

## Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge  
– Diskussionsbeitrag Nr. 10/2013 –

25.03.2013

### **Aktuelle Regelungen nach Inkrafttreten des Pflege-Neuordnungsgesetzes**

*von Dr. Ute Polak, AOK-Bundesverband*

#### **I. Bericht der Pflegekassen über Umsetzung der Rehabilitationsempfehlung (§ 18a SGB XI)**

<sup>1</sup>Im Pflegeneuordnungsgesetz (PNG)<sup>2</sup> wird in § 18a Abs. 2 und 3 SGB XI festgelegt, dass die Pflegekassen von 2013 bis 2015 einen jährlichen Bericht über die Umsetzung der Rehabilitationsempfehlung erstellen<sup>3</sup>. Die Rehabilitationsempfehlung nach §§ 18 Abs. 6 S. 3, 18a SGB XI wird bei jeder Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Gutachter erstellt. Es ist vorgesehen, dass die Pflegekassen die Anzahl der Rehabilitationsempfehlungen erfassen, die an den zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet wird. Ebenso sollen die aufgrund der Rehabilitationsempfehlung erfolgten Bewilligungen und Ablehnungen von Re-

habilitationsmaßnahmen (sowie Ablehnungsgründe) erfasst werden. Diese Angaben aller Pflegekassen werden durch den Spitzenverband der Pflegekassen jährlich zusammengefasst und im Folgejahr dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegt und veröffentlicht.

#### **II. Kurzzeitpflege in und durch Rehabilitationseinrichtungen (§ 42 Abs. 4 SGB XI)**

##### **1. Leistung der Kurzzeitpflege und Finanzierung**

§ 42 SGB XI regelt den leistungsrechtlichen Anspruch auf Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige, die durch private Pflegepersonen/Angehörige in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden. Mit dem PNG erfolgt eine Erweiterung des § 42 SGB XI um einen Absatz 4<sup>4</sup>. Dort heißt es nun:

*Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilita-*

<sup>1</sup> Die Autorin arbeitet als Referatsleiterin in der Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation, Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbands. Dieser Beitrag beruht auf einem Impulsreferat, das die Autorin auf dem 6. Deutschen REHA-Rechtstag gehalten hat. Tagungsberichte zum REHA-Rechtstag finden Sie in den Beiträgen D19-2012, D20-2012 und D21-2012 auf [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

<sup>2</sup> Gesetz v. 23.10.2012, BGBl I, S. 2246.

<sup>3</sup> Eingefügt durch Art. 1 Nr. 5 PNG.

<sup>4</sup> Eingefügt durch Art. 1 Nr. 16 b) PNG.

*tion erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine **gleichzeitige** Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.*

Damit wird die Durchführung einer Kurzzeitpflege für einen Pflegebedürftigen in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung möglich, während die Pflegeperson in dieser Einrichtung gleichzeitig eine Maßnahme der Vorsorge oder Rehabilitation in Anspruch nimmt. Hierbei handelt sich aber nicht um eine neue Leistung für den pflegenden Angehörigen, sondern um eine Erweiterung bezüglich des Durchführungsortes der Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige. Auch bisher konnte/musste der pflegende Angehörige für Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalte die Versorgung des Pflegebedürftigen (z. B. durch Kurzzeitpflege) organisieren. Für die Pflegeperson ergeben sich keine Veränderungen bezüglich der Antragsstellung und der Kriterien für den Rehabilitationsbedarf bzw. für eine Vorsorgemaßnahme. Die Kosten für die Vorsorge oder Rehabilitation der Pflegeperson übernimmt die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger. Neu geregelt wird nur der vorhandene Anspruch auf Kurzzeitpflege für Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung, der um eine neue Durchführungsvariante erweitert wird. Unverändert besteht eine Festlegung der Dauer der Kurzzeitpflege auf vier Wochen im Kalenderjahr und auf die Übernahme der Kosten in Höhe von bis zu 1.550 Euro. Pflegebedürftige Versicherte können bis zu diesem Betrag eine Finanzierung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in Anspruch nehmen (genaue Vorgaben für die Übernahme der Kosten durch die Pflegeversicherung wird in einem Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes festgelegt).

## **2. Keine gesonderte Zulassung von Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtungen für Kurzzeitpflege**

Während die Kurzzeitpflege nur in stationären Pflegeeinrichtungen möglich ist, die über einen Versorgungsvertrag mit dem Leistungsträger (Pflegekassen) verfügen, hat der Gesetzgeber weder eine gesonderte Zulassung nach SGB XI noch Verträge mit Pflegekassen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu Kurzzeitpflege-Leistungen vorgesehen.

Der Gesetzgeber führt hierzu aus:

*„... Es kann generell davon ausgegangen werden, dass Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen fachlich und organisatorisch in der Lage sind, die von den pflegenden Angehörigen mitgebrachten Pflegebedürftigen angemessen zu betreuen und zu pflegen. Daher kann in diesen Fällen auf eine Zulassung als Pflegeeinrichtung nach dem SGB XI verzichtet werden. [...] Denkbar ist dabei, dass die Schulung des pflegenden Angehörigen als Pflegekurs nach § 45 durchgeführt wird. [...] Die Kurzzeitpflege wird auch durch die vorgesehene hälftige Fortgewährung des Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege attraktiver gemacht. Damit wird es pflegenden Angehörigen und deren Pflegebedürftigen erleichtert, an einer gemeinsamen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen und die damit verbundenen Kosten (insbesondere Hotelkosten und Kosten für Transport des Pflegebedürftigen in die Kurzzeitpflege) zu tragen [...]“<sup>5</sup>*

Aufgrund der vorliegenden Regelung ist es jeder Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung freigestellt, ein Angebot der Kurzzeitpflege aufzubauen. Es liegen keine gesetzlichen Anforderungen an Pflegekassen oder Krankenkassen vor, Erhebungen zum Ange-

---

<sup>5</sup> BT-Drs. 17/9369, S. 41.

bot beziehungsweise über die Qualität von Kurzzeitpflegeangeboten durchzuführen. Die Krankenkassen bzw. die Pflegekassen können allerdings öffentlich gemachte Angaben von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen als Service für die Versicherten regional zusammenfassen und diese als Informationsangebot an die Versicherten weitergeben.

### **3. Praktische Umsetzung der neuen Regelung in § 42 SGB XI**

Durch das PNG wurden § 23 Abs. 4 Satz 1 und § 40 Abs. 3 SGB V ergänzt: „Die Krankenkassen berücksichtigen bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger.“<sup>6</sup> Die Krankenkassen sind damit verpflichtet, die besondere Lebenslage von Pflegepersonen, die häusliche Pflege im Sinne des § 36 SGB XI leisten, zu beachten. Die Krankenkassen und die Gemeinsamen Servicestellen informieren bei bestehendem Rehabilitations- oder Vorsorgebedarf über die Möglichkeit zur Kurzzeitpflege, wenn mit dem Antrag auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen bekannt ist, dass der Versicherte häusliche Pflege leistet. Auch die Pflegekassen und die Pflegeberater können die Versicherten/Leistungsempfänger über die neue Regelung und die Möglichkeit der Kurzzeitpflege in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen beraten.

Beim Vorliegen eines Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarfs der Pflegeperson bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (vgl. § 40 Abs. 3 SGB V). Wenn der Versicherte eine Maßnahme in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung wünscht, die gleichzeitig Kurz-

zeitpflege für seinen Angehörigen anbietet, so ist dies bei der Auswahl der Einrichtung zu beachten. Allerdings muss auch bei der Berücksichtigung des Wahlrechts der Versicherten nach § 9 SGB IX die indikationspezifische Rehabilitationsbehandlung der Pflegeperson in der betreffenden Einrichtung sichergestellt sein.

Die Kostensätze für Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden nicht über die Pflegekassen verhandelt. Der Versicherte/ die Pflegeperson muss mit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung eine gesonderte Absprache oder einen Vertrag über die Kosten und die Durchführung der Kurzzeitpflege treffen und mit der Pflegekasse den Umfang der Kostenübernahme nach § 42 SGB XI abklären.

### **III. Ausblick zur Umsetzung der neuen Regelung**

Der Krankenkasse oder der Pflegekasse liegen bisher keine systematischen Erfahrungen über Umfang, Preis der Kurzzeitpflegeangebote in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen vor. Eine Beratung des Versicherten kann – bei vorliegenden Informationen – nur im Sinne eines Hinweises erfolgen, da qualitative Aussagen über das Angebot nicht möglich sind (keine Qualitätsprüfung zu Kurzzeitpflegeangeboten in Einrichtungen nach § 111 SGB V).

Bisher ist der Nutzungsumfang des Angebots unbekannt: Eine Quersubvention von Vorhaltekosten für Kurzzeitpflegeangebote über die Vergütung der Rehabilitation oder der Vorsorge ist nicht intendiert.

Offen ist, ob der Erfolg der Vorsorge- oder Rehabilitationsbehandlung für die Pflegeperson durch die gleichzeitige Kurzzeitpflege des pflegebedürftigen Angehörigen positiv oder negativ tangiert wird. Das ist unter anderem von der Qualität der Kurzzeitpflege

<sup>6</sup> Eingeführt durch Art. 3 Nr. 5 b) und Nr. 9 b) des PNG.

und den räumlichen Angeboten zur Unterbringung abhängig, um sicherzustellen, dass der Rehabilitand keine Pflegeaufgaben übernehmen muss.

---

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

---