB Abs. 2 wird nicht geändert.
2. Stattdessen wird der Zugang zur medizinischen Rehabilitation entsprechend der Zielsetzung des RefE nicht nur für behinderte Menschen mit einer geriatrischen Indikation, sondern für alle in gleicher Schwere betroffenen Menschen mit anderen Indikationen und für alle Träger der medizinischen Rehabilitation, die gleichfalls Rehabilitanden mit schweren Teilhabebeeinträchtigungen versorgen (u.a. GRV, GUV) einheitlich und abweichungsfeste in § 13 SGB IX geregelt (trägt u.a. auch dem Gleichbehandlungsgrundsatz und dem Gebot einheitlicher Lebensverhältnisse Rechnung).
3. Einer ärztlichen Verordnung bedarf es nicht. Die mit dem RefE verbundenen Probleme sowohl bei den Leistungsvoraussetzungen zur med. Rehabilitation der GKV bzw. dem Vertragsarztrecht treten nicht auf (vergleiche Stellungnahme).
4. Der Zugang zur medizinischen Rehabilitation wird - über die im RefE genannte Zielgruppe hinaus – für diese und für alle in gleicher Schwere betroffenen behinderten Menschen, die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in einer gemeinsamen Empfehlung der Träger gem. § 26 Abs.2 Nr. 2 SGB V definiert werden über die Sorgerechtsverpflichtung des Krankenhauses nach § 11 Abs. 4 SGB V (Versorgungsmanagement) iVm § 3 der Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste nach § 26 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX ohne ärztlicher Verordnung nach § 73 Abs. 2 SGB IX und ohne weiteres Verwaltungsverfahren im Sinne des Anschlussrehabilitationsverfahrens durch direkte Überleitung aus dem Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung gewährleistet.
5. Der Vorschlag sichert für alle behinderten Menschen eine nahtlose Versorgung, die sie wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigung zweifelsfrei bedürfen.
6. Der Vorschlag trägt den von der GKV vorgetragenen Bedenken Rechnung, im Ergebnis für **alle** Leistungen der medizinischen Rehabilitation der GKV – im Gegensatz zu dem mit dem BTHG gerade eingeführten, für alle Reha-Träger abweichungsfest geltenden Verfahren zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – keine Bedarfsermittlung mehr durchführen zu sollen.
7. Der Vorschlag steht im Kontext des seit 1.1.2018 auch für die GKV geltenden § 13 SGB IX.
8. Der Vorschlag trägt erheblich zum Bürokratieabbau bei, weil mit der vorgeschlagenen Direktverlegung durch den Krankenhaussozialdienst erhebliche Verwaltungskosten eingespart werden.

#### Vorschlag

§ 13 SGB IX wird wie folgt gefasst:

1. Unverändert bisheriger Abs. 1
2. Unverändert bisheriger Abs. 2

3. Ist durch geeignete medizinische Unterlagen belegt, dass die Teilhabe eines Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen wegen Art und Schwere der Krankheit oder Behinderung offensichtlich so erheblich beeinträchtigt ist, dass kein Zweifel an der Notwendigkeit einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation bestehen kann, soll diese Leistungen auch ohne vorherige Ermittlung des gesamten Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe im Sinne des Absatzes 2 unverzüglich eingeleitet und durchgeführt werden.

4. Werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus dem Krankenhaus durch das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 SGB V auf der Grundlage der gemeinsamen Empfehlung nach § 26 Absatz 2 Nr. 9 eingeleitet, können die Leistungsberechtigten in diesen Fällen ohne weiteres Verwaltungsverfahren entsprechend ihrem Bedarf auch unmittelbar aus dem Krankenhaus in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung (§ 28 Absatz 1 Satz 1) verlegt werden.

5. In den Fällen der Absätze 3 und 4 ist durch die Rehabilitationsträger zu gewährleisten, dass die Ermittlung des Bedarfs an Teilhabeleistungen nach Absatz 2 spätestens nach Eingang des Entlassungsberichts über die Leistungen nach den Absätzen 3 und 4 abgeschlossen wird.

6. Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nr. 1, 3 und 4 vereinbaren zur Durchführung der Absätze 3 und 4 bis zum 30.6.2020 in einer gemeinsamen Empfehlung zu § 26 Absatz 2 Nr. 3 einheitlich

1. zu Absatz 3

- in welchen Fällen und aus welchem Anlass im Sinne von Abs. 2 kein Zweifel an dem Bedarf an einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation besteht,
- welche Unterlagen geeignet sind, diesen Bedarf zu belegen,
- das Verfahren zur Einleitung dieser Leistungen sowie die Handhabung des Auswahlverfahrens nach § 36 Abs. 2

2. zu Absatz 4

- in welchen Fällen die Direktverlegung aus dem Krankenhaus ohne weiteres Verwaltungsverfahren zulässig ist sowie die Handhabung des Auswahlverfahrens nach § 36 Abs. 2.

7. In den Fällen der Absätze 3 und 4 finden für die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB IX vor Beginn der Leistung § 275 Absatz 1 Nr. 1 und Absatz 2 Nr. 1 SGB V sowie § 18 Absatz 1 Satz 4 SGB V, 31 Absatz 1 SGB XI keine Anwendung.

8. Bisheriger Abs. 3 unverändert

9. Bisheriger Absatz 4 unverändert

(Könnten auch entfallen, da diese Absätze bis zum Inkrafttreten des Vorschlags abgeschlossen sind.)

### **Begründung:**

Zu Absatz 3

§ 40 Abs. 3 SGB V bleibt unverändert. Das Ordnungsrecht des Vertragsarztes nach § 73 Abs. 2 SGB V wird nicht tangiert und wird demzufolge - anders als bei der im RefE vorgesehene Aufnahme in die Leistungsvoraussetzungen des § 40 Abs. 1 SGB V - auch nicht zur Leistungsvoraussetzung. Der unmittelbare, selbstbestimmte Leistungszugang über einen Antrag nach § 19 SGB IV (dessen Eingang beim Rehabilitationsträger die Verpflichtung zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX auslöst) bleibt – unabhängig vom Ordnungsrecht des Vertragsarztes - uneingeschränkt erhalten.

Dem die beabsichtigte Regelung intendierenden Anliegen der geriatrischen Leistungserbringer wird durch die vorgeschlagene Fassung uneingeschränkt Rechnung getragen:

Sind nach der hier vorgeschlagenen Fassung die Leistungsanforderungen des SGB IX (Beeinträchtigung der Teilhabe, Vorliegen und Erreichbarkeit von Teilhabzielen - §§ 2, 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) und § 40 Abs. 1 SGB V (ambulante Krankenbehandlung oder ambulante Rehabilitation reichen nicht aus) erfüllt – was anhand der Zugehörigkeit zu den in der gemeinsamen Empfehlung trägerübergreifend und bundesweit einheitlich definierten Anspruchsgruppen geprüft wird - , sollen die Leistungen ohne weiteres Verwaltungsverfahren unverzüglich eingeleitet und ausgeführt werden.

Diese Verpflichtung gilt nicht nur für Menschen mit einem Bedarf an geriatrischer Rehabilitation, sondern für auch für alle Menschen, die wegen einer anderen Indikation eine vergleichbare schwere Beeinträchtigung ihrer Teilhabe erleiden und deshalb zweifelsfrei einen Bedarf an medizinischen Leistungen zur Rehabilitation haben.

Die vorgeschlagene Regelung entspricht den Grundsätzen der Gleichbehandlung und der einheitlichen Rechtsanwendung.

Die leistungsverpflichteten Träger der medizinischen Rehabilitation haben bei der hier vorgeschlagenen Regelung – wie bisher – nur zu prüfen, ob die Voraussetzungen für ihre Zuständigkeit gegeben (Kausalitätsprinzip der GUV, Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit der GRV) und weitere spezifische Leistungsvoraussetzungen nach dem für die Träger geltenden Leistungsgesetzen gegeben sind (GRV – versicherungsrechtliche Voraussetzungen, Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit, Erfolgsaussicht; GKV – reicht ambulante Krankenbehandlung aus usw. (§ 40 Abs. 1 u 2 SGB V).

Diese Informationen können die Krankenhaussozialdienste im Rahmen ihrer Sorgerechtsverpflichtung nach § 11 Abs. 4 SGB IV mit § 112 Abs. 4 Satz 2 SGB V zur Einleitung der Anschlussversorgung ermitteln, wobei die Krankenkassen die Krankenhäuser beim Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 Satz 3 SGB V) und sowohl die Krankenkassen, wie auch die übrigen leistungsverpflichteten Rehabilitationsträger, die Krankenhäuser nach § 3 der Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste (§ 26 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX) .

Diese Prüfung ist im Zeitalter digitaler Medien innerhalb von Stunden ohne größeren Verwaltungsaufwand möglich.

Die Erleichterung des Zugangs zu den Leistungen darf nicht nur für die geriatrische Indikation gelten. Die Gleichbehandlung aller Betroffenen mit anderen Krankheiten oder Behinderungen, die vergleichbar schwere Beeinträchtigungen der Teilhabe aufweisen, erfordert die Erleichterung des Zugangs auch für diese Zielgruppen und zwar nicht nur im Bereich der GKV, sondern für die gesamte medizinische Rehabilitation aller dafür leistungsverpflichteten Rehabilitationsträger.

#### Zu Absatz 4

Das Versorgungsmanagement des § 11 Abs. 4 SGB V verpflichtet die Krankenhäuser, für die Anschlussversorgung zu sorgen. Diese Sorgerechtsverpflichtung – die von den Krankenkassen zu unterstützen ist – stößt aber in der Praxis durchweg auf Hemmnisse in den Verfahren der GKV, die im Ergebnis dazu führen, dass eine nahtlose Versorgung in den seltensten Fällen stattfinden kann (Einholung von Gutachten des MDK, Verzögerungen im Verwaltungsablauf bis zur Entscheidung usw.).

Das der Sozialarbeit der Krankenhäuser § 3 Abs. 1 Satz 4 in der Gemeinsamen Empfehlung nach § 26 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX eingeräumte Recht, Leistungen zur Teilhabe in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger einzuleiten, läuft deshalb bisher in der Praxis GKV überwiegend ins Leere.

Dieser Mangel soll durch den vorgeschlagenen Abs. 4 beseitigt werden, der gesetzlich die Möglichkeit einer Direktverlegung aus dem Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung eröffnet, wenn an dem Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach der Überprüfung der Zugehörigkeit zu einer der in der gemeinsamen Empfehlung definierten Anspruchsgruppen durch den Krankenhaussozialdienst kein Zweifel besteht. Dies würde gerade im Bereich der geriatrischen Rehabilitation – aber auch bei allen anderen Indikationen mit vergleichbarem Schweregrad – den Zugang zu den Reha-Leistungen noch über die vom BMG im RefE beabsichtigte Regelung hinausgehend erleichtern.

Die hier vorgeschlagene Regelung nimmt ausdrücklich auf das Versorgungs**management** des § 11 Abs. 4 SGB V und nicht auf das Entlassmanagement nach § 39 SGB V Bezug. Das Versorgungsmanagement erfasst – über die bloße Verordnung einer Leistung hinausgehend – das gesamte Verfahren, das zur Einleitung der Anschlussversorgung erforderlich ist.

Mit der Einführung des Entlassmanagement wurden den Krankenhäusern mit § 39 SGB V bestimmte – aber nicht alle - Verordnungsrechte des Vertragsarztes nach § 73 Abs. 2 SGB V – z.Tl. auch in reduzierter Form – eingeräumt. Dabei wurde den Krankenhäusern ausdrücklich nicht das Recht zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen (§ 73 Abs. 2 Nrn. 5 und 7 SGB V eingeräumt.

Dieses Recht benötigt das Krankenhaus auch nicht, weil es durch die Sorgerechtsverpflichtung zur Einleitung der Anschlussversorgung nach § 11 Abs. 4 SGB V bereits über eine eigenständige Ermächtigung zur Einleitung des Rehabilitationsverfahrens verfügt.

Soweit in einem anderen Krankenhaus Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation iSv § 42 SGB IX außerhalb der Frührehabilitation nach § 39 SGB V ausgeführt werden kann, bedarf es auch dazu nicht des im RefE zu § 39 Abs. 6 SGB V vorgesehenen Verordnungsrechts.

Die Fortsetzung der Krankenhausbehandlung einschl. der noch erforderlichen Frührehabilitation in einem anderen Krankenhaus bedarf ebenfalls nur der Verlegung, aber keiner formalen Verordnung.

Der im RefE vorgesehene § 39 Abs. 1a Satz 7 SGB V ist danach entbehrlich.

#### Zu Absatz 5:

Bei der mit Absatz 3 und 4 vorgeschlagenen Erleichterung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation brauchen die Rehabilitationsträger vorab durchweg nur noch ihre

Leistungsverpflichtung (Zuständigkeit) prüfen und die dazu notwendigen Feststellungen treffen (Siehe oben Erläuterung Ziffer 4 und Begründung Absatz 3).

Die vollständige und umfassende Ermittlung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe iSv § 13 Abs. 2 SGB IX soll in diesen Fällen zur Gewährleistung der Nahtlosigkeit der Versorgung nicht mehr vorab vollständig erforderlich sein.

Die Rehabilitationsträger werden stattdessen dazu verpflichtet, die nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu treffenden Feststellungen und damit den Teilhabestatus erst spätestens nach Eingang des Entlassungsberichts über die ausgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation abzuschließen und in den Teilhabeplan (§ 19 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX) aufzunehmen. Damit werden den Rehabilitationsträgern verschiedene Organisationsmöglichkeiten eröffnet. Sie könnten z.B. in den Versorgungsverträgen nach § 38 SGB IX/§ 111 SGB V vereinbaren, dass die in allen Rehabilitationskliniken vorhandenen Sozialarbeiter die nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu treffenden Feststellung mit ausreichender Zeit in einem partizipativen Gespräch mit den Berechtigten erheben. Jedenfalls haben die Träger nach diesem Vorschlag spätestens nach Eingang des Entlassungsberichts zu gewährleisten, dass das Ergebnis der nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu treffenden Feststellungen im Teilhabeplan dokumentiert wird.

Mit Blick auf den für die Anwendung des Abs. 3 geforderten Schweregrad der Erkrankung und der Beeinträchtigung der Teilhabe sind in diesen Fällen in der Regel verschiedene Leistungen erforderlich, sodass ein Teilhabeplan regelmäßig zu erstellen sein wird.

Zu Absatz 6:

Mit diesem Regelungsvorschlag werden die leistungsverpflichteten Träger der medizinischen Rehabilitation verpflichtet, im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) für alle Indikationen in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 26 Abs. 6 SGB IX die Anforderungen zu beschreiben, bei deren Erfüllung kein Zweifel an der Notwendigkeit einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation besteht, die dann durch Verlegung aus dem Krankenhaus in eine Rehabilitationseinrichtung einzuleiten ist. Ebenso, mit welchen Unterlagen belegt wird, dass die Betroffenen zu der in der Empfehlung definierten Gruppe der Anspruchsberechtigten zählt.

In dieser gemeinsamen Empfehlung sind auch für alle Rehabilitationsträger einheitlich die in dem hier vorgeschlagenen Absatz 6 Nr. 1 und 2 genannten Verfahren zu vereinbaren, deren Ausgestaltung in der Verantwortung der Selbstverwaltung liegt.

Durch die Verpflichtung zur Erarbeitung einer gemeinsamen Empfehlung auf der Ebene der BAR ist nach § 26 Abs. 6 SGB IX die Beteiligung der Betroffenenverbände und der Verbände der Leistungserbringer gesichert.

Der Vorschlag knüpft im Bereich der GKV an § 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V an, der die GKV bisher bereits ermächtigt, in Leitlinien Indikationen festzulegen, denen jeweils eine von der Regelbehandlungsdauer abweichende Regeldauer zugeordnet werden kann. In der Praxis hat die GKV bisher davon keinen Gebrauch gemacht.

Dieser Vorschlag übernimmt diese Gestaltungsermächtigung für alle leistungsverpflichteten Rehabilitationsträger in § 13 SGB IX und erweitert die Ermächtigung auf die Vereinbarung eines vom üblichen Zugangsverfahren zur medizinischen Rehabilitation abweichenden, entbürokratisierten Zugangsverfahren für Menschen mit Behinderungen bzw. einer drohenden Behinderungen, bei denen wegen Art und Schwere ihrer Beeinträchtigung der Teilhabe kein Zweifel am Bedarf für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht.

Zu Absatz 7:

Insbesondere im Bereich der GKV – auf die die mit dem RefE beabsichtigte Regelung ja abzielt – bedarf die Prüfung der Voraussetzungen nach § 40 Abs. 1 SGB V mit Blick auf den in Abs. 3 angesprochenen Schweregrad der Krankheit keiner weiteren medizinischen Prüfung durch den MDK. Deswegen kann auch die Anwendung des § 275 SGB V für diese Fälle ausgeschlossen werden (siehe Vorschlag Abs. 7). Dies gilt entsprechend für das Verfahren nach § 18 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, 31 Abs. 1 SGB XI.