

Rolle der Leistungserbringer bei den Aktivitäten am Ende einer Leistung



Kurz und knapp

- Der zuständige Reha-Träger prüft während des Reha-Prozesses und insbesondere zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe die Notwendigkeit weiterer Leistungen und stellt einen nahtlosen Übergang sicher (u. a. § 84 GE Reha-Prozess).
- Leistungserbringer...
 - ...erstellen Abschluss- bzw. Entlassberichte
 - ...empfehlen nachgehende Leistungen bzw. leiten diese ggf. auf entsprechendes Hinwirken des zuständigen Reha-Trägers ein (§ 85 Abs. 2 GE Reha-Prozess)
 - ...wirken darauf hin, dass der Mensch mit Behinderung zu Angeboten weiterer Akteure (z. B. von Selbsthilfegruppen) beraten und ggf. an entsprechende Beratungsstellen vermittelt wird (§ 85 Abs. 5 GE Reha-Prozess)
 - ...informieren mit Einverständnis des Leistungsberechtigten u. a. die/ den behandelnde/n Ärztin/Arzt und einbezogenen Reha-Träger über empfohlene oder bereits eingeleiteten Maßnahmen (§ 85 Abs. 3 GE Reha-Prozess)
 - ...stellen beim Entlassmanagement im Bereich des Krankenversicherungsrechts personenzentriert weitere Versorgungsbedarfe fest, leiten nachgehende Leistungen ein und stellen den Kontakt zu den nachfolgenden Leistungserbringern her (§ 40 Abs. 2 i. V. m. § 39 Abs. 1a SGB V).

Allgemeines zu Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

Das übergeordnete Ziel von Leistungen zur Teilhabe ist es, die Selbstbestimmung von Menschen mit (drohenden) Behinderungen und ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft **dauerhaft** zu fördern (§ 1 Satz 1 i. V. m. § 19 Abs. 3 und § 28 Abs. 2 SGB IX). Dies setzt voraus, Rehabilitationserfolge nachhaltig zu sichern.

Der zuständige Reha-Träger prüft deshalb zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe die Notwendigkeit weiterer, nachgehender Leistungen und stellt einen nahtlosen Übergang sicher. Hierfür nimmt er im Bedarfsfall frühzeitig Kontakt mit einem nachfolgend zuständigen Reha-Träger auf und übermittelt ihm relevante Unterlagen, sofern die/der Leistungsberechtigte einverstanden ist. Zudem wird ein ggf. vorhandener Teilhabeplan fortgeführt (vgl. §§ 83 f., 86 GE Reha-Prozess).

Nachgehende Leistungen können eigenständige Leistungen zur Teilhabe sein, z. B. eine stufenweise Wiedereingliederung oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation. Nachgehende Leistungen können aber auch Bestandteil der Gesamtleistung sein. So schließt die Beauftragung eines Integrationsfachdienstes (IFD) im Anschluss an eine Vermittlung eine 6-monatige Stabilisierungsphase zur Sicherung des Vermittlungserfolgs ein (§ 4 Abs. 3 GE IFD). Zudem kommen im Anschluss an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur medizinischen Rehabilitation sogenannte ergänzende Leistungen, wie Rehabilitationssport und Funktionstraining in Betracht (vgl. § 64 Abs. 1 SGB IX). Insbesondere im Bereich der Rentenversicherung bestehen besondere Angebote zur Nachsorge wie z. B. IRENA.

Rolle der Leistungserbringer zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

Die Leistungserbringer erstellen zum Ende einer Leistung zur Teilhabe in der Regel Abschlussberichte oder Entlassberichte, die sie – unter Beachtung des Datenschutzes – ggf. an den zuständigen Reha-Träger übermitteln. Neben Informationen zum Ergebnis und Verlauf der Leistung, enthalten diese auch Empfehlungen zu weiterführenden Leistungen (§ 85 Abs. 1 GE Reha-Prozess). Solche Leistungen werden ggf. auf entsprechendes Hinwirken des zuständigen Reha-Trägers bereits vom Leistungserbringer eingeleitet und die Motivation zu ihrer Inanspruchnahme gefördert (§ 85 Abs. 2 GE Reha-Prozess). Zudem können die Leistungserbringer auch selbst Nachsorgeangebote erbringen (z. B. Telefonnachsorge, Online-Nachsorge).

Die Leistungserbringer wirken auch darauf hin, dass der Mensch mit Behinderung zu Angeboten weiterer Akteure (z. B. von Selbsthilfegruppen) beraten und ggf. an entsprechende Beratungsstellen vermittelt wird (z. B. Integrationsfachdienste, Selbsthilfekontaktstellen) (§ 85 Abs. 5 GE Reha-Prozess)

Auf Wunsch bzw. mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung sind bei der Planung nachgehender Leistungen die Angehörigen und das soziale Umfeld einzubinden (§ 85 Abs. 5 GE Reha-Prozess).

Soweit die Leistungsberechtigten einverstanden sind, informieren die Leistungserbringer auch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt und ggf. die Betriebsärztin/den Betriebsarzt sowie alle weiteren einbezogenen Reha-Träger über die empfohlenen oder bereits eingeleiteten Maßnahmen (vgl. § 85 Abs. 3 GE Reha-Prozess).

Den Reha-Trägern dienen die Abschlussberichte bzw. Entlassberichte als Grundlage für eine erneute Bedarfsermittlung, sofern sie ihnen zur Verfügung stehen. Empfohlene Leistungen werden dabei vom Reha-Träger geprüft und ggf. auf deren nahtlose Umsetzung hingewirkt (§ 85 Abs. 1 GE Reha-Prozess).

Besonderheiten beim Entlassmanagement in der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzlichen Krankenkassen

Im Krankenversicherungsrecht ist ausdrücklich geregelt, dass zu einer stationären medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen auch ein sogenanntes Entlassmanagement gehört. Durch dieses Entlassmanagement sollen Versorgungslücken vermieden und die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation gesichert werden. Einzelheiten zum Verfahren sind in einem Rahmenvertrag zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene vom 1.2.2019 (im Folgenden: Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha) geregelt (§ 40 Abs. 2 Satz 6 i. V. m. § 39 Abs. 1a Satz 1 SGB V).

Aufgaben der Leistungserbringer beim Entlassmanagement im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sind danach insbesondere eine personenzentrierte Feststellung weiterer Versorgungsbedarfe und darauf aufbauend ggf. die Einleitung nachgehender Leistungen inklusive Kontaktaufnahme zu den Leistungserbringern. Zudem werden Unterstützungsleistungen und Beratungsmaßnahmen gewährleistet, z. B. bei der Beantragung weiterer Teilhabeleistungen (vgl. §§ 3, 5, 7 f. Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha).

Die Inhalte des Reha-Entlassberichts im Krankenversicherungsrecht sind durch § 13 Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha standardisiert. Zudem dürfen Ärzte/-innen in Rehabilitationseinrichtungen im Krankenversicherungsrecht – anders als in anderen Bereichen – verschiedene nachgehende Leistungen (z. B. Arzneimittel und Heilmittel) verordnen und Arbeitsunfähigkeit feststellen, soweit dies für die Versorgung unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist (§ 40 Abs. 2 Satz 6 i. V. m. § 39 Abs. 1a Satz 6 SGB V).

Die Krankenkassen als Reha-Träger tragen Verantwortung zur Unterstützung der Reha-Einrichtung. Dies bedeutet z. B., dass die Krankenkassen unverzüglich über Anträge auf weitere genehmigungspflichtige Leistungen entscheiden und dabei ggf. eng mit der Pflegekasse zusammenarbeiten. Auf Nachfrage informiert die Krankenkasse die Rehabilitationseinrichtung über regionale Versorgungsangebote, die für eine Anschlussversorgung in Betracht kommen und unterstützt ggf. bei der Terminfindung (§ 9 Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha).