

Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge
– Diskussionsbeitrag Nr. 21/2012 –

12.12.2012

Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Rehabilitation – Bericht vom 6. Deutschen REHA-Rechtstag

von Ayse Oluk und Manuela Willig, Universität Kassel

Am 28. September 2012 fand in Kassel der 6. Deutsche REHA-Rechtstag statt. Neben der Reform der Eingliederungshilfe, der Bedarfsfeststellung und Begutachtung in der Rehabilitation¹, der Frage, unter welchen Umständen Strafgefangene Anspruch auf eine Sucht-REHA haben und den Landesschiedsstellen nach § 111b SGB V² wurden auch die Auswirkungen der Pflegereform auf die Rehabilitation behandelt.

I. Vortrag

Markus Algermissen, LL.M.³ (Ministerialrat, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin) stellte in seinem Vortrag „**Auswirkungen der Pflegereform und weiterer aktueller Gesetzesvorhaben auf die Rehabilitation**“ im Überblick die Gesetzesänderungen der 17. Legislaturperiode vor, mit denen die Rahmenbedingungen für die Rehabilitation in Deutschland, insbesondere der medizini-

schen Rehabilitation, verbessert werden sollen. Einen Schwerpunkt bildete dabei das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)⁴. Durch das PNG werde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ im SGB XI gestärkt, indem die Pflegekassen verpflichtet werden, Antragstellenden neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln⁵. Auch wurde der Anspruch auf Kurzzeitpflege so erweitert, dass nun Kurzzeitpflege auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden kann,⁶ um die Situation pflegender Angehöriger zu verbessern.

Als Maßnahmen der Exekutive zur Verbesserung des Rehabilitationssystems nannte **Algermissen** zum einen den Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Zum anderen wies er darauf hin, dass insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit die Neufassung der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ mit den dazugehö-

¹ Siehe hierzu Beitrag D20-2012 auf www.reha-recht.de.

² Siehe hierzu Beitrag D19-2012 auf www.reha-recht.de.

³ Vgl. hierzu auch Algermissen, Beitrag A30-2012 auf www.reha-recht.de.

⁴ Gesetz v. 23.10.2012, BGBl I, S. 2246.

⁵ Vgl. §§ 7 Abs. 2 S. 1 SGB XI, 18 Abs. 6 S. 1, 18a Abs. 1 SGB XI n. F.

⁶ Vgl. § 42 Abs. 4 SGB XI n. F.

rigen Umsetzungsempfehlungen unterstützt habe, um so insbesondere die Defizite in der Bewilligungspraxis der Krankenkassen im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter abzustellen.

Dr. Christian Berringer (Bundesministerium für Gesundheit, Berlin) widmete sich der Thematik **„Rehabilitation vor Pflege – Neue Herausforderung durch Neue Ausrichtung“** mit der Kernfrage „Sind pflegebedürftige Menschen überhaupt rehaedürftig, rehafähig und auch rehawillig?“ Er berichtete, dass rund 2,5 Millionen Menschen Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Obwohl der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) jährlich etwa 1,4 Millionen Begutachtungen⁷ durchführe, werde nur selten durch den MDK auch eine Reha-Maßnahme empfohlen. Dies belege auch die Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ aus dem Jahr 2011, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt wurde. Danach erhielten lediglich vier Prozent der (2010) befragten Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege durch den MDK Empfehlungen für ambulante Rehabilitationsleistungen und weitere fünf Prozent Empfehlungen für stationäre Rehabilitationsleistungen.⁸ Ein wesentlich höherer Anteil ambulant versorgter Pflegebedürftiger gehe jedoch davon aus, entsprechende Leistungen zu benötigen⁹. Bislang könne man keine konkreten Angaben über die tatsächlich erforderlichen Leistungen bei Pflegebedürftigen machen, da es keine quantitativen und qualitativen Auswertungen

gebe. Durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz werde dem abgeholfen. Zum einen verpflichte dieses die Krankenkassen im Zeitraum von 2013 bis 2015 Statistiken darüber zu führen, inwieweit Pflegebedürftige (Rehabilitanden) und ihre Angehörigen Reha-Leistungen in Anspruch nehmen¹⁰. Des Weiteren müssen die Pflegekassen Leistungsempfänger und pflegende Angehörige über die Möglichkeit, Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, informieren, beraten und die Leistungsansprüche überprüfen¹¹. So werde die Transparenz des Leistungsgeschehens erhöht.

Hinsichtlich der Kurzzeitpflege rekapitulierte **Berringer**, dass nach bisheriger Rechtslage Pflegebedürftige während einer Rehabilitation ihrer pflegenden Angehörigen in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung untergebracht werden mussten, die oft weit von dem Ort der Rehabilitation entfernt war. Dies führte dazu, dass die rehabilitationsbedürftigen Angehörigen die Teilnahme mitunter verweigerten oder erst sehr spät in Anspruch nahmen, um die Pflegebedürftigen nicht allein lassen zu müssen. Nunmehr könnten Pflegebedürftige Kurzzeitpflege auch in der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung in Anspruch nehmen, in der ihre Angehörigen Leistungen der Rehabilitation erhalten, ohne dass diese Einrichtung über eine Zulassung zur Pflege nach dem SGB XI verfügen muss. Die Rehabilitationseinrichtung solle ihr Leistungsangebot auf die Bedürfnisse des pflegenden Angehörigen ausrichten und diesem z. B. Schulungs- und Beratungsangebote machen, um eine Überlastungssituation (in Zukunft) zu vermeiden. Um einen weiteren Anreiz zur Inanspruchnahme der Leistung zu schaffen, werde das Pflegegeld zur Hälfte auch während der Kurzzeitpflege fortgezahlt¹². Mit diesem Geld könnten die zusätzlichen Kosten, die durch die Inanspruch-

⁷ Wobei es sich bei über der Hälfte der Begutachtungen um sog. Erstgutachten handelt.

⁸ Etwas höher lag die Quote bei den Heilmitteln: die Inanspruchnahme von Heilmitteln wurden 22 Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen empfohlen.

⁹ Laut der Studie nahmen 41 Prozent derjenigen, denen der MDK keine Heilmittel oder Rehabilitationsleistungen empfohlen hatte, an, dass bei ihnen entsprechend Maßnahmen notwendig seien.

¹⁰ Vgl. § 18a Abs. 2 SGB XI n. F.

¹¹ Vgl. § 7 Abs. 2 S. 1, § 18a Abs. 1 SGB XI n. F.

¹² Vgl. § 37 Abs. 2 S. 2 SGB XI n. F.

nahme der Leistung entstehen (Hotel und Transport) finanziert werden. Flankierend habe der Gesetzgeber durch das PNG den Krankenkassen explizit aufgegeben, in ihren Entscheidungen die besonderen Belange der pflegenden Angehörigen im Rahmen der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu berücksichtigen¹³.

Als Beispiel für Modellprojekte, in denen bereits Erfahrungen mit der Verzahnung von Kurzzeitpflege und Rehabilitation gesammelt wurden, nannte **Berringer** Projekte des Alzheimer Therapiezentrums Ratzeburg sowie der DRV Baden-Württemberg gemeinsam mit dem BKK-Landesverband. Der Gesetzgeber habe nun die Voraussetzungen für weitere Angebote dieser Art geschaffen, so **Berringer**.

Dr. Ute Polak (AOK-Bundesverband, Berlin) konzentrierte sich auf die Erweiterung der Kurzzeitpflege in § 42 Abs. 4 SGB XI. Sie verdeutlichte, dass es sich hierbei nicht um eine neue Leistung für pflegende Angehörige handele, sondern um eine Erweiterung des Anspruchs der Pflegebedürftigen. Pflegende Angehörige haben – wie andere Versicherte – einen unveränderten Anspruch auf Rehabilitation gegenüber den zuständigen Rehabilitationsträgern, beispielsweise Krankenkasse oder Rentenversicherung. Aus Sicht der Krankenkassen seien jedoch noch Fragen offen.

So habe der Gesetzgeber keine gesetzlichen Vorgaben für die Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgestellt. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) habe in ihrer Stellungnahme zum PNG zwar eine Begrenzung auf geeignete Einrichtungen gefordert, dies jedoch nicht durchsetzen können. So sei es den Pflege- und Krankenkassen nicht möglich, systematisch Aussagen über die Qualität oder die Qualifizierung von Kurzzeitpflegeangeboten zu treffen und diese an die Versicherten (Pflegebedürftige

und pflegende Angehörige gleichermaßen) weiterzugeben. Der Gesetzgeber erwarte vielmehr, dass sich der Markt selbst regulieren werde und Rehabilitationseinrichtungen fachlich und organisatorisch so ausgerichtet seien, dass sie ohne weiteres auch die Pflege sicherstellen können. Die Krankenkasse müsse von dem Wunsch beziehungsweise dem Bedarf der betroffenen Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen nach gemeinsamer Unterbringung während der Rehabilitation im Beratungsgespräch Kenntnis erlangen, um die besonderen Belange von pflegenden Angehörigen in ihrer Entscheidung berücksichtigen zu können, wie es ihnen durch § 23 Abs. 4, S. 1, 2. Halbsatz und § 40 Abs. 3 SGB V vorgegeben werde. Kenntnisse darüber, welche Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der jeweiligen Region diese Leistung erbringen, liegen jedoch nur vor, wenn die Einrichtungen aktiv mit diesem Angebot werben. Für die Finanzierung der Versorgung des Pflegebedürftigen während der Rehabilitation eines pflegenden Angehörigen sind die Krankenkassen nicht zuständig. Sie können die Versicherten gegebenenfalls über die Höhe der Kostensätze informieren, die die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen festgelegt haben, der Pflegebedürftige muss aber die Finanzierung über das Kurzzeitpflegegeld selbst sicherstellen.

Jan C. Bücher (Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor, Reha-Zentrum Lünen) begrüßte die Neuregelungen. Es sei jedoch fraglich, ob sich die Erbringung für die Leistungsanbieter auch lohne. Zu berücksichtigen sei beispielsweise, ob die vorhandenen personellen und räumlichen Kapazitäten ausreichen, um die Kurzzeitpflege zu erbringen, wie hoch die Pflegesätze für die pflegenden Angehörigen sind und ob die Pflegebedürftigen durch die klinikinternen Ärzte versorgt werden dürfen (Kassenzulassung). Erste Einnahmen- und Ausgabenrechnungen hätten ergeben, dass eine solche Kurzzeitpflege

¹³ Vgl. § 23 Abs. 5 S. 1, 2. HS. SGB V.

in einer Rehabilitationseinrichtung mit dem vorgesehenen Betrag nicht zu finanzieren sei. Alternativ sei über eine Kooperation mit einem nahegelegenen Pflegeheim nachzudenken.

Bücher hob hervor, dass die sinnvolle Ausfüllung der gesetzlichen Bestimmungen eine historische Chance sei, es jedoch bisher an Überlegungen zur konzeptionellen Gestaltung der Rehabilitation des pflegenden Angehörigen (Angehörigenprogramm) fehle. Gesamtgesellschaftlich müsse bedacht werden, dass mit dieser neuen Leistung ein Produktivitätszuschuss ermöglicht werde (die gesundheitliche Situation des Pflegenden wird besser, der Angehörige kann länger pflegen, Frühverrentungen werden verhindert oder verzögert). Leider gebe es bisher aber keinen Ansatz für die Umsetzung der Kurzzeitpflege in den Rehabilitationseinrichtungen und zur Finanzierung dieser Leistung.

In der anschließenden Diskussion wurde auf Nachfrage nochmals betont, dass der Betreiber einer Rehabilitationseinrichtung nicht über eine Zulassung als Pflegeeinrichtung verfügen müsse, wenn er Kurzzeitpflegeleistungen erbringen wolle, auch wenn insbesondere von Seiten der Krankenkassen darauf hingewiesen wird, dass unter diesen Umständen, keine Vorgaben zur Qualitätssicherung gemacht werden könnten.

Es wurde angeregt, im Zuge der Begutachtung durch den MDK (bzw. durch beauftragte Gutachter) oder im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI auch die pflegenden Angehörigen über mögliche Rehabilitationsansprüche aufzuklären und darüber zu informieren, an wen man sich diesbezüglich wenden kann, um zu verhindern, dass der pflegende Angehörige eine Rehabilitationsmaßnahme zu spät ins Auge fasst und dadurch die weitere häusliche Pflege unmöglich wird. Hiergegen wurde eingewandt, dass die Pflegekassen für die Beratung der pflegenden Angehörigen in diesem

Bereich nicht zuständig seien, sondern die Rehabilitationsträger.

Die Frage, ob der Gesetzgeber plane, im Bereich der Kurzzeitpflege zur Entwicklung neuer Konzepte und zum Aufbau der benötigten Strukturen zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, wie er es zum Beispiel bei den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI bereits getan hat,¹⁴ verneinte **Berringer**.

Ebenfalls diskutiert wurde, ob durch die neu geschaffene Möglichkeit der Krankenkassen, zusätzliche Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation als Satzungsleistungen zu erbringen (§ 11 Abs. 6 SGB V), eine Verbesserung des Rehabilitationsgeschehens erreicht werden wird. Die meisten Anwesenden hielten dies für unrealistisch. Eine solche Verbesserung werde man eher dadurch erreichen, dass bei den Krankenkassen Sorge dafür getragen wird, dass die Versicherten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen, auf die sie Anspruch haben, erhalten. Die Erfahrungen mit den Mutter/Vater-Kind-Leistungen hätten gezeigt, dass dies nicht immer der Fall ist.

II. Fazit

Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen werden meist nicht als rehabilitationsbedürftig und rehabilitationsfähig wahrgenommen. Dem wollte der Gesetzgeber mit dem PNG abhelfen. Die Tagung hat jedoch auch gezeigt, dass einige ganz zentrale Fragen im Hinblick auf die Finanzierung, die Zuständigkeit und die Qualitätssicherung noch ungeklärt sind. Hier besteht noch erheblicher Diskussions- und unter Umständen auch gesetzgeberischer Nachbesserungsbedarf.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

¹⁴ Vgl. §§ 45 c und 45d SGB XI.