

Bericht des GKV–Spitzenverbandes nach
§ 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekas-
sen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizini-
schen Dienste der Krankenversicherung und der beauf-
tragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Reha-
bilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit

Berichtsjahr 2015

Stand: 01.09.2016

(Ergänzungen: 31.10.2016)



1. Einleitung

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) wurden die Pflegekassen gesetzlich verpflichtet, für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berichten (§ 18a Abs. 2 und 3 SGB XI). Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband bereitet die Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni dem BMG zu. Bis zum 1. September veröffentlicht der GKV-Spitzenverband auf Basis der gemeldeten Daten jährlich einen Bericht. Die Statistik über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation wurde erstmalig für das Jahr 2013 vorgelegt. Durch das PSG II ist die Berichtspflicht bis 2018 verlängert worden.

Mit dem vorliegenden dritten Bericht für das Jahr 2015 können nunmehr Entwicklungstendenzen aufgezeigt werden. Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zeigen, dass für die Berichtsjahre 2013–2015 die Rehabilitationsempfehlungen kontinuierlich angestiegen sind.

Die MDK-Gemeinschaft und die Kranken- und Pflegekassen entwickeln das Verfahren zur Feststellung von Rehabilitationsbedarfen bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen stetig weiter. Mit dieser Zielsetzung wurde – initiiert durch den GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) – unter externer wissenschaftlicher Begleitung im Jahr 2013/2014 ein breit angelegte Evaluationsprojekt (Projekt Reha XI) durchgeführt, in dem mit dem ausschließlichen Fokus auf die Reha-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung Möglichkeiten einer Optimierung der Begutachtung nach wissenschaftlichen Standards erhoben und erprobt wurden. Dabei zeigte sich, dass mit einem verbesserten, strukturierten und einheitlichen Verfahren mehr Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen werden. Die in diesem Projekt gewonnenen Erkenntnisse wurden mit Blick auf eine flächendeckende Umsetzung in der Regelbegutachtung bewertet und in einen optimierten Begutachtungsstandard (OBS) überführt. Dieser orientiert sich am praktischen Ablauf und umfasst Themenbereiche von der Schulung, über Unterlagen, Vorinformationen, Hausbesuche und Nachbereitung bis zur ärztlichen Entscheidung. Ein Kernstück ist dabei ein bundeseinheitliches professionsübergreifendes Schulungscurriculum für pflegfachliche und ärztliche Gutachter. Seit Januar 2015 wird flächendeckend in allen MDK nach dem optimierten Begutachtungsstandard (OBS) begutachtet. Die Erfahrungen werden weiter ausgewertet und fließen in die Schulungen ein. Die Wirkung der OBS spiegelt sich in einem deutlichen Anstieg der Reha-Empfehlungen wieder. Diese stiegen im Vergleich zum Vorjahr um das 2,2Fache an.

2. Vorgehensweise zur Berichterstellung

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene einen Statistik-Vordruck mit einer entsprechenden Ausfüllanleitung (siehe Anlagen 1 und 2) erarbeitet, damit auf einheitlicher Grundlage die Darstellung der Daten in einer bundesweiten Gesamtstatistik erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat zur Erhebung der Daten mittels des Statistik-Vordrucks sowie zu der entsprechenden Ausfüllanleitung sein Einverständnis erteilt.

Die Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbringen, wurden aufgefordert, die erforderlichen Daten an die Pflegekassen zu übermitteln. Die von den Pflegekassen gemeldeten Daten für das Berichtsjahr 2015 wurden vom GKV-Spitzenverband bestmöglich auf ihre Konsistenz geprüft und zu einer bundesweiten Gesamtstatistik aufbereitet (Anlage 3).

3. Datenqualität

Für das Berichtsjahr 2015 haben erstmalig alle 123 Pflegekassen¹ Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert. In den Vorjahren betrug die Rückmeldequote bezogen auf die Anzahl der Pflegekassen 85,6% (2014) bzw. 67,2% (2013). Auch wenn in den Vorjahren nicht alle Pflegekassen Daten geliefert hatten, haben die Daten dennoch Aussagekraft, da der Rücklauf von mitgliederstarken Kranken- und Pflegekassen deutlich überwog. Insgesamt repräsentieren im Berichtsjahr 2014 die berichtenden Kranken- und Pflegekassen 99,6% der Pflegebedürftigen und 99,5% der Versicherten. Im Berichtsjahr 2013 fielen auf die berichtenden Kranken- und Pflegekassen 98,5% der Pflegebedürftigen und 96,7% der Versicherten. Demnach hat sich über den dreijährigen Berichtszeitraum die Aussagekraft der Daten gesteigert.

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag hat der GKV-Spitzenverband die gelieferten Daten auf ihre Plausibilität überprüft. Bei 91% der gelieferten Datensätze waren die Daten plausibel sowie konsistent. Insoweit waren Nacherfassungen nur bei einer geringen Anzahl von Datensätzen erforderlich. Hierzu wurden in 11 Fällen bzw. 9% der gelieferten Datensätze Pflegekassen kontaktiert und die Datensätze korrigiert.

Im Nachhinein haben sich allerdings Inkonsistenzen ergeben, die nicht abschließend aufgeklärt werden konnten. Für die Zukunft ist durch Klarstellungen in der Ausfüllanleitung sichergestellt, dass eine umfassende Meldung erfolgt.

¹ Anzahl der Pflegekassen Stand 01.01.2015.

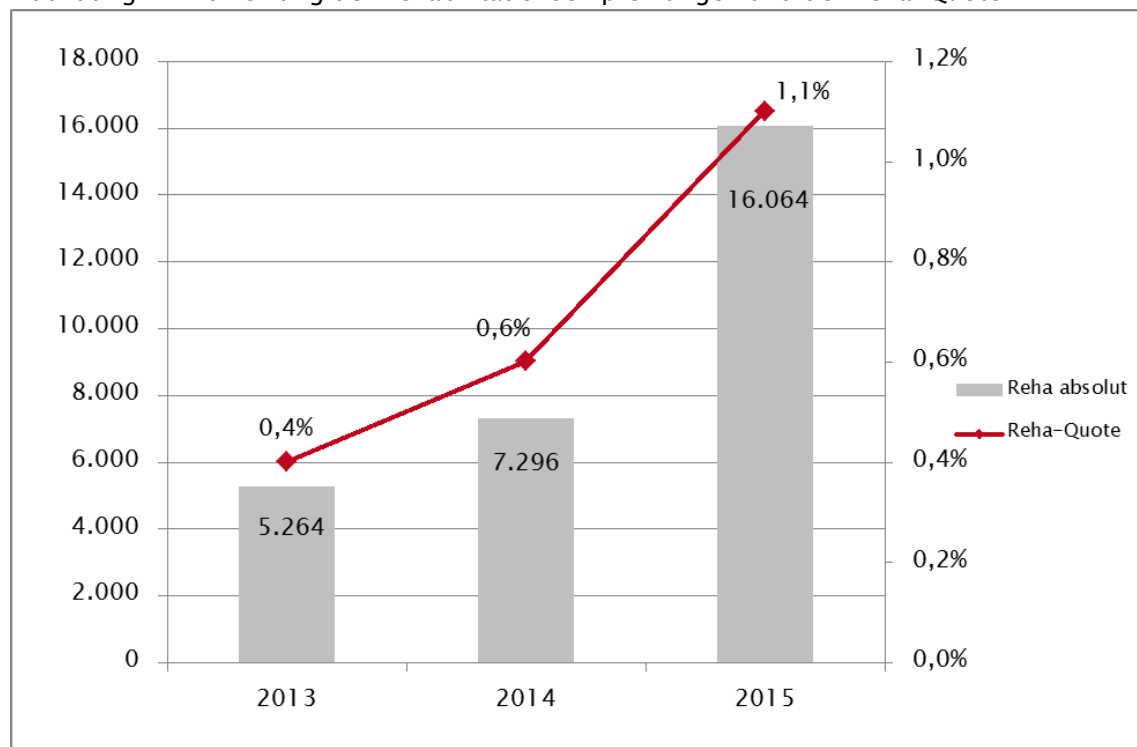
4. Auswertung der Daten

Der Anteil der Pflegekassen, die Daten mit Rehabilitationsempfehlungen lieferten, ist über die Jahre stetig gestiegen (2013: 57%; 2014: 65% und 2015: 87%).

Im Berichtsjahr 2015 wurden bei 16 von 123 Pflegekassen keine Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochen. Hierbei handelt es sich um Pflegekassen, die eine geringe Anzahl von Versicherten aufweisen (0,38% aller GKV-Versicherten). Insgesamt wurden im Rahmen der Pflegebegutachtung durch die MDK ca. 16.100 Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgesprochen, die durch die Pflegekassen an die Pflegebedürftigen weitergeleitet wurden.² Dies entspricht einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von rund 120%. Bei ca. 1,4 Mio. Begutachtungen in 2015 ist dies ein Anteil von 1,1%. Im Berichtsjahr 2014 lag die Quote der Rehabilitationsempfehlungen bei 0,6 und 2013 bei 0,4%. Dieser signifikant positive Zuwachs der Rehabilitationsempfehlungen ist insbesondere auch auf den OBS zurückzuführen.

Weitere Zugangswege für eine Rehabilitationsmaßnahme für den hier in Rede stehenden Personenkreis sind insbesondere Leistungen der sog. Anschlussrehabilitation, die im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt werden (rd. 80% aller Leistungsfälle) oder die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den behandelnden Arzt (rd. 19% aller Leistungsfälle; 1% der Leistungsfälle erfolgen über den Zugang der Pflegebegutachtung).

Abbildung 1: Entwicklung der Rehabilitationsempfehlungen und der Reha-Quote



² Siehe Anmerkung ** in Anlage 3.

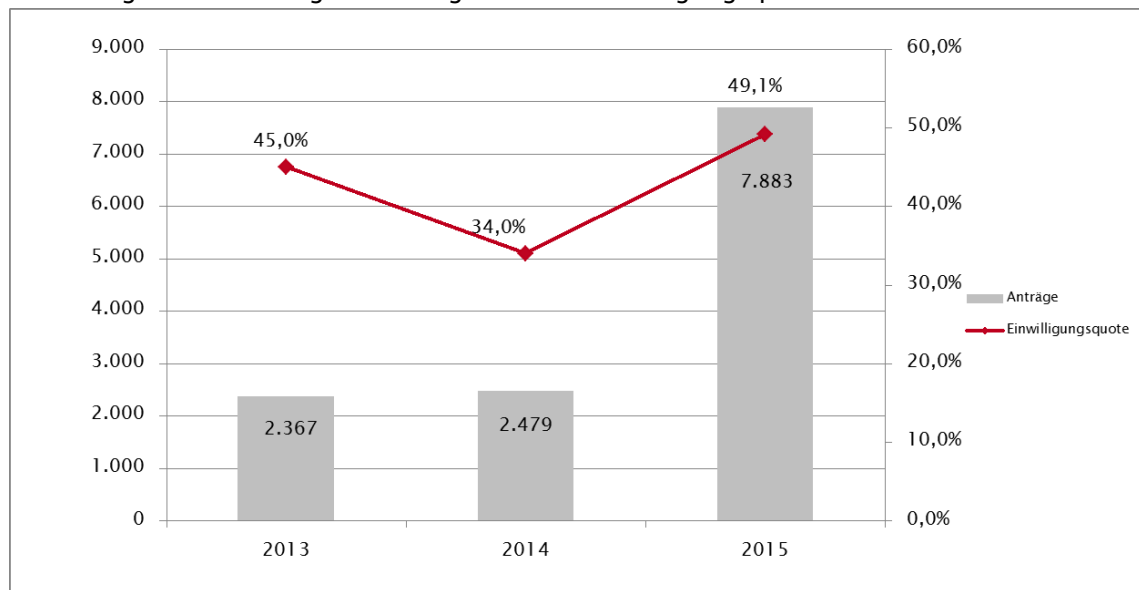
In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass neben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch weitere Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung in Betracht kommen können. So wurden laut Begutachtungsstatistik 2015 des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) beispielsweise in 12,5% der durchgeführten Regelbegutachtungen Empfehlungen für Leistungen der physikalischen Therapie und in 2,8% der Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der Ergotherapie ausgesprochen.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass gemäß der Pflegeberichterstattung 2015 des MDS bei der Erfassung der pflegerelevanten Vorgeschichte 18,9% der Erstantragsteller angeben, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im letzten Jahr vor der Begutachtung in Anspruch genommen zu haben. Eine Sonderauswertung des MDS zur Begutachtungsstatistik 2015 zeigt, dass mit zunehmender zeitlicher Nähe ein erneuter Rehabilitationsbedarf eher unwahrscheinlich wird. So liegt die Quote einer Rehabilitationsempfehlung bei 0,82%, wenn bereits Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Jahr vor der Begutachtung durchgeführt wurden. Die Quote liegt bei 1,53%, wenn die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mehr als 1 Jahr aber weniger als 4 Jahre vor der Begutachtung stattfanden und bei 3,20%, wenn keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den letzten 4 Jahren vor der Begutachtung in Anspruch genommen wurden.

Einer positiven Rehabilitationsempfehlung des MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung folgt nicht in allen Fällen eine Einwilligung des Versicherten zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger und in die damit ausgelöste Antragstellung nach § 14 SGB IX (vgl. §§ 31 Abs. 3, 18a Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Von den ca. 16.100 Rehabilitationsempfehlungen mündeten rd. 7.900 in einen Antrag nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX. Somit wurde in ca. 49% der Fälle mit einer Rehabilitationsindikation eine Einwilligung zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger durch den Pflege-Antragsteller erklärt.³ Im Vergleich zum Vorjahr ist die Antragszahl (2014: rd. 2.500) und die Einwilligungsquote gestiegen (34%).

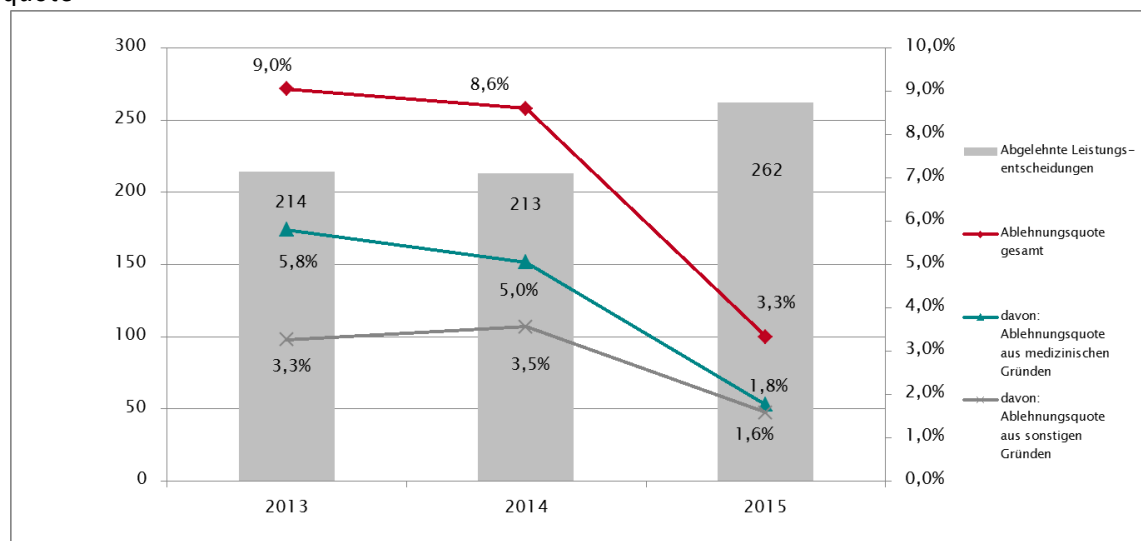
³ Nach § 31 Abs. 3 SGB XI bedarf es der Einwilligung des Versicherten, dass bei positiver Rehabilitationsindikation die Pflegekassen den behandelnden Arzt informieren und dem zuständigen Rehabilitationsträger eine Mitteilung geben.

Abbildung 2: Entwicklung der Anträge und der Einwilligungsqute



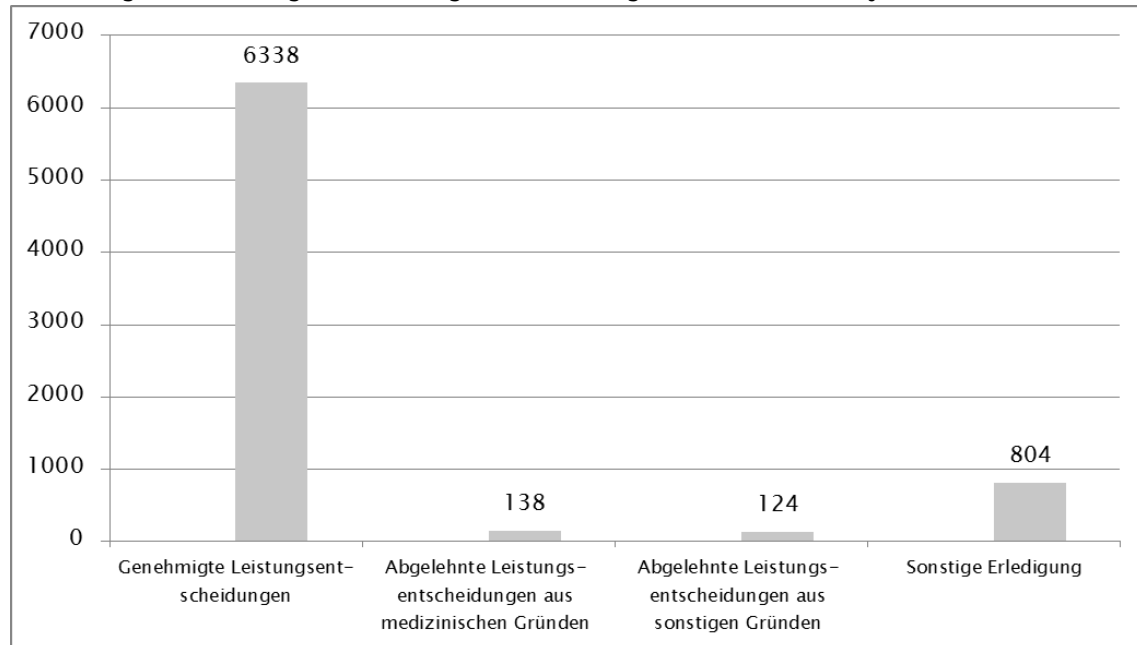
Von den 7.883 Anträgen wurden im Berichtsjahr 6338 Anträge (rd. 80%) genehmigt. Aus medizinischen Gründen wurden ca. 140 Fälle (rd. 1,8%) und aus sonstigen Gründen (z. B. Nichtvervollständigung der Antragsunterlagen, Tod des Antragstellers, Rücknahme des Antrags) ca. 120 Fälle (rd. 1,6%) abgelehnt. Aus medizinischen Gründen wurden solche Anträge insbesondere abgelehnt, bei denen sich der Gesundheitszustand des Antragstellers zwischenzeitlich so verschlechtert hat, dass eine Rehabilitationsfähigkeit oder auch eine positive Rehabilitationsprognose nicht mehr gegeben war. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Ablehnungsqute, die im Berichtsjahr insgesamt bei 3,3% liegt, rückläufig. In 2014 betrug sie 8,6% und 2013 9,0%.

Abbildung 3: Entwicklung der abgelehnten Leistungsentscheidungen und der Ablehnungsqute



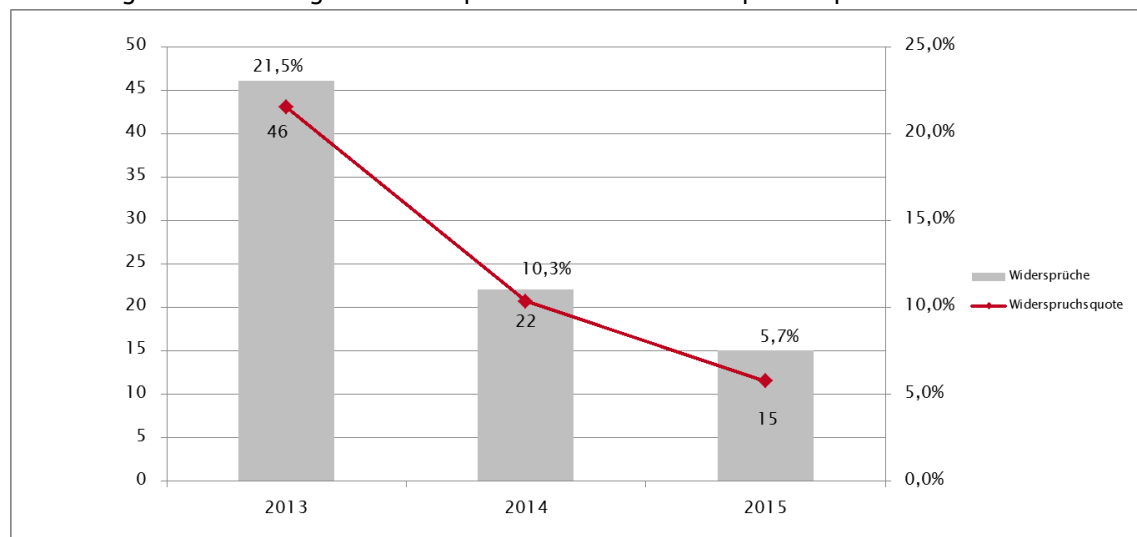
Wie man der Abbildung 3 entnehmen kann, stieg zwar die Zahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen absolut; in Relation zu der ebenso gestiegenen Anzahl von Anträgen (siehe Abbildung 2) ist der Anteil abgelehnter Leistungsentscheidungen rückläufig.

Abbildung 4: Verteilung der Leistungsentscheidungen für das Berichtsjahr 2015



Die in Abb. 4 ausgewiesenen Werte zur Verteilung der Leistungsentscheidungen addieren sich nicht vollständig zur Gesamtzahl der Anträge auf. Dies liegt daran, dass zum 31.12.2015 noch nicht alle Anträge beschieden wurden. Von den genehmigten Leistungen wurden im Berichtsjahr ca. 4.500 durchgeführt (70%). Gegen abgelehnte Leistungen wurden 15 Widersprüche eingelegt. Damit wurde etwa jeder zwanzigsten Ablehnung (6%) widersprochen. In den Vorjahren betrug die Widerspruchsquote noch 10% (2014) bzw. 21% (2013).

Abbildung 5: Entwicklung der Widersprüche und der Widerspruchsquote



5. Erfahrungen mit der Umsetzung der optimierten Begutachtungsstandards (OBS)

Der OBS wurde flächendeckend zum 1. Januar 2015 in allen MDK implementiert. Die MDK-Gemeinschaft führt seitdem ein kontinuierliches Monitoring durch, um Probleme, die sich bei der Umsetzung des OBS ergeben können, zeitnah zu identifizieren und nach Lösungen zu suchen. Im Rahmen des Informations- und Erfahrungsaustausches zur Implementierung der OBS wurden von Multiplikatoren und Ansprechpartnern der MDK folgende Einschätzungen geäußert:

1. Die Umsetzung des OBS in seinen sechs Abschnitten (Schulung, Unterlagen, Vorinformation, Hausbesuch, Nachbereitung des Hausbesuchs und ärztliche Entscheidung)⁴ ist grundsätzlich praktikabel.
2. Das verpflichtende Feedback zwischen Arzt und MDK-Gutachter wirkt sich positiv aus und steigert die Motivation bei den Gutachtern.
3. Die interdisziplinären Schulungen haben zu erkennbaren Verbesserungen der Handlungssicherheit insbesondere bei den Pflegefachkräften geführt.
4. Die Notwendigkeit von kontinuierlichen Nachschulungen wird von allen MDK bestätigt.

Dem Wunsch nach weiteren Fortbildungsmöglichkeiten wurde durch zusätzliche Schulungsfolien und ein Webinar, die vom MDS zur Verfügung gestellt wurden, Rechnung getragen. In der MDK-Gemeinschaft wurden außerdem interne strukturelle und EDV-technische Optimierungen vorgenommen, um die reibungslose Umsetzung des OBS zu gewährleisten.

Im Begutachtungsverfahren kommen außerdem Flyer zur Anwendung, die den Antragsstellern auf Pflegebedürftigkeit Informationen zur medizinischen Rehabilitation geben. Insgesamt konnte mit diesen Maßnahmen ein kontinuierlicher Anstieg der Reha-Empfehlungen im Laufe des Jahres 2015 erreicht werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Mit dem Berichtsjahr 2015 wurde zum dritten Mal die Statistik zur Umsetzung der Empfehlung nach § 18a Abs. 2 SGB XI erhoben und ausgewertet. Erstmals haben alle Pflegekassen Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert.

Die Entwicklung der Kennzahlen, insbesondere die deutliche Zunahme der Rehabilitationsempfehlungen um 120% bzw. der Anstieg der Reha-Quote von 0,6% auf 1,1%, deutet darauf hin, dass der OBS in der Praxis der Pflegebegutachtung seine Wirkung entfaltet und Rehabilitationsbedarfe im Vergleich zu den Vorjahren besser erkannt werden. Durch die kontinuierliche Schulung der Gutachter wird auch künftig das Augenmerk der Gutachter auf die Rehabilitationsbedarfe der Versicherten besonders ausgerichtet sein. Auch die Zustimmungen der Versicherten zur Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen sind im Vergleich zum Vorjahr deutlich gewachsen.

⁴ Hierzu im Detail siehe Anlage 4.

Die Leistungsausgaben der GKV zur medizinischen Rehabilitation sind über die Jahre kontinuierlich gestiegen.⁵ 80 Prozent der Leistungsfälle fallen auf die Altersgruppe der über 65jährigen, also auf einen pflegenahen Personenkreis.⁶ In ihrer Funktion als Rehabilitationsträger erbringt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) medizinische Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit. Dabei verfolgt sie das Ziel, die Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter, pflegebedürftiger oder von Behinderung und Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen zu stärken und sie damit bei der Erreichung ihrer individuellen Rehabilitationsziele zu unterstützen. Rehabilitationsleistungen der GKV sind somit immer auf die Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor und bei Pflege“ ausgerichtet.

⁵ Quelle: amtliche Statistik KJ 1.

⁶ Quelle: amtliche Statistik KG 5.