



**Anlage 1 zum BDPK-Positionspapier „Durch Reha Pflege vermeiden“:**

**Gesetzliche Grundlagen für den Vorrang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor anderen Sozialleistungen**

Diese Analyse der gesetzlichen Grundlagen belegt eindeutig, dass eine gesetzliche Regelungslücke für den Vorrang „Rehabilitation vor Pflege“ nicht besteht. Insofern muss im Ergebnis festgestellt werden, dass die gesetzlichen Vorschriften von den Krankenkassen, den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nicht in der vom Gesetzgeber gewünschten Form angewendet werden. Aus diesem Grunde sind die Zugangswege zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation bedarfsgerecht auszugestalten.

**Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)**

§ 11 Abs. 2 SGB V	Versicherte haben [ ] Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation [ ] die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.
§ 40 Abs. 1 und 2 SGB V	Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen den Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.  Reicht die Leistung nach Abs. 1 nicht aus kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtungen erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.



**Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)**

<p>§ 3 SGB IX</p>	<p>Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.</p>
<p>§ 4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX und Konkretisierung durch § 26 Abs. 1 SGB IX</p>	<p>Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,</li> <li>2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,...</li> </ol> <p>Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder</li> <li>2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.</li> </ol>
<p>§ 8 Abs. 1 und 3 SGB IX</p>	<p>Werden bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht, prüft dieser unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen, ob die Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind.</p> <p>Abs. 1 ist auch anzuwenden, um durch Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.</p>



§ 27 SGB IX	Die in § 26 Abs. 1 [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] genannten Ziele sowie § 10 [Koordination der Leistungen] gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.
§§ 60 und 61 SGB IX	<p>Eltern, Vormünder, Pfleger, und Betreuer, die bei einer Personensorge anvertrauten Menschen Behinderungen (§ 2 Abs. 1) wahrnehmen oder durch die in § 61 genannten Personen hierauf hingewiesen werden, sollen im Rahmen ihres Erziehungs- oder Betreuungsauftrags die behinderten Menschen einer gemeinsamen Servicestelle oder einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation oder einem Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe vorstellen.</p> <p>Die Beratung der Ärzte, denen eine Person nach § 60 vorgestellt wird, erstreckt sich auf die geeigneten Leistungen zur Teilhabe. Dabei weisen sie auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hin. Bei Menschen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach allgemeiner ärztlichen Erkenntnis zu erwarten ist, wird entsprechend verfahren.</p>



**Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI)**

<p>§ 5 Abs. 1 und 2 SGB XI</p>	<p>Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.</p> <p>Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihrer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.</p>
<p>§ 6 SGB XI</p>	<p>Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.</p> <p>Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.</p>
<p>§ 7 Abs. 2 SGB XI</p>	<p>Die Pflegekassen haben die Versicherten [ ] insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten.</p>
<p>§ 12 Abs. 2 SGB XI</p>	<p>Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten oder stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere sicher, dass im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen.</p>



<p>§ 18 Abs. 1 SGB XI</p>	<p>Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. [ ] Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind;...</p>
<p>§ 18 Abs. 6 SGB XI</p>	<p>Der Medizinische Dienst hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung mitzuteilen und [u. a.] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation [ ] zu empfehlen.</p>
<p>§ 31 SGB XI</p>	<p>Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Werden Leistungen nach diesem Buch gewährt, ist bei Nachuntersuchungen die Frage geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit zu prüfen.</p> <p>Die Pflegekassen haben bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung mit den Trägern der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.</p> <p>Wenn eine Pflegekasse feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, hat sie dies den Versicherten und den zuständigen Träger der Rehabilitation unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>Die Pflegekassen unterstützen die Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere bei der Antragstellung.</p>

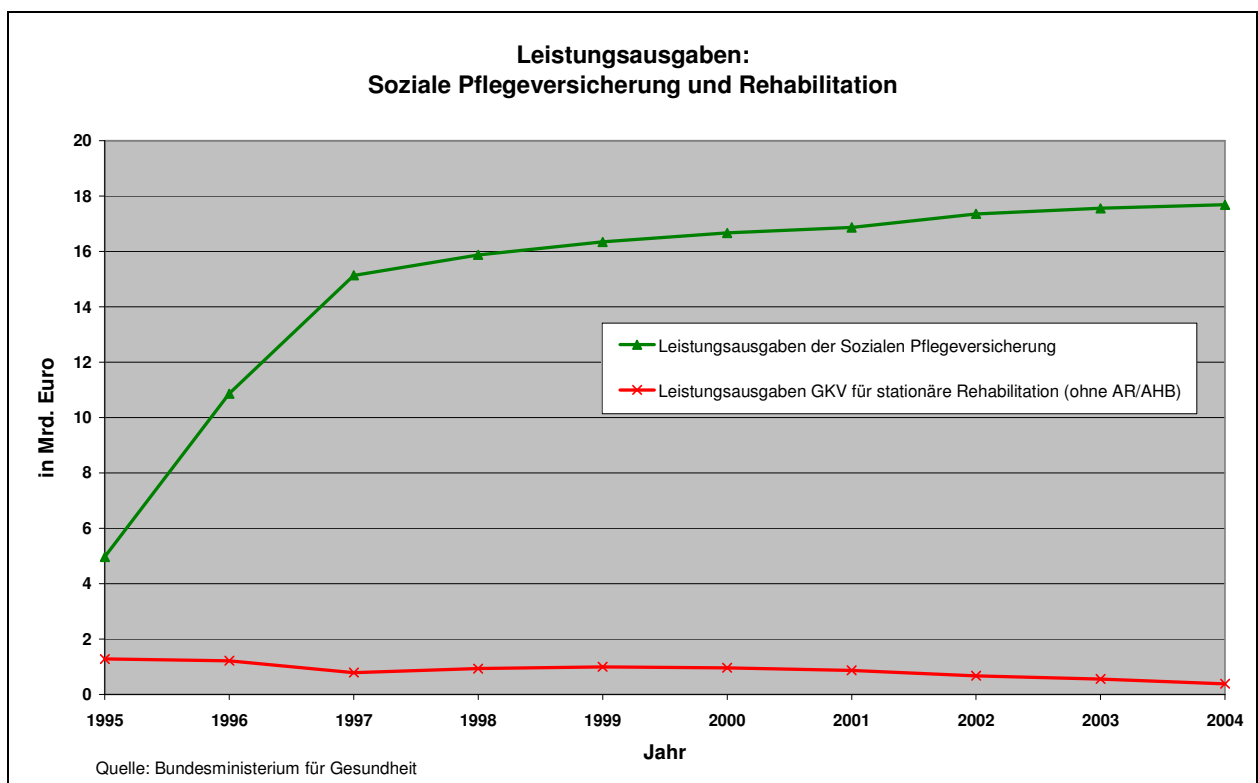


<p>§ 32 SGB XI</p>	<p>Die Pflegekasse erbringt vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, und sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre.</p> <p>Die Pflegekasse hat zuvor den zuständigen Träger zu unterrichten und auf die Eilbedürftigkeit der Leistungsgewährung hinzuweisen; wird dieser nicht rechtzeitig, spätestens jedoch vier Wochen nach Antragstellung tätig, erbringt die Pflegekasse die Leistungen vorläufig.</p>
--------------------	---



## Anlage 2 zum BDPK-Positionspapier „Durch Reha Pflege vermeiden“:

In dieser Grafik ist erkennbar, dass die Leistungsausgaben in der Sozialen Pflegeversicherung deutlich ansteigen. Die Ausgaben für Rehabilitation in der GKV, die u. a. auch Pflegebedürftigkeit vermeiden sollen, gehen mit diesem Trend nicht einher.



**Abbildung 1: Leistungsausgaben SPV und Rehabilitation**



Seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung steigt die Zahl der Pflegebedürftigen stetig an. Diese Entwicklung zeigt deutlich, dass durch den Rückgang der Ausgaben für Leistungen der medizinischen Rehabilitation ab dem Jahr 2002 Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung deutlich ansteigen. Dies ist bei weitgehend unverändertem Leistungsniveau der Sozialen Pflegeversicherung nur mit einem Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen zu erklären.

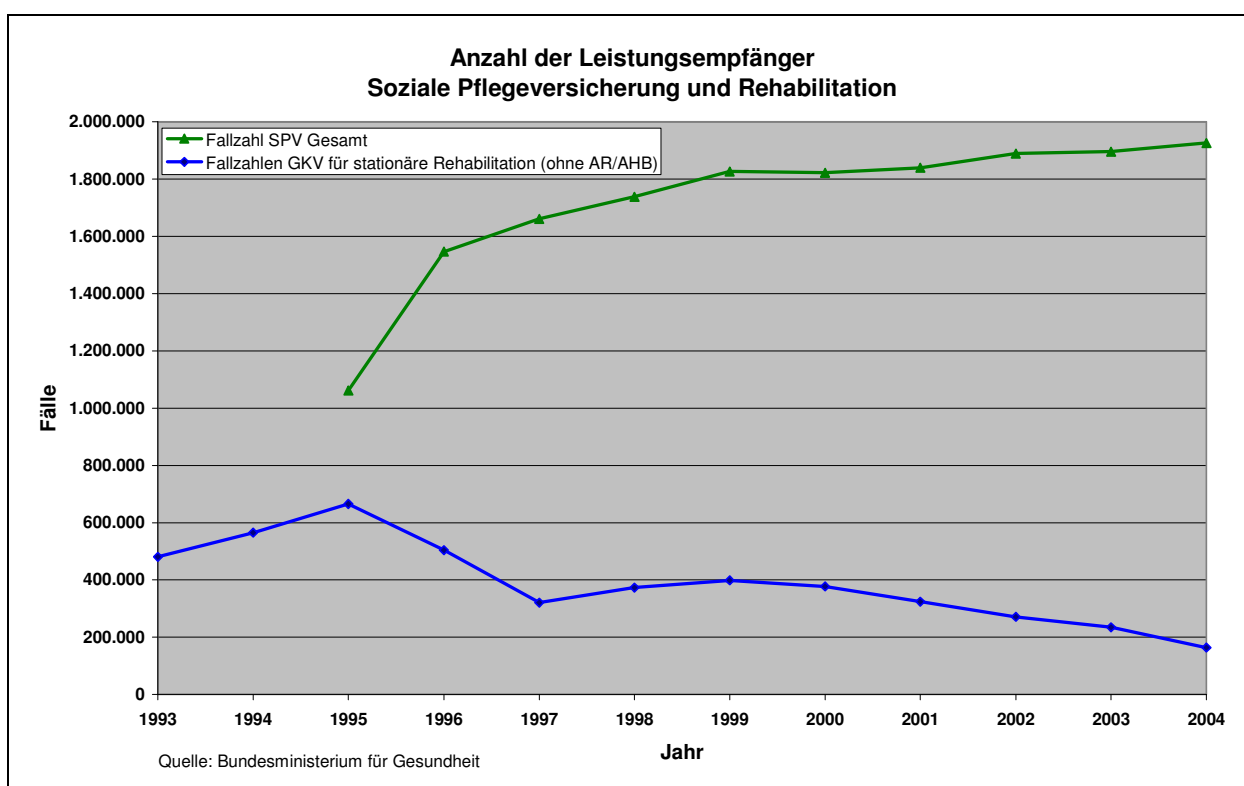


Abbildung 2: Anzahl Leistungsempfänger SPV und Rehabilitation



Dieser Trend wird sich zukünftig fortsetzen. Nach Prognosen der Rürup-Kommission entwickelt sich die Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung bei konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit wie folgt<sup>1</sup>. Dabei ist die Fallzahl der Rehabilitationsmaßnahmen weiter sinkend.

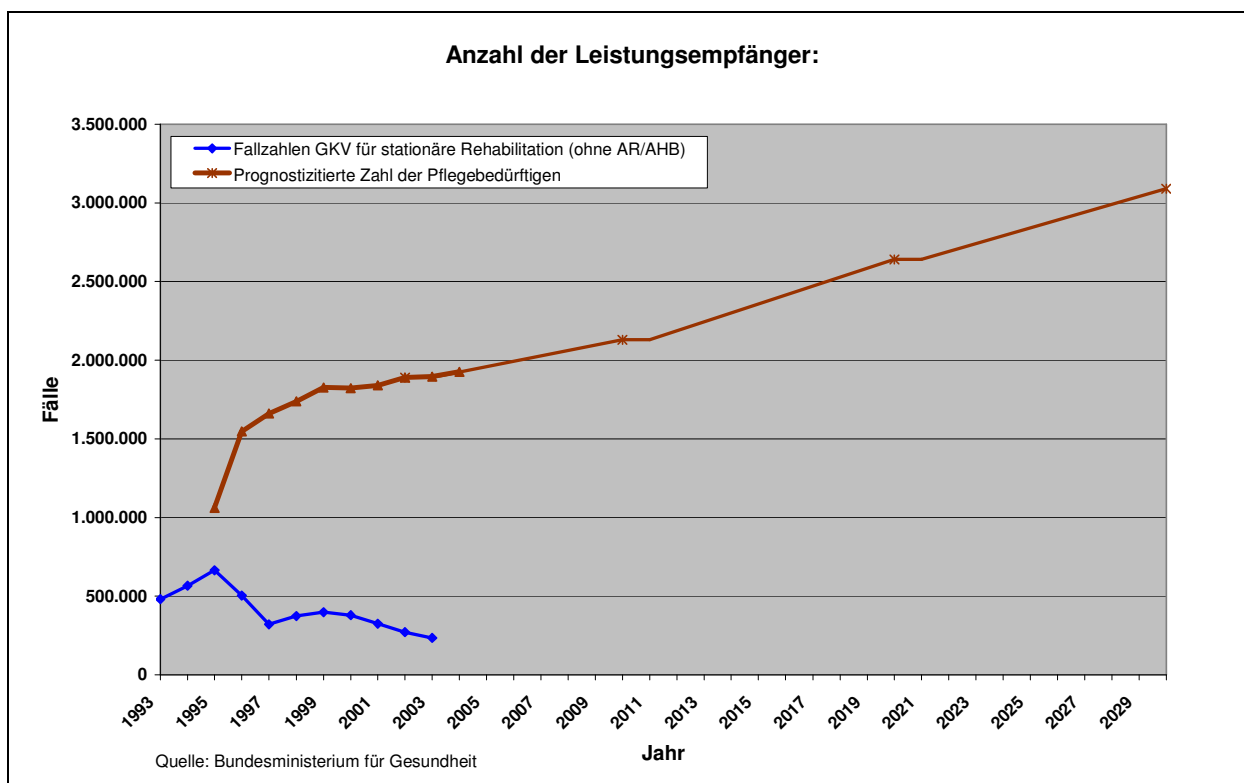


Abbildung 3: Leistungsempfänger Rehabilitation/Prognostizierte Zahl der Pflegebedürftigen

<sup>1</sup> Quelle: Bundesministerium für Gesundheit



### **Anlage 3 zum BDPK-Positionspapier „Durch Reha Pflege vermeiden“:**

#### **§ 178b VVG - Haftungsumfang**

- (1) Bei der Krankheitskostenversicherung haftet der Versicherer im vereinbarten Umfang für die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen.
- (2) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.
- (3) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.
- (4) In der Pflegekrankenversicherung haftet der Versicherer im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang für Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen (Pflegekostenversicherung) oder er leistet das vereinbarte Tagegeld (Pflegetagegeldversicherung).