

DVfR – Fachtagung

Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen
- Selbstbestimmung und Teilhabe durch Rehabilitation -

Gestaltungsspielräume für Veränderungen
der rehabilitativen Versorgung
pflegebedürftiger Menschen aus sozialrechtlicher Sicht

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Begriffsbestimmung

Rehabilitation und Teilhabe

- Art 26 Abs. 1 UN-Behindertenrechtskonvention:
„Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen..., um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale.. Fähigkeiten sowie die *volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens* zu erreichen und zu bewahren“
- Nach § 1 SGB IX erhalten Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen nach dem SGB IX Leistungen, *um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern.....*

Medizinische Rehabilitation

- Nach § 5 SGB IX **werden zur Teilhabe erbracht**
„(1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“
- Medizinische Rehabilitationsleistungen sind danach ***Teilhabeleistungen***, die nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX nur „***zur Erreichung***“ der in §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX genannten „***Teilhabeziele***“ **erbracht werden dürfen.**

Rehabilitationsziele

- Herstellung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe (§ 1 SGB IX)
- Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.
- Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Sozialleistungsbezug abwenden, beseitigen, mindern usw.
(§§ 4 Abs. 1 Nrn. 1 und 2, 26 Abs. 1 SGB IX)
- Förderung der **persönlichen Entwicklung, Ermöglichung, Erleichterung u.a. d. selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung**
(§§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX)

Demgegenüber Zielbeschreibung der Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation:

- „Zudem ist das Rehabilitationsziel *vor allem auf alltagsrelevante Aktivitäten und die Teilhabe* abzustellen und an das Lebensalter sowie die Lebenssituation des alten Menschen anzupassen“.
- „Ein realistisches *alltagsrelevantes Rehabilitationsziel* ist die dauerhafte Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung der *Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen*, z.B. selbständige Nahrungsaufnahme, selbständiges An- und Auskleiden.

Diese Zielbeschreibungen haben eine hohe Relevanz zu Anforderungen aus dem Bereich der Pflegeversicherung, *bleiben jedoch hinter dem Anspruch auf uneingeschränkte Teilhabe in alle Aspekte des Lebens* (BRK) und Förderung der uneingeschränkten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (SGB IX) *zurück*.

Neuorientierung der Rehabilitation und Teilhabe durch das SGB IX (**Paradigmenwechsel**)

Ziel jedweder medizinischen Rehabilitation ist nicht mehr allein

- die Erlangung der individuell bestmöglichen physischen und psychischen Gesundheit, sondern
- die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie die Vermeidung von Benachteiligungen
- Aufgabe der Rehabilitationsleistungen ist nicht die Krankenbehandlung mit anderen Mitteln, sondern die Bewältigung der Teilhabebeeinträchtigungen (Krankheitsfolgen)

Wirksamkeit bezogen auf Teilhabeziele

- Teilhabe-/Rehabilitationsleistungen müssen wirksam im Sinne der Erreichung der Rehabilitationsziele sein, d.h.,
- es reicht nicht aus, die **Fähigkeit zur Teilhabe (Capacity)** zu vermitteln, es kommt auf das Erreichen der **tatsächliche Teilhabe (Performance)** an.

Zielgruppen

Zielgruppen

- Kinder und Jugendliche sowie erwachsene Menschen jeden Alters,
 - die als Folge von Krankheit oder Behinderung pflegebedürftig geworden sind oder bei denen Pflegebedürftigkeit droht und deswegen
 - in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt sind, bzw. bei denen eine solche Beeinträchtigung droht und deswegen
 - einen Bedarf sowie einen Anspruch auf Rehabilitations- und Teilhabeleistungen haben.
- Diese Menschen können sich zum Zeitpunkt des Eintritts des Rehabilitationsbedarfs aufhalten
 - in ihrer Wohnung oder einer besonderen Wohnform
 - in einer Pflegeeinrichtung
 - in einer Behinderteneinrichtung
 - im Krankenhaus.
- Die Aufenthaltsorte sind neben den sonstigen Kriterien der jeweiligen Lebenssituation der Betroffenen als Kontextfaktoren im Sinne der ICF in die individuelle Leistungsentscheidung und –gestaltung, aber auch systemisch in die Versorgungsstrukturplanung (Gestaltung des Sicherstellungsauftrages) einzubeziehen.

Probleme der Betroffenen (u.a.)

- Kein nahtloser Übergang von der Akutversorgung zur Rehabilitation.
- Zugang zu den Leistungen ist trotz Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V, Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und (Teilhabemanagement §§ 8, 10-14, 22,23 SGB IX) nicht oder nicht funktionsfähig organisiert.
- Oftmals werden Leistungen trotz eindeutiger Teilhabebeeinträchtigung, Teilhabezielen und positiver Teilhabeproggnose von den Kassen ohne tragfähige rechtmäßige Begründung abgelehnt.
- Unklare – nicht am Bedarf orientierte – Auswahl des Leistungsanbieters (z.B bei Schlaganfällen häufig geriatrische Reha statt neurologischer Reha, geriatrische Reha statt indikationsspezifischer Reha)
- Rehabilitationsangebote behandeln überwiegend nur die körperlichen Strukturbeeinträchtigungen und die damit verbundenen Folgen, nicht aber die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Leistungen sowie der Partizipation.
- Nach Erreichen der DRG-Grenzverweildauer häufig Verlegung von einem Krankenhaus in ein kostengünstigeres anderes Krankenhaus – angebl. zur Rehabilitation, obwohl dort tatsächlich Palliativversorgung stattfindet.

Trägerübergreifendes Leistungserbringungsrecht des SGB IX

Einheitliche Rehabilitationsleistungen

Gleichbehandlung aller behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen bei der Leistungserbringung und -ausführung unabhängig von der Zuständigkeit eines Trägers:

*Nach dem SGB IX ist **unabhängig von der jeweiligen Zuständigkeit** zu gewährleisten, dass **jeder Berechtigte** die aus gegebenem Anlass erforderlichen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen **entsprechend seinem individuellen Rehabilitationsbedarf nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich** erhält.*

Einheitliche Rehabilitationsleistungen

Regelungen des SGB IX zur Einheitlichkeit der Leistungen:

- § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX – vollständig, umfassend und in gleicher gleicher Qualität
- § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX – Ausführung nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen
- § 12 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX – nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitliche Erbringung
- § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX – Gemeinsame Empfehlung, in welchen Fällen und in welcher Weise Leistungen angeboten werden (Leitlinienverpflichtung)

Versorgungsstrukturecht der Rehabilitation

Das SGB IX regelt das Leistungserbringungs- und Versorgungsstrukturecht (mit Ausnahme der §§ 75ff SGB XII) träger- und sozialgesetzbuchübergreifend für alle Rehabilitationsträger verbindlich; es

- überträgt den Rehabilitationsträgern die gemeinsame Verantwortung für die Versorgungsstrukturentwicklung (Sicherstellungsauftrag § 19 SGB IX)
- verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Ausführung in geeigneten Einrichtungen
- konkretisiert die Anforderungen an die Versorgungsverträge
- räumt den Verbänden der Betroffenen und Leistungserbringer Mitwirkungsrechte ein.

Rehabilitationsleistungen für pflegebedürftige Menschen können die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und die Versorgungsämter erbringen, die deshalb gemeinsam in dieser Verantwortung stehen.

§ 19 SGB IX – Sicherstellungsauftrag

- Die Rehabilitationsträger sind zur **gemeinsamen Sicherstellung der fachlich und *regional* erforderlichen Einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität verpflichtet.**
- Dabei sind die Bundes- und Landesregierungen zu beteiligen,
- ebenso die Verbände der Betroffenen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer der Rehabilitation, nicht jedoch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Strukturen der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern

- § 17 SGB Abs. 1 IX – Ausführung der Leistungen nur in geeigneten Einrichtungen
- § 19 SGB IX – Sicherstellungsauftrag, Auswählermessen gebunden an die geeignetste Form der Leistungsausführung
- § 20 SGB IX – Gemeinsame Qualitätssicherung
- § 21 SGB IX – Vertragsrecht; Feststellung der Eignung mittels Versorgungsvertrag

Fachlich und regional erforderliche Angebote in ausreichender Zahl und Qualität

- Fachlich und regional erforderlich sind die Angebote, **die regional notwendig sind, den Bedarf** zu decken
(Art 26 BRK – gemeindenah, auch in ländlichen Gebieten).
- Bedarf ist die Summe aller Fälle, für die nach § 10 SGB IX orientiert an der ICF ein Bedarf an Rehabilitations- und Teilhabeleistungen festgestellt wurde.
- Ausreichend ist die Angebotsgestaltung, die mit dem festgestellten Bedarf korreliert.
- Die Qualität richtet sich nach den Gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12, 13, 20 SGB IX

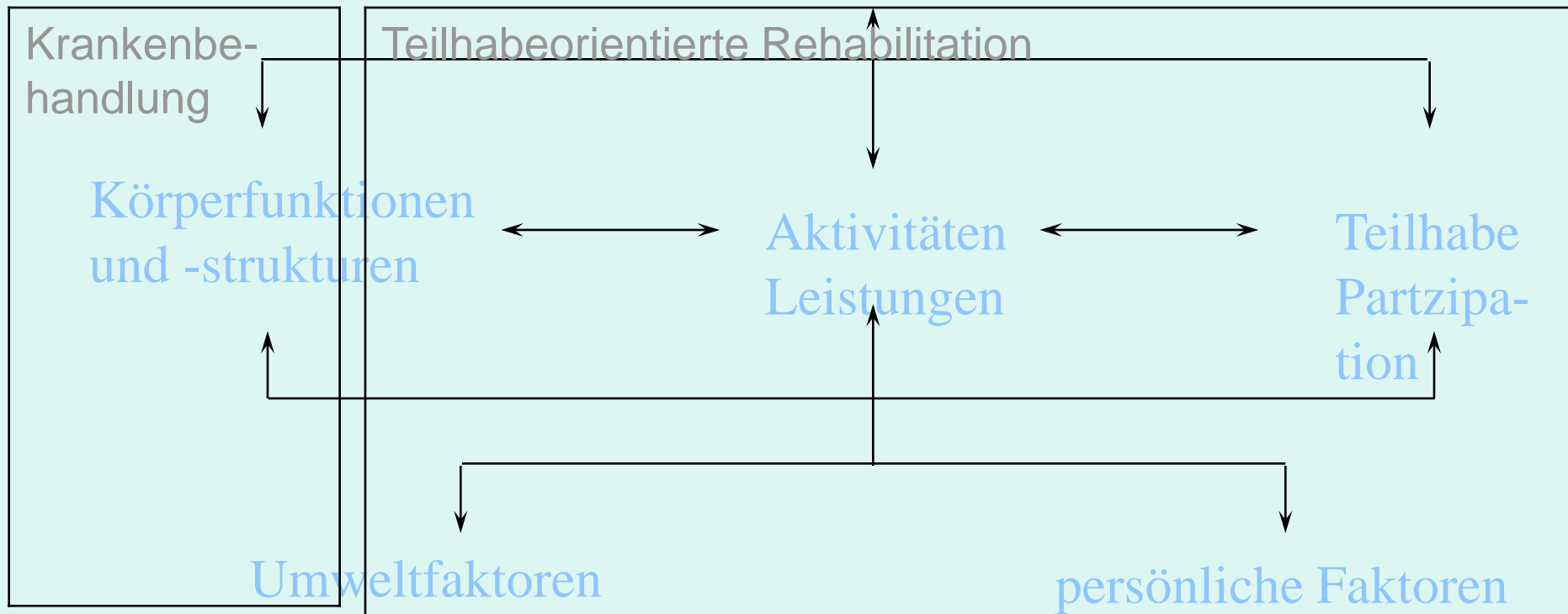
Teilhabeorientierung des Bedarfs

- Mit Blick auf die gesetzlich vorgeschriebene Zielorientierung der Rehabilitation auf die Förderung der Selbständigkeit und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
- ist der Leistungsbedarf orientiert an der „*Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*“ der WHO funktionsbezogen festzustellen (§ 10 SGB IX).
- Art 26 Abs. 1a BRK erwartet darüber hinausgehend die multidisziplinäre Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken.
- Die derzeit eingesetzten Bedarfsfeststellungsverfahren entsprechen diesen Anforderungen nicht. Ebenso wenig wie das künftige Verfahren zur Feststellung des Pflegeleistungsbedarfs (wie schon der Vergleich mit der ICF-Checkliste zeigt).
- Die **derzeitigen rehabilitativen Versorgungsstrukturen** für pflegebedürftige Menschen **basieren danach auf nicht teilhabeorientierten Planungsgrundlagen** und können nur bedingt geeignet sein, den teilhabeorientierten Rehabilitationsbedarf zu decken.

Wirkungsbereich Krankenbehandlung - Teilhabe-/Rehabilitation

Gesundheitsproblem

(Gesundheitsstörung oder Krankheit, ICD)



• materiell

• sozial

• verhaltensbezogen

• Alter, Geschlecht

• Motivation

• Lebensstil

Regionale Arbeitsgemeinschaften

- § 12 Abs. 2 SGB IX sieht u.a. zur Durchführung des Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX die Bildung regionaler Arbeitsgemeinschaften vor.
- Dies ist nach dem Willen des Gesetzgebers die **Plattform**, auf der die Frage zu **klären** ist, **welche Rehabilitationsdienste und –einrichtungen fachlich, qualitativ und der Zahl nach ausreichend in einer Region zur Verfügung stehen** müssen.
- Diese Arbeitsgemeinschaften sind zur **Umsetzung der BRK** unverzichtbar, weil ohne sie die „gemeindenahе“ Verfügbarkeit der Angebote, „auch in ländlichen Gebieten“ kaum zu gewährleisten sein dürfte (Art. 19, 26 BRK).
- Die (bisher bundesweit nicht vorhandenen) regionalen Arbeitsgemeinschaften sind zugleich die **Plattform**, auf der **die Betroffenenverbände und die Verbände der Leistungserbringer ihre Kompetenz und Expertise einbringen** und ihre **gesetzlichen Beteiligungsrechte einlösen** können.

Versorgungswirklichkeit

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Versorgungswirklichkeit

- Fallabschließende Rehabilitation im Krankenhaus
 - z.T. als reine Frührehabilitation
 - z.T. als geriatrische Rehabilitation in entsprechenden Fachabteilungen
- Geriatrische Rehabilitation in
 - Fachabteilungen des Krankenhauses
 - spezifischen Geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen
 - im Verbund mit einem Krankenhaus (aber: § 111 Abs 6 SGB V = wirtschaftlich und organisatorisch selbständig)
 - eigenständigen Rehabilitationseinrichtungen

Kurzexkurs: Frührehabilitation

- Frührehabilitation ist keine Leistung der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 26 SGB IX, der auch für die Rehabilitationsleistungen gesetzlichen Krankenversicherung abschließend regelt, was unter medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zu verstehen ist (§ 27 SGB IX).
- Frührehabilitation ist eine Phase der Krankenhausbehandlung mit rehabilitativen Methoden, die durch die Krankenhausvergütung (DRG) finanziert wird
- Folglich findet für diese Leistungen der Akutversorgung das Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht des SGB IX keine Anwendung

Versorgungswirklichkeit

- Indikationsspezifische Rehabilitation
 - Neurologische Rehabilitation nach Schlaganfall oder anderen Hirnschädigungen
 - wenige Modelle anderer Indikationen, wie z.B. orthopädischer Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen
- Pflegeeinrichtungen der Reha-Phase F für Wachkomapatienten
- Mobile Rehabilitation: unterschiedliche Entwicklungen
 - im häuslichen Bereich
 - in Pflegeeinrichtungen, Behinderteneinrichtungen
- Selbstbestimmte Ausführung als Persönliches Budget nur vereinzelt.

Versorgungswirklichkeit

- Völlig unterschiedliche Entwicklung in den Bundesländern, u.a.:
 - In einigen Ländern weitgehende Begrenzung auf fallabschließende Reha im Krankenhaus;
 - Z.Tl. keine weiterführende stationäre Rehabilitation mehr außerhalb des Krankenhauses;
 - Nach Anzahl und Qualität nicht ausreichende stationäre und nichtstationäre Rehabilitationsangebote.
 - Keine flächendeckenden Angebote mobiler Reha, vor allem auch für die mobile Reha in Pflegeeinrichtungen.
- Der im Grundgesetz verankerte Grundsatz der Gewährleistung einheitlicher Lebensverhältnisse ist für pflegebedürftige Menschen damit nicht mehr gewährleistet.

Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten

Alle für die Versorgung pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen erforderlichen Angebotsstrukturen können im Rahmen des Leistungserbringungsrechts des SGB IX

- von den Rehabilitationsträgern in Gemeinsamen Empfehlungen (§§ 12, 13, 20 SGB IX) gestaltet und
- mit den Leistungserbringern in Einzel- oder Rahmenverträgen vertraglich vereinbart werden.

Soweit Unterversorgung besteht oder die Rehabilitationsangebote – bezogen auf die Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe - nicht bedarfsgerecht oder wirksam sind, **liegt die Verantwortung dafür fast ausschließlich bei den Rehabilitationsträgern.**

Gleichbehandlungsgrundsatz

- Einheitliche Lebensverhältnisse und eine einheitliche Rechtsanwendung sind für die Betroffenen nur zu gewährleisten, wenn die Rehabilitationsträger in **Gemeinsamen Empfehlungen**
 - für die aus den Bedarfsfeststellungsverfahren bekannten Zielgruppen
 - die Anforderungen an Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen

nach §§ 12, 13 SGB IX bundeseinheitlich definieren.

- Dazu mit den Leistungserbringerverbänden bundesweite Rahmenverträge (§ 21 Abs. 2 SGB IX) eingehen bzw. sich in den mit einzelnen Leistungserbringern zu vereinbarenden Versorgungsverträge bindend daran orientieren (§ 21 Abs. 1 SGB IX).
- Die den individuellen Bedarf kennzeichnende Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft icf-orientiert nach § 10 SGB IX feststellen.

Versorgungsformen

- Mit Ausnahme der Frührehabilitation im Krankenhaus, für mit Blick auf die DRG-Vergütung das Leistungserbringungsrecht des SGB IX nicht anwendbar ist, können so alle bedarfsorientiert erforderlichen rehabilitativen Versorgungsformen gestaltet werden:
 - ambulante Rehabilitationsdienste
 - stationäre Rehabilitationsangebote (Unter Beachtung des § 111 Abs. 6 SGB V auch im Unternehmens- oder räumlichen Verbund mit dem Krankenhaus)
 - Mobile Rehabilitation, insbesondere auch in Pflege- und Behinderteneinrichtungen
- Da § 13 Abs. 9 SGB IX ausdrücklich auch regionale Konkretisierungen der Gemeinsamen Empfehlungen zulässt, ist damit auch ein sozialräumlicher Zuschnitt der Angebote möglich (Art. 19 BRK).
- Eine alternative Form zur Vernetzung von Akutversorgung und Rehabilitation ist ein Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V, an dem neben einer Rehabilitationseinrichtung und einem Krankenhaus auch Pflegeeinrichtungen beteiligt sein können.

Diese Vernetzung ist sowohl für stationäre, wie auch für ambulante Angebotsformen denkbar.

Fazit:

Nach geltendem Recht sind alle bedarfsgerecht erforderlichen und wirksamen Angebotsformen und –inhalte möglich.

Man muss es nur wollen!

Herzlichen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit !