

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

**Titel:** Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI

**Normgeber:** Bund

**Redaktionelle Abkürzung:** RdSchr. vom 21.04.2020

**Gliederungs-Nr.:** [keine Angabe]

**Normtyp:** Rundschreiben

### **Zu § 31 SGB XI Tit. 1 RdSchr. vom 21.04.2020 – Feststellungspflicht**

(1) Die Pflegekassen haben (wie der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter nach § 18 Abs. 1 SGB XI ) bei der Beantragung von Leistungen nach dem SGB XI bzw. bei ihnen z. B. nach § 7 Abs. 2 SGB XI bekannt werdender drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob und ggf. welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet und zumutbar sind, eine Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Hinsichtlich der Zumutbarkeit solcher Leistungen sind die §§ 63 und 65 SGB I zu beachten. Die Prüfpflicht für die Pflegekasse besteht auch während der Leistungserbringung, wenn sich Anhaltspunkte für die Zweckmäßigkeit einer solchen Prüfung ergeben (z. B. bei einer Veränderung der bei der Leistungsentscheidung vorgelegenen Ausgangssituation) und im Zusammenhang mit Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Abs. 2 Satz 5 SGB XI (vgl. Ziffer 3 zu § 18 SGB XI ).

(2) Die Pflegekassen sind verpflichtet, den Versicherten und mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt sowie den zuständigen Rehabilitationsträger über das Vorliegen einer Feststellung, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf eines Versicherten an den zuständigen Rehabilitationsträger wird ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst, sofern der Versicherte dem zugestimmt hat. Dadurch werden die in § 14 SGB IX geregelten Entscheidungsfristen in Gang gesetzt. Eine weitere Begutachtung durch den MDK, den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter oder die Einschaltung des Hausarztes zur Ausstellung der "Verordnung von medizinischer Rehabilitation" (Muster 61) durch die Krankenkasse ist für eine Einleitung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht angezeigt.

*Red. Hinweis zur Geltungsdauer*

Außer Kraft am 1. Januar 2022 durch das Gemeinsame Rundschreiben vom 1. Dezember 2021