

# **22. Reha-Kolloquium 2013**

## **Geriatrische Rehabilitation vor Pflege**

---

05. März 2013

Mainz

**RA Dirk van den Heuvel**  
Geschäftsführer  
Bundesverbandes Geriatrie

**Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ ist gesetzlich verankert:**

### **§ 31 SGB XI Vorrang der Rehabilitation vor Pflege**

- (1) Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden 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.
- (2) ...

### **Allgemein anerkannter Grundsatz:**

Mit einer rechtzeitigen gezielten Rehabilitation kann Pflegebedürftigkeit verhindert oder zumindest hinausgezögert werden

- für die Krankenkassen ist es ökonomisch nicht sinnvoll, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- ausgelöst wird das Problem durch die bestehende Trennung zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Gesetzlicher Pflegeversicherung (GPV).
- zu viele Menschen werden derzeit ohne mögliche Intervention ihrer Krankenkasse aus rein ökonomischen Gründen an die Pflegeversicherung „abgegeben“, was aber letztlich den Krankenkassen nicht angelastet werden kann.
- Pflegekassen sind untereinander mit einem Finanzausgleich ausgestattet – Krankenkassen stehen dagegen im Beitragswettbewerb (im Hinblick auf Zusatzbeiträge)  
→ würden im eigenen Sinne „unwirtschaftlich“ handeln, wenn sie mehr in Leistungen zur Vermeidung von Pflege investierten

Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen werden gestärkt:

- gezielte Beratung und Information durch die Pflegekassen
  - **frühzeitige, individuelle Pflegeberatung** durch die Pflegekassen durch das PNG: die Pflegekasse hat gemäß § 7b Abs. 1 SGB XI nunmehr nach Eingang eines Antrags dem Antragsteller entweder einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen auf Wunsch zu Hause anzubieten, oder wenn dies nicht möglich ist – einen Gutschein auszustellen, der bei einer qualifizierten Beratungsstelle eingelöst werden kann

Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen werden gestärkt:

- Die Pflegekassen werden in § 18a SGB XI verpflichtet, Antragstellenden neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende **gesonderte Rehabilitationsempfehlung** zu übermitteln.
  - Die Betroffenen erhalten mit der Rehabilitationsempfehlung konkrete und für sie nachvollziehbare Aussagen über für sie notwendige und empfehlenswerte Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, aber auch über die Gründe, die gegebenenfalls einer Rehabilitationsempfehlung entgegenstehen.

Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen werden gestärkt:

- **nachvollziehbare Prüfung** eines möglichen Anspruchs auf Rehabilitationsleistungen für Pflegebedürftige
- Bestätigung: **rechtlicher Anspruch** auf Rehabilitationsmaßnahmen (auch in der Pflege)
- sofern der Antragsteller zustimmt, ist die **Pflegekasse verpflichtet**, den Rehabilitationsbedarf zur Verfahrensprüfung an den zuständigen Rehabilitationsträger **weiterzuleiten**

Besondere Berichtspflichten:

Den Pflegekassen und dem Spitzenverband Bund werden detaillierte **Berichtspflichten** über die Umsetzung der Empfehlungen des MDK aufgegeben.

Finanzieller Ausgleich bei „Verminderung des Pflegebedarfs“:

- Stationäre Pflegeeinrichtungen: Anerkennungsbeitrag
- Krankenkassen gegenüber der Pflegeversicherung in Höhe von 3072 Euro, wenn sie pflegebedürftigen Versicherten innerhalb von 6 Monaten nach Antragstellung notwendige Leistungen zur med. Reha nicht erbringen

### Einführung eines Programmsatzes

Durch die Einführung einer **gesetzlichen Klarstellung** in § 23 Abs. 5 S. 1 und § 40 Abs. 3 S. 1 SGB V wird der Anspruch der pflegenden Angehörigen auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen unterstrichen.

Im Gesetz wird es an diesen Stellen in Zukunft heißen: „Die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger“. Diese Klarstellung soll das Bewusstsein für die Situation der pflegenden Angehörigen schärfen.



Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen werden gestärkt:

Der Anspruch auf **Kurzzeitpflege** so erweitert, dass nun Kurzzeitpflege auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden kann.

Um den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die keine Zulassung zur Pflege nach dem SGB XI besitzen, eine pflegerische Versorgung im Rahmen des Sachleistungssystems der Pflegeversicherung zu ermöglichen, wird der **Anspruch auf die Sachleistung** der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erweitert.

# Wirtschaftliche Aspekte

## Kosten

- Kostenträger ist die Krankenkasse
- im Akut-Krankenhaus "keine Steuerungsoption"
- im Rehabilitationbereich Genehmigungsverfahren durch Kostenträger mit u.a. Kosten-Nutzen-Abwägung

## Nutzen

- Vermeidung/ Verzögerung von
  - wiederholten KH-Aufenthalten
  - Pflegebedürftigkeit (Vermeidung, Verminderung oder Stabilisierung von Pflegestufen)
- Nutznießer:
  - GKV (kleinerer Teil)
  - PflegeV (vorrangig)
- Kostenträger  $\neq$  Nutznießer

# Finanzierung

## Gesamtwirtschaftliche Sparpotenziale

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit (1999-2007)

	1999	2001	2003	2005	2007	Diff. 1999/2007 in %
<b>Pflegebedürftige insgesamt</b>	<b>2.016.091</b>	<b>2.039.780</b>	<b>2.076.935</b>	<b>2.128.550</b>	<b>2.246.829</b>	<b>11%</b>
ambulante Pflege	415.289	434.679	450.126	471.543	504.232	21%
stationäre Pflege	573.211	604.365	640.289	676.582	709.311	24%
vollstationäre Dauerpflege	554.217	582.258	612.183	644.165	671.080	21%
Kurzzeitpflege	8.545	9.643	10.999	13.351	15.002	76%
Tagespflege	10.276	12.409	17.078	19.048	23.196	126%
Nachtpflege	173	55	29	18	33	-81%
Pflegegeld	1.027.591	1.000.736	986.520	980.425	1.033.286	1%

- Der größte Anstieg ist mit 24% bei der stationären Pflege zu verzeichnen, während Leistungen zum Pflegegeld relativ konstant geblieben sind.
  - der zunehmende Pflegebedarf wird nicht durch Angehörige gedeckt, sondern in den Bereich der ambulanten Pflegedienste oder stationärer Pflegeeinrichtungen verlagert
- zunehmende Steigerung der Pflegebedürftigkeit
  - für 2050 werden 4,35 Millionen Pflegebedürftige erwartet (Sachverständigenrat 2009)
- Pflege 2010: Stufe I=1023€ / Stufe II=1279€ / Stufe III=1510€ / Stufe IV=1825€
- vermehrt müssen die Kommunen Sozialhilfeleistungen aufwenden (Kostenverlagerung)
- Grundsatz: REHA VOR PFLEGE!

# Gesamtwirtschaftliche Sparpotenziale

## Bereich Pflegeversicherung

- Modellrechnung GEBERA
  - Verminderung/Verhinderung der Pflegebedürftigkeit bei 10% bzw. 25% geriatrischer Patienten im Jahr 2007 (Akut und Reha)
    - Verhinderung der Pflegebedürftigkeit = Einsparung von 1.023 €/Mon.
    - Minderung der Pflegebedürftigkeit = Einsparung von 242,33 €/Mon.
    - (Durchschnitt der Steigerungsraten zwischen den Pflegestufen)
  - Gegenüberstellung der Kosten für die geriatrische Behandlung und der Einsparungen der Pflegeversicherung unter den o. g. Annahmen
  - „indirekte“ Entlastung der Sozialhilfeträger

	Variante 1 Verhinderung und Minderung der Pflegebedürftigkeit in 10 % der Fälle	Variante 2 Verhinderung und Minderung der Pflegebedürftigkeit in 25 % der Fälle
Patientenvolumen (Fallzahl)	59.983	149.957
Einsparungen Pflegeversicherung	455.389.418 €	1.138.473.544 €
Ausgaben geriatrische Behandlung	292.630.089 €	731.575.223 €
<b>Einsparungen Zeitraum 1 Jahr (Saldo)</b>	<b>162.759.329 €</b>	<b>406.898.321 €</b>

**Bei einer Break-Even-Point-Betrachtung amortisiert sich die erfolgreiche geriatrische Behandlung im Sinne einer verhinderten/geminderten Pflegebedürftigkeit innerhalb von 6,4 Monaten.**

# Gesamtwirtschaftliche Sparpotenziale

## Bereich Sozialhilfe

---



Wer als Pflegebedürftiger keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten kann, weil er die dortigen Voraussetzungen nicht erfüllt (z.B. nicht versichert, oder notwendiger Grad der Pflegebedürftigkeit nicht erreicht ist) kann die volle Leistung der Hilfe zur Pflege bekommen, also grds. sämtliche Pflegeleistungen (verschiedene Ausnahmen, z.B. Pflegegeld)

Wer als Pflegebedürftiger Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, kann ergänzende Leistungen der Sozialhilfe bekommen, wenn ein weitergehender, nicht gedeckter Bedarf besteht.

§ 61 Abs. 2 SGB XII bestimmt, dass auch die vollstationäre Pflege ein Bestandteil der Hilfe zur Pflege sein kann. Die entsprechenden Pflegesätze der Einrichtung müssen vollständig vom Sozialhilfeträger übernommen werden.

- **geri. Reha vor Pflege = großes gesamtwirtschaftliches Einsparpotenzial bei besserer Versorgung des Betroffenen („Win-Win“)**
- **Pflegeversicherung bzw. Sozialhilfeträger = neue Rehaträger?**

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**