

„REHABILITATION VOR PFLEGE“

Erläuterung eines Grundsatzes
für Ärzte, Berater, Angehörige
und Betroffene



Autor

Assessor jur. Martin H. Kramer, Berlin
Geschäftsführer
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Herausgeber

Arbeitskreis Gesundheit e.V.
Am Römerlager 2
53117 Bonn

Layout und Druck

D+L Reichenberg GmbH, Bocholt

Stand

1. Auflage, August 2006

© 2006

KURZFASSUNG

WORUM GEHT ES?

Jeder Mensch in unserer Gesellschaft kann durch Krankheit, Unfall und Invalidität pflegebedürftig werden. Rd. 2 Mio. Menschen in Deutschland sind bereits pflegebedürftig. Zumeist trifft Pflegebedürftigkeit ältere Menschen, dennoch ist Pflegebedürftigkeit keine Frage des Alters. Die Teilhabe der betroffenen Menschen an der Gesellschaft ist durch die Pflegebedürftigkeit gefährdet oder gar schon beeinträchtigt. Diese Menschen sind in Gefahr, von Sozialleistungen, insbesondere Sozialhilfe, abhängig zu werden. Die Zahl älterer Menschen und damit die Zahl der Pflegebedürftigen steigt deutlich an und die Gesellschaft ist gefordert, bessere Lösungen für die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder für die Versorgung von Pflegebedürftigen zu realisieren. Solche Lösungen bietet die moderne medizinische Rehabilitation.

Tatsache ist aber, dass viele Rehabilitationsmaßnahmen nicht beantragt werden und die Zahl der bewilligten Anträge abnimmt. Hier wird eindeutig am falschen Ende gespart, denn die im Jahr 1995 eingeführte Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der Pflegekosten und hat große Probleme. Zur Finanzierung der Pflegekosten müssen immer mehr Betroffene auf ihre Rente oder gar Ersparnisse zurückgreifen. Reichen diese Mittel nicht, springt die Sozialhilfe ein oder Angehörige müssen Unterhalt zahlen.

REHABILITATION VOR PFLEGE, EIN BEDEUTENDER GRUNDSATZ!

Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation ist seit langem im Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ verankert. Dieser Grundsatz steht in mehreren Sozialgesetzen und besagt einfach ausgedrückt: Bevor ein Mensch pflegebedürftig wird, muss mit medizinischer Rehabilitation alles getan werden, um dies zu verhindern. Ist ein Mensch bereits pflegebedürftig, muss mit medizinischer Rehabilitation alles getan werden, um diesen Zustand und die Situation des Pflegebedürftigen zu verbessern.

WAS IST EIGENTLICH MEDIZINISCHE REHABILITATION? WARUM IST SIE WICHTIG?

Rehabilitation ist nicht mehr Weiterführung der akutmedizinischen Behandlung nur mit anderen Mitteln. Zentrale und neue Aufgabe der Rehabilitation ist die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit, insbesondere auf den Ebenen Aktivitäten (Leistungsfähigkeit) und Partizipation (Teilhabe an Lebensbereichen). Rehabilitation setzt sich mit der Teilhabe des Patienten sowie deren Rahmenbedingungen auseinander und erreicht Bereiche, die der behandelnde Arzt mit den Mitteln der Krankenbehandlung nicht erreichen und beeinflussen kann. Sie umfasst als einzige Leistung im Gesundheitswesen einen ganzheitlichen Ansatz, der den Menschen in den Mittelpunkt stellt, und der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Erkrankung hinausgeht. Durch eine konsequente Versorgung der Patienten mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kann die Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. deutlich verkürzt werden.

ANTRAGSTELLUNG UND REHABILITATIONSTRÄGER

Für Sozialleistungen, also auch für Leistungen zur Teilhabe in der Form einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, ist grundsätzlich ein Antrag bzw. eine Einverständniserklärung des betroffenen Menschen erforderlich.

Im Bereich Rehabilitation vor Pflege sind wichtige Rehabilitationsträger, manchmal auch Kostenträger oder Leistungsträger genannt, u.a. die gesetzlichen Krankenkassen und die Träger der Sozialhilfe. Es ist aber völlig unschädlich, wenn der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim falschen, d.h. nicht zuständigen Rehabilitationsträger eingereicht wird. Alle Leistungsträger nehmen die Anträge entgegen und Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten.

WANN SIND LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION ERFORDERLICH UND SOLLTEN EINGELEITET WERDEN?

Medizinische Rehabilitation hat das Ziel, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder zu vermindern sowie eine Verschlimmerung zu verhüten. Beeinträchtigungen können sich darstellen z.B. in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit, in der Haushaltsführung und der sozialen Integration. Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung können sich z.B. ergeben bei Menschen mit mehrfachen oder lang andauernden ambulanten oder stationären Behandlungen, wegen mehrerer oder derselben Erkrankung oder bei multimorbiden oder chronisch kranken Menschen jeden Alters, insbesondere aber lebensälteren Menschen.

WER UNTERSTÜTZT BEI ANTRAGSTELLUNG UND EINLEITUNG?

Alle Menschen, die von Pflegebedürftigkeit bedroht oder bereits betroffen sind, haben bei der Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation einen gesetzlichen Anspruch auf Beratung und Hilfe nicht nur durch die Rehabilitationsträger, sondern durch alle Sozialleistungsträger, insbesondere selbstverständlich die Pflegekassen. Durchgeführt wird die Beratung regelmäßig in den Beratungsstellen der Sozialleistungsträger, in den gemeinsamen örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger und selbstverständlich in den Pflegeeinrichtungen selbst.

Eine besondere Bedeutung und Verantwortung hat der behandelnde Arzt als Vertrauensperson des Patienten. Unterstützung erhalten betroffene Menschen auch von Sozialdiensten z.B. im Krankenhaus. Besonders wichtig sind auch die Angehörigen.

INHALTSÜBERSICHT

Worum geht es?	7
Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit	8
Rehabilitation vor Pflege, ein bedeutender Grundsatz!	10
Was ist eigentlich medizinische Rehabilitation? Warum ist sie wichtig?	10
Antragstellung: Wer kann Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten?	12
Rehabilitationsträger und ihre Aufgaben	13
Rehabilitationseinrichtungen: Partner der Rehabilitationsträger und Patienten	15
Wann sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich und sollten eingeleitet werden?	16
Wer unterstützt bei Antragstellung und Einleitung?	18
Kleine Rechtskunde	21

WORUM GEHT ES?

Jeder Mensch in unserer Gesellschaft kann durch Krankheit, Unfall und Invalidität pflegebedürftig werden. Rd. 2 Mio. Menschen in Deutschland sind bereits pflegebedürftig. Zumeist trifft Pflegebedürftigkeit ältere Menschen, dennoch ist Pflegebedürftigkeit keine Frage des Alters. Die Teilhabe der betroffenen Menschen an der Gesellschaft ist durch die Pflegebedürftigkeit gefährdet oder gar schon beeinträchtigt. Diese Menschen sind in Gefahr, von Sozialleistungen, insbesondere Sozialhilfe, abhängig zu werden.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl älterer Menschen und damit die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich ansteigen. Schon heute ist ein großer Teil z.B. der AOK-Versicherten älter als 70 Jahre und auch über 90jährige sind keine Seltenheit. Gleichzeitig wird aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung die Fähigkeit und auch Bereitschaft, betroffene Menschen in der Familie zu betreuen und zu pflegen, abnehmen. Der Bedarf an professioneller Pflege wird steigen. Dieser gesellschaftliche Wandel ist nicht nur Sache der Sozialleistungsträger. Die Gesellschaft ist gefordert, bessere Lösungen für die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder für die Versorgung von Pflegebedürftigen zu realisieren. Erforderlich ist eine nachhaltige Leistung, die die Selbständigkeit der Menschen erhält und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine weitgehende Unabhängigkeit von Hilfe sichert. Eine solche Leistung ist die moderne medizinische Rehabilitation. Durch medizinische Rehabilitation wird nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessert, durch medizinische Rehabilitation werden langfristig und nachhaltig die Kosten im Sozialwesen gesenkt. Mit anderen Worten, medizinische Rehabilitation ist eine Lösung für viele Probleme des deutschen Sozialwesens.

Tatsache ist aber, dass viele Rehabilitationsmaßnahmen z.B. wegen der zu leistenden Zuzahlung oder einfach aus Unkenntnis nicht beantragt werden. Gleichzeitig nimmt die Zahl der von den Rehabilitationsträgern bewilligten Anträge ab. Die Selbständigkeit der von Pflegebedürftigkeit bedrohten oder schon betroffenen Menschen zu erhalten und damit durch Rehabilitation zu sparen, ist ein Gebot der Menschlichkeit und der Ökonomie. Es wird eindeutig am falschen Ende gespart.

PFLEGEVERSICHERUNG UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Um zumindest den von Pflegebedürftigkeit Betroffenen die individuelle Belastung finanziell zu erleichtern, ist im Jahr 1995 mit dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) die Pflegeversicherung eingeführt worden. Heute sind in der sozialen Pflegeversicherung rd. 70 Mio. Menschen versichert, in der privaten Pflegeversicherung nochmals rd. 9 Mio. Menschen.

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich aber mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedarf. Der maßgebliche Hilfebedarf bezieht sich auf die Bereiche der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und auf hauswirtschaftliche Versorgung (§ 14 SGB XI). Die Pflegebedürftigen werden nach § 15 SGB XI von der Pflegekasse einer von drei Pflegestufen zugeordnet.

Die Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der Pflegekosten. Sie stellt eine Grundversorgung (quasi „Teilkasko“) sicher, um die pflegerischen Aufwendungen im Wesentlichen abzudecken. Ziel ist es, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle die Betroffenen aufgrund der Pflegebedürftigkeit nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen sind. Tatsache ist, dass die Pflegeversicherung und damit die Solidargemeinschaft trotz des „Teilkaskoansatzes“ vor großen Problemen steht. Seit Einführung der Pflegeversicherung stieg die Zahl der Pflegebedürftigen (Leistungsempfänger) ständig und schneller als erwartet an. Nach Prognosen der Rürup-Kommission wird die Zahl der Pflegebedürftigen bei unveränderter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit von derzeit rd. 2 Mio. bis zum Jahr 2030 auf rd. 3,1 Mio. ansteigen. Vor allem jedoch blieb das jährliche Wachstum der Beitragseinnahmen mit durchschnittlich 0,9% deutlich hinter den Erwartungen zurück. Seit Beginn der Pflegeversicherung gilt unverändert der Beitragssatz von 1,7%. Im Jahr 2003 verzeichnete die Pflegeversicherung einen absoluten Rückgang der Einnahmen. Im Jahr 2005 betrug das Defizit in der Pflegeversicherung bereits 0,36 Mrd. EURO. Demgegenüber sind nach vorsichtiger Schätzung Ausgabensteigerungen in einer Größenordnung von 1,2% bis 1,5% pro Jahr zu erwarten. Hinzu kommen Kostensteigerungen von bis zu 0,5% pro Jahr durch die Abnahme der Pflege durch Laien (z.B. Familienangehörige) und damit parallel zunehmende Pflege durch professionelles Pflegepersonal.

Aber nicht nur die Solidargemeinschaft steht vor Problemen. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden seit ihrer Einführung mit einer geringfügigen Ausnahme im Jahr 2001 nicht an die Kostenentwicklung angepasst. Da der Realwert der Leistungen dadurch, bei unverändertem Nominalwert, seit 1995 um 13,1% abgenommen hat, tragen die Versicherten und ihre Angehörigen einen wachsenden Eigenanteil an den Pflegekosten. Zur Finanzierung der Pflegekosten müssen immer mehr Betroffene auf ihre Rente oder gar Ersparnisse zurückgreifen. Reichen diese Mittel nicht, springt die Sozialhilfe ein oder Angehörige müssen Unterhalt zahlen. Auch die Versorgung der Pflegebedürftigen selbst muss dringend verbessert werden. Beim Hilfebedarf sind psychische und kognitive Kompetenz- und Fähigkeitsstörungen des Pflegebedürftigen ebenso nicht erfasst wie teilhabeorientierte Methoden und Verfahren.

Dass hier etwas getan werden muss, haben die politisch Verantwortlichen erkannt und zuletzt im Koalitionsvertrag der CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005 folgendes vereinbart: „Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen notwendig. Leistungen müssen darauf ausgerichtet sein, Behinderungen, chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Der medizinischen Rehabilitation kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Deshalb muss insbesondere der Grundsatz **Rehabilitation vor Pflege** gestärkt werden. Pflegebedürftigkeit darf nicht dazu führen, dass erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe nicht erbracht werden.“

REHABILITATION VOR PFLEGE, EIN BEDEUTENDER GRUNDSATZ!

Im deutschen Sozialrecht sind zwei Grundsätze von besonderer Bedeutung. Zum einen der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“, der alle erwerbsfähigen Menschen zwischen 15 und 65 Jahren im Blick hat. Dabei ist nach § 8 SGB II erwerbsfähig, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, mit den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich tätig zu sein. Zum anderen der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“, der grundsätzlich alle Versicherten im Blick hat. Der Grundsatz gilt auch für Menschen, die Sozialhilfe erhalten. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ findet sich gleich in mehreren Sozialgesetzbüchern, so in § 11 Abs. 2 SGB V, § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX, § 8 Abs. 1 u. 3 SGB IX und §§ 5, 18 Abs. 1, 31 SGB XI. Er besagt einfach ausgedrückt: Bevor ein Mensch pflegebedürftig wird, muss mit medizinischer Rehabilitation alles getan werden, um dies zu verhindern. Ist ein Mensch bereits pflegebedürftig, muss mit medizinischer Rehabilitation alles getan werden, um diesen Zustand und die Situation des Pflegebedürftigen zu verbessern. Durch § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX wurde der bis zum Jahr 2001 nur in spezifischen Leistungsgesetzen enthaltene Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ als grundsätzliche Zielsetzung aller Leistungen zur Teilhabe ausgedehnt. Die Regelung ist Ausdruck der Zielsetzung, trotz einer drohenden oder bestehenden Pflegebedürftigkeit eine möglichst weitgehende Unabhängigkeit und eine weitgehend selbständige Lebensführung zu gewährleisten, wozu auch die Unabhängigkeit von Sozialleistungen, z.B. der Leistungen der Pflegeversicherung, gehört.

WAS IST EIGENTLICH MEDIZINISCHE REHABILITATION? WARUM IST SIE WICHTIG?

Mit den Worten des Gesetzgebers ausgedrückt, sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Sozialleistungen zur Teilhabe. Hierdurch wird die besondere Bedeutung der medizinischen Rehabilitation aber nicht einmal im Ansatz deutlich. Mit der Einführung des SGB IX im Jahre 2001 ist die medizinische Rehabilitation zur dritten Säule des deutschen Sozialsystems geworden. Seitdem ist sie nicht mehr Weiterführung der akutmedizinischen Behandlung nur mit anderen Mitteln. Sie hat einen eigenständigen, sehr viel weiter gehenden Auftrag bekommen. Neue Grundlage auch für die

Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), mit der die funktionale Gesundheit und deren Beeinträchtigung abgebildet werden kann. Ausgangspunkt sind danach Beeinträchtigungen in den Bereichen Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus. Das SGB IX stellt dieses in den Wirkungszusammenhang mit den daraus folgenden Beeinträchtigungen der Tätigkeiten (Aktivitäten) aller Art eines Menschen sowie Beeinträchtigungen der Teilhabe (Partizipation) an Lebensbereichen.

Nach dem SGB IX ist die Beeinflussung der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus und die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit, insbesondere auf den Ebenen Aktivitäten (Leistungsfähigkeit) und Partizipation (Teilhabe an Lebensbereichen), zentrale Aufgabe der Rehabilitation. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation setzen sich mit der Teilhabe des Patienten sowie deren Rahmenbedingungen auseinander und intervenieren in Bereichen, die der behandelnde Arzt mit den Mitteln der Krankenbehandlung nicht erreichen und beeinflussen kann. Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist danach nicht etwa allein die Weiterbehandlung einer Krankheit. Sie umfasst als einzige Leistung im Gesundheitswesen einen ganzheitlichen Ansatz, der den Menschen in den Mittelpunkt stellt, und der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Erkrankung hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen eines Patienten – beschrieben in Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und ihrer Kontextfaktoren – berücksichtigt. Anders ausgedrückt, den Krankenhausarzt interessiert, ob z.B. die Amputation eines diabetischen Fußes erfolgreich verlaufen ist, den Arzt in der Rehabilitationseinrichtung und sein Team interessiert, dass der Patient trotz seiner Behinderung oder chronischen Erkrankung wieder am Leben in der Gesellschaft teilhaben kann und nicht pflegebedürftig wird. Dabei stehen indikationsspezifische Angebote, z.B. in den Bereichen Orthopädie, Neurologie, wie auch spezielle, für multimorbide ältere Menschen entwickelte geriatrische Rehabilitationsangebote zur Verfügung. Wichtig ist aber, dass Art, Umfang und Ausführung der Leistungen sich nunmehr für alle Rehabilitationsträger einheitlich nach dem SGB IX richten.

Auf dieser Basis ist medizinische Rehabilitation wichtig, weil sie

- auf Dauer den Gesundheitszustand der Betroffenen verbessert,
- die Behandlungsergebnisse der akutmedizinischen Versorgung verbessert und langfristig sichert, die Lebensqualität der Betroffenen verbessert und insgesamt die Kosten für das Sozialwesen senkt,
- eine weitestgehend selbstbestimmte Lebensführung der Betroffenen ermöglicht.

Durch eine konsequente Versorgung der Patienten mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kann die Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. deutlich verkürzt werden. Eine Analyse der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation (ohne Anschlussrehabilitation) und der Pflegeversicherung ab dem Jahr 1995 zeigt deutlich, dass ein Rückgang der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu einem überproportionalen Anstieg der Leistungsausgaben in der Pflegeversicherung führt. Dies ist nur mit einem Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen zu erklären.

ANTRAGSTELLUNG: WER KANN LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION ERHALTEN?

Für Sozialleistungen, also auch für Leistungen zur Teilhabe in der Form einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, ist grundsätzlich ein Antrag bzw. eine Einverständniserklärung des betroffenen Menschen erforderlich. Für einen noch nicht von Pflegebedürftigkeit betroffenen aber ggf. bedrohten Menschen führt der erste Weg regelmäßig zu seinem behandelnden Arzt oder in eine gemeinsame Servicestelle oder aber auch direkt zu einem Rehabilitationsträger. Bei bereits von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen sind die Sozialleistungsträger entweder nach § 8 SGB IX oder speziell die Pflegekassen nach § 5 SGB XI verpflichtet, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einzuleiten.

Aus den gesetzlichen Zielen der Rehabilitation im SGB V und SGB IX geht hervor, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Pflegebedürftigkeit verhindern sollen, nicht nur für bereits behinderte Menschen erbracht werden. Rehabilitation soll auch und gerade verhindern, dass Menschen überhaupt behindert, erwerbsgemindert oder pflegebedürftig werden. Rehabilitation ist auch Prävention. Chronisch Kranke sind von Behinderung und Pflegebedürftigkeit bedroht. Unabhängig von der Erkrankung oder Beeinträchtigung, Praxis und Wissenschaft der Rehabilitation sind sich einig, dass Leistungen möglichst frühzeitig einsetzen müssen, um ihre Ziele zu erreichen. Leistungen müssen frühzeitig beantragt werden.

Im Kranken- und Rentenversicherungsrecht wird durch den Gesetzgeber unterstellt, dass stationäre Rehabilitationsleistungen nur alle vier Jahre und nur für drei Wochen erforderlich sind. Dies sind jedoch nur Richtwerte. Wenn die gesundheitliche Situation des Patienten es erfordert, ist eine medizinische

Rehabilitation auch vorzeitig, d.h. vor Ablauf der Vier-Jahresfrist medizinisch indiziert und kann abweichend von der Vier-Jahresfrist vorzeitig durchgeführt werden.

REHABILITATIONSTRÄGER UND IHRE AUFGABEN

Rehabilitationsträger, manchmal auch Kostenträger oder Leistungsträger genannt, sind nach § 6 Abs. 1 SGB IX u.a. die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe. Ein großer Rehabilitationsträger, die gesetzliche Rentenversicherung, bleibt hier unberücksichtigt, da den Rentenversicherungsträgern entsprechend ihrer spezifischen Aufgabenstellung weiterhin das Recht eingeräumt ist, Leistungen zur Teilhabe und damit auch zur medizinischen Rehabilitation nur dann zu erbringen, wenn die Behinderung oder die chronische Erkrankung sowie die Teilhabeleistungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken. Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt danach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für 15 – 65jährige, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen, und bei denen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit drohen oder bereits eingetreten sind.

Die Krankenkassen sind zuständig, wenn Menschen nicht erwerbsfähig sind, d.h. insbesondere für lebensältere Menschen. Die Krankenkassen sind auch zuständig für mitversicherte Familienangehörige sowie für krankenversicherte Selbständige und/oder wenn Pflegebedürftigkeit droht. Kinder und Jugendliche können medizinische Leistungen zur Rehabilitation sowohl von den Trägern der Rentenversicherung wie auch von den Krankenkassen erhalten. Geht es aber um Pflegebedürftigkeit, sind auch hier die Krankenkassen zuständig.

Für Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt, wobei insbesondere Kinder und Jugendliche, aber auch Rentenbezieher und andere lebensältere Menschen betroffen sind, können die Sozialhilfeträger im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit bzw. im Rahmen der Eingliederungshilfe (§ 54 SGB XII) bei behinderten Menschen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen. Eine besondere Stellung haben die Träger der sozialen Pflegeversicherung, die Pflegekassen. Diese sind selbst nicht Rehabilitationsträger, haben aber u.a. nach § 5 Abs. 1 SGB XI bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Die Pflegekassen müssen auch nach §§ 31, 32 SGB XI Leistungen

zur medizinischen Rehabilitation vorläufig erbringen, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist und der zuständige Rehabilitationsträger nicht spätestens vier Wochen nach Antragstellung tätig wird.

Aufgrund der besonderen Stellung der Pflegekassen, die Träger der Pflegeversicherung aber kein Rehabilitationsträger sind, entstehen für die Pflegeversicherung und damit auch für die betroffenen Menschen große Probleme. Die Krankenkassen als Träger der pflegevermeidenden Rehabilitation tragen nicht das finanzielle Risiko für den Fall, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht erbracht werden. Für die Krankenkassen ist es auch wirtschaftlicher, keine pflegevermeidenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen, sondern die betroffenen Menschen gleich in die Pflege zu überstellen. Dann trägt nicht die Krankenversicherung die Kosten, sondern die Pflegeversicherung und die betroffenen Menschen. Die Ergebnisse sind entsprechend. Die betroffenen Menschen kommen viel zu früh in die Pflegebedürftigkeit. Die Kosten für das Sozialsystem steigen.

Dabei hat der Gesetzgeber alle Voraussetzungen dafür geschaffen, dass erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation frühzeitig und nahtlos erbracht werden können und auch müssen. Darüber hinaus ist es auch völlig unschädlich, wenn der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim falschen, d.h. nicht zuständigen Rehabilitationsträger eingereicht wird. Nach § 16 SGB I nehmen alle Leistungsträger die Anträge entgegen und Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. Die Prüfung der Zuständigkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und das entsprechende Verfahren ist zudem in § 14 SGB IX mit konkreten Fristen geregelt.

Aufgabe der Rehabilitationsträger ist die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Behindert im Sinne des SGB IX sind nicht nur Menschen, die als schwerbehindert anerkannt sind oder denen man ihre Behinderung sofort ansieht. Behindert im Sinne des SGB IX sind vielmehr alle, die aus gesundheitlichen Gründen (körperlich, seelisch, geistig) in ihrer Teilhabe beeinträchtigt sind. Nach §§ 10 – 13 SGB IX sind die Rehabilitationsträger im Rahmen der gesetzlichen Regelungen dafür verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich – „wie aus einer Hand“ – erbracht werden. Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass die erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation zugeschnitten auf die individuelle Lebenssituation des betroffenen Menschen und unter Berücksichtigung seiner berechtigten Wünsche (§ 9 SGB IX) im Austausch mit diesem bzw. mit

seinen Angehörigen/gesetzlichen Vertretern zum frühestmöglichen Zeitpunkt erbracht werden. § 8 Abs. 1 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger zu aktivem Verwaltungshandeln, wenn bei ihnen Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden. Die Rehabilitationsträger müssen dann von Amts wegen prüfen, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation voraussichtlich erfolgreich sind. Die Rehabilitationsträger müssen den bei dem Menschen bestehenden individuellen Leistungsbedarf funktionsbezogen feststellen (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) und dazu ggf. ein ergänzendes Sachverständigengutachten (§ 14 SGB IX) einholen. Für den Bereich der Pflegebedürftigkeit war diese Pflicht bereits in § 5 SGB XI geregelt und ist nochmals ausdrücklich in § 8 Abs. 3 SGB IX normiert worden. Für die Sozialhilfeträger ist diese Verpflichtung in § 14 Abs. 2 SGB XII geregelt.

REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN: PARTNER DER REHABILITATIONSTRÄGER UND PATIENTEN

Der Rehabilitationsträger darf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, die nach ihrer Struktur- und Prozessqualität auch tatsächlich geeignet ist, die angestrebten Rehabilitationsziele zu erreichen.

Rehabilitationseinrichtungen in diesem Sinne zeichnen sich heute dadurch aus, dass sie interne Qualitätsmanagementverfahren, z.B. das Integrierte Qualitätsmanagement – Programm – Reha (IQMP-Reha) anwenden und über eine entsprechende Zertifizierung verfügen. Hier können Patienten sicher sein, in guten Händen zu sein. Die Rehabilitationsträger können sicher sein, einen guten Partner bei der Ausführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu haben.

WANN SIND LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION ERFORDERLICH UND SOLLTEN EINGELEITET WERDEN?

Die Träger der medizinischen Rehabilitation dürfen nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur bewilligen, wenn damit voraussichtlich folgende, gesetzlich vorgegebene Ziele erreicht werden können:

- Vermeidung, Überwindung oder Minderung einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder von Pflegebedürftigkeit bzw. Verhütung ihrer Verschlimmerung sowie Vermeidung des Bezuges von laufenden Sozialleistungen oder Minderung einer bereits laufenden Sozialleistung (§§ 4 Abs. 1 Nr. 2, 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).

Mit § 26 SGB IX werden die in § 4 SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe insgesamt vorgegebenen Ziele als spezifische Ziele der medizinischen Rehabilitation in das Leistungsrecht übernommen. Die Ziele beschreiben Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die ein Mensch als Folge einer Behinderung oder chronischen Erkrankung erleiden kann.

Die Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs muss funktionsbezogen erfolgen und sich nach dem SGB IX an der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientieren. Danach gilt ein Mensch nicht als funktional gesund und deswegen in seiner Teilhabe beeinträchtigt, wenn

- seine körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen nicht denen eines gesunden Menschen entsprechen,
- er nicht all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird,
- er sein Dasein nicht in allen Lebensbereichen, die ihm wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen erwartet wird.

Die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit darf dabei nicht mit Krankheit gleichgesetzt werden. Der Bedarf für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist deshalb nicht gekennzeichnet durch den Schweregrad einer Erkrankung, sondern durch Art und Ausprägung einer bereits bestehenden oder drohenden Teilhabebeeinträchtigung. Ein Mensch kann funktional erheblich schwerwiegender beeinträchtigt sein als es die zugrunde liegende Krankheit erwarten lässt. Dieses gilt gerade für lebensältere Menschen.

Wird festgestellt, dass mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein o.g. Ziel erreicht werden kann, müssen die in § 26 Abs. 2 u. 3 SGB IX nicht abschließend beschriebenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf den konkreten Einzelfall bezogen bedarfsgerecht sein. Dabei darf wirksame Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit nicht aus dem Leistungsrecht des SGB XI definiert werden, sondern muss alle Verfahren und Methoden zur Beeinflussung der vielfältigen Ursachen von Pflegebedürftigkeit umfassen.

Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger haben in einer gemeinsamen Empfehlung zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, insbesondere der medizinischen Rehabilitation formuliert. Sollten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe eines Menschen in für ihn wichtigen Lebensbereichen vorliegen oder drohen, sollte die Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation immer erfolgen. Solche Beeinträchtigungen können sich darstellen

auf der Ebene der Aktivitäten, z.B.

- in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit,
- im Verhalten,
- in der Kommunikation,
- in der Haushaltsführung,
- in der Bewältigung von psychischen und sozialen Belastungen;

und

auf der Ebene der Teilhabe, z.B. in Einschränkungen der Möglichkeit der

- Selbstversorgung,
- Mobilität,
- Beschäftigung in der Freizeit,
- Bewältigung familiärer Aufgaben,
- sozialen Integration,
- ökonomischen Eigenständigkeit.

Solche Anhaltspunkte können sich zum Beispiel ergeben:

- bei Menschen mit mehrfachen oder lang andauernden ambulanten oder stationären Behandlungen wegen mehrerer oder derselben Erkrankung,
- bei multimorbiden oder chronisch kranken Menschen jeden Alters, insbesondere aber lebensälteren Menschen,
- bei Menschen mit traumatischen Erlebnissen, insbesondere bei Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit,
- bei Menschen, die eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung beziehen,
- bei Menschen, die bereits Leistungen zur Teilhabe erhalten oder erhalten haben, wenn sich eine Verschlimmerung anbahnt oder sich neue Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens ergeben,
- bei Menschen, bei denen ohne weitere Intervention Pflegebedürftigkeit droht,
- bei pflegebedürftigen Menschen, bei denen durch rehabilitative Intervention eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vermieden oder das Ausmaß einer schon vorhandenen Pflegebedürftigkeit verändert werden könnte.

Ein Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit ihrem ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatz besteht immer, wenn bei einer drohenden oder bereits eingetretenen Beeinträchtigung der Teilhabe die Mittel der akutmedizinischen Behandlungen nicht mehr ausreichen.

WER UNTERSTÜTZT BEI ANTRAGSTELLUNG UND EINLEITUNG?

Alle Menschen, die von Pflegebedürftigkeit bedroht oder bereits betroffen sind, haben bei der Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation einen gesetzlichen Anspruch auf Beratung und Hilfe nicht nur durch die Rehabilitationsträger, sondern durch alle Sozialleistungsträger, insbesondere selbstverständlich die Pflegekassen. Dieser Anspruch ist für alle Sozialleistungen grundsätzlich in §§ 13 – 16 SGB I geregelt, er findet sich aber auch in zahlreichen anderen sozialgesetzlichen Vorschriften. Durchgeführt wird die Beratung regelmäßig in den Beratungsstellen der Sozialleistungsträger und selbstverständlich in den Pflegeeinrichtungen. Von besonderer Bedeutung für die Beantragung und Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in diesem Zusammenhang die in §§ 22, 23 SGB IX geregelten gemeinsamen örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger. Die Rehabilitationsträger müssen sicherstellen, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten solche gemeinsamen Servicestellen

bestehen. Zwar kann für mehrere kleine Landkreise oder kreisfreie Städte auch eine Servicestelle eingerichtet werden, aber nur, wenn eine ortsnahe Beratung gewährleistet ist. Die Servicestellen haben einen umfassenden Beratungs- und Hilfsauftrag. Die Pflegekassen müssen bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit an der Beratung der gemeinsamen Servicestelle beteiligt werden.

Soweit medizinische Leistungen zur Rehabilitation durch die Krankenkassen erbracht werden sollen, ist das Einleitungsverfahren als Bestandteil der ärztlichen Versorgung (Verordnung der Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung, § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V) geregelt. Der behandelnde Arzt sollte bei der Verordnung einer Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung im Befundbericht nach der Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses immer auch die realistischen Ziele beschreiben, die nach seiner Beurteilung durch die Rehabilitationsleistungen angestrebt und erreicht werden sollen. Als Vertrauensperson des Patienten hat der behandelnde niedergelassene Arzt hier eine besondere Verantwortung. Nach § 61 Abs. 1 SGB IX ist aber auch jeder Arzt, auch der Krankenhausarzt, verpflichtet, seine Patienten über die geeigneten Leistungen zur Rehabilitation zu beraten und auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hinzuweisen. Eine solche Pflicht besteht nach § 60 Abs. 2 SGB IX auch für Medizinalpersonen außer Ärzten und Sozialarbeitern, wenn sie bei Ausführung ihres Berufs Behinderungen wahrnehmen. Eine besondere Verantwortung tragen hier die Therapeuten und Pfleger in Gesundheitseinrichtungen, insbesondere in Alten- und Pflegeheimen.

In einer gemeinsamen Empfehlung der Rehabilitationsträger ist geregelt, dass es Ziel der Arbeit der Sozialdienste ist, durch Information, gezielte Intervention und Unterstützung dem betroffenen Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Sie unterstützen den betroffenen Menschen und seine Angehörigen u.a. bei einer zeitnahen Antragstellung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim zuständigen Rehabilitationsträger. Ein wichtiger Sozialdienst im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist z.B. der Krankenhaussozialdienst. Sozialdienste im Bereich der Teilhabe am Leben werden aber auch von Kirchen, Kommunen und Wohlfahrtsverbänden getragen.

Wegen der Nähe zu den betroffenen Menschen sind Personen aus dem direkten sozialen Umfeld, insbesondere Angehörige, oft vor anderen in der Lage, drohende Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe der betroffenen Menschen zu erkennen. Sie sollten den betroffenen Menschen auf jeden Fall dabei unterstützen, dass er die ihm zustehenden Rechte wahrnimmt

und wahrnehmen kann. Minderjährige bzw. nicht vollgeschäftsfähige Personen sollen nach § 60 SGB IX von den Eltern, Vormündern, Pflegern und Betreuern ggf. einer gemeinsamen Servicestelle oder sonstigen Beratungsstellen für Rehabilitation oder einem Arzt zur Beratung über geeignete Leistungen zur Rehabilitation vorgestellt werden.

Ein besonderes Recht steht Verbänden nach § 63 SGB IX zu, die nach ihrer Satzung behinderte Menschen auf Bundes- oder Landesebene vertreten. Werden behinderte Menschen in ihren Rechten nach dem SGB IX verletzt, können an ihrer Stelle und mit ihrem Einverständnis die Verbände die Rechte einklagen. Im Hinblick auf die aktuelle Situation der pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit schon betroffenen Menschen sollte über dieses Recht sicherlich einmal nachgedacht werden.

KLEINE RECHTSKUNDE

SOZIALRECHT ALLGEMEIN

§ 13 SGB I

Die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären.

§ 14 SGB I

Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

§ 15 Abs. 1 SGB I

Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch Auskünfte zu erteilen.

§ 16 SGB I

- (1) Anträge auf Sozialleistungen sind beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. Sie werden auch von allen anderen Leistungsträgern (...) entgegengenommen.
- (2) Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger (...) gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. Ist die Sozialleistung von einem Antrag abhängig, gilt der Antrag als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei einer in Satz 1 genannten Stelle eingegangen ist.
- (3) Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden.

§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I

Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass

1. jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält.

GRUNDSICHERUNG FÜR ARBEITSUCHENDE

§ 8 Abs. 1 SGB II

Erwerbsfähig ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbsfähig zu sein.

KRANKENVERSICHERUNG

§ 11 Abs. 2 SGB V

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

§ 40 SGB V

- (1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder (...) in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.
- (2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.

§ 73 SGB V

- (2 Nr. 7) Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die (...) Verordnung von (...) Behandlung in (...) Rehabilitationseinrichtungen.

REHABILITATION UND TEILHABE

§ 4 SGB IX

- (1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Behinderung (...)
 - Nr. 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, (...)

- (2) Die Leistungen zur Teilhabe werden zur Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele nach Maßgabe dieses Buches und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften neben anderen Sozialleistungen erbracht. Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalles so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.

§ 5 Nr. 1 SGB IX

Zur Teilhabe werden erbracht Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Nr. 1).

§ 6 Abs. 1 SGB IX

Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein

- Nr. 1 die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5 Nr. 1,
- Nr. 3 die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1,
- Nr. 5 die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden für Leistungen nach § 5 Nr. 1,
- Nr. 6 die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1,
- Nr. 7 die Träger für Sozialhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1.

§ 8 SGB IX

- (1) 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 Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind.
- (3) Absatz 1 ist auch anzuwenden, um durch Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

§ 9 Abs. 1 SGB IX

Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Leistungsberechtigten Rücksicht genommen (...).

§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der (...) leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.

§ 14 SGB IX

- (1) Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den gesetzlichen Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 SGB V. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt.
- (2) Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Muss für diese Feststellung ein Gutachten nicht eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die in Satz 2 genannte Frist beginnt mit dem Eingang bei diesem Rehabilitationsträger. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen.

§ 22 Abs. 1 SGB IX

Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere,

- Nr. 1 über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über Verwaltungsabläufe zu informieren,

- Nr. 2 bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfes, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe, (...) sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,
- Nr. 3 zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und sie an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten, (...)
- Nr. 7 bei den Rehabilitationsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken (...)

§ 23 Abs. 1 SGB IX

Die Rehabilitationsträger stellen unter Nutzung bestehender Strukturen sicher, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen bestehen.

§ 26 SGB IX

- (1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um (...)
 - Nr. 2 Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhindern oder laufende Sozialleistungen zu mindern.
- (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere
 - Nr. 1 Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
 - Nr. 3 Arznei- und Verbandmittel,
 - Nr. 4 Heilmittel, einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
 - Nr. 5 Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 - Nr. 6 Hilfsmittel,
 - Nr. 7 Belastungserprobung und Arbeitstherapie.
- (3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

- Nr. 2 Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
- Nr. 3 mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen (...),
- Nr. 4 Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
- Nr. 5 Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten im Umgang mit Krisensituationen,
- Nr. 6 Training lebenspraktischer Fähigkeiten (...)

§ 60 SGB IX

Eltern, Vormünder, Pfleger und Betreuer, die bei ihrer Personensorge anvertrauten Menschen Behinderungen wahrnehmen oder durch die in § 61 genannten Personen hierauf hingewiesen werden, sollen im Rahmen ihres Erziehungs- oder Betreuungsauftrages die behinderten Menschen einer gemeinsamen Servicestelle oder einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation oder einem Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe vorstellen.

§ 61 SGB IX

- (1) 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 ärztlicher Erkenntnis zu erwarten ist, wird entsprechend verfahren. (...)
- (2) Hebammen, Entbindungspfleger, Medizinalpersonen außer Ärzten, Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendleiter und Erzieher, die bei Ausübung ihres Berufs Behinderungen wahrnehmen, weisen die Personensorgeberechtigten auf die Behinderung und auf die Beratungsangebote nach § 60 hin.
- (3) Nehmen Medizinalpersonen, außer Ärzte und Sozialarbeiter, bei Ausübung ihres Berufs Behinderungen bei volljährigen Menschen wahr, empfehlen sie diesen Menschen oder den für sie gestellten Betreuern, eine Beratungsstelle für Rehabilitation oder einen Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe aufzusuchen.

PFLEGEVERSICHERUNG

§ 1 SGB XI

- (1) Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen.
- (2) In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen.
- (3) Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 SGB V) wahrgenommen.

§ 2 Abs. 1 SGB XI

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

§ 5 SGB XI

- (1) Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankheitsbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- (2) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre 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.

§ 6 SGB XI

- (1) Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankheitsbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- (2) 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.

§ 7 SGB XI

- (1) Die Pflegekassen haben die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.
- (2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten. Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.

§ 12 Abs. 2 SGB XI

Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der 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, (...) nahtlos und störungsfrei ineinander greifen.

§ 14 SGB XI

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
 - Nr. 1 Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - Nr. 2 Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - Nr. 3 Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßige Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

- Nr. 1 im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- Nr. 2 im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- Nr. 3 im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- Nr. 4 im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 SGB XI

- (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
 - Nr. 1 Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - Nr. 2 Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - Nr. 3 Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
(...)
- (2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
 - Nr. 1 in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,

Nr. 2 in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
Nr. 3 in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

§ 18 Abs. 1 SGB XI

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; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.

§ 23 Abs. 1 SGB XI

Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sind (...) verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Der Vertrag muss (...) Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind.

§ 31 SGB XI

- (1) Die Pflegekasse prüft 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.
- (2) 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.
- (3) Wenn eine Pflegekasse feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, hat sie dies dem Versicherten und dem zuständigen Träger der Rehabilitation unverzüglich mitzuteilen.

- (4) Die Pflegekassen unterstützen die Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere bei der Antragstellung.

§ 32 SGB XI

- (1) 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 oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, und sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre.
- (2) 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.

SOZIALHILFE

§ 14 SGB XII

- (1) Leistungen zur Prävention oder Rehabilitation sind zum Erreichen der nach dem SGB IX mit diesen Leistungen verbundenen Ziele vorrangig zu erbringen.
- (2) Die Träger der Sozialhilfe unterrichten die zuständigen Rehabilitations-träger und die Integrationsämter, wenn Leistungen zur Prävention oder Rehabilitation geboten erscheinen.

§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII

Leistungen der Eingliederungshilfe sind neben den Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 des Neunten Buches (...)

**Am Römerlager 2
53117 Bonn**

Telefon **02 28 – 21 21 00**

Telefax **02 28 – 21 22 11**

e-mail **reha@bonn-online.com**

Internet **www.rehaklinik.com**

