

**Stellungnahme zum
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)**

A. Übersicht / Vorbemerkung

**Verbesserung im Bereich der Kranken- und Altenpflege auch auf den Bereich
der medizinischen Rehabilitation übertragen**

Der Referentenentwurf des PpSG zielt darauf ab, mehr Pflegekräfte für die Arbeit in Krankenhäusern und in Pflegeheimen zu gewinnen. Dazu wird u.a. die Einrichtung von Pflegestellen in diesen Einrichtungen finanziell gefördert. Rehabilitationseinrichtungen, in denen rund 30.000 Pflegekräfte tätig sind, werden nicht berücksichtigt. Es ist weder fachlich noch versorgungspolitisch nachvollziehbar, warum im Bereich der Rehabilitation keine vergleichbare Verbesserung der Pflege im Sinne des Gesetzes erfolgen soll.

Zudem wird die Konkurrenz um Pflegekräfte durch die Maßnahmen des Gesetzgebers deutlich verschärft. Die im Gesetz genannten Einrichtungen erhalten die finanziellen Möglichkeiten, ihre Pflegestellen zu refinanzieren. Diese Einrichtungen werden daher entsprechend aktiv am Arbeitsmarkt agieren können. Dies verschärft die pflegerische Situation in den Rehabilitationseinrichtungen. Zudem werden sie gezwungen sein, die Bezahlung von Pflegekräften anzupassen, was die angespannte finanzielle Lage im Rehabilitationsbereich kaum zulässt bzw. weiter verschlechtert. Es findet somit nicht nur keine Förderung der Pflege in Rehabilitationseinrichtungen statt, vielmehr kommt es zu einer personellen und finanziellen Schwächung in diesem Bereich.

Mit Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaus und den damit deutlich verkürzten Verweildauerzeiten hat die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation deutlich zugenommen. Dieser Effekt wird noch durch die demografische Entwicklung unterstützt, die ebenfalls den Rehabilitationsbedarf

ansteigen lässt. Zudem sind die Patienten in der medizinischen Rehabilitation zunehmend schwerer betroffen. Somit wäre es eine fatale Entwicklung, wenn die Pflege in der medizinischen Rehabilitation anstelle gefördert letztlich geschwächt würde.

In diesem Zusammenhang ist es dringend geboten, die Rehabilitationseinrichtungen mit den im Gesetz genannten Einrichtungen gleich zu stellen. Es muss die Möglichkeit zur Refinanzierung der stark steigenden Personalkosten im Bereich Pflege in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation geschaffen werden.

Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger durch Rehabilitation

Die AG MedReha unterstützt das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel, die Situation pflegender Angehöriger zu verbessern. Im Referentenentwurf ist jedoch ausschließlich verankert, dass bei der Rehabilitation pflegender Angehöriger das Gebot „ambulant vor stationär“ entfällt. Die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung für pflegende Angehörige bleiben damit hinter den Ankündigungen im Koalitionsvertrag zurück. So sehen die jetzt vorliegenden Regelungen z. B. keine Vereinfachung bei der Antragstellung vor und setzen weiterhin eine Genehmigung durch die jeweils zuständige Krankenkasse voraus.

Pflegende Angehörige sind in ihrem Alltag sowohl psychisch wie auch physisch stark belastet. Diese Belastungssituation ist zumeist (mit)verantwortlich für den konkreten Rehabilitationsbedarf. Vor dem Hintergrund dieser Belastungssituation stellt die Vorbereitung auf die Rehabilitation bzw. die Organisation der zwischenzeitlichen Pflege des Angehörigen eine zusätzliche Belastung da. Der pflegende Angehörige ist in der konkreten Belastungssituation zumeist nicht in der Lage, die eigene Rehabilitation mit der zeitgleichen Versorgung der Pflegeperson eigenständig zu koordinieren. Die Praxis zeigt, dass in dieser Phase und bei dieser Aufgabe der Angehörige Hilfe benötigt.

Was fehlt, ist eine regelhafte Unterstützung im Sinne einer Organisations- und Koordinierungsleistung. Um das Ziel, die pflegenden Angehörigen durch gezielte Rehabilitationsleistungen zu unterstützen zu erreichen, muss eine solche Unterstützung als Regelleistung gesetzlich verankert werden. Anderenfalls ist absehbar, dass sich durch die vorgelegten Regelungen an der rehabilitativen Versorgung von pflegenden Angehörigen nichts ändert.

B. Stellungnahme im Einzelnen

I. Verbesserung im Bereich der Kranken- und Altenpflege auch auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation übertragen.

Das PpSG zielt darauf ab, mehr Pflegekräfte für die Arbeit auf den Stationen in den Krankenhäusern und in Pflegeheimen zu gewinnen. Für Krankenhäuser bedeutet dies zukünftig, dass Neueinstellungen im Bereich der Pflege über das Pflegestellenförderprogramm finanziert werden können, über das im PpSG vorgesehene Pflegebudget die Finanzierung der bestehenden Pflegekräfte erfolgt (Artikel 2 PpSG) und zusätzlich Tarifsteigerungen im Bereich der Pflege vollumfänglich und in anderen Bereichen zu fünfzig Prozent ausgeglichen werden (Artikel 8 PpSG). Für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gibt es keine der aufgeführten Förderungen.

Diese Ungleichbehandlung von Krankenhäusern und medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ist weder fachlich begründbar, sinnvoll noch versorgungspolitisch angemessen.

Wie oben dargelegt, führen diese Maßnahmen im Krankenhaus letztlich zu einer doppelten Schwächung der pflegerischen Versorgung im Rehabilitationsbereich. Die Konkurrenz um Pflegekräfte wird durch die aufgeführten Maßnahmen deutlich verschärft. Unweigerlich sind Rehabilitationseinrichtungen gezwungen, die Bezahlung von Pflegekräften anzupassen, sodass die Ausgaben steigen werden während gleichzeitig im Rehabilitationsbereich keine Refinanzierung erfolgt.

In diesem Zusammenhang ist es dringend geboten, eine vergleichbare Möglichkeit zur Refinanzierung der Personalkosten im Bereich der Pflege sowie der Tarifsteigerungen in allen Personalbereichen insbesondere bei Ärzten und Therapeuten auch für Rehabilitationseinrichtungen zu schaffen.

Geschieht das nicht, wechseln die qualifizierten Pflegekräfte aus den Reha-Kliniken in die besser bezahlten Beschäftigungsverhältnisse von Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die Folge wäre u.a., dass die frühzeitige Verlegung von Patienten aus dem Krankenhaus in die Anschlussrehabilitation in Gefahr gerät. Dies betrifft insbesondere sehr pflegeintensive Rehabilitationsbereiche wie z. B. die geriatrische Rehabilitation oder die Neurologische Reha.

Die Vergütung von Rehabilitationsleistungen werden gemäß § 111 SGB V zwischen Krankenkassen und der Rehabilitationseinrichtung verhandelt und sind durch die

Veränderungsrate nach § 71 Abs. 2 SGB V begrenzt. Somit sind die im PpSG niedergelegten Änderungen für den Krankenhaussektor nicht unmittelbar übertragbar.

Folgende konkrete Änderungen können zu einer vergleichbaren Wirkung im Rehabilitationsbereich wie die im Entwurf des PpSG niedergelegten Regelungen im Krankenhaussektor führen:

- a) Die Beschränkung der Vergütungssätze auf die Veränderungsrate wird hinsichtlich der Tarifraten aufgehoben:

Dazu wird nach § 111 Abs. 5 Satz 1 SGB V folgender Text eingefügt:

„Bei der Beurteilung hinsichtlich § 71 Abs. 2 bleibt der Unterschied zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten für den Personalbereich unberücksichtigt.“

- b) Refinanzierung der Pflegekosten vergleichbar dem Pflegebudget im Krankenhausbereich

Um auch im Rehabilitationsbereich die Pflegekosten zu refinanzieren, wird der Anteil der Pflegekosten im Vergütungssatz der Rehabilitationseinrichtung anhand der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung festgelegt. § 111 wird um folgende Absätze ergänzt:

„(7) Zur Finanzierung der Kosten, die der einzelnen Rehabilitationseinrichtung für Pflegeleistungen entstehen, die in der Patientenversorgung erbracht werden, wird der entsprechende Anteil im Vergütungssatz auf Grundlage der Kostenkalkulation der Rehabilitationseinrichtung zwischen den Vertragspartnern nach Absatz 2 vereinbart.

Die Rehabilitationseinrichtung legt dazu die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung im Pflegebereich in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten vor. Zudem hat die Rehabilitationseinrichtung für die Vereinbarung jeweils die entsprechenden Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen.

Nach Ablauf des Kalenderjahres hat die Rehabilitationseinrichtung den anderen Vertragsparteien nach Absatz 2 zudem eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

(8) Die Pflegekosten sind in ihrer Entwicklung nicht durch die Vorgaben nach § 71 SGB V begrenzt. Die der einzelnen Rehabilitationseinrichtung entstehenden Pflegepersonalkosten gelten als wirtschaftlich im Sinne des § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Der Pflegekostenanteil im Vergütungssatz ist zweckgebunden für

die Finanzierung der Pflegepersonalkosten zu verwenden.“

c) Einbindung der Rehabilitationseinrichtungen in das Pflegestellenförderprogramm
Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation werden mit in das
Pflegestellenförderprogramm aufgenommen, d. h. Neueinstellung oder Aufstockung
vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal in der unmittelbaren
Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen werden entsprechend ausgeglichen.

II. Verbesserter Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Die psychischen und physischen Belastungen pflegender Angehöriger im Alltag, die ihre eigene Gesundheit und auch ihre Betreuungsmöglichkeit für den Angehörigen gefährden, wurden u.a. in dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebene Gutachten des BQS-Instituts „Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige“ aus dem Jahr 2014 sehr deutlich aufgezeigt. Damit die pflegende Angehörigen besser gefördert werden und die speziellen Rehabilitationsangebote besser angenommen werden, ist eine zielgerichtete Unterstützung und Entlastung bei der Organisation und Koordinierung der Rehabilitationsleistung einerseits und der Versorgung des zu Pflegenden notwendig. Nur so können die Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung der medizinischen Reha-Leistungen durch pflegende Angehörige überwunden werden.

Oft fehlen ausreichende Informationen über die bestehenden Ansprüche bzw. ist es im Pflege-Alltag unmöglich, die umfassenden bürokratischen und organisatorischen Hürden für sich und den Pflegebedürftigen zu bewältigen.

Damit pflegende Angehörige eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen und ihre Pflegefähigkeit erhalten bleibt, reicht eine Einzelmaßnahme in der jetzt vorgelegten Form nicht aus. Vielmehr muss ein umfassender Prozess in Gang gesetzt werden, um diese Zielgruppe zu erreichen und die Ziele des Koalitionsvertrags umzusetzen.

Die Verbände der AG MedReha sehen hier dringenden Handlungsbedarf. Werden pflegende Angehörige nicht ausreichend entlastet, besteht die Gefahr, dass diese aus dem Pflegeprozess aussteigen müssen und die Zahl Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen steigt.

Um einen bedarfsgerechten und verbesserten Zugang zur Rehabilitation für pflegende Angehörige zu gewährleisten, sind folgende Änderungen nötig:

- Um die Rehabilitationsleistung für den pflegenden Angehörigen sicherzustellen, wird die Organisation bzw. Koordination der eigenen Rehabilitationsansprüche bzw. deren Umsetzung mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zur pflegerischen Versorgung des zu Pflegenden in der Zeit der Rehabilitation ein Teil des Rehabilitationsanspruchs des pflegenden Angehörigen.
- Die Pflege- Krankenversicherung des pflegenden Angehörigen wird Leistungsträger für die pflegerische Versorgung des zu Pflegenden, damit der pflegende Angehörige ausschließlich einen Ansprechpartner (eigene Krankenkasse und die mit dieser verbundenen eigenen Pflegeversicherung) hat. Eventuelle Erstattungsansprüche gegen die Pflege- und Rentenversicherung (oder andere Krankenkassen?) für die Pflegeleistung sind politisch zu entscheiden.
- Die Genehmigung der Rehabilitationsleistung durch die Kranken- bzw. Pflegekassen entfällt.
- Keine Entscheidung der Kranken- bzw. Pflegekasse zur Auswahl der Klinik. Damit wird die Koordination der Rehabilitation mit der Versorgung des zu Pflegenden erleichtert.
- Sofern der pflegende Angehörige die zu pflegende Person mit in die Rehabilitationseinrichtung nimmt, orientieren sich die Kosten für die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung aus Vereinfachungsgründen an den durchschnittlichen Kosten für die stationäre Pflege des jeweiligen Pflegegrades je Bundesland.
- Die zu pflegende Person ist von der Zuzahlung nach § 40 Abs. 5 SGB V und weiteren Eigenbeteiligungen befreit.
- Versorgungsverträge: Diese umfassen zukünftig auch die Vergütung für diese Leistung und werden schiedsstellenfähig. Die Verträge gelten für alle gesetzlichen Krankenkassen, um dem Versicherten ein potenzielles Wahlrecht unter allen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen. Die Möglichkeit einzelvertraglicher Vergütungsregelungen zwischen Krankenkasse und Rehabilitationseinrichtungen bleiben erhalten.

1. Organisation des Reha-Prozesses

Für die Organisation des Reha-Prozesses für pflegende Angehörige als Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI schlagen wir daher ein neues Verfahren vor. Ziel ist es, den Antrags- und Organisationsprozess „aus einer Hand“ im Sinne des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) bzw. SGB IX zu gestalten.

Schritt 1 – Reha Bedarf feststellen

- Nach § 37 Absatz 3 SGB XI haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, einmal halbjährlich (bei Pflegegrad 2 und 3) oder einmal vierteljährlich (bei Pflegegrad 4 und 5) eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.
- Diese Pflegefachkraft kennt die häusliche Situation, in der sich der Pflegebedürftige und der pflegende Angehörige als Pflegeperson befinden. Sie ist in der Lage, den Reha-Bedarf der Pflegeperson einzuschätzen. Sie sollte künftig regelhaft bei jedem Hausbesuch überprüfen, ob Anzeichen für eine medizinische Rehabilitation für den pflegenden Angehörigen bestehen. Sobald sie z.B. anhand von Kriterien einen Bedarf erkennt, meldet sie dies mit Einverständnis der Pflegeperson an den zuständigen Hausarzt. Die Information geht ebenso an die Pflegekasse des pflegenden Angehörigen, um die nachgehende Beratung sicherzustellen.

Schritt 2 – Reha verordnen:

- Der zuständige Hausarzt entscheidet nach Aktenlage bzw. soweit erforderlich nach einer Untersuchung über die Notwendigkeit einer medizinischen Reha und gibt die Verordnung schriftlich an die Pflegeperson zurück.

Schritt 3 - Beratung anschließen:

- Die Pflegekasse, die zuvor von der beratenden Pflegefachkraft über den Reha-Bedarf informiert wurde, kontaktiert den örtlichen Pflegestützpunkt oder einen andere Pflege-Beratungsstelle nach § 7c SGB XI. Die Beratungsstelle nimmt mit der Pflegeperson bzw. dem pflegenden Angehörigen innerhalb von 14 Tagen Kontakt auf, um den Reha-Prozess und vor allem die abgestimmte Versorgung des Pflegebedürftigen während der Zeit der

medizinischen Rehabilitation zu besprechen. Dieser Schritt ist im Reha-Prozess von enormer Bedeutung. Ohne eine umfassende Beratung wird es pflegenden Angehörigen schwer fallen, die organisatorischen Hürden für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation zu überwinden.

- Der Beratungstermin soll die Unterstützung der Pflegeperson bei der Auswahl der Reha-Einrichtung sowie Information an den zuständigen Leistungsträger (Gesetzliche Krankenkassen oder Deutsche Rentenversicherung) und die Organisation der Versorgung des Pflegebedürftigen während der Reha regeln.
- Alternativ ist zu prüfen, ob der gesetzliche Anspruch auf medizinische Reha-Leistungen für pflegende Angehörige zukünftig durch die Pflegeversicherung geleistet werden soll. Dann können Bedarfsfeststellung, Beratung und Durchführung aus einer Hand erfolgen, was sachlich sinnvoll ist. Der Anspruch pflegender Angehöriger könnte in diesem Fall in § 44b SGB XI neu – Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige geregelt werden.

2. Gesetzlicher Änderungsvorschlag

Um den Reha-Prozess wie oben beschrieben umzusetzen, sind folgende gesetzliche Änderungen notwendig.

- **Sozialgesetzbuch V**

§ 40 Abs. 2 SGB V – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

„Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; ~~für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.~~ Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 des Neunten Buches angemessen sind. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch. § 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung

von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind; bei Anrufung des Bundesschiedsamtes entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2 ist das Bundesschiedsamt anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft um Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu erweitern. **Pflegende Angehörige erhalten ärztlich verordnete Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 oder § 111a besteht. Der Anspruch umfasst auch Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung oder am Wohnort. Die pflegenden Angehörigen wählen zwischen den dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtungen aus. Absatz 5 und 6 gelten für pflegende Angehörige nicht.“**

§ 111 SGB V - Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Absatz 2:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ~~ihre Mitgliedsassen~~ **alle gesetzlichen Krankenkassen** einheitliche **Versorgungs- und Vergütungsverträge** über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedsassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. ~~Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedsassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.~~ **Absatz 5 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.“**

Absatz 5:

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen ~~werden~~ **können** zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen **abweichend von Absatz 2 einzelvertraglich** vereinbart **werden**. **Die Vergütung bei Mitaufnahme und Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 2 Satz 6 wird in der Höhe der durchschnittlichen Kosten für einen Platz im Pflegeheim mit**

entsprechender Pflegestufe im jeweiligen Bundesland erstattet. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

Sozialgesetzbuch XI

§ 7a, Absatz 2 SGB X – Pflegeberatung

(2) Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. *Diese umfasst die Beratung über die Inanspruchnahme und Organisation einer medizinischen Rehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung des Bedarfs nach § 37 Absatz 4.* Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet

§ 37 Absatz 4 SGB XI - Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. *Dieses Formular beinhaltet die Erfassung des Bedarfs medizinischer Rehabilitation des pflegenden Angehörigen.* Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte *sind berechtigt, mit Zustimmung der Pflegeperson den Reha-Bedarf an die Pflegekasse sowie den Hausarzt der Pflegeperson zu melden.* Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen

Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

Falls die Pflegeversicherung Träger medizinischer Reha- Leistungen für pflegende Angehörige werden soll, ist der Anspruch pflegender Angehöriger in § 44b SGB XI neu – Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige zu regeln.

§ 44b SGB XI neu – Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige

„Pflegerische Angehörige erhalten ärztlich verordnete Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 oder § 111a besteht. Der Anspruch umfasst auch Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung oder am Wohnort. Die pflegenden Angehörigen wählen zwischen den dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtungen aus.“

- Anpassungsbedarf besteht darüber hinaus bei der Reha-Richtlinie des G-BA sowie beim Verordnungsformular Muster 61.

Die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha SGB IX) ist ein Zusammenschluss von maßgeblichen, bundesweit tätigen Spitzenverbänden der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation. Die Mitglieder der AG MedReha vertreten die Interessen von rund 800 Rehabilitations-Einrichtungen mit mehr als 80 000 Betten/Behandlungsplätzen.

Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. (BamR), Berlin

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK), Berlin

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), Kassel

Bundesverband Geriatrie e.V., Berlin

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED), Berlin

Fachverband Sucht (FVS), Bonn