

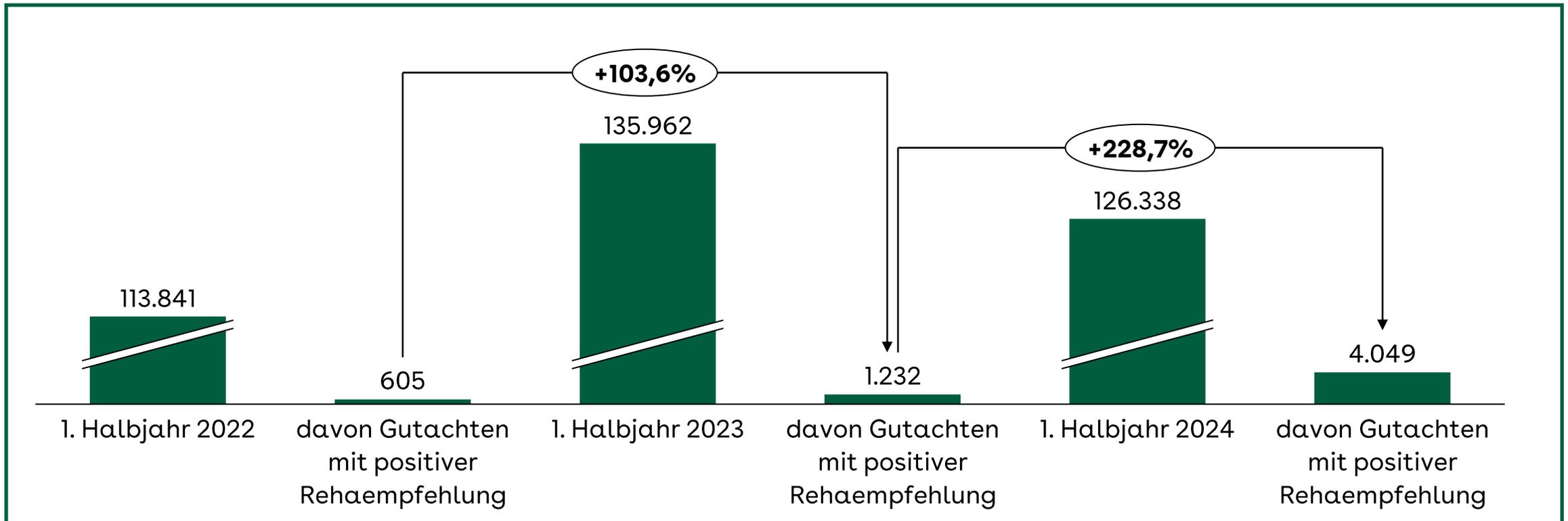
Pflegefachtag 13.11.2024

Präventions- und Rehabilitationsempfehlung

1. Präventions- und Rehabilitationsempfehlung für Erwachsene aus dem Pflegegutachten

Die Anzahl der Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist von 2023 auf 2024 um 229 % gestiegen.

Jeder Versicherte mit einer Empfehlung erhält ein Beratungsangebot.



Quelle: MD Berlin-Brandenburg Controllingbericht

Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen auf der Basis der Informationen der Pflegebegutachtung nach SGB XI

Im 1. Halbjahr 2024 wurden in 122.289 Fällen (97 %) keine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen.

- 1. Ausgelöst wird eine Rehabilitation in der Regel im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt (Anschlussrehabilitation) oder
- 2. durch die Verordnung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes.
- Ein dritter Zugang in die Rehabilitation kann sich aus der Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes ergeben. Empfiehlt der Medizinische Dienst eine medizinische Rehabilitation gilt diese Empfehlung seit 2008 als Antrag nach § 14 SGB IX (bei Einwilligung des Versicherten).

Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 SGB V:

● Keine

Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen wird keine Empfehlung zur Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegeben.

Es werden folgende Hinweise und Empfehlungen gegeben:

- Die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung oder pflegerischen Maßnahmen erscheinen ausreichend, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen auf der Basis der Informationen der Pflegebegutachtung nach SGB XI

Gründe, warum Pflegebedürftige selten eine Maßnahme antreten

- häufig liegt es an einer bewussten Ablehnung der Versicherten, die sich aufgrund persönlicher Vorbehalte oder Ängste gegenüber der Rehabilitation entscheiden.
- manche befürchten, dass sich ihre Situation durch die Reha verschlechtern könnte, z.B. durch die Reduktion ihres Pflegegrads
- weitere Faktoren sind organisatorische und persönliche Hürden, wie die Frage, wer während der Abwesenheit die Betreuung von Haustieren oder die Pflege des Haushalts übernimmt.
- viele Pflegebedürftige haben bereits starke Einschränkungen oder Multimorbiditäten, sind weniger motiviert oder fähig, eine Rehabilitation durchzuführen

Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen auf der Basis der Informationen der Pflegebegutachtung nach SGB XI

Diese Ansätze könnten helfen, Unsicherheiten zu verringern und Pflegebedürftige dabei unterstützen, eine Reha-Maßnahme trotz möglicher Bedenken anzutreten.

- **Aufklärung und Kommunikation**

Häufig entstehen Vorbehalte und Unsicherheiten aufgrund fehlender Informationen. Eine gezielte Aufklärung über die konkreten Vorteile der Rehabilitation und wie sie die Lebensqualität verbessern kann, könnte motivierend wirken.

- **Individuelle Beratung und Einbindung von Angehörigen**

Pflegeberaterinnen könnten einfühlsame Gespräche führen, um die individuellen Wünsche, Ängste und Bedenken der Pflegebedürftigen zu verstehen. Angehörige sollten in diesen Prozess integriert werden, um gemeinsam eine positive Einstellung zur Rehabilitation zu fördern und eventuell Unterstützung für die Organisation bereitzustellen.

- **Einbeziehung von Hausärzten und Pflegekräften**

Ärzte und Pflegekräfte haben oft Einfluss auf die Einstellung der Pflegebedürftigen. Wenn Hausärzte oder Pflegekräfte die Rehabilitation gezielt unterstützen und positive Wirkungen bestätigen, kann dies die Akzeptanz fördern.

- **Niederschwellige Angebote**

Mobile oder ambulante Reha-Angebote können Alternativen zur stationären Reha darstellen. Diese sind oft besser zugänglich und ermöglichen eine Rehabilitation im vertrauten Umfeld, was insbesondere für kognitiv eingeschränkte oder hochbetagte Menschen von Vorteil ist.

- **Hindernisse abbauen**

Viele Pflegebedürftige haben Bedenken, wer sich während der Reha um ihren Haushalt oder ihre Haustiere kümmert. Hier könnten Pflege- oder Unterstützungsdienste vermitteln, die diese Sorge nehmen, etwa durch Haustierbetreuung oder Haushaltshilfen.

2. Verordnung von medizinischer Rehabilitation für einen Pflegenden Angehörigen

Mitaufnahme des Pflegebedürftigen - Überblick

- **Schaffung eines eigenen Leistungstatbestandes im SGB XI**
 - Anspruch auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (hier: dieselbe Einrichtung)
 - ist die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt, besteht Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung
- **Leistungen nach SGB XI werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a SGB V besteht (Vorrangigkeitsregelung)**

**Rückblick
Pflegepersonal-
Stärkungsgesetz -PpSG)
vom 11.12.2018:**

erleichterter Zugang
pflegender Angehöriger, da
für sie der Grundsatz
ambulant vor stationär
außer Kraft gesetzt wurde
(§ 40 Abs. 2 sowie Abs. 3
Satz 2 und 3 SGB V)

ABER Rehabilitations-
bedürftigkeit, -fähigkeit
sowie eine positive
Rehabilitations-
prognose müssen für die
Pflegeperson dennoch
gegeben sein, sowie die
ambulanten Behand-
lungen am Wohnort
ausgeschöpft sein

Beratungsfolge PUEG

- **Referentenentwurf:** 24. Februar 2023
- Fachanhörung: 9. März 2023
- Verabschiedung **Kabinettsentwurf:** 5. April 2023
- 1. Lesung Bundestag: 27. April 2023
- Anhörung im Bundestag: 10. Mai 2023
- 1. Durchgang Bundesrat: 12. Mai 2023
- **2./3. Lesung Bundestag:** 26. Mai 2023
- 2. Durchgang Bundesrat: 16. Juni 2023
- Inkrafttreten: 1. Juli 2023

Mitaufnahme des Pflegebedürftigen zur Rehabilitation §§ 40, 41 SGB V

Krankenkasse ist zuständiger Träger der Reha §§ 40, 41 SGB V

Organisation der Mitaufnahme¹: die pflegebedürftige Person sollte ihr vorliegende medizinische Unterlagen (z. B. Arztbrief, Pflegegutachten) direkt an die Rehabilitationseinrichtung senden; mit Einwilligung kann dies auch durch die Pflegekasse

Neu: Nebenleistung zur Hauptleistung

Pflegebedürftiger wird in **derselben Reha-Einrichtung** aufgenommen

Krankenkasse koordiniert²

Krankenkasse zahlt Mitaufnahme des Pflegebedürftigen

Krankenkasse informiert Pflegeperson **und** Pflegekasse²

Ruhen von Leistungen § 42a Abs. 6 Satz 1 SGB XI

Pflegebedürftiger wird in einer nahegelegenen **vollstationären Pflegeeinrichtung** aufgenommen

Krankenkasse und Pflegekasse koordinieren gemeinsam

Pflegekasse zahlt die Unterbringung des Pflegebedürftigen

auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung des Pflegebedürftigen³

Neu: § 42a SGB XI

Vorrangigkeitsregelung

Leistungen nach §42a SGB XI werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach §40 Abs. 3a Satz 1 SGB V besteht

Fristen

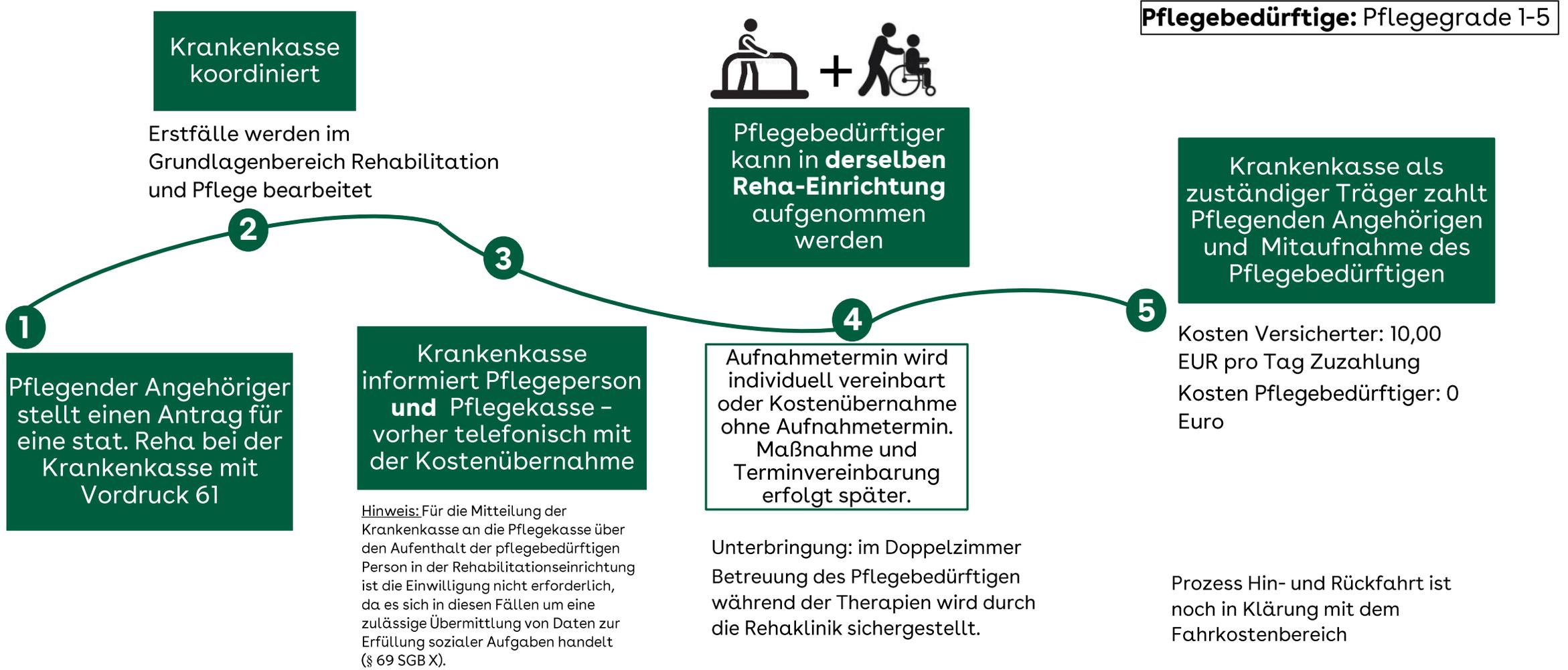
Zur Wahrung der Fristen (§§ 14 ff. SGB IX) wird empfohlen, über den Antrag der Pflegeperson nach § 40 SGB V zunächst dem Grunde nach zu entscheiden und den diesbezüglichen Bescheid zu erlassen. Die im Weiteren erforderlichen Abstimmungen (z. B. die Klärung des Aufnahmezeitpunktes) können nachfolgend erfolgen.

¹ **Gemeinsames Rundschreiben** zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

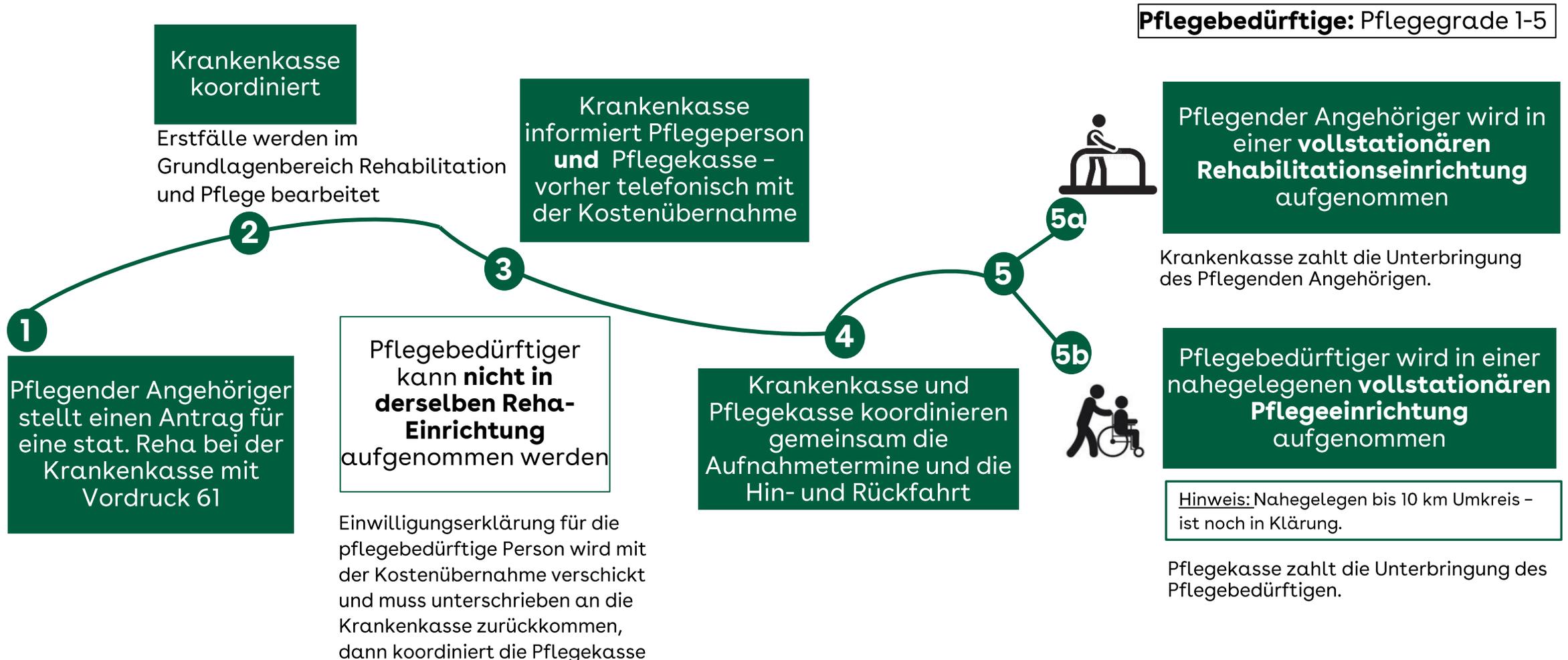
² Für die Mitteilung der Krankenkasse an die Pflegekasse über den Aufenthalt der pflegebedürftigen Person in der Rehabilitationseinrichtung ist die Einwilligung nicht erforderlich, da es sich in diesen Fällen um eine zulässige Übermittlung von Daten zur Erfüllung sozialer Aufgaben handelt (§ 69 SGB X).

³ Mustereinwilligungserklärung gem. **Gemeinsamen Rundschreibens¹**

Krankenkasse ist zuständiger Träger der Reha §§ 40, 41 SGB V



Krankenkasse ist zuständiger Träger der Reha §§ 40, 41 SGB V



Vordruck 61 – Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Name, Vorname des Versicherten: _____ Kassennummer: _____ Versicherten-Nr.: _____ **61 Teil D**

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär

Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z. B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

geriatr. Personenschicht

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für Körper-, seh-, hö- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Küstformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

pflegende/r Angehörige/r andere

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

VI. Zuweisungsempfehlungen

Falls es sich bei dem/der Versicherten um eine(n) **pflegende(n) Angehörige(n)** handelt, ist dies ebenfalls unter C anzugeben, um unter anderem die Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form zu begründen.

VII. Sonstige Angaben

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation...

Vordruck 61 – Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht
(sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

VII. Sonstige Angaben

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

In diesem Unterabschnitt sind Angaben zur **möglichen Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation** des pflegenden Angehörigen zu machen. **Sofern die Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung**, d.h. der Reha-Einrichtung oder die Koordination einer Versorgung des Pflegebedürftigen in **einer anderen Einrichtung** (z. B. Kurzzeitpflege) durch die Krankenkasse und Pflegekasse gewünscht wird, ist dies anzugeben. Sprechen medizinische Gründe gegen die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung, sind diese unter „Sonstiges“ anzugeben. Dies kann beispielsweise bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen des pflegenden Angehörigen der Fall sein, bei denen eine räumliche/örtliche Distanzierung vom sozialen Umfeld für eine positive Rehabilitationsprognose notwendig erscheint.

Mitaufnahme des Pflegebedürftigen zur Vorsorge §§ 23, 24 SGB V, Rehabilitation § 15 SGB VI

auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung d. Pflegebedürftigen³ stellt der Antrag auf Vorsorge¹- oder Reha-Leistungen zugleich einen Antrag² des Pflegebedürftigen auf Leistungen an die Pflegekasse dar

Krankenkasse ist zuständiger Träger der Vorsorgeleistung §§ 24, 24 SGB V
oder DRV ist zuständiger Träger der Rehabilitation § 15 SGB VI⁴

Pflegebedürftiger wird
in **derselben
Einrichtung**
aufgenommen

Pflegebedürftiger wird
in einer nahegelegenen
**vollstationären
Pflegeeinrichtung**
aufgenommen

Pflegebedürftiger wird in
derselben Einrichtung
aufgenommen und durch
amb. Pflegedienst gepflegt

Pflegekasse koordiniert und zahlt die Unterbringung des Pflegebedürftigen

Leistungspflicht der Krankenkasse der Pflegeperson für die Versorgung der mitaufgenommenen pflegebedürftigen Person **besteht nicht**

ABER die Krankenkasse ist in einschlägigen Fällen verpflichtet, den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V an die zuständige Pflegekasse weiterzuleiten

¹ § 23 Absatz 4 Satz 1 SGB V

² § 23 Absatz 4 Satz 1 SGB V

³ § 42a Abs. 4 Satz 1 SGB XI

⁴ § 13 Abs. 1 SGB VI

Nach Bewilligung der Vorsorge- (oder Rehabilitationsmaßnahme) der Pflegeperson durch den zuständigen Rehabilitationsträger (Vorsorge = KV, Rehabilitationsmaßnahme = RV) wird die zuständige Pflegekasse des Pflegebedürftigen informiert.

Aufgaben der Pflegekasse:

- Pflegekasse prüft, ob in den benannten Einrichtungen eine Aufnahme des Pflegebedürftigen erfolgen kann
- liegt die Zustimmung der Vorsorge- oder RV-Rehaeinrichtung vor, informiert die Pflegekasse die KK oder den RV-Träger → Terminkoordination
- sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung als der Vorsorge- oder Rehaeinrichtung versorgt werden, koordiniert die Pflegekasse des Pflegebedürftigen dessen Versorgung
- die Pflegekasse hat unmittelbar der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen zu erstatten
- die Pflegekasse erstattet dem Pflegebedürftigen die entstanden Fahr- und Gepäckkosten

Vielen Dank

Grit Wesemann

AOK Nordost

Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

Telefon: 0800 265080-32337*

* kostenfrei aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz

Backup

§ 42a SGB XI – Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(1) ¹ Pflegebedürftige haben **ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung** nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme **von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden.**

(4) ¹Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, **stellt der Antrag zugleich einen Antrag des Pflegebedürftigen** auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 **an die Pflegekasse** oder das private Versicherungsunternehmen **dar**, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, sofern der Pflegebedürftige zustimmt.

§ 40 Absatz 3a SGB V

(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches **auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden.** Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Gilt nach § 42a Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42a des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.