

# **Ergänzung der Integrierten Versorgung um trägerübergreifende Teilhabeleistungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen**

von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V.  
als Empfehlung vorgelegt

erarbeitet durch den  
DVfR-Ausschuss „Psychische Behinderungen“

## Mitglieder des Arbeitsausschusses

Dr. Matthias Albers, Gesundheitsamt Kreis Mettmann  
PD Dr. Robert Bering, Vorsitzender des Arbeitsausschusses, Alexianer-Krankenhaus Krefeld  
Dr. Claudia Bredenbeck, Alexianer-Krankenhaus Krefeld  
Detlef Chruscz, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen  
Prof. Dr. Klaus Fasshauer, ehemals Alexianer-Krankenhaus, Krefeld  
Matthias Gasche, AHG Gesundheitszentrum, Düsseldorf  
Dr. Ulrich Gerke, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt  
Helge Robert von Lutzau, ehemals Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf  
Dr. Dieter Schartmann, Integrationsamt des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln  
Isolde Schmid-Rüther, Rheinische Kliniken Langenfeld  
Heinz Dieter Schilson, Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion NRW, Düsseldorf  
Friederike Steier-Mecklenburg, berufliches Trainingszentrum Köln  
Frank Striening, ehemals Versorgungsamt Duisburg  
Dr. Bernhard van Treeck, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein, Köln  
Siegfried Wurm, AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf

## Hinweis

Soweit in diesem Empfehlungspapier die Bezeichnung „wir“ gebraucht wird, ist damit gemeint, dass es sich um Vorgehensweisen, Überlegungen, Einschätzungen und Erfahrungen aus dem o. g. Ausschuss handelt.

## Zusammenfassung

In der vorgelegten Stellungnahme hat der Ausschuss „Psychische Behinderungen“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation die **Möglichkeiten und Grenzen der Integrierten Versorgung (I.V.) nach den §§ 140a bis d SGB V** ausgearbeitet. Insbesondere Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen brauchen eine I.V., die über die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung hinaus geht und Teilhabeleistungen einbezieht. Wir plädieren für trägerübergreifende Lösungswege der I.V. Dieser Ansatz wird in drei Teilen entwickelt.

Im **ersten Teil** beschreiben wir die **Ausgangslage** und definieren, was der Gesetzgeber unter I.V. versteht. Wir fassen zusammen, welche Möglichkeiten sich für die Versorgung von Menschen mit psychischen Behinderungen daraus ableiten lassen. Die Ziele der I.V. sind, dass ein Patient sektorenübergreifend und interdisziplinär von allen Behandlungspartnern nach einem abgestimmten Therapiekonzept behandelt wird. Derzeit sind die abgeschlossenen Verträge überwiegend auf orthopädische Indikationen, ambulante Operationen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen beschränkt. I.V.-Verträge zu psychischen Störungen sind gegenwärtig nicht angemessen vertreten.

Um deutlich zu machen, warum die Rehabilitation von Betroffenen mit psychischen Störungen einen wesentlich größeren Radius an Leistungssegmenten benötigt, nutzen wir im **zweiten Teil** den **funktionalen Ansatz**, wie ihn der Ausschuss seit 1998 entwickelt hat. Er stellt den Betroffenen in den Mittelpunkt. Analog zur International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientiert er sich an für die Teilhabe relevanten Funktionen. Hierdurch gewinnen wir eine Planungsmatrix, die Behandlung und Teilhabeleistung im Rahmen trägerübergreifender Lösungswege unter Beteiligung der I.V. veranschaulichen kann.

Im **dritten Teil** wird ein **Lösungsvorschlag** skizziert, wie **unter Berücksichtigung der ICF** der Teilhabe eines behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen im Rahmen der I.V. erreicht werden könnte. Aus sozialrechtlicher Sicht liefert das **SGB IX** durch trägerübergreifende Vereinbarungen ausreichend Möglichkeiten, die I.V. schnittstellenübergreifend auszugestalten. Zusammenfassend ist u. E. die Umsetzung einer trägerübergreifenden, am individuellen Teilhabebedarf ausgerichteten I.V. zu empfehlen.

### Abkürzungen

DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
I.V.	Integrierte Versorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
Trägerübergreifende I.V.	Trägerübergreifende Integrierte Versorgung

## Ausgangslage

Mit den §§ 140a bis d SGB V hat die Bundesregierung die gesetzlichen Vorgaben zum Aufbau der Integrierten Versorgung (I.V.) geschaffen. Aus Sicht des Gesetzgebers soll die I.V. Strukturveränderungen im Gesundheitswesen auf den Weg bringen und eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung bei höchstens gleichen Kosten möglich machen. Die aktuell gültigen rechtlichen Grundlagen hierzu traten zum 1. Januar 2004 mit den §§ 140a bis d SGB V in Kraft.

Ein wesentliches Merkmal der I.V. beruht darauf, dass der § 140b Abs. 1 SGB V abschließend regelt, mit welchen Partnern die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) Verträge über die I.V. abschließen dürfen. Hierzu zählen neben Krankenhäusern, Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und ambulanten Pflegediensten u. a. Träger von stationären und ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht. Weitere Leistungserbringer können z.B. sein: Masseur, Krankengymnasten oder Apotheker (einzeln oder auch kollektiv über ihre Gemeinschaften). Treten weitere Krankenkassen oder Leistungserbringer den Verträgen später bei, bedarf das der Zustimmung der Vertragspartner. § 140a Abs. 1 Nr. 5 SGB V sieht nur vor, dass Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) in die I.V. einbezogen werden können. Weitere Leistungserbringer und Leistungsträger können derzeit nicht Vertragspartner im Rahmen der I.V. i.S. der §§ 140a ff. SGB V werden.

Im Einzelnen liegt der **Nutzen der I.V. für den Patienten** in

- der Leitlinien orientierten Behandlung,
- den abgestimmten Behandlungsprozessen (sektorenübergreifend),
- der Verkürzung der Behandlungszeit (Reduzierung von Wartezeiten, keine Doppeluntersuchungen) und
- gegebenenfalls monetäre Vorteile (z.B. Einsparung von Praxisgebühren).

Der **Nutzen für die Leistungserbringer** ergibt sich aus

- der Verbesserung der Berufszufriedenheit und der fachlichen Sicherheit,
- der Reduzierung der organisatorischen Belastung durch koordiniertere Abläufe,
- der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und
- der kürzeren und effektiveren Kommunikation und Information.

Für die **Leistungsträger (Krankenkassen)** besteht der **Nutzen** in

- der Transparenz des Leistungsgeschehens,
- der Kosteneffizienz durch optimierte Behandlungsprozesse,
- der Erhöhung der Versichertenbindung durch verbesserte Patientenzufriedenheit und
- in Marketingeffekten sowie in erweiterten Angebotsmöglichkeiten.

Für Versicherte ist die Teilnahme an der I.V. freiwillig und eine Nicht-Teilnahme ist mit keinen Nachteilen in der medizinischen Versorgung verbunden. Voraussetzung ist jedoch, dass die Krankenkasse, bei der er versichert ist, auch Vertragspartnerin eines Vertrages nach § 140b SGB V ist. Mit der Erklärung zur Teilnahme verpflichtet sich der Versicherte, für einen Mindestzeitraum grundsätzlich nur Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, die an der I.V. teilnehmen. Damit nimmt der Versicherte in Kauf, dass bestimmte Rechte, u. a. das Recht der freien Arztwahl, eingeschränkt sind.

---

Derzeit gibt es in Deutschland ca. 5.300 Verträge zur I.V. (Quelle: <http://www.bgs-register140d.de/> 4. Quartal 2007), die sich überwiegend auf orthopädische Indikationen, ambulante Operationen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen verteilen. Nur ein geringer Teil von I.V.-Verträgen wurde bisher im Bereich psychischer Störungen abgeschlossen. Nach der (regelmäßig aktualisierten) Aufstellung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) wurden die meisten von ihnen für die Indikationen Depression und Schizophrenie abgeschlossen ([http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/aktuell/integrierte\\_versorgung/iv-projekte-dgppn-2007.pdf](http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/aktuell/integrierte_versorgung/iv-projekte-dgppn-2007.pdf)).

Vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, welches die I.V. in der jetzigen Form eingeführt hat, ist festzustellen, dass unter den registrierten Vereinbarungen zur I.V. **Verträge zur Behandlung von psychischen Störungen<sup>1</sup> nicht in einem der Bedeutung des Problems entsprechenden Umfang vertreten** sind.

Wir stellen uns die Frage, wie die Vorteile der I.V. auch für psychisch Kranke besser genutzt werden könnten und welche spezifische Problematik sich für die Rehabilitation von psychisch Kranken aus dem Konzept der I.V. ergibt. Aus Sicht eines rehabilitativen Ansatzes stehen wir vor der Problematik, dass die I.V. auf den Leistungskatalog der GKV beschränkt ist. Die Möglichkeit der Kostenübernahme für Leistungen, die in die Leistungspflicht anderer Sozialversicherungsträger fallen, ist in den §§ 140a ff. SGB V nicht vorgesehen. Dabei wirkt sich gerade bei psychischen Störungen die Verbesserung der auf Teilhabe bezogenen Zielorientierung im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes positiv auf die Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben aus. Und umgekehrt: Gerade diese Teilhabe, die vom Gesetzgeber ausdrücklich in den Mittelpunkt gestellt wird, wirkt sich ihrerseits positiv auf die medizinische Behandlung aus (vgl. § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V und § 10 Abs. 3 SGB IX).

Wir möchten zum einen deutlich machen, welche Möglichkeiten innerhalb der gültigen Gesetzeslage bestehen, die Versorgung psychisch Kranker mit der I.V. zu verbessern. Wir denken darüber nach, welche Möglichkeiten sich ergeben, wenn die I.V. Leistungsträger außerhalb der GKV systematisch einbezieht. Dieses Konzept nennen wir trägerübergreifende Integrierte Versorgung (trägerübergreifende I.V.).

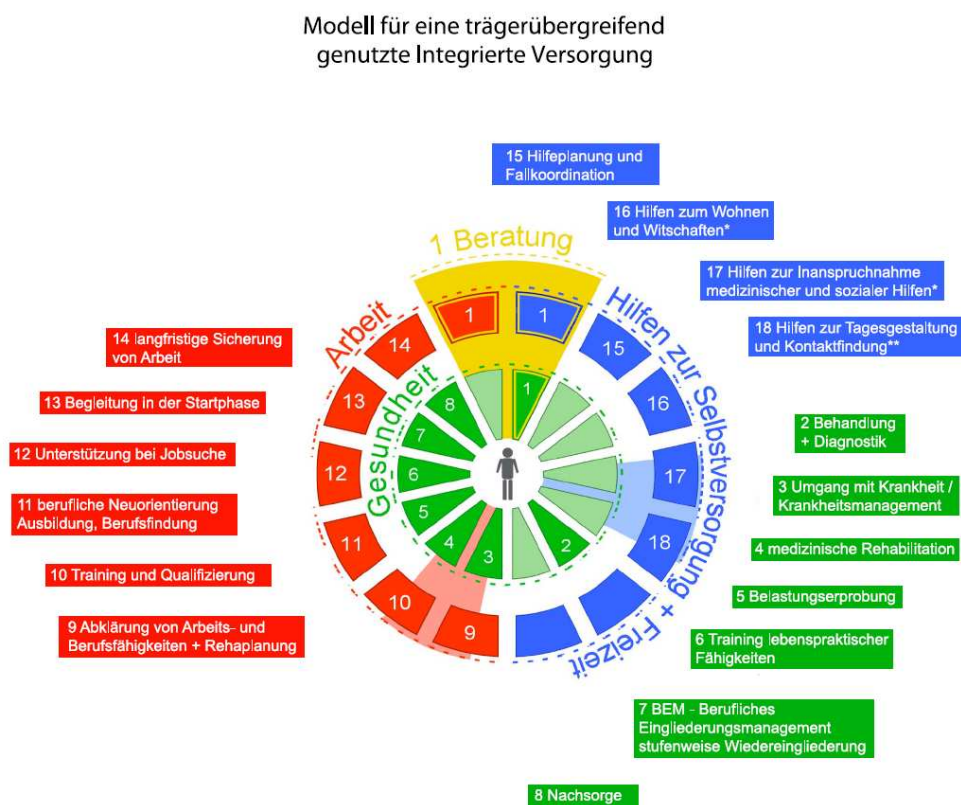
Wir setzen uns mit folgender These auseinander: Insbesondere Menschen mit psychischen Störungen brauchen eine Integrierte Versorgung, die über Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung hinaus geht und die Teilhabeleistungen einbezieht.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

<sup>1</sup> Im Folgenden ist aus Gründen der Vereinfachung nur von psychischen Erkrankungen die Rede; psychosomatische sind aber immer mitgemeint. Unter psychischen Störungen verstehen wir psychische und psychosomatische Störungen nach ICD-10 und daraus resultierende Beeinträchtigungen nach ICF – Behinderungen gemäß den Kriterien des SGB IX und XII.

## Brückenschlag zwischen Integrierter Versorgung und trägerübergreifender Versorgung mit Leistungen

Im folgenden Kapitel beschäftigen wir uns mit verschiedenen Leistungsträgern und Leistungserbringern, die an der Behandlung und Rehabilitation von Betroffenen mit psychischen Störungen beteiligt sind. Während die I.V. eine Vielzahl von Möglichkeiten bietet, Leistungen der GKV flexibel zu verknüpfen, stößt die Einbindung medizinischer, beruflicher und bisweilen auch sozialer Rehabilitation bzw. Teilhabeleistungen an Grenzen. Wir sprechen von einer trägerübergreifenden Leistungsversorgung, wenn diese Grenze überwunden werden kann. Wir sehen in diesem Ansatz eine Möglichkeit, die Abstimmung unter den Leistungsträgern zu verbessern und die Schnittstellen zu überbrücken. Um deutlich zu machen, warum die Rehabilitation von Betroffenen mit psychischen Störungen einen wesentlich größeren Radius an Leistungssegmenten benötigt, als die I.V. derzeit gewährleisten kann, nutzen wir eine graphische Darstellung zur trägerübergreifenden Versorgung mit Leistungen (s. Abb. 1) und stellen die Leistungssegmente als „Funktionen“ dar.



**Abbildung 1: Trägerübergreifend genutzte Integrierte Versorgung**

Im inneren Ring sind die Leistungen benannt, die überwiegend nach §140a-d SGB V in einer Integrierten Versorgung vereinbart werden können. Der äußere Ring symbolisiert Leistungen, die überwiegend außerhalb der Leistungen der GKV angesiedelt sind und die unser Konzept der trägerübergreifenden Integrierten Versorgung einschließt.

Mit diesem funktionalen Ansatz greifen wir die Tradition der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) auf, den behinderten Menschen mit seiner individuellen Bedürfnislage in den Mittelpunkt zu stellen (s. Kreismitte der Abb. 1). Zu Beginn steht in der Regel eine Beratung. Die weitere Zusammenstellung der Module kann individuell sehr unterschiedlich sein. Die erforderlichen Leistungspakete sind abhängig vom Krankheitsverlauf, von den individuellen Voraussetzungen inklusive Kontextfaktoren und den regionalen Gegebenheiten. Die benötigten Funktionen angemessener Versorgung richten sich nicht nach dem zuständigen Leistungsträger oder der medizinischen Diagnose, sondern einzig und allein nach dem Funktionsniveau bzw. Unterstützungsbedarf des Patienten. Hierdurch haben wir einen Ansatz geschaffen, der sich an einem bio-psycho-sozialen Modell orientiert, wie es in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) realisiert ist. Es stellt sich also die Frage, welche Einschränkungen in der Aktivität und Teilhabe im beruflichen und gesellschaftlichen Leben bestehen und mit welchen „Funktionen“ diese Teilhabestörungen behoben werden können, woraus sich dann der Versorgungsbedarf mit entsprechenden Maßnahmen herleitet.

In unserem o. a. Modell zur trägerübergreifend genutzten Integrierten Versorgung sind ein äußerer und ein innerer Ring zu erkennen. Der innere Ring repräsentiert den Bereich „Gesundheit“ im engeren Sinne; der äußere Ring „Arbeit“ und „Hilfen zur Selbstversorgung und Freizeit“. Im inneren Ring sind überwiegend Leistungen benannt, die heute schon gem. § 140a-d SGB V in einer I.V. vereinbart werden können. Der äußere Ring repräsentiert Leistungen, die überwiegend außerhalb des Leistungsspektrums der I.V. angesiedelt und somit überwiegend der trägerübergreifenden I.V. zuzuordnen sind. Bei diesem Modell müssen wir hinnehmen, dass es Überlappungen in der Zuständigkeit von Leistungsträgern gibt, die eine strenge Grenzziehung zwischen dem äußeren und inneren Ring erschweren.

Im Einzelnen enthält der **innere Ring Leistungs-Segmente**, die überwiegend im **SGB V** verankert sind. Hierzu gehören:

- Diagnostik und Behandlung im Krankenhaus
- Diagnostik und Behandlung beim niedergelassenen Arzt/Psychotherapeuten/Ergotherapeuten
- medizinische Rehabilitation<sup>2</sup> soweit über § 111 SGB V geregelt
- Belastungserprobung
- stufenweise Wiedereingliederung<sup>3</sup>
- Nachsorge und
- Häusliche Krankenpflege psychisch Kranker/ ambulante Soziotherapie

---

<sup>2</sup> Die medizinische Rehabilitation ist nur dann eine Leistung der GKV, wenn die Gesetzliche Rentenversicherung als Kostenträger ausscheidet. Dieser Sachverhalt liegt in der Regel vor, wenn der Versicherte berentet ist.

<sup>3</sup> Die Stufenweise Wiedereingliederung ist in der Regel eine Leistung der GKV; nur wenn sie im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation auf Kosten der der Gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt handelt es sich um eine Leistung der Rentenversicherung.

Im **äußeren Ring** werden Leistungen, d. h. Funktionen der Versorgung, zusammengetragen, die in eine **trägerübergreifende I.V.** einbezogen werden könnten.

Die **rot markierten Funktionen** beziehen sich auf die **Teilhabe am „Arbeitsleben“** und werden kurz aufgeführt:

- Abklärung von Arbeits- und Berufsfähigkeit
- Training und Qualifizierung
- Berufliche Neuorientierung, Berufsausbildung und –Findung
- Unterstützung bei der Jobsuche
- Begleitung in der Startphase
- Langfristige Sicherung von Arbeit

Die **blau markierten Funktionen** zur Teilhabe an der **„Selbstversorgung und Freizeitgestaltung“** und **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** werden im Folgenden skizziert:

- Hilfeplanung und Fallkoordination
- Hilfen zum Wohnen und Wirtschaften
- Hilfen zur Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen
- Hilfen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung

Der modulare Aufbau des Modells macht die Zusammenstellung individueller Leistungspakete möglich. Die Leistungserbringer- bzw. Leistungsträger-Perspektive wird zugunsten einer personenzentrierten Betrachtung aufgegeben.

### **Schnittstelle Krankenbehandlung und medizinische Rehabilitation**

Unser Anliegen ist es, die I.V. aus der Sicht der Rehabilitation einer betroffenen Person zu beleuchten. Welche Möglichkeiten liefert die I.V., wenn sich nach der Krankenbehandlung die Indikation einer medizinischen Rehabilitation stellt („Funktion“ 4: medizinische Rehabilitation; ambulant oder stationär)? Nicht selten pendeln Patienten mit psychischen Störungen zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Nervenarzt. Hier stößt die I.V. nach der aktuellen Gesetzeslage auf Grenzen. An der medizinischen Rehabilitation sind unterschiedliche Leistungsträger beteiligt. Hierzu zählen in unserem gegliederten System GKV, GRV und Gesetzliche Unfallversicherung, die Jugendhilfeträger sowie die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger. An der Schnittstelle von der Krankenbehandlung zur medizinischen Rehabilitation muss im Einzelfall entschieden und koordiniert werden. Die alle zuständigen Leistungsträger übergreifende Versorgung bietet die Möglichkeit, den Umgang mit diesen Schnittstellen auf das Anforderungsprofil psychischer Störungen auszurichten und den unterschiedlichen regionalen (Versorgungs-)Bedingungen anzupassen. Die systematische Ergänzung der I.V. um Leistungen der medizinischen Rehabilitation könnte den Gestaltungsspielraum flexibilisieren und so sicherstellen, dass notwendige Leistungen zwischen den einzelnen Leistungsträgern abgestimmt, zeitnah eingeleitet und bei Bedarf auch nahtlos durchgeführt werden.

### **Schnittstelle „Integration in Arbeit“**

Welche Möglichkeiten kann die I.V. vorweisen, um den Übergang von „Behandlung und Diagnostik“ bzw. „medizinische Rehabilitation“ in die berufliche Rehabilitation zu ermöglichen? Im Einzelnen handelt es sich um die Funktionen „Abklärung von Arbeits- und Berufsfähigkeit“, „Training und Qualifizierung“, „Berufliche Neuorientierung“, „Berufsausbildung und/ oder Langfristige Sicherung von Arbeit“. In vorliegender Darstellung werden sie unter dem Stichwort „Arbeit“ zusammengefasst. Nach unserer Sozialgesetzgebung

sind hierbei unterschiedliche Leistungsträger und Leistungserbringer involviert. Zu den verantwortlichen Leistungsträgern gehören hier die GRV, die Agentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung und die Sozial- bzw. Jugendhilfe. Bei der Umsetzung können der Integrationsfachdienst, das Berufsförderungswerk, die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation nach § 22 ff. SGB IX, die Beruflichen Trainingszentren sowie die verschiedenen Fachberatungsdienste der Rentenversicherungsträger, der Berufsgenossenschaften und der Agenturen für Arbeit eine entscheidende Rolle spielen. Je nachdem, wie der Fall gelagert ist, erfüllen sie die „Funktionen“ 9 bis 14, die im äußeren Ring der Modellskizze zur trägerübergreifenden I.V. angesiedelt sind. Es muss also ein Weg gefunden werden, diese Leistungsträger und Leistungserbringer in die I.V. einzubinden.

### **Schnittstelle „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“**

Für chronische Verlaufsformen psychischer Störungen spielt die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eine besondere Rolle. Hier gehören im Versorgungsprozess die Funktionen „Hilfeplanung und Fallkoordination“, „Hilfen zum Wohnen“ und „Hilfen zur Inanspruchnahme von Angeboten der Tagesgestaltung und zur Kontaktfindung“, die insbesondere für die Konsolidierung der medizinischen Behandlung und die Eindämmung von Teilhabestörungen eine wichtige Rolle spielen. Bei der heutigen Gesetzeslage können Anbieter derartiger Versorgungsfunktionen bzw. -komponenten nicht Vertragspartner im Rahmen der I.V. sein. Aus diesem Grunde plädieren wir für eine Ergänzung der I.V., um solche Schnittstellenprobleme einzudämmen.

Wir nutzen unser Modell der trägerübergreifenden Versorgung mit Leistungen, um deutlich zu machen, welche Leistungs-Segmente für die Behandlung und Rehabilitation von psychischen Störungen überhaupt erforderlich sind. Diese erforderlichen Behandlungs- und Teilhabeleistungen werden aus der Sicht eines personenzentrierten und trägerübergreifenden Ansatzes dargestellt. Mit diesem Schritt erreichen wir eine Kompatibilität mit dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF. Wir sehen, dass eine Ergänzung der I.V. erforderlich ist, um die Schnittstellenproblematik zwischen medizinischer Rehabilitation, Integration in Arbeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben besser lösen zu können.

## **Trägerübergreifende Leistungsoptimierung**

Wie dargestellt, sind an der Behandlung und Integration psychisch kranker Menschen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft unterschiedliche Leistungserbringer und Leistungsträger beteiligt. Wir stellen fest, dass die Anwendung des SGB IX ein viel versprechender Weg ist, die heute ausschließlich auf Leistungs-Segmente der Krankenversicherung orientierte Sektorsierung der I.V. zu überwinden. Welche Möglichkeiten ergeben sich, wenn die



---

I.V. Leistungsträger außerhalb der GKV systematisch einbezieht, ggf. unter Nutzung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation nach § 22 ff. SGB IX?

Grundsätzlich sehen wir folgenden Ansatz: Die Krankenkassen<sup>4</sup> sollten bei der Gestaltung von I.V.-Verträgen berücksichtigen, dass bei psychisch kranken Menschen i. d. R. eine Funktionsbeeinträchtigung i. S. der ICF mit trägerübergreifendem Bedarf an Teilhabeleistungen vorliegt und aus diesem Grunde die Rehabilitationsträger zusätzlich zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung übergreifende Absprachen, z. B. in Form von Verwaltungsvereinbarungen nach § 13 SGB IX (Gemeinsame Empfehlungen), treffen müssen.

Der Ansatz wird wie folgt begründet: Aufgrund der Zielsetzung des SGB IX haben alle Rehabilitationsträger im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften die Verpflichtung, den Teilhabebedarf des behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen unabhängig von der eigenen Zuständigkeit trägerübergreifend festzustellen (§ 10 SGB IX) und durch zielorientierte und wirksame Leistungen zu befriedigen (§ 1 und § 4 Abs. 2 SGB IX). § 2 Abs. 1 SGB IX bestimmt die Voraussetzungen, nach denen Menschen i. S. des SGB IX als behindert anzusehen sind oder bei denen eine Behinderung droht (z. B. chronisch Kranke). Entsprechend der ICF sind vor diesem Hintergrund im deutschen Sprachgebrauch unter dem Oberbegriff der Funktionsfähigkeit für die einzelnen Komponenten von Gesundheit – nämlich die Begriffe Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren eingeführt und definiert worden. Auf allen Ebenen finden die unterschiedlichsten Wechselwirkungen zwischen Kontextfaktoren und Gesundheitsproblemen, die auch die psycho-sozialen Komponenten umfassen, besondere Beachtung.

Dabei orientieren sich das SGB IX und die ICF nicht an dem Ausmaß der Schädigungen, sondern an dem Leitbild eines "gesunden" Menschen (Normalitätsprinzip). Als behindert gelten z.B. Personen, welche infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensaktivitäten bzw. die aktive Teilnahme am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind. Dies ist bei psychisch kranken Menschen regelmäßig der Fall. Bei ihnen zeigt sich regelmäßig auch bereits in der Akutphase ein Rehabilitations-/Teilhabebedarf, weil zumindest eine Behinderung droht. Die „Betreuung“ eines psychisch kranken Menschen kann also nicht allein Aufgabe der Krankenversicherung sein. Das bedeutet, dass eine I.V. gemäß dem Leistungsrecht der Krankenversicherung (SGB V) auch nur ein Teilpaket für die Besserung der Gesundheit und für eine ganzheitliche (Wieder-)Eingliederung des Menschen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft sein kann, welches bedarfsgerecht durch Teilhabeleistungen ergänzt werden muss.

Denn die Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V wirkt sich ausschließlich innerhalb des Systems der GKV auf Leistungen der Krankenbehandlung aus. Sie bindet we-

---

<sup>4</sup> Hier sind nur die Krankenkassen angesprochen, da andere Leistungsträger nach § 140a ff SGB V derzeit nicht als Vertragspartner der I.V. vorgesehen sind.

der die Leistungen der medizinischen Rehabilitation flächendeckend, geschweige denn die sonstigen Teilhabeleistungen mit ein, obwohl alle Rehabilitationsträger, insbesondere die Krankenversicherungsträger, gemäß § 10 SGB IX bei Erkennung einer (drohenden) Behinderung verpflichtet sind, die erforderlichen Teilhabeleistungen in Abstimmung mit den sonstigen Rehabilitationsträgern funktionsbezogen festzustellen und so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.

Während der Sicherstellungsauftrag (und damit die Definitions- und Gestaltungsmacht) bei der I. V. ausschließlich den Krankenkassen zugeordnet ist, haben die Rehabilitationsträger nach § 19 SGB IX dennoch auch einen trägerübergreifenden, gemeinsamen und teilhabeorientierten Sicherstellungsauftrag (§§ 12 Abs. 1 Nr. 1, 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX). Elemente dieser ganzheitlichen Versorgung psychisch kranker Menschen ergeben sich z. B. unter anderem auch aus den nachfolgenden, unter Berücksichtigung der §§ 10 bis 13 SGB IX zustande gekommenen Gemeinsamen Empfehlungen:

- Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i. V. m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“) vom 22. 3. 2004,
- Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX, in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist (Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“) vom 16.12.2004,
- Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22.3.2004,
- Gemeinsame Empfehlung gem. § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe (Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“) vom 16.12.2004

Die Gemeinsamen Empfehlungen sind - soweit und solange es für bestimmte Zielgruppen keine bundesweiten Empfehlungen gibt - auch auf regionaler Ebene zulässig. Ebenso können bundesweite Empfehlungen regional konkretisiert werden (§ 13 Abs. 9 SGB IX).

Auf dieser Grundlage können und sollen Renten-, Krankenversicherungsträger wie auch die Bundesagentur für Arbeit multidisziplinäre und trägerübergreifende Rehabilitationskonzepte für psychisch kranke Menschen vereinbaren. Diese sind dann in Verträge gemäß § 21 SGB IX mit einem oder mehreren Leistungserbringern umzusetzen. Derartige Verträge gibt es im Bereich der Indikation psychischer Erkrankungen derzeit nicht. In Versorgungsverträgen nach § 21 SGB IX ist entsprechend der Zielsetzung des § 10 SGB IX auch die Koordination und Kooperation mit Leistungen bzw. Leistungsanteilen der Akutversorgung zu regeln. Dieses kommt in unserem Modell zu einer trägerübergreifend genutzten „Integrierten Versorgung“ zum Ausdruck.

Ergänzend sei erwähnt, dass auch ein trägerübergreifendes Persönliches Budget (§ 17 SGB IX) dem sektorisierten Denken in unserem gegliedertem System entgegen wirkt. Beantragt der psychisch erkrankte Mensch ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, werden die Leistungen der einzelnen Leistungsträger zu einem Gesamtbudget gebündelt; in diesem Fall sind die Leistungsträger dazu verpflichtet, rehailitationsträgerübergreifend zu denken und wie aus einer Hand zu leisten.

Zusammenfassend möchten wir noch einmal die wichtigsten Instrumente zur Lösung der skizzierten Schnittstellenproblematik aufführen. Mit unserem Ansatz können die Rehabili-

---

tationsträger eine gesetzeskonforme, trägerübergreifende (integrierte) Versorgung von psychisch kranken Menschen sicherstellen:

1. Definition von zielgruppen- und bedarfsorientierten multidisziplinären Leistungspaketen sowie der dazugehörigen Qualitätsanforderungen durch die Rehabilitationsträger unter Beteiligung der Leistungserbringer (§§ 12, 13, 19, 20 SGB IX)
2. ICF-orientierte Ermittlung des zuständigkeitsunabhängigen, trägerübergreifenden individuellen Leistungsbedarfs und Dokumentation in einem Teilhabeplan (§ 10 SGB IX)
3. Trägerübergreifendes Teilhabemanagement (§§ 10, 11, 14, 22 SGB IX)
4. Wahrnehmung des gemeinsamen regionalen Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX
5. Trägerübergreifende Absprachen, etwa in Form von Verwaltungsvereinbarungen auf Basis der oben erwähnten Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX.

Wir haben damit einen Lösungsvorschlag skizziert, wie unter Berücksichtigung der ICF die Teilhabe eines behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen im Rahmen der I.V. erreicht werden könnte. Aus sozialrechtlicher Sicht liefert das SGB IX durch die genannten Instrumente ausreichend Möglichkeiten, die I.V. schnittstellenübergreifend auszugestalten.