

Editorial



Pflege ist überall. In Deutschland sind mehr als 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig. Aktuelle Berechnungen gehen davon aus, dass diese Zahl im Jahr 2050 auf über 4,4 Millionen steigen wird. Derzeit werden zwei Drittel der Menschen zuhause gepflegt. Der größte Pflegedienst in Deutschland sind enge Familieneingehörige wie Ehepartner und Kinder.

Pflege ist privat. Über den Umfang, die Art der Pflege zu Hause liegen dagegen nur wenige belastbare Daten vor. Im Jahre 2005

hat die Techniker Krankenkasse versucht die Situation der pflegenden Angehörigen zu erfassen. Demnach fühlt sich jede zweite Pflegeperson körperlich erschöpft. Jede dritte Pflegeperson gibt an, dass die Pflege ihre eigene Gesundheit belastet. Allerdings liegen auch positive Meldungen vor. Den Kontakt zum Pflegebedürftigen wertschätzen die meisten Pflegepersonen sehr (95%). Mehr als 75% der Befragten gaben zudem an, ausreichend Anerkennung für ihre Hilfe zu erfahren.

Pflege ist kräftezehrend. Was bedeutet Pflege im Einzelnen leider auch? Zeitliche und finanzielle Einschränkungen, Erschöpfung und täglich Schlafstörungen, Rückenprobleme. Aus Belastungen lassen sich Bedarfe ableiten und hier kommt die Rehabilitation ins Spiel. Für den Pflegebedürftigen, aber auch für den pflegenden Angehörigen. Viele Beispiele weisen die positive Wirkung von Reha für beide Seiten nach. Wichtig für die Nutzung der Angebote sind: klare Informationen, gute Beratung, kurze Antragswege, schnelle Kostenzusagen und nahtlose Prozesse. Mit der Teilhabepflicht hat der Gesetzgeber nun ein Modell geschaffen, in dem die Belange von pflegenden Angehörigen stärker einbezogen werden. Auch die Pflegekassen können bei einer Teilhabepflichtkonferenz hinzugezogen werden.

Pflege ist besonders. Die Ansprüche und Bedarfe pflegender Angehöriger an eine Reha sind besonders. Es braucht spezielle Informations- und Schulungsinhalte, Gruppenangebote sowie praxistaugliche Entspannungs-, Selbstfürsorge und Coping-Strategien. Eine Studie des BMG zeigte bereits 2014 auf, dass zu wenige Angebote auf die spezielle Zielgruppe „pflegende Angehörige“ zugeschnitten sind.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

Ihre Helga Seel

Inhalt

Reha und Pflege	I
Fünf Fragen an Dipl. Med. Katrin Breuninger	IV
Die Geriatrische Rehabilitation	V
Aktuelles aus der Arbeit der BAR	VII
Ablehnung einer beantragten Leistung in Verbindung mit einem positiven Gegenvorschlag – Genehmigungsfiktion – Selbstbeschaffung der Leistung	VIII

Reha und Pflege

Pflege – Kaum ein Thema ist so präsent und wird genauso gerne wieder verdrängt. Dabei kennt fast jeder jemanden, der pflegebedürftig ist. Die Ursachen sind breit gestreut. Eine Demenz, die schleichend die geistige Präsenz eines Angehörigen auflöst. Das Alter oder eine schwere Erkrankung, die Menschen auf Dauer die Luft zum Leben nimmt und sie mehr oder weniger ihrer Selbstständigkeit beraubt. Meistens sind ältere Menschen betroffen, aber längst nicht immer. Ein Schlaganfall, Erbkrankheiten, Unfälle – Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen und hat genauso viele Ursachen wie Gesichter.

Der Eintritt der Hilfebedürftigkeit stellt für den Pflegebedürftigen und insbesondere für seine Angehörigen bzw. seine Bezugspersonen oft den Beginn eines bergigen Marathons dar. Dabei sind verschiedene Hürden zu meistern – Fragen sind zu klären, Anträge zu stellen, und Termine zu vereinbaren. Es geht um die Suche nach Therapie- und Pflegemöglichkeiten, um Absprachen mit dem Partner und der Familie sowie die persönlichen Wünsche des Betroffenen. Das kostet Geld, aber vor allem Zeit, Kraft und Geduld. Hinzu kommt der Umgang mit einem Menschen, der nun anders „funktioniert“. Man muss sich neu aneinander gewöhnen und das oft mehrmals während der folgenden Pflegezeit.

Pflegebedürftigkeit in der Gesellschaft

Im Dezember 2017 waren in Deutschland etwa 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Tendenz weiter steigend (vgl. Abbildung 1). Zuletzt hat es einen starken Anstieg der Pflegebedürftigen gegeben. Die Zunahme um mehr als eine halbe Million Pflegebedürftige (+19 %) ist allerdings zum großen Teil auf die Einführung des neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbe-



griffs ab dem 01.01.2017 zurückzuführen. Seitdem werden mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft, als vor der Umstellung (z. B. Demenzerkrankte).

Pflege im Großen – die Reform der Pflegeversicherung

Wichtigstes Instrument des Gesetzgebers ist die soziale Pflegeversicherung. In kaum einem anderen Zweig der Sozialversicherung hat es in den letzten Jahren so viele Veränderungen gegeben, wie in der Pflege. Mit den Pflegestärkungsgesetzen (PSG I-III) hat der Gesetzgeber in der letzten Legislatur die größte Reform seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 umgesetzt. Insgesamt wurde nach Auskunft des BMG die Unterstützung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen seit 2013 um 12 Milliarden Euro und damit um mehr als 50 Prozent ausgeweitet. Vor allem die Pflege zu Hause wurde mit flexibleren Leistungen deutlich gestärkt. Das Pflegegeld und weitere Leistungen, wie z.B. für den Umbau einer Wohnung, wurden erhöht. Auch für pflegende Angehörige bedeutet die Reform eine spürbare Entlastung. Sie können leichter Angebote wie die Verhinderungspflege nutzen, haben einen eigenen Anspruch auf Pflegeberatung und sind sozial besser abgesichert.

Pflege im Privaten – die Versorgung von Pflegebedürftigen

Pflege zuhause – was bedeutet das? Angehörige lassen sich beurlauben oder kündigen

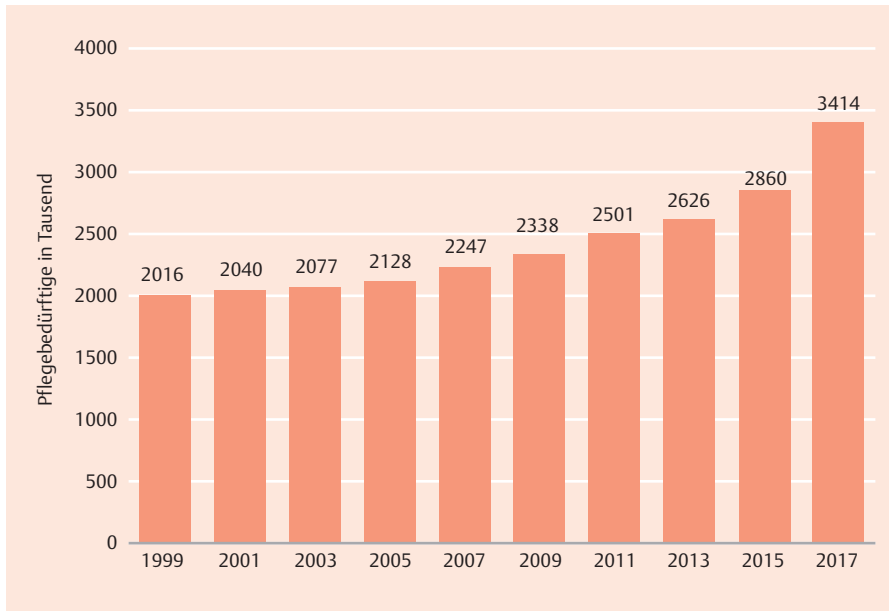


Abbildung 1: Anzahl und Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland, Quelle: statista.com.

ihren Job, Ehepartner ziehen auseinander, viele Menschen geben Einiges auf, um z.B. einen Elternteil zu pflegen. Verantwortung, Liebe oder familiäre Verpflichtung, die Gründe für die Übernahme von Pflege sind vielfältig. Überwiegend sind es Frauen, die in ihrem Beruf zunächst pausieren, um die aufwendige und kraftraubende Vollzeitpflege eines Elternteils, des Ehepartners oder eines ihrer Kinder zu übernehmen. Das geht oft bis zu den eigenen Belastungsgrenzen und nicht selten darüber hinaus.

Mehr als drei Viertel der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden zuhause durch Angehörige gepflegt. Etwa ein Drit-

tel davon mit Unterstützung eines Pflegedienstes (Abbildung 2). Insgesamt existieren mehr als 2,5 Millionen Pflegehaushalte in Deutschland. Gepflegt werden sie durch sog. Pflegepersonen. Eine Pflegeperson im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung ist eine Person, die eine Pflegebedürftige oder einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig in ihrer oder seiner häuslichen Umgebung pflegt. Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich pflegt, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, hat als Pflegeperson Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung. Dazu zählen Ansprüche und Leistungen aus der Arbeitslosen-, Renten- und Unfallversicherung.

Pflege zu Hause – Unterstützung durch die Sozialversicherung

Im Mittelpunkt jeder Pflege steht der Pflegebedürftige mit seinen Belangen. Wie kommt er im Alltag zurecht? Können die räumlichen Gegebenheiten verbessert werden? Gibt es

Hintergrund: Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Nach dem Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung) sind Pflegebedürftige Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mit mindestens einem der gesetzlich festgelegten Pflegegrade bestehen (§ 14 SGB XI). Die Pflegebedürftigkeit wird grundsätzlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) im Auftrag der Gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellt*.

* Die Unfallversicherungsträger sind z. B. zuständig, wenn die Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Arbeitsunfalls, eines Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit eingetreten ist und erbringen dann Leistungen.

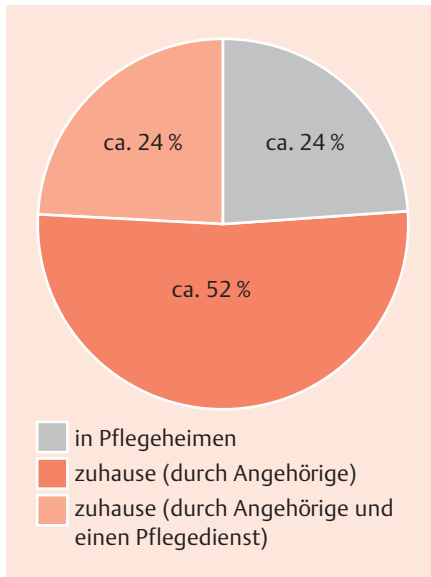


Abbildung 2: Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Quelle Destatis 2018.

Hilfsmittel, die ihm das Leben erleichtern können? Gibt es geeignete Reha-Leistungen oder präventive Maßnahmen, die die Beeinträchtigungen vermindern oder reduzieren können? Viele Angebote können im Alltag unterstützend wirken: Pflegedienste, Tages- und/oder Kurzzeitpflege, praxisnahe Hilfsmittel, wie Lifter, Pflegebett, Gleithilfen oder Antirutschmatratzen.

Die zuständige Pflegeversicherung kann bei Vorlage eines Pflegegrades die Verbesserung des Wohnumfelds finanziell unterstützen, z. B. beim Einbau einer bodengleichen Dusche, oder beim Umzug in eine barrierefreie, seniorengerechte Wohnung. Dazu ist ein Antrag bei der Pflegekasse zu stellen.

Wer als Pflegeperson einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist zudem beitragsfrei gesetzlich unfallversichert.

Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2017 die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pflegetätigkeit. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung,

Pflege und Reha – Unterstützung für den Pflegebedürftigen

Der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ ist seit Jahren in den Sozialgesetzbüchern fest verankert. Ziel des Prinzips „Reha vor Pflege“ ist es, den Pflegebedürftigen so lange wie möglich ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und die Lebensqualität zu steigern. Wichtigster Reha-Träger im Bereich sind die Krankenkassen. Anhaltspunkt für eine Reha-Leistung können sein (§ 11 GE Reha-Prozess), z. B.:

- Das Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder einer Multimorbidität bei Menschen jeden Alters
- Wiederholte oder lang andauernde ambulante oder stationäre Behandlungen wegen derselben Erkrankung, insbesondere dann, wenn durch eine Erkrankung eine Behinderung droht
- Eintritt oder Verschlimmerung einer Pflegebedürftigkeit

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen Versicherte bei ihrer Krankenkasse beantragen. Darüber hinaus benötigen sie in den meisten Fällen eine ärztliche Verordnung. Ist die Rehabilitation unmittelbar

nach einem Krankenhausaufenthalt nötig (sog. Anschlussrehabilitation), verordnet der verantwortliche Arzt im Krankenhaus die Leistung. Reha-Leistungen innerhalb der alltäglichen Versorgung verordnet dagegen der Hausarzt. Auch die Pflegegutachten können eine Reha-Empfehlung beinhalten.

Pflege und Reha – Entlastung von pflegenden Angehörigen

Häusliche Pflege bedeutet Einsatz rund um die Uhr. Wer das leistet, braucht Phasen der Erholung und Auszeiten – jedem Tag und ab und zu auch etwas mehr. Beispielsweise Urlaub oder eine Reha, um die eigenen Reserven wieder aufzutanken. Dazu hat der Gesetzgeber verschiedene Leistungen geschaffen: Mit dem Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes haben pflegende Angehörige einen Rechtsanspruch auf eine Reha-Leistung. Die Reha-Leistung ist bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen.

Angehörige, die zu Hause pflegen, können diese Angebote zur Vorsorge oder Rehabilitation allein in Anspruch nehmen, z. B. um Abstand zu gewinnen und eine neue Perspektive einzunehmen oder einen professionellen Umgang mit der möglichen Wesensänderung des Pflegebedürftigen zu finden. In dieser Zeit kann der Pflegebedürftige beispielsweise in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt werden. Daneben hat der pflegende Angehörige bei einer eigenen Reha-Leistung aber auch die Möglichkeit, die pflegebedürftige Person mitzunehmen. Oft sind Angehörige erst dann dazu bereit, solche Angebote anzunehmen, wenn die pflegebedürftige Person in der Nähe sein kann. Für die Versorgung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen in dieser Zeit kann dabei der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben. ●

Beratungsangebote für pflegende Angehörige

Pflegestützpunkte der Verbraucherzentralen, der Pflegekassen, der Wohlfahrtsverbände oder anderer Einrichtungen.

Kostenlose **Pflegekurse** der Pflegekassen oder der Pflegedienste.

Seminare zum Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen zum Austausch von Erfahrungen, Problemen und neuen Handlungsimpulsen, vgl. Reha-Info 2/2018.

Fünf Fragen an Dipl. Med. Katrin Breuninger

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Rehabilitation hat im Kontext der Pflege eine hohe Relevanz. Wie ist der Blick der Experten auf das Thema? Frau Dipl. Med. Katrin Breuninger ist Seniorberaterin und Leiterin des Teams Rehabilitation und Heilmittel beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Daneben ist sie u. a. Mitglied im Sachverständigenrat der Ärzte der BAR.



Frau Dipl. Med.
Katrin Breuninger
Bildquelle: Katrin
Breuninger.

? *Der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ ist seit Jahren in den Sozialgesetzbüchern verankert. Was bedeutet er für Ihre Arbeit?*

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung, da diese helfen können Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Der MDS fördert und unterstützt die Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor und bei Pflege“ somit spielt dieser in meiner täglichen Arbeit eine große Rolle. So koordinierte ich von Seiten des MDS 2013/2014 das breit angelegte wissenschaftliche Evaluationsprojekt „Reha XI – Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung der MDK“. Die Ergebnisse des Projektes „Reha XI“ sind in einen optimierten Begutachtungsstandard (OBS) eingegangen, der seit 2015 flächendeckend angewendet wird und mit in Kraft treten des Pflegestärkungsgesetzes II am 1. Januar 2016 im SGB XI (§ 18 Abs. 6) verankert wurde. Die Anwendung des OBS hat zu deutlichen Qualitätsverbesserungen im Begutachtungsablauf und zu einem kontinuierlichen Anstieg der Rehabilitations-Empfehlungen geführt, der sich mit Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens noch weiter positiv entwickelt hat.

? *Wie wird während einer Pflegebegutachtung festgestellt, ob Anspruch auf Reha-Leistungen bestehen?*

Die Gutachter der MDK müssen bei jeder Pflegebegutachtung prüfen, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig

und zumutbar sind. Den pflegefachlichen Gutachtern kommt dabei eine „Sreeningfunktion“ zu, d. h. es sollen jegliche Hinweise auf Rehabilitationsbedarf erfasst werden. Kommt der Gutachter nach Anamnese, Befunderhebung und Einschätzung der gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zu dem Ergebnis, dass zum Erhalt oder zur Verbesserung der Selbständigkeit und Teilhabe der interdisziplinäre, mehrdimensionale Behandlungsansatz einer medizinischen Rehabilitation erforderlich ist und Maßnahmen der kurativen Versorgung nicht ausreichend oder erfolgversprechend sind, ist von Rehabilitationsbedürftigkeit auszugehen. Im nächsten Schritt bewertet er die Rehabilitationsfähigkeit und formuliert alltagsrelevante, realistische Rehabilitationsziele. Ist die begutachtende Pflegefachkraft auf der Grundlage der erhobenen Informationen nun zu der Einschätzung gekommen, dass eine Rehabilitationsindikation bestehen könnte, erfolgt die Weiterleitung an eine Ärztin oder einen Arzt im Gutachterdienst, der zur Notwendigkeit und Allokation einer medizinischen Rehabilitation abschließend Stellung nimmt. Es besteht somit eine gemeinsame Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften für die Rehabilitationsempfehlung.

? *Was sind Ihres Erachtens die größten Hindernisse, warum Pflegebedürftige keine Reha-Leistungen beantragen oder in Anspruch nehmen? Wie könnte der Zugang verbessert werden?*

Diese Frage muss man meiner Ansicht nach von unterschiedlichen Seiten betrachten.

Pflegebedürftige und deren Angehörige benötigen Beratung und Information, dass auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beantragt werden können und welche Reha-Angebote zur Verfügung stehen. Pflegebedürftigkeit und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation schließen sich nicht gegenseitig aus. Man sollte erklären, dass mit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Chance besteht, Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen zu mindern, die Lebensqualität zu verbessern und den Grad an Selbständigkeit zu erhöhen. Pflegebedürftige und auch ihre Angehörigen befürchten allerdings häufig, dass die Leistungen aus der Pflegeversicherung dadurch gekürzt werden könnten. Während der Rehabilitation bezahlt die Pflegekasse das Pflegegeld allerdings für vier Wochen zu 100 % weiter. Natürlich kann nach einer erfolgreich durchgeführten Reha auch eine Pflegenachbegutachtung erfolgen.

Für die Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation (außerhalb der Pflegebegutachtung) braucht es aber auch die Vertragsärzte, insbesondere die Hausärzte. Diesen kommt eine Schlüsselrolle bei der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen zu. Sie müssen stärker dafür sensibilisiert werden, bei drohender oder bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit ihrer Patienten, auch bei Patienten in vollstationären Pflegeeinrichtungen, an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu denken und diese einzuleiten.

? *Welche Veränderungen für Pflegebedürftige haben Sie in den letzten Jahren*

im Themenfeld Rehabilitation festgestellt? Wo besteht Ihres Erachtens Entwicklungsbedarf?

Insbesondere im Bereich der geriatrischen Versorgung haben sich in den letzten 10–12 Jahren deutliche Entwicklungen gezeigt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Versorgungslandschaft in Deutschland hier Unterschiede aufweist und von den Geriatriekonzepten der jeweiligen Bundesländer abhängt. Die Krankenhausfallzahlen in der Geriatrie sind von 2007 zu 2013 um 43,1 % und die Bettenzahl um 33,8 % gestiegen*. In vielen Bundesländern erfolgt die geriatrische-rehabilitative Versorgung im Krankenhaus. Patienten erhalten dann bspw. nach einem Akutereignis (z.B. einer Schenkelhalsfraktur) eine geriatrisch-rehabilitative Komplexbehandlung (GFKB). Entwicklungsbedarf besteht bei wohnortnahen ambulanten und hier insbesondere bei mobilen und damit zugehenden Angeboten. Gerade Pflegebedürftige möchten

ihr häusliches oder ständiges Wohnumfeld nach oft langen oder wiederholten Aufenthalten in Krankenhäusern nicht mehr verlassen, selbst wenn weitere Verbesserungen ihrer Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten durch rehabilitative Maßnahmen aussichtsreich erscheinen. So ist die Zahl ambulanter geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen seit Jahren konstant auf eher niedrigem Niveau (ca. 50) und mobile geriatrische Rehabilitation steht weiterhin nur punktuell mit derzeit 15 Einrichtungen in Deutschland zur Verfügung.

? Was ist bei der Rehabilitation von älteren bzw. pflegebedürftigen Menschen aus Ihrer Sicht besonders zu beachten?

Zu beachten ist natürlich die geringere somatische und psychische Belastbarkeit und der höhere personelle Unterstützungsbedarf dieser Menschen. Indikationsspezifische Reha-Einrichtungen können auf Grund

der personellen Ausstattung nur begrenzt diesen Unterstützungsbedarf sicherstellen, auch wenn man sich zunehmend auf ältere und pflegebedürftige Menschen einstellt. Geriatrische Rehabilitationseinrichtungen werden am besten dieser Patientengruppe gerecht. Ganz wesentlich ist zu klären, welche Ziele diese Menschen selbst noch erreichen möchten. Hier können scheinbar kleine Rehabilitationsziele schon zu deutlichen Änderungen und Verbesserungen führen. Die älteren und pflegebedürftigen Menschen benötigen ein individuell angepasstes Rehabilitationsprogramm, das ihrer Belastbarkeit und ihren Bedürfnissen gerecht wird. Nicht zu vergessen ist der zunehmende Anteil von älteren und pflegebedürftigen Menschen mit Schädigungen mentaler Funktionen (z.B. Demenz). Auch für diese Menschen müssen angepasste rehabilitative Versorgungsangebote zur Verfügung stehen. ●

* Weißbuch Geriatrie Band I: Die Versorgung geriatrischer Patienten- Strukturen und Bedarf, 3. Auflage 2016

Die Geriatrische Rehabilitation

Die geriatritypische Multimorbidität und die schwindende Regenerationsfähigkeit betagter und hochbetagter Menschen stellen besondere Anforderungen an die geriatrische Versorgung. Geriatrie – auch Altersmedizin genannt – befasst sich mit Erkrankungen und Unfallfolgen bei Menschen, die zumeist älter als 65 Jahre sind und in der Regel mehrere Erkrankungen gleichzeitig haben. Geriatrie als medizinische Spezialdisziplin ist erst seit ungefähr 30 Jahren in Deutschland etabliert.

Im Fokus geriatrischer Behandlungen stehen zumeist Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems wie etwa Bluthochdruck und Herzinfarkt, neurologische Erkrankungen, wie zum Beispiel Schlaganfall, sowie orthopädische und chirurgische Erkrankung, wie zum Beispiel Arthrose und sturzbedingte Verletzungen. In Deutschland findet Geriatrie in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken sowie in ambulanten Versorgungsstrukturen statt. In den einzelnen Bundesländern hat die historische Entwicklung aufgrund un-

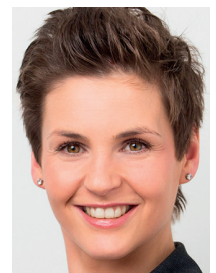
terschiedlicher politischer Planungsansätze und der gesetzlichen Rahmenbestimmungen zu verschiedenen geriatrischen Versorgungsstrukturen beziehungsweise Schwerpunktsetzung geführt (Tabelle 1).

Was ist eine geriatrische Rehabilitation?

Die geriatrische Reha ist eine spezielle Form der Rehabilitation. Sie ist für die besonderen Bedürfnisse betagter multimorbider Menschen konzipiert und bietet in



Dirk van den Heuvel,
Geschäftsführer des Bundesverbandes Geriatrie e.V.
Bildquelle: BV Geriatrie e.V.



Daniela Goldschek,
Referentin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
Bildquelle: axentis.de

diesem Kontext mehr als organspezifische Rehabilitation. Im Gegensatz zur indikationsbezogenen Rehabilitation steht bei einer geriatrischen Rehabilitation der ganzheitliche und interdisziplinäre Ansatz im Fokus. So arbeitet ein geriatrischespezifisches Behandlungsteam zusammen, das aus Ärzten, Pflegepersonal, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen sowie



Tabelle 1 – Übersicht über die Bundesländer je nach Schwerpunkt der geriatrischen Einrichtungen
(Quelle: BV Geriatrie e.V., 2019)

Versorgungsstrukturen Geriatrie 2019			
Bundesland	Akut	Rehabilitation	Schwerpunkt
Berlin	x	-	Akutkrankenhaus
Brandenburg	x	x	Akutkrankenhaus
Bremen	x	x	Akutkrankenhaus
Hamburg	x	-	Akutkrankenhaus
Hessen	x	x	Akutkrankenhaus
Nordrhein-Westfalen	x	x	Akutkrankenhaus
Sachsen-Anhalt	x	x	Akutkrankenhaus
Schleswig-Holstein	x	-	Akutkrankenhaus
Thüringen	x	x	Akutkrankenhaus
Niedersachsen	x	x	Akutkrankenhaus/Rehabilitation
Sachsen	x	x	Akutkrankenhaus/Rehabilitation
Baden-Württemberg	x	x	Rehabilitation
Bayern	x	x	Akutkrankenhaus/Rehabilitation
Mecklenburg-Vorpommern	x	x	Rehabilitation
Rheinland-Pfalz	x	x	Akutkrankenhaus/Rehabilitation
Saarland	x	x	Akutkrankenhaus/Rehabilitation



Sozialarbeitern besteht. Dieses multiprofessionelle Team berücksichtigt die alterstypischen Einschränkungen und Erkrankungen geriatrischer Patienten mitsamt ihren Folge- und Wechselwirkungen, um die bestmögliche Selbstständigkeit und Mobilität älterer Menschen zu erlangen.

Voraussetzungen

Laut „Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene“ sind zur Klärung der Notwendigkeit einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation drei Voraussetzungen zu erfüllen:

- der Rehabilitand muss in der Regel 70 Jahre alt sein,
- mindestens zwei für die Geriatrie typische Erkrankungen aufweisen
- sowie rehabilitationsbedürftig und rehabilitationsfähig sein.

Diese Voraussetzungen gelten für alle Arten der geriatrischen Rehabilitation. Einen Antrag auf geriatrische Rehabilitation stellt der Hausarzt oder der Arzt in Zusammenarbeit

mit dem Sozialdienst des Krankenhauses, in dem der geriatrische Patient behandelt wird.

Dauer

In der Regel dauert eine geriatrische Rehabilitation 20 Tage und wird zumeist stationär erbracht, sie kann allerdings auch ambulant oder als Mobile Geriatrische Rehabilitation, die eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation dargestellt, erfolgen. Darüber hinaus kann mit Zustimmung der Krankenkasse eine Verlängerung vorgenommen werden.

Welche Neuerungen im Bereich Reha und Pflege gibt es?

Am 15. Januar 2019 haben sich GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und elf für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgebliche Verbände auf Bundesebene unter Moderation des erweiterten Bundesschiedsamts auf den seit 2015 verhandelten Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha verständigt.

Ziel des Entlassmanagements ist es, Rehabilitanden eine lückenlose medizinische beziehungsweise pflegerische Anschlussver-

sorgung zu sichern. Insbesondere wird bei einer geriatrischen Rehabilitation das frühzeitige Augenmerk auf die Entlassplanung sowie die ambulante Nachsorge gelegt, da der Erfolg der Rehabilitation auch im häuslichen Umfeld mit weiteren Maßnahmen stabilisiert werden muss.

Der Rahmenvertrag ist am 1. Februar 2019 für alle Rehabilitationseinrichtungen in Kraft getreten. Die Rehabilitationseinrichtungen haben sechs Monate Zeit, bis sie alle Regelungen des Rahmenvertrages umsetzen müssen.

Wo liegen Potenziale und Herausforderungen?

Die Personalnot in den Bereichen Pflege und Therapeuten ist längst manifest und zählt zu den größten Herausforderungen im Gesundheitswesen. Auch die Politik sieht sich in der Pflicht, den Fachkräftemangel in der Pflege verstärkt anzugehen. Hierfür hat der Gesetzgeber mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) ein Gesetz geschaffen, womit das Pflegepersonal entlastet und gegen die Unterbesetzung in der Pflege vorgegangen werden soll. Das PpSG beinhaltet jedoch nahezu ausschließlich finanzielle Maßnahmen zur Refinanzierung von Pflegekräften in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Rehabilitationskliniken wurden im PpSG nicht berücksichtigt. Das birgt die Gefahr, dass Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in großem Umfang Pflegekräfte aus Rehabilitationseinrichtungen abwerben könnten.

In Anbetracht des demografischen Wandels zu einer immer älteren Bevölkerung stellt die wohnortnahe Erreichbarkeit von geriatrispezifischen Rehabilitationseinrichtungen eine weitere Herausforderung dar. Diese ist derzeit nicht flächendeckend gegeben. Daher ist ein entsprechender Ausbau geriatrispezifischer Versorgungskonzepte unerlässlich, insbesondere, da der Bedarf auch in den nächsten Jahren weiter deutlich ansteigen wird (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2 – Demografiebedingter zusätzlicher Kapazitätenbedarf in der Geriatrie 2025
(Quelle: BV Geriatrie e.V.; Verweildauer – Prognose laut Expertenbefragung)

Zusätzlicher Kapazitätenbedarf Geriatrie 2025			
Demografie	Krankenhaus	Rehabilitation	Gesamt
zusätzliche Fälle	76.780	24.340	101.120
Verweildauer (Prognose)	15,5	21,0	
Pflegetage	1.190.090	511.140	1.701.230
Auslastung	90%	90%	90%
Zusätzl. Bettenbedarf	3.623	1.556	5.179

Häufig führt der Versorgungsansatz in der Geriatrie zu Problemen im Finanzierungssystem. Das geriatrische Behandlungskon-

zept beruht unter anderem auf interdisziplinärer, multiprofessioneller Therapie, die mit hohen Personalkosten verbunden ist.

Hinsichtlich dieses Aspekts zählt die geriatrische Rehabilitation – im Vergleich zur indikationsbezogenen Rehabilitation – zu den eher hochpreisigen Versorgungsformen.

Da im deutschen Gesundheitssystem eine strikte Trennung von Akutbehandlung und Rehabilitation herrscht, wird die angemessene Versorgung von geriatrischen Patienten oftmals erschwert. Hier gilt es vernetzte Versorgungsstrukturen zu etablieren, um die bestehenden Budget- und Sektorengrenzen zu überbrücken. ●

Aktuelles aus der Arbeit der BAR

Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess – eine Handreichung für die Praxis



Alle am Reha-Prozess Beteiligten haben das Ziel, zu einer erfolgreichen Rehabilitation beizutragen. Mit der neuen Gemeinsamen Empfehlung (GE) Reha-Prozess haben die Reha-Träger auf Ebene der BAR Regelungen erarbeitet, die Zusammenarbeit und Austausch zugunsten des Leistungsberechtigten verbessern sollen. Hier wird eine Vielzahl gesetzlicher Vorschriften des Teilhabegesetzes in einen Gesamtzusammenhang ge-

bracht und gleichzeitig das Vorgehen bei einzelnen Phasen oder Elementen des Prozesses wie z.B. der Zuständigkeitsklärung, Bedarfsfeststellung oder Teilhabepanung konkretisiert.

Für das Grundverständnis ist es wichtig, dass die Phasen bzw. Elemente des Reha-Prozesses ineinander greifen. Immer wieder kann es Wechselwirkungen und Kausalitäten zwischen den Phasen geben, besonders wenn es darum geht, Bedarfe zu erkennen und zu ermitteln oder Leistungen zu koordinieren. Die GE beschreibt zwar einen idealtypischen Reha-Prozess. Jedoch sollen die Regelungen zur Umsetzung der Vorschriften des neuen Gesetzes dazu beitragen, den Austausch zwischen den Beteiligten zu verstärken und das gemeinsame Handeln zu fördern.

Der Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderungen kann komplex sein und der Weg zu einer passgenauen Teilhabeleistung unter Umständen holprig. Umso wichtiger ist die praktische Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung. So bietet die GE beispielsweise eine Checkliste mit Anhalts-

punkten und Kriterien, über die sich ein möglicher Teilhabedarf erkennen lässt und eine Auswahl von Hilfen zur Erkennung von Bedarfen. Darüber hinaus konkretisiert die GE die Einbindung verschiedener Akteure in die Bedarfserkennung. Dazu gehören die Reha-Träger, Leistungserbringer, die Leistungsberechtigten selbst, Ärzte, Betriebsärzte, Psychotherapeuten, viele andere Gesundheitsberufe, aber auch Arbeitgeber und Personal- und Betriebsräte. Und mit dem Teilhabeplan als „Herzstück“ beschreibt die GE ein praxistaugliches Instrument zur Steuerung und Koordinierung komplexer Einzelfälle. Für die Umsetzung in der Praxis stehen verschiedene Vordrucke zur Teilhabepanung zur Verfügung.

Die Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess bietet eine ganze Reihe praxistauglicher Inhalte. Entscheidend ist aber, was die Adressaten/innen der Regelungen daraus machen.

Weitere Informationen, Broschüren und Seminarhinweise finden Sie auf unserer Website unter www.bar-frankfurt.de ●

Noch freie Plätze – BAR Seminare im 1. Halbjahr 2019

Die Aufgaben des leistenden Rehabilitationsträgers nach dem SGB IX am 08.05.2019 in Leipzig

Beratung in der Rehabilitation vom 28.-29.05.2019 in München

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) am 13.06.2019 in Düsseldorf

Bedarfsermittlung nach dem BTHG am 27.06.2019 in Frankfurt/Main

Reha-Info 1/2019 – In eigener Sache:

Leider wurden beim Layout der Ausgabenstatistik in der letzten Ausgabe (S. IV) einige Zahlen fehlerhaft übertragen. Wir bitten das Versehen zu entschuldigen. Die korrekten Zahlen finden Sie auf unserer Website unter www.bar-frankfurt.de/service/reha-info.



Ablehnung einer beantragten Leistung in Verbindung mit einem positiven Gegenvorschlag – Genehmigungsfiktion – Selbstbeschaffung der Leistung

Orientierungssätze*

- Soll eine beantragte Leistung abgelehnt und stattdessen eine andere Leistung gewährt werden, bedarf es für eine verfahrensabschließende Entscheidung stets eines konkreten und geeigneten Gegenvorschlags, eine bloße allgemeine Aufzählung von möglichen Alternativen reicht nicht.
- Bei Selbstbeschaffung einer Rehabilitationsleistung nach § 18 SGB IX ist die Erstattung offensichtlich rechtswidriger bzw. rechtsmissbräuchlich beschaffter Leistungen ausgeschlossen.
- Die fiktive Bewilligung einer selbstbeschafften Teilhabeleistung begründet auch Ansprüche auf Folgeleistungen, wie Übergangsgeld nach § 20 SGB VI.

LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 17.12.2018, Az: L 8 R 4195/18 ER-B

Sachverhalt und Entscheidungsgründe

Der Antragsteller, Handwerksmeister, beehrte im Zusammenhang mit einem von ihm beantragten Studium der IT-Sicherheit als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) die Gewährung von Übergangsgeld im Wege einstweiligen Rechtsschutzes vom Rentenversicherungsträger (DRV). Den von der Bundesagentur für Arbeit an die DRV (nach § 14 SGB IX) weitergeleiteten LTA-Antrag vom 28.02.2018 bewilligte diese am 21.03.2018 dem Grunde nach. Gegenüber der Reha-Fachberatung der DRV gab der Antragsteller an, allein ein Studium im IT-Sicherheitsbereich anzustreben; auch beantragte er dies ausdrücklich am 27.03.2018. Eine Kostenübernahme für das Studium lehnte die DRV am 22.06.2018 ab. Ein Leistungsanspruch bestehe auch bei Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts mangels persönlicher Eignung – hier als

umstrittenes Ergebnis einer am 28.05.2018 durchgeführten eignungsdiagnostischen Testung – nicht; es gebe für den Antragsteller zudem ausreichende Umschulungsalternativen. Dieser nahm nach einigen Wendungen im Verfahren das Studium dennoch auf und verfolgte unter Bezug auf die selbstbeschaffte Maßnahme sein auf unterhaltssichernde Leistungen gerichtetes Begehren im Wege einstweiligen Rechtsschutzes. Nach Ablehnung des entsprechenden Antrags durch das SG gab das LSG der dagegen gerichteten Beschwerde überwiegend statt: Der Antragsteller könne die vorläufige Gewährung von Übergangsgeld jedenfalls bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens beanspruchen. Für eine verfahrensabschließende Entscheidung über den Antrag vom 27.03.2018 sei es bereits nicht ausreichend gewesen, dass die DRV am 22.06.2018 nur die „Gewährung des Hochschulstudiums“ abgelehnt, jedoch keine andere konkrete Leistung gewährt habe. Ferner habe

die DRV ohnehin nicht innerhalb der Fristen des § 18 SGB IX (2 Monate) über den Antrag entschieden, so dass das Verwaltungsverfahren durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion bereits abgeschlossen gewesen sei. In der Leistungsdiagnostik vom 28.05.2018 erkennt das Gericht keinen Anlass für eine Fristverlängerung. Das LSG kann zudem im Rahmen der im einstweiligen Rechtsschutz vorgesehenen summarischen Prüfung auch keine rechtsmissbräuchliche Leistungsbeschaffung feststellen, die eine Genehmigungsfiktion hindern könnte. Nachdem das Hochschulstudium mithin als genehmigt gelten müsse und der Antragsteller dieses aufgenommen habe, würden auch die Voraussetzungen für die Erbringung von Übergangsgeld durch die DRV vorliegen.

Da es sich vorliegend um einen Beschluss im einstweiligen Rechtsschutz handelt, wird sich zeigen müssen, ob die Einschätzung des LSG im Hauptsacheverfahren Bestand hat. In diesem werden nach den Ausführungen im Beschluss wohl auch der Umgang der Beteiligten mit der Eignungsdiagnostik vom 28.05.2018 sowie der gesamte Verfahrensverlauf seit Antragstellung eine Rolle spielen. Der Beschluss selbst ist nach § 152 Abs. 1 VwGO unanfechtbar. ●

* Leitsätze des Gerichts bzw. Orientierungssätze nach JURIS, redaktionell abgewandelt und gekürzt

Impressum

Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 58. Jahrgang, Heft 2, April 2019
Die Reha-Info erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber der Zeitschrift Die Rehabilitation.
Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt am Main
Redaktion: Günter Thielgen (verantwortlich), Bernd Giraud, Franziska Fink, Matthias Sutorius;

Rechtsbeiträge: Dr. Thomas Stähler, Marcus Schian
Telefon: 069/605018-0
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>
Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung,

der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.