

4.12 [F 7] Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Prävention und Rehabilitation (über die bisherige Versorgung hinaus)

Pflegebedürftigkeit ist in der Regel kein unveränderbarer Zustand, sondern ein Prozess, der durch Maßnahmen der Pflege, der Krankenbehandlung, Einzelleistungen mit präventiver und rehabilitativer Zielsetzung oder durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beeinflussbar ist. Hier hat die Gutachterin beziehungsweise der Gutachter unter Würdigung der Ergebnisse der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit für den häuslichen und stationären Bereich Stellung zu nehmen, ob über die derzeitige Versorgungssituation hinaus

- Maßnahmen der Prävention,
- Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,
- Maßnahmen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung,
- Maßnahmen zur Heilmittelversorgung,
- andere therapeutische Maßnahmen,
- Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes,
- edukative Maßnahmen und
- eine Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches.
- sonstige Empfehlungen

erforderlich und erfolgversprechend sind. Darüber hinaus sind hier Vorschläge zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation zu dokumentieren und gegebenenfalls eine Pflegeberatung anzuregen.

Eine Empfehlung ist unabhängig von der Feststellung eines Pflegegrades auszusprechen.

4.12.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Der Vorrang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe ist im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) festgelegt. Im SGB XI ist geregelt, dass im Falle drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit regelmäßig die Notwendigkeit präventiver oder rehabilitativer Leistungen, insbesondere die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zu prüfen ist. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ gestärkt. Es ist in jedem Einzelfall im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob eine Indikation für diese Leistung besteht, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (§ 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2

und 2b, Absatz 2 SGB XI, § 9 Absatz 1 und 3 SGB IX). Der Medizinische Dienst hat eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu erstellen und an die Pflegekasse zu übersenden. Die Pflegekasse informiert unverzüglich die antragstellende Person und mit deren Einwilligung die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung der antragstellenden Person die entsprechende Mitteilung dem zuständigen Reha-Träger zu (§ 31 Absatz 3 SGB XI). In diesen Fällen ist ein gesonderter Antrag der antragstellenden Person oder eine Verordnung durch die Vertragsärztin beziehungsweise den Vertragsarzt mit Muster 61 im Weiteren nicht erforderlich (§ 31 Absatz 3 SGB XI).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in ambulanter oder stationärer Form als komplexe, interdisziplinäre Leistung nach § 42 SGB IX erbracht.

Zuständig können entweder die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung oder andere Sozialleistungsträger sein. Bei der hier infrage kommenden Patientengruppe wird überwiegend die gesetzliche Krankenversicherung zuständig sein und Leistungen nach § 40 SGB V erbringen.

Den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der GKV stehen Einzelleistungen, zum Beispiel Heilmittel, die auch eine rehabilitative Zielsetzung haben können, gegenüber.

Das konzeptionelle und begriffliche Bezugssystem bei der Begutachtung zur Indikation und Allokation einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist das bio-psycho-soziale Modell der WHO, das auch der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zugrunde liegt. Im Sinne der ICF ist Behinderung vor allem eine Beeinträchtigung der Teilhabe.

Für Personen, die einen Antrag auf Pflegeeinstufung oder Höherstufung gestellt haben, ist in einem hohen Anteil davon auszugehen, dass nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen. Vielmehr ist anzunehmen, dass dieser Personenkreis häufig längerfristige Beeinträchtigungen aufweist.

4.12.1.1 Indikationsstellung zur medizinischen Rehabilitation

Die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation¹⁵ im Sinne des SGB IX liegt vor, wenn

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
 - Rehabilitationsfähigkeit,
 - realistische, für die antragstellende Person alltagsrelevante Rehabilitationsziele und
 - eine positive Rehabilitationsprognose
- bestehen.

Nur bei Vorliegen aller vier Kriterien ist die Indikation zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation gegeben.

4.12.1.2 Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen

oder

- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen

und

- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Bei der Beurteilung sind die umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

¹⁵ vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3095/Reha-RL_2023-01-19_iK-2023-03-22.pdf, zuletzt abgerufen am 13.11.2023)

Bei der Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit sind insbesondere folgende Ausprägungen alltagsrelevanter Beeinträchtigungen zu berücksichtigen:

- die Selbstversorgung, zum Beispiel Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung, deren Beeinträchtigung zu personellem Unterstützungsbedarf (Pflegebedürftigkeit) führen kann,
- die Mobilität, deren Beeinträchtigung ein Leben der Person außerhalb ihrer Wohnung verhindern und so zu deren sozialer Isolation führen kann,
- die Kommunikation, zum Beispiel Sprachverständnis, Sprachvermögen, Hören, Sehen, mit der Folge der Beeinträchtigung der örtlichen Orientierung,
- manuelle Aktivitäten, deren Einschränkung zum Beispiel zu Beeinträchtigungen der Beschäftigung oder Haushaltsführung führen kann,
- die Strukturierung des Tagesablaufes, die zu vielfältiger Beeinträchtigung der Teilhabe führen kann.

Rehabilitationsbedürftigkeit ist nicht gegeben, wenn kurative oder pflegerische beziehungsweise andere Maßnahmen zur Sicherstellung beziehungsweise Gewährleistung der Selbständigkeit ausreichend und erfolgversprechend sind.

4.12.1.3 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig sind antragstellende Personen, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzen.

Bei Antragstellenden der Pflegeversicherung handelt es sich überwiegend um ältere und multimorbide Personen. Für diesen Personenkreis kann entweder eine indikationsspezifische oder eine geriatrische Rehabilitation in Betracht kommen. Häufig wird bei diesen antragstellenden Personen die Voraussetzung für eine geriatrische Rehabilitation gegeben sein. Daher sind bei der Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit insbesondere die nachstehenden niedrigschwelligeren Kriterien für die geriatrische Rehabilitation zu berücksichtigen.

Rehabilitationsfähigkeit für eine geriatrische Rehabilitation ist dann gegeben, wenn die nachfolgend genannten Kriterien erfüllt sind:

- Stabilität der Vitalparameter (Herzfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur, Atemfrequenz),
- Fähigkeit zur mehrmals täglichen aktiven Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen,
- Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen und typische Komplikationen müssen die aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen mehrmals täglich erlauben und können in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung angemessen behandelt werden.

Rehabilitationsfähigkeit für eine geriatrische Rehabilitation ist eingeschränkt oder gegebenenfalls nicht gegeben bei:

- fehlender oder nicht ausreichender körperlicher Belastbarkeit, die die aktive Teilnahme verhindert. Für die mobile geriatrische Rehabilitation ist das mindestens eine nichtärztliche therapeutische Leistung am Tag von 45 Minuten. Für die geriatrische Rehabilitation sind das drei bis vier nichtärztliche therapeutische Leistungen am Tag.
- Begleiterkrankungen beziehungsweise Komplikationen, die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindern, zum Beispiel
 - schwere Orientierungsstörungen, zum Beispiel mit Wanderungstendenz,
 - ausgeprägte psychische Störungen, wie schwere Depression mit Antriebsstörung oder akute Wahnsymptomatik,
 - massiv eingeschränkte kognitive Fähigkeiten, zum Beispiel bei hochgradiger Demenz,
 - ausgeprägte Wundheilungsstörungen, Lage und Größe eines Dekubitus,
 - Darminkontinenz, wenn diese Ausdruck einer weit fortgeschrittenen geistigen und körperlichen Erkrankung ist.

4.12.1.4 Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder drohende Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden beziehungsweise eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Realistische, für die antragstellende Person alltagsrelevante Rehabilitationsziele leiten sich aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe ab. Bei der Formulierung der Rehabilitationsziele ist die antragstellende Person zu beteiligen und sind ihre Wünsche zu berücksichtigen.

Ziele der Rehabilitation können sein:

- vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Niveaus der Aktivitäten/Teilhabe,
- größtmögliche Wiederherstellung des Ausgangsniveaus der Aktivitäten/Teilhabe,
- Ersatzstrategien beziehungsweise Nutzung verbliebener Funktionen und Aktivitäten/Teilhabe,
- Anpassung der Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe der antragstellenden Person.

Konkrete alltagsrelevante Rehabilitationsziele können zum Beispiel sein:

- Erlernen eines selbständigen Bett-Rollstuhl-Transfers,
- Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit, zum Beispiel durch Ausdauersteigerung der Sitzfähigkeit,
- Erreichen des Toilettenganges/persönliche Hygiene,
- selbständige Nahrungsaufnahme,
- selbständiges An- und Auskleiden,
- Erreichen der Stehfähigkeit,
- Verbesserung der Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung,
- Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen,
- Tagesstrukturierung.

Im Rahmen der Begutachtung kommt diesen konkreten und gegebenenfalls kleinschrittigen Zielen eine besondere Bedeutung im Hinblick darauf zu, die festgestellten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten zu beeinflussen und damit eine drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Dabei kann es sowohl um die Reduktion des Unterstützungsbedarfs innerhalb des festgestellten Pflegegrades als auch um eine Verringerung des personellen Unterstützungsbedarfs von einem höheren zu einem niedrigeren Pflegegrad gehen.

4.12.1.5 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren, insbesondere der Motivation oder Motivierbarkeit der antragstellenden Person,
- über die Erreichbarkeit des/der festgelegten Rehabilitationsziele/s durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation,
- in einem notwendigen Zeitraum.

Eine positive Rehabilitationsprognose ist anzunehmen, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten Kriterien zutrifft:

- Beseitigung/alltagsrelevante Verminderung der Beeinträchtigung(en) der Aktivitäten durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit sind erreichbar oder
- Kompensationsmöglichkeiten zur Alltagsbewältigung sind mit nachhaltigem Erfolg anzuwenden (trainierbar) oder
- Adaptionsmöglichkeiten, welche die Beeinträchtigungen der Teilhabe vermindern, können erfolgreich eingeleitet werden.

Eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation stellt die **mobile Rehabilitation** dar, bei der die rehabilitative Leistungserbringung im gewohnten Lebensumfeld der antragstellenden Person, somit auch im Pflegeheim, erfolgt.

Zielgruppe mobiler Rehabilitation können vorrangig Personen sein, bei denen eine Zielerreichung durch Nutzung adaptiver Strategien zu erwarten ist, weil in diesem Setting positive Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund bestmöglich einbezogen und genutzt werden können.

Gerade Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen realistische, alltagsrelevante Rehabilitationsziele definiert werden können, aber Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose nahezu ausschließlich im gewohnten Lebensumfeld angenommen werden kann., können von dieser Form der Rehabilitation profitieren. Diese Personen könnten andere rehabilitative Angebote in der Regel nicht wahrnehmen. Das gilt beispielsweise auch für Menschen mit erheblichen Schädigungen der Sprech- beziehungsweise Seh- und Hörfunktion, mit einer Besiedlung durch multiresistente Keime (z. B. 4MRGN), einer damit einhergehenden Isolationspflicht unter stationären Bedingungen und gegebenenfalls Hinweisen auf die Gefahr des Auftretens oder der Verschlechterung einer psychischen Störung. Hier ist für den Erfolg einer Rehabilitation wichtig, dass das vertraute und angepasste Wohnumfeld zur Unterstützung und Förderung genutzt wird oder die Anwesenheit und der aktive Einbezug der Angehörigen/ Bezugspersonen in den Rehabilitationsprozess gegeben ist.¹⁶

4.12.2 Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel werden leistungrechtlich unterschieden in Hilfsmittel der GKV (§ 33 SGB V) und Pflegehilfsmittel der Pflegeversicherung (§ 40 SGB XI).

4.12.2.1 Hilfsmittel

Gemäß § 33 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um

- den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung

auszugleichen. Dies gilt nur insoweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder gemäß Rechtsverordnung nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind.

¹⁶ Detaillierte Ausführungen im Zusammenhang mit mobiler Rehabilitation finden sich in den „Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation“ (https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/m_reha/2021_07_12_Gemeinsame_Empfehlungen_Mobile_Reha_v02.pdf, zuletzt abgerufen am 13.11.2023)

Nach § 47 SGB IX sind nur solche Hilfen als Hilfsmittel (Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel) anzusehen, die von den Leistungsberechtigten getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können.

Unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles setzt der Anspruch nach § 47 SGB IX zudem voraus, dass die Hilfen erforderlich sind, um

- einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
- den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder
- eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.

Zu den Grundbedürfnissen eines Menschen gehören:

- Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen,
- Sehen, Hören,
- Nahrungsaufnahme,
- Ausscheiden,
- die elementare Körperpflege,
- selbständiges Wohnen,
- Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums.

Zum Grundbedürfnis der Erschließung eines geistigen Freiraums gehören unter anderem die Kommunikation, die Aufnahme von Informationen sowie das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens.

Zur Erschließung des körperlichen Freiraums gehört insbesondere die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und sie zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang „an die frische Luft zu kommen“ oder um die – üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden – Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind (Versorgungswege, zum Beispiel Supermarkt, Arztpraxis, Apotheke, Geldinstitut, Post), nicht aber die Bewegung außerhalb dieses Nahbereichs.

4.12.2.2 Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel werden unterschieden in zum Verbrauch bestimmte und technische Pflegehilfsmittel.

Die Pflegehilfsmittel müssen entweder

- zur Erleichterung der Pflege oder
- zur Linderung der Beschwerden der oder des Pflegebedürftigen beitragen oder
- ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen,

soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.

4.12.2.3 Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel in stationären Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen haben die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel bereitzustellen, weil sie aufgrund des Versorgungsauftrags (§ 72 SGB XI) verpflichtet sind, die Pflegebedürftigen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ausreichend und angemessen zu pflegen. Von daher sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen Hilfsmittel, die der Durchführung der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung oder allgemein der Prophylaxe dienen, vorzuhalten. Als Orientierung dient der Abgrenzungskatalog zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in der jeweils aktuellen Fassung. Pflegebedürftige, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben, haben auch weiterhin einen Anspruch auf die individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln nach den §§ 33 SGB V und 47 SGB IX. Dies gilt für Hilfsmittel, die individuell angepasst werden oder ausschließlich von einer oder einem Pflegebedürftigen genutzt werden. Wenn das Hilfsmittel zur Behandlungspflege eingesetzt wird, ist ebenfalls eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung möglich.

4.12.2.4 Empfehlungen zur Hilfsmittel- beziehungsweise Pflegehilfsmittelversorgung

In jedem Einzelfall ist die Möglichkeit der Verbesserung der Versorgung zu prüfen. Ausgehend von der derzeitigen Versorgung (Punkt F 1.3 „vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung“ des Formulargutachtens) sind konkrete Empfehlungen abzugeben.

Wird ein vorhandenes Hilfs-/Pflegehilfsmittel, das unter Punkt F 1.3 „vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung“ des Formulargutachtens beschrieben wurde, nicht oder nur unzureichend genutzt, ist zu prüfen, ob es die oder der Pflegebedürftige bedienen kann, und wenn nicht, ob eine erneute Anleitung im Gebrauch erforderlich ist oder eventuell Ersatz, Änderungen oder Anpassungen erforderlich sind. Wird zur Verbesserung der Versorgung eine Ausstattung mit (weiteren) Hilfsmitteln/Pflegehilfsmitteln für erforderlich gehalten, ist dies hier zu empfehlen und soweit wie möglich und sinnvoll mit der Positionsnummer des aktuellen Hilfsmittelverzeichnisses zu konkretisieren:

Die Gutachterinnen und Gutachter sollen unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände so konkret wie möglich beschreiben, bei welchen Aktivitäten und zu welchem Zweck das empfohlene Pflege-/Hilfsmittel genutzt werden soll.

Die im Gutachten abgegebenen Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln werden unabhängig von der leistungsrechtlichen Zuordnung ausformuliert.

Bei Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 SGB XI dienen, gelten die Empfehlungen jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern die antragstellende Person, ihre Betreuerin beziehungsweise ihr Betreuer oder ihre bevollmächtigte Person zustimmt.

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die den Zielen des § 40 SGB XI entsprechen, sind: Adaptionshilfen, Bade- und Duschhilfen, Gehhilfen, Hilfsmittel gegen Dekubitus, Inkontinenzhilfen, Kranken- oder Behindertenfahrzeuge, Krankenpflegeartikel, Lagerungshilfen, Mobilitätshilfen, Stehhilfen, Stomaartikel, Toilettenhilfen, Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden, Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung oder zur Mobilität, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sowie sonstige unmittelbar alltagsrelevante Pflegehilfsmittel.

Im Rahmen der Begutachtung erfragt die Gutachterin beziehungsweise der Gutachter zu jedem einzelnen empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel die Zustimmung und dokumentiert diese im Gutachten.

Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung vermutet.

Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel wird die Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung nach § 33 Absatz 5a SGB V.

Damit ist eine weitergehende fachliche Überprüfung grundsätzlich nicht mehr geboten, es sei denn, die Kranken- oder Pflegekasse stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Die Vermutung ersetzt nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Krankenkasse.

Für alle anderen Hilfsmittel, die nicht den Zielen des § 40 SGB XI dienen (zum Beispiel Kommunikationshilfen, Sehhilfen, Hörhilfen, Orthesen), gilt diese Regelung nicht. Die Versorgungsempfehlung ist in diesen Fällen nicht als Leistungsantrag zu werten.

4.12.3 Heilmittel

Grundlage der Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung ist die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Heilmittel umfassen Maßnahmen der Physiotherapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, der Ergotherapie und der Ernährungstherapie.

Heilmittel als Einzelleistung können auch eine rehabilitative Zielsetzung haben und somit Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder der Teilhabe vermeiden oder vermindern.

Im Rahmen der Begutachtung erfragt die Gutachterin beziehungsweise der Gutachter zu jedem empfohlenen Heilmittel die Zustimmung zur Weiterleitung der Empfehlung an den behandelnden Arzt und die behandelnde Ärztin.

4.12.4 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (Optimierung der räumlichen Umgebung)

Die Pflegekassen können bei häuslicher Pflege finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes der oder des Pflegebedürftigen mindestens des Pflegegrades 1 nach § 40 Absatz 4 SGB XI gewähren, wie zum Beispiel Umbaumaßnahmen oder technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall

- die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht wird,
- die häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft der oder des Pflegebedürftigen und der Pflegenden verhindert oder
- eine möglichst selbständige Lebensführung der oder des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von personeller Unterstützung durch Pflegepersonen und Pflegekräfte verringert wird.

Dabei sind die Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes nicht nur auf den Ausgleich und die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit und den Ausgleich der Beeinträchtigungen der Fähigkeiten im Sinne des § 14 SGB XI beziehungsweise auf die Verringerung des Bedarfs an personeller Unterstützung beschränkt.

Bei den Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes kann es sich um wesentliche Eingriffe in die Bausubstanz, um den Ein- und Umbau von Mobiliar oder um Maßnahmen, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer

anderen Wohnumgebung nicht notwendigerweise benötigt werden, handeln. Im Gutachten sind alle zum Zeitpunkt der Begutachtung erforderlichen Maßnahmen zu dokumentieren. Diese Maßnahmen werden von der Pflegekasse als **eine** Verbesserungsmaßnahme gewertet und hierbei ist es nicht maßgeblich, ob die notwendigen Einzelmaßnahmen

- jeweils auf die Ermöglichung beziehungsweise Erleichterung der häuslichen Pflege oder jeweils auf die Wiederherstellung einer möglichst selbständigen Lebensführung der oder des Pflegebedürftigen gerichtet sind,
- jeweils auf die Verbesserung der Lage in demselben Pflegebereich oder auf verschiedene Pflegebereiche abzielen,
- in demselben Raum der Wohnung oder in verschiedenen Räumen durchgeführt werden oder
- innerhalb oder außerhalb der Wohnung beziehungsweise des Hauses stattfinden.

Weitere Informationen sind der Anlage 2 „Auszug aus dem Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegeVG zu § 40 Absatz 4 SGB XI“ (in der jeweils gültigen Fassung) zu entnehmen. Das gemeinsame Rundschreiben enthält einen Katalog von möglichen Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes. Dieser Katalog ist eine Orientierungshilfe und stellt keine abschließende Aufzählung von Maßnahmen dar, die von den Pflegekassen bezuschusst werden können.

4.12.5 Edukative Maßnahmen (Information, Beratung, Schulung, Anleitung)

Ein pflegerelevantes Gesundheitsproblem führt auch zu einer Auseinandersetzung mit der aktuellen Lebenssituation aller Beteiligten und kann einen besonderen Gesprächs- und Begleitungsbedarf nach sich ziehen, weil Menschen mit chronischen Erkrankungen und ihre Angehörigen lernen müssen, mit gesundheitlichen Problemen umzugehen. Das Ziel edukativer Maßnahmen ist die Verbesserung der individuellen Kompetenz, um gesundheitlich bedingte Anforderungen und alltägliche pflegerische Aufgaben besser zu bewältigen.

Unter Edukation werden Lern- und Bildungsmaßnahmen verstanden, die in vier Kernaktivitäten zusammengefasst werden: Information, Schulung, Beratung und Anleitung. Diese Aktivitäten können getrennt, aber auch miteinander verknüpft werden. Sie können der antragstellenden Person allein oder gemeinsam mit ihren Angehörigen angeboten werden.

Die vier Kernaktivitäten der Edukation werden wie folgt definiert:

- Information ist eine knappe mündliche, schriftliche oder mediale Weitergabe mit dem Ziel, Wissen zu vermehren
- Beratung ist ein ergebnisoffener Dialog zur Unterstützung der Entscheidungsfindung oder der Entwicklung von Problemlösungen beziehungsweise Handlungsstrategien im Umgang mit Krankheitsfolgen
- Schulung ist ein strukturierter Prozess, der meist auf einem vorgegebenen Ablaufplan beruht und die Elemente Information, Beratung und Anleitung miteinander kombiniert
- Anleitung ist die Vermittlung oder begleitete Einübung von einzelnen Fertigkeiten oder Verhaltensweisen

4.12.6 Präventive Maßnahmen

Ein wesentliches Ziel der Prävention im Alter besteht darin, Risikofaktoren für körperliche und psychische Erkrankungen, zum Beispiel Dekubitus- oder Sturzrisiko, Hinweise auf Fehl- oder Mangelernährung oder Suchtverhalten zu erkennen und zu beeinflussen.

Im Rahmen der Anamnese- und Befunderhebung sowie Bewertung der Module des Begutachtungsinstruments erfasst die Gutachterin oder der Gutachter auch die bestehenden Risiken. Sofern die bisherige Versorgung nicht ausreichend erscheint, empfiehlt er oder sie weitere konkrete Maßnahmen.

Durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz –PrävG) wird die Prävention zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit deutlich gestärkt. Es ist eine gutachterliche Aussage darüber zu treffen, ob in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die oder der Pflegebedürftige lebt, ein Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Maßnahmen nach § 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V besteht.

Grundsätzlich finden die Angebote der Primärprävention in Gruppen statt. Dieses setzt eine psychische und physische Eignung der antragstellenden Personen voraus.

Diese Maßnahmen sind nicht als Ersatz für eine ärztliche Behandlung einschließlich einer Heilmitteltherapie gedacht.

Wird eine Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V empfohlen, kann sich diese ausschließlich entsprechend des Leitfadens Prävention¹⁷ auf Maßnahmen/Kurse zu folgenden Handlungsfeldern beziehen:

- Bewegungsgewohnheiten (Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität, Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme)
- Ernährung (Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung, Vermeidung und Reduktion von Übergewicht)
- Stress- und Ressourcenmanagement (Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement, Förderung von Entspannung und Erholung)
- Suchtmittelkonsum (Förderung des Nichtrauchens, risikoarmer Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums)

4.12.7 Sonstige Empfehlungen

Die Gutachterin beziehungsweise der Gutachter kann hier weitere Empfehlungen¹⁸ geben, zum Beispiel zur Teilnahme am Rehabilitationssport oder Funktionstraining oder zu Maßnahmen, die nicht zu den Leistungen der Kranken- oder Pflegekasse gehören.

4.12.8 [F 7.1] Möglichkeiten zur Förderung oder zum Erhalt der festgestellten Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Nach Anamnese, Befunderhebung und Einschätzung der gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten hat der Gutachter einen Gesamtüberblick, der ihm ermöglicht zu bewerten, ob sich realistische Möglichkeiten zur Verbesserung oder zum Erhalt der in den Modulen 1 bis 6 und den Bereichen „Außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ bewerteten Funktionen, Aktivitäten und Beeinträchtigungen über die bereits laufende Versorgung hinaus ergeben.

¹⁷ Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB

¹⁸ Sonstige Empfehlungen: Umfasst werden hier Empfehlungen und Anregungen zu Maßnahmen und Leistungen, die sowohl zu Lasten der Kranken- und Pflegeversicherung erbracht werden, wie ergänzende Leistungen der Rehabilitation gem. § 43 Absatz 1 SGB V, § 64 Absatz 1 Nummer 3 und 4 SGB IX, diagnostische Abklärung durch Fachärzte oder Hinzuziehen von Fachtherapeuten (z. B. Wundtherapeuten), aber auch Anregungen und Empfehlungen, die nicht zu den Leistungen der Kranken- und Pflegekassen gehören, wie Anschluss an Selbsthilfegruppen oder entlastende Maßnahmen (z. B. Essen auf Rädern).

Für die Bewertung sind die Bereiche in drei Gruppen zusammengefasst:

[F 7.1.1] Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung

Im Gutachten soll bezogen auf die Bereiche Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung Stellung genommen werden zu:

1 Einleitung oder Optimierung therapeutischer Maßnahmen

In Betracht kommen Maßnahmen der Physiotherapie, der Ergotherapie und insbesondere in Hinblick auf das selbständige Essen und Trinken die Schlucktherapie.

Aus dem Bereich der Physiotherapie kann in erster Linie an Krankengymnastik mit dem Ziel des Erhalts, der Verbesserung oder der Wiederherstellung der Mobilität gedacht werden. Dazu gehören zum Beispiel das Wiedererlernen des Treppensteigens, Erhalt der Gehfähigkeit, Erhalt der Fähigkeit, einen Transfer selbständig vorzunehmen.

Mit einer Ergotherapie können physiologische Funktionen erhalten und aufgebaut werden, Grob- und Feinmotorik sowie Koordination von Bewegungsabläufen entwickelt und verbessert und die funktionelle Ausdauer gestärkt werden. Weiter dient Ergotherapie auch dazu, Ersatzfunktionen zu erlernen und die eigenständige Lebensführung zum Beispiel unter Einbeziehung technischer Hilfen zu erhalten.

Die Ergotherapie bedient sich motorisch-funktioneller oder sensomotorisch-perzeptiver Methoden. Motorisch-funktionelle Ansätze können zum Beispiel den Erhalt der Selbständigkeit beim Waschen und Anziehen fördern. Eine klassische Maßnahme ist Wasch- und Anziehtraining. Sensomotorisch-perzeptive Ansätze dienen zum Beispiel dem Erhalt oder der Wiederherstellung feinmotorischer oder graphomotorischer Funktionen, die zum Beispiel für das Zubereiten von Mahlzeiten oder das Schreiben von Einkaufslisten wichtig sind. Ein wichtiger Bestandteil der Ergotherapie ist Hilfsmitteltraining und -anpassung, zum Beispiel kann das Erlernen des Umgangs mit Prothesen oder einem Rollstuhl sein.

Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität und der Selbstversorgung können durch chronische Schmerzen verursacht sein oder damit einhergehen, zum Beispiel bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen. Eine Empfehlung zur Überprüfung der Schmerztherapie kann hier angezeigt sein.

Wenn es um den Erhalt oder das Wiedererlernen des selbständigen Essens und Trinkens geht, können Maßnahmen der Schlucktherapie erforderlich sein.

2 Optimierung der räumlichen Umgebung

Zur Förderung der Selbständigkeit oder Erleichterung der Pflegesituation sind wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Betracht zu ziehen.

Infrage kommen zum Beispiel:

Bad:

unterfahrbarer Waschtisch, verstellbare Spiegel, behindertengerechte Toilette, behindertengerechter Umbau von Dusche oder Wanne

Türen:

verbreitern, Schwellen beseitigen, automatische Türöffnung anbringen

Treppen:

Treppenlifter, fest installierte Rampen

Küche:

Unterfahrbarkeit der Arbeitsplatte, Höhenverstellbarkeit der Schränke

3 Hilfs- und Pflegehilfsmiteinsatz beziehungsweise dessen Optimierung

Zur Förderung der selbständigen Lebensführung können Geräte und Gegenstände des täglichen Lebens, die unabdingbar mit der täglichen Lebensführung und Alltagsbewältigung zur Befriedigung der Grundbedürfnisse verbunden sind und von der antragstellenden Person infolge Krankheit oder Behinderung nicht mehr zweckentsprechend genutzt werden können, adaptiert oder ersetzt werden. Die infrage kommenden Hilfs- und Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel:

- Hilfen zur Hygiene wie Bade- oder Toilettenhilfen, Inkontinenzprodukte
- Hilfen im Alltag wie Anziehhilfen, Greifhilfen, Ess- und Trinkhilfen
- Hilfen zur Mobilität wie Gehhilfen und Rollstühle
- Hilfen zum Liegen und Positionieren wie Pflegebetten und Zubehör, Lagerungshilfen

4 Präventive Maßnahmen

Als präventive Maßnahmen können zum Beispiel Training zur Sturzprophylaxe, Gleichgewichtstraining, Übungen zur Muskelkräftigung, Beckenbodentraining, Rückenschule oder die Mobilisierung inaktiver Personen empfohlen werden.

Eine Beratung zur Mundgesundheit und zur Verhütung von Zahnerkrankungen kann nach § 22a SGB V angeregt werden.

5 Sonstige Empfehlungen

Hierzu zählt zum Beispiel eine Empfehlung zur Teilnahme am Rehabilitations-sport/Funktionstraining.

[F 7.1.2] Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die Gutachterin beziehungsweise der Gutachter soll bezogen auf die festgestellten Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, die Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen und die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte Stellung nehmen zu:

1 Einleitung oder Optimierung therapeutischer Maßnahmen

In Betracht kommen insbesondere Maßnahmen der Ergotherapie wie Hirnleistungstraining, neuropsychologisch orientierte Behandlung und psychisch-funktionelle Behandlung. Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie dient dem Erhalt und der Verbesserung kommunikativer Fähigkeiten.

Mit einem Hirnleistungstraining oder einer psychisch funktionellen Behandlung im Rahmen einer Ergotherapie können zum Beispiel kognitive Fähigkeiten erhalten oder wieder aufgebaut werden, die zur Alltagsbewältigung erforderlich sind. Trainiert werden beispielsweise die Aufmerksamkeit, die Merkfähigkeit, die auditive und räumliche Wahrnehmung sowie die höheren Denk- und Gedächtnisfunktionen wie die Handlungsplanung, Tagesstrukturierung und das Abstraktionsvermögen.

Weiter können Strategien zur Kompensation bestehender Beeinträchtigungen erlernt werden, wie bei Störungen des autobiografischen Gedächtnisses ein Gedächtnistagebuch zu führen oder Handlungsroutinen zu erlernen (Schlüssel immer an dieselbe Stelle legen).

Die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bezieht sich auf die Verbesserung und den Erhalt des Sprachverständnisses, der Sprachproduktion, der Artikulation sowie auf Erlernen von verbalen und nonverbalen Kompensationsstrategien zum Aufrechterhalten der Kommunikation und Interaktion mit dem sozialen Umfeld. Hierzu gehört zum Beispiel auch das Training im Umgang mit Hilfsmitteln zur Kommunikation wie einem Sprachcomputer oder einem Kommunikationsbuch.

2 Optimierung der räumlichen Umgebung

Zur Förderung der Selbständigkeit oder Erleichterung der Pflegesituation sind wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Betracht zu ziehen. Infrage kommt zum Beispiel die Schaffung von Orientierungshilfen.

3 Hilfs- und Pflegehilfsmiteinsatz beziehungsweise dessen Optimierung

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel können in vielfältiger Weise die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten unterstützen, so zum Beispiel Adaptionshilfen zum Schreiben und Lesen. Signalanlagen dienen vorrangig Gehörlosen oder schwerhörigen Personen zur Vermittlung von Warnsignalen und erlauben so eine selbständigere Lebensführung.

4 Präventive Maßnahmen

Hier können zum Beispiel Hinweise zur Beschäftigung und zur Tagesstrukturierung oder Gedächtnistraining nach Anleitung gegeben werden. Des Weiteren kommen Stressbewältigungstraining oder das Erlernen eines Entspannungsverfahrens in Betracht.

5 Sonstige Empfehlungen

An dieser Stelle kommen niedrigschwellige Maßnahmen, zum Beispiel die Nutzung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, in Betracht. Zudem können Empfehlungen zur diagnostischen Abklärung und Einbeziehung von Fachärzten/ Fachtherapeuten gegeben werden.

[F 7.1.3] Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Die Gutachterin beziehungsweise der Gutachter soll bezogen auf die konkreten krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen Stellung nehmen zu:

1 Edukative Maßnahmen (Information, Beratung, Schulung, Anleitung)

Hierzu zählen unter anderem Diabetes-, COPD- oder Asthma-Schulungen, krankheitsbezogene Ernährungsberatung, Anleitung im Umgang mit einem Stoma.

2 Einsatz, Anleitung beziehungsweise Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln und medizinischen Geräten

Hierzu zählen zum Beispiel Anleitungen zur Selbstkatheterisierung, zum Umgang mit nicht invasiven Beatmungstechniken (zum Beispiel CPAP). Infrage kommt auch die Empfehlung eines Blutzuckermessgerätes verbunden mit der Anleitung zur Übernahme der behandlungspflegerischen Maßnahmen Blutzuckermessen und Insulinspritzen.

3 Präventive Maßnahmen

Hierzu zählen zum Beispiel die Anregung der Überprüfung der Medikation bei Multimedikation oder Hinweise zur Hygiene bei Verwendung von Medizinprodukten zur Infektionsprophylaxe aber auch Hinweise auf den risikoarmen Umgang mit Alkohol, Förderung des Nicht-rauchens oder die Teilnahme an Selbsthilfegruppen. In Betracht kommen auch Hinweise zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung und Vermeidung oder Reduktion von Übergewicht.

4 Sonstige Empfehlungen

Als weitere Maßnahme kommen aus dem Bereich der Heilmittel Ernährungstherapie bei Mukoviszidose oder seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen (zum Beispiel Phenylketonurie) sowie die Podologische Therapie insbesondere beim diabetischen Fußsyndrom oder die Einbeziehung eines Wundtherapeuten bei schlecht heilenden chronischen Wunden in Betracht.

4.12.9 [F 7.2] Empfehlungen zu therapeutischen oder weiteren Einzelmaßnahmen

Sind im Gutachten unter den Punkten F 7.1.1 bis F 7.1.3 Empfehlungen ausgesprochen worden, ist zu beurteilen, ob es des interdisziplinären, mehrdimensionalen Behandlungsansatzes einer medizinischen Rehabilitation bedarf oder ob therapeutische oder weitere Einzelmaßnahmen zum Erhalt oder zur Verbesserung der Selbständigkeit und Teilhabe ausreichend und erfolgversprechend sind. Kommt die Gutachterin oder der Gutachter zu der Entscheidung, dass zum Erhalt oder zur Verbesserung der Selbständigkeit und Teilhabe die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung oder pflegerische Maßnahmen sowie gegebenenfalls weitere unter F 7.1.1 bis F 7.1.3 genannte Maßnahmen ausreichend und erfolgversprechend sind, entfällt die Bearbeitung des Abschnittes F 7.3 Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation. Es sind dann unter F 7.2.1 die entscheidungsrelevanten Empfehlungen anzugeben.

4.12.10 [F 7.3] Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation

Ablauf der Prüfung der Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die Beurteilung rehabilitativer Bedarfe im Rahmen der Pflegebegutachtung erfolgt bundeseinheitlich in allen Medizinischen Diensten auf der Grundlage des optimierten Begutachtungsstandards (OBS), der als Anlage 3 den Begutachtungs-Richtlinien beigelegt ist.

Der gemeinsamen Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften für die Rehabilitationsempfehlung wird durch die strukturierte und durch den OBS standardisierte Kooperation der beteiligten Gutachter Rechnung getragen.

[F 7.3.1] Rehabilitationsbedürftigkeit

Ist die gutachterliche Entscheidung nach Bewertung der Punkte F 7.1.1 bis F 7.1.3 und der dort getroffenen Empfehlungen so ausgefallen, 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.

[F 7.3.2] Rehabilitationsfähigkeit

Im nächsten Schritt ist zu prüfen, ob Hinweise auf eine Einschränkung der Rehabilitationsfähigkeit bestehen, wie erhebliche Schädigungen der mentalen Funktionen, zum Beispiel schwere Orientierungsstörungen, fehlende Kooperations- und Einsichtsfähigkeit aufgrund psychischer oder fortgeschrittener dementieller Störungen oder eine stark eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, die die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme, einschließlich einer mobilen Rehabilitation, unmöglich machen. Auch ist abzuklären, ob eine kurzfristig geplante Operation oder Krankenhausaufnahme der Einleitung entgegensteht.

[F 7.3.3] Rehabilitationsziele

Nachfolgend sind realistische, alltagsrelevante Rehabilitationsziele zu benennen, die sich an den festgestellten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten und den individuellen Bedürfnissen unter Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren orientieren. Oft sind dies kleinschrittige Ziele, wie das Training des Bett-Stuhl-/Bett-Rollstuhl-Transfers, die aber durchaus darüber entscheiden, ob die Selbständigkeit sichergestellt beziehungsweise gewährleistet werden kann (zum Beispiel ein Verbleib in der Häuslichkeit, weitgehend selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim).

Ist die begutachtende Pflegefachkraft auf der Grundlage der erhobenen Informationen zu der Einschätzung gekommen, dass eine Rehabilitationsindikation bestehen könnte, erfolgt die Weiterleitung an eine Ärztin oder einen Arzt im Gutachterdienst, der zur Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation Stellung nimmt. Wenn sich die Pflegefachkraft in ihrer Einschätzung bezüglich einer Rehabilitationsindikation nicht sicher ist, wird auch eine Ärztin oder ein Arzt in die Begutachtung eingeschaltet. Im ärztlichen Gutachten wird auf der Grundlage der von der Pflegefachkraft erfassten Informationen geprüft, ob eine Rehabilitationsindikation vorliegt, und bei Bestätigung eine Allokationsempfehlung abgegeben. Dabei ist unter Würdigung des bisherigen Erkrankungsverlaufs, des Kompensationspotenzials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren zu beurteilen, ob eine positive Rehabilitationsprognose anzunehmen ist.

[F 7.3] Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Bei den Zuweisungsempfehlungen ist anzugeben, ob eine geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation erforderlich ist und ob diese ambulant (gegebenenfalls mobil) oder stationär durchgeführt werden kann.

Die Empfehlung zu einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgt allein nach fachlichen Kriterien unabhängig vom regionalen Versorgungsangebot. Eine fachlich gebotene Versorgungsform ist auch dann anzugeben, wenn diese regional nicht zur Verfügung steht, zum Beispiel stationäre oder mobile geriatrische Rehabilitation. In diesem Falle sind gegebenenfalls zusätzlich im Freitext alternative Versorgungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Eine Beratung der antragstellenden Person zur Umsetzung einer empfohlenen Rehabilitationsmaßnahme ist erforderlich, wenn die antragstellende Person zum Zeitpunkt der Begutachtung unsicher über die Teilnahme ist.

[F 7.2.1] Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen wird keine Empfehlung zur Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegeben

Die Einschaltung einer Ärztin oder eines Arztes des Gutachterdienstes zur Beurteilung der Rehabilitationsindikation ist nicht erforderlich, wenn die begutachtende Pflegefachkraft begründen kann, warum sie keine Empfehlung zur Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgibt, zum Beispiel:

- Die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung oder pflegerischen Maßnahmen erscheinen ausreichend, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
- Diese Antwortoption kommt in Betracht, wenn unter F 7.1.1 bis F 7.1.3 keine Maßnahmen genannt werden, weil die bereits eingeleitete vertragsärztliche Behandlung und die pflegerische Versorgung ausreichend erscheinen und darüber hinaus keine weiteren Empfehlungen erforderlich sind. Aussagen zur Fortführung bereits eingeleiteter Maßnahmen sind entbehrlich.
- Es wird empfohlen, mit der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem behandelnden Arzt abzuklären, ob die unter 7.1.1 bis 7.1.3 genannten weiteren therapeutischen Maßnahmen eingeleitet werden können.
- Es wird empfohlen, die anderen unter 7.1.1 bis 7.1.3 genannten Empfehlungen einzuleiten.
- Es wird die Einleitung/Optimierung aktivierend pflegerischer Maßnahmen empfohlen.

- Es ergeben sich zwar Hinweise für die Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, aktuell liegt jedoch keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit vor.
- Die Wirkung/der Erfolg einer abgeschlossenen oder derzeit stattfindenden Rehabilitationsmaßnahme soll abgewartet werden.
- Es wird keine realistische Möglichkeit gesehen, die Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
 - Diese Antwortoption kommt nur dann in Betracht, wenn unter F 7.1.1 bis F 7.1.3 keine Maßnahmen genannt werden, weil sich eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit nicht verzögern lässt, zum Beispiel bei einer weit fortgeschrittenen, metastasierenden onkologischen Erkrankung.
- Eine Rehabilitationsmaßnahme wurde bereits bewilligt, der Bewilligungsbescheid liegt vor.

Die Pflegefachkraft kann außerdem eine weitere Abklärung der Rehabilitationsindikation, zum Beispiel durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt empfehlen, insbesondere, wenn für die Beurteilung notwendige Arzt- oder Krankenhausberichte nicht vorliegen.

Die Pflegefachkraft schaltet auch dann eine Ärztin oder einen Arzt des Gutachterdienstes ein, wenn sie Abklärungsbedarf bezüglich der Empfehlung weiterer Maßnahmen hat.

Die vorstehenden Feststellungen sind in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren und zusammen mit dem Pflegegutachten an die Pflegekasse zu senden.

Bei Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation holt die Gutachterin beziehungsweise der Gutachter die Einwilligung der antragstellenden Person zur Weiterleitung der Präventions- und Rehabilitationsempfehlung an die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt sowie an Angehörige der antragstellenden Person, Personen seines Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die antragstellende Person versorgen, ein. Dasselbe gilt im Hinblick auf die Weiterleitung der Information des zuständigen Rehabilitationsträgers über die Leistungsentscheidung nach § 31 Absatz 3 Satz 1 SGB XI durch die Pflegekasse an die genannten Personen beziehungsweise Institutionen.

Über die Möglichkeiten der Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung und der Information über die Leistungsentscheidung sowie jeweils über das Erfordernis der Einwilligung in die Weiterleitung ist die antragstellende Person durch die Gutachterin beziehungsweise den Gutachter im Rahmen der Begutachtung zu informieren. Die Einwilligung ist im Gutachten zu dokumentieren.