

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 2016

Stand: 18.09.2017



1. Einleitung

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (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.

Der vierte Bericht für das Jahr 2016 zeigt, dass für die Berichtsjahre 2013–2016 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 angelegtes 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 seither gesammelten Erfahrungen mit den OBS wurden weiter ausgewertet und flossen in die Schulungen der Gutachter 2016 ein. Seit dem 1. Januar 2016 ist der OBS gesetzlich verankert (§18 Abs.6 SGB XI). Die Wirkung des 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 2016 wurden vom GKV-Spitzenverband bestmöglich auf ihre Konsistenz geprüft und zu einer bundesweiten Gesamtstatistik aufbereitet (Anlage 3).

3. Datenqualität

Für das Berichtsjahr 2016 haben alle 118 Pflegekassen¹ Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert. In den Vorjahren betrug die Rückmeldequote bezogen auf die Anzahl der Pflegekassen 100 % (2015), 85,6 % (2014) und 67,2 % (2013).

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 Zuge der Plausibilitätsprüfung für das Vorjahr (2015) wurden Inkonsistenzen bei den gemeldeten Rehabilitationsempfehlungen identifiziert, die sich in einer statistischen Untererfassung der Rehabilitationsempfehlungen äußerten. Um eine präzise Erfassung der Rehabilitationsempfehlungen ab dem Berichtsjahr 2017 sicherzustellen, wurde zusammen mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene im Herbst 2016 die Ausfüllanleitung weiter konkretisiert. Zahlreiche Pflegekassen konnten bereits für das aktuelle Berichtsjahr 2016 die Erfassungssysteme umstellen. Bei den übrigen Pflegekassen erfolgt die Umstellung der Systeme für das Berichtsjahr 2017.

¹ Anzahl der Pflegekassen Stand 01.01.2016.

4. Auswertung der Daten

Der Anteil der Pflegekassen, die Daten mit Rehabilitationsempfehlungen lieferten, ist über die Jahre stetig gestiegen (2013: 57 %; 2014: 65 %, 2015: 87 % und 2016: 92 %).

Im Berichtsjahr 2016 wurden bei 11 von 118 Pflegekassen keine Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochen. Hierbei handelt es sich um Pflegekassen, die eine geringe Anzahl von Versicherten aufweisen (0,3 % aller GKV-Versicherten).

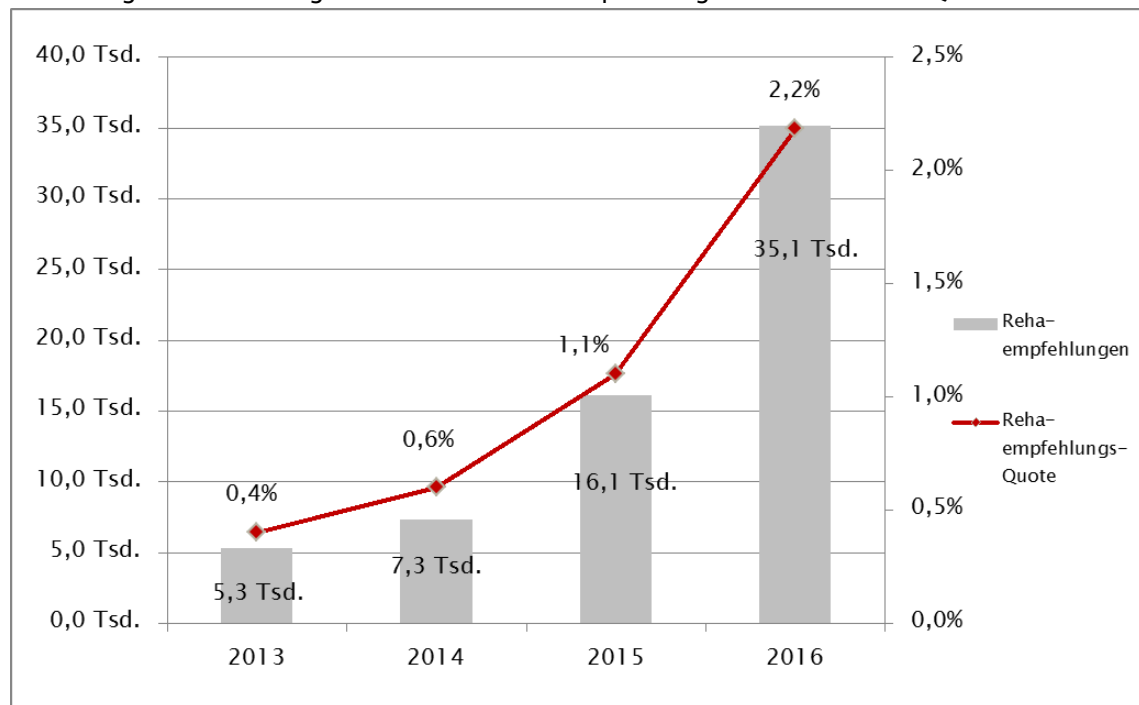
Insgesamt wurden im Rahmen der Pflegebegutachtung durch die MDK ca. 35.200 Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgesprochen, die durch die Pflegekassen an die Pflegebedürftigen weitergeleitet wurden. Dies entspricht einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von rund 120 %. Bei ca. 1,6 Mio. Begutachtungen, bei denen über eine Rehaempfehlung entschieden werden konnte², entspricht dies einer Reha-Quote von 2,2 %.

Im Berichtsjahr 2015 lag die Quote der Rehabilitationsempfehlungen bei 1,1 %, 2014 bei 0,6 % und 2013 bei 0,4 %. Dieser signifikant positive Anstieg kann sowohl auf das verbesserte Reporting der Pflegekassen als auch auf die kontinuierliche Schulung der Gutachter, deren Augenmerk dadurch besonders auf die Rehabilitationsbedarfe der Versicherten ausgerichtet ist, zurückgeführt werden.

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).

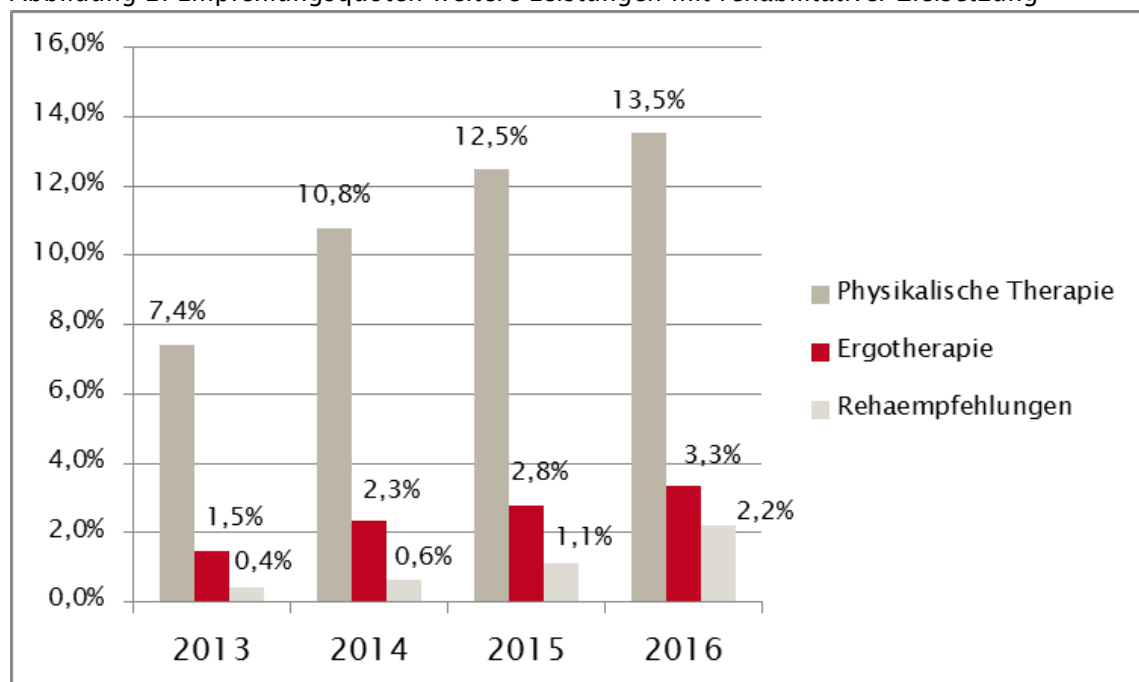
² Ohne Antragsteller bei denen eine Prüfung der Reha-Empfehlung nicht möglich ist, weil der Antragsteller vor der persönlichen Befunderhebung verstorben ist und ohne Personen, bei denen eine persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist, z. B. Personen in der stationären Hospizversorgung bzw. in der ambulanten Palliativpflege.

Abbildung 1: Entwicklung der Rehabilitationsempfehlungen und der Reha-Quote



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 2016 des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) beispielsweise in 13,5 % der durchgeführten Regelbegutachtungen Empfehlungen für Leistungen der physikalischen Therapie und in 3,8 % der Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der Ergotherapie ausgesprochen.

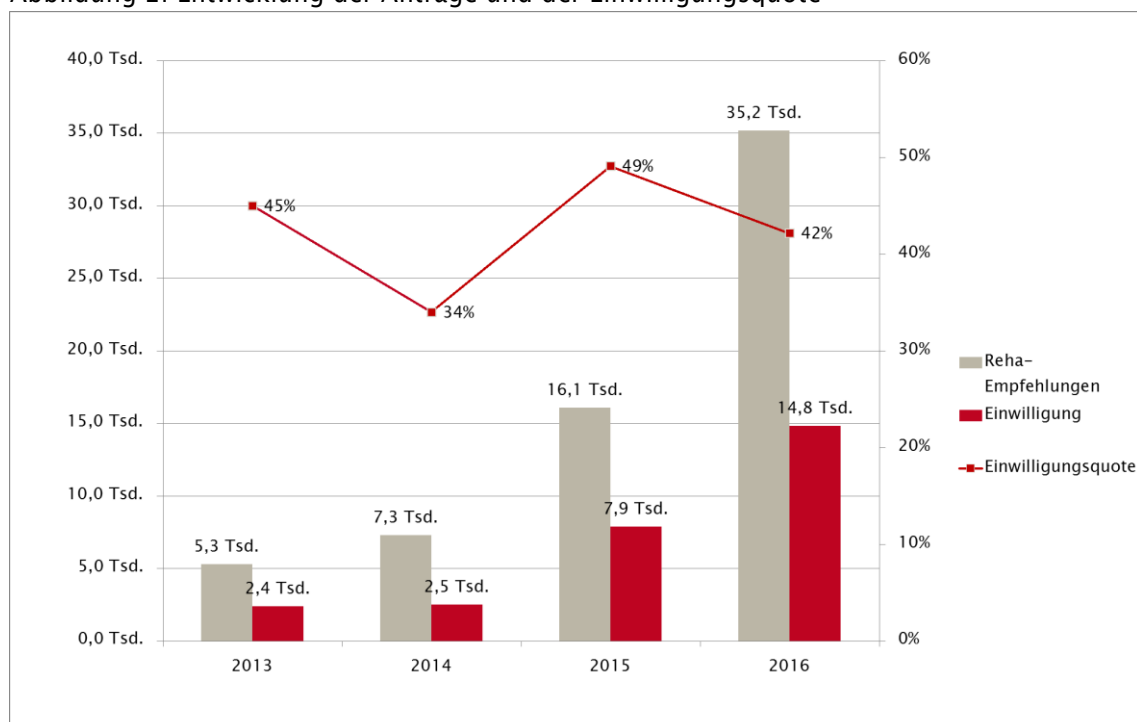
Abbildung 2: Empfehlungsquoten weitere Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung



Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass gemäß der Pflegeberichterstattung 2016 des MDS bei der Erfassung der pflegerelevanten Vorgeschichte 19,3 % der Erstantragsteller angaben, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im letzten Jahr vor der Begutachtung in Anspruch genommen zu haben. Eine Sonderauswertung des MDS zur Begutachtungsstatistik 2016 zeigt, dass mit zunehmender zeitlicher Nähe zur letzten Rehabilitationsmaßnahme ein erneuter Rehabilitationsbedarf unwahrscheinlicher wird. So liegt die Quote einer Rehabilitationsempfehlung bei 0,9 %, wenn bereits Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Jahr vor der Begutachtung durchgeführt wurden und bei 4,2 %, wenn die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mehr als 1 Jahr aber weniger als 4 Jahre vor der Begutachtung stattfanden.

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. 35.200 Rehabilitationsempfehlungen mündeten rd. 14.800 in einen Antrag nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX. Somit wurde in ca. 42 % 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 (2015: rd. 7.900) gestiegen; die Einwilligungsquote bezogen auf die erteilten Reha-Empfehlungen gesunken (2015: 49 %).

Abbildung 2: Entwicklung der Anträge und der Einwilligungsquote

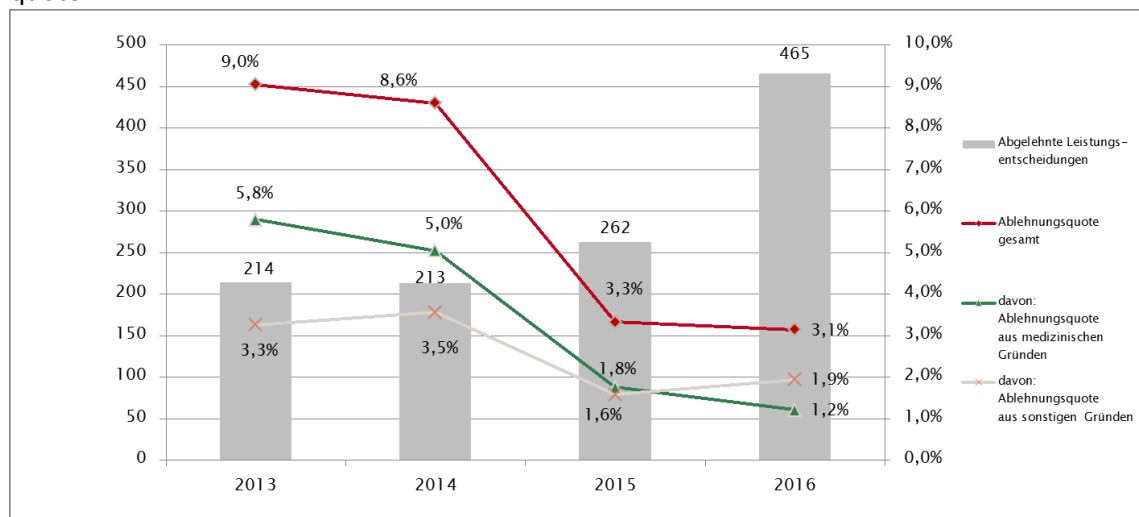


³ Nach § 31 Abs. 3 SGB XI bedarf es der Einwilligung des Versicherten, dass bei positiver Rehabilitationsindikation die Pflegekassen den behandelnden Arzt informieren und dem zuständigen Rehabilitationsträger eine Mitteilung geben.

Von den 14.838 Anträgen wurden im Berichtsjahr 9.942 Anträge (rd. 67 %) genehmigt. 2.822 Fälle erledigten sich auf sonstige Weise, also weder durch Bewilligung noch durch Ablehnung (Tod des Antragstellers oder Rücknahme des Antrags).

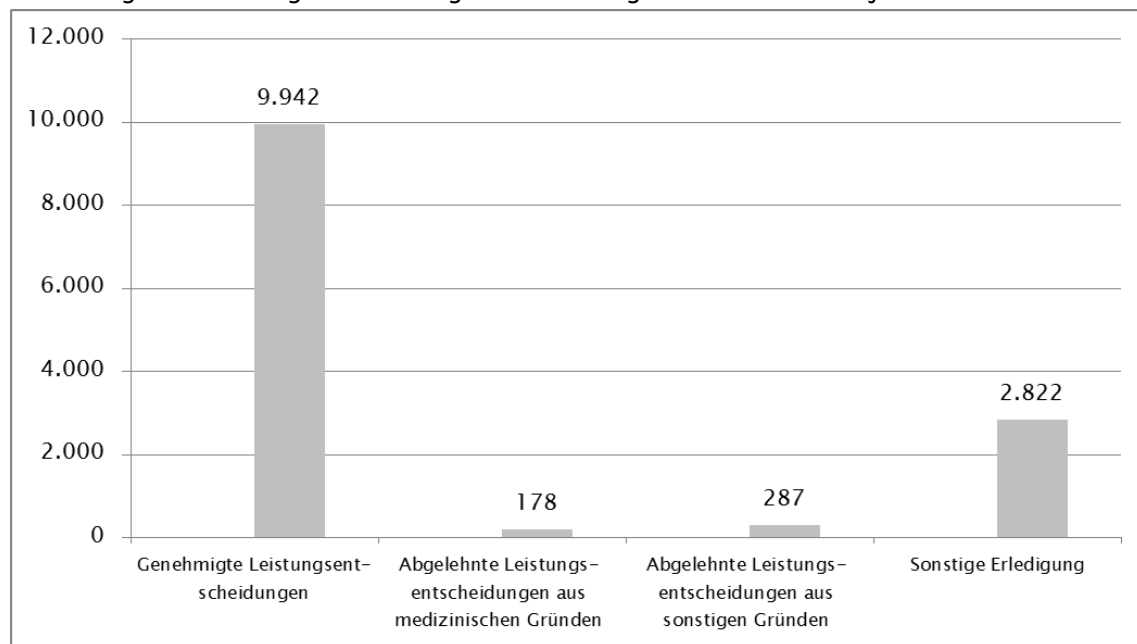
Aus medizinischen Gründen wurden ca. 178 Fälle (rd. 1,2 %) und aus sonstigen Gründen (z. B. Nichtvervollständigung der Antragsunterlagen) ca. 287 Fälle (rd. 1,9 %) abgelehnt. Aus medizinischen Gründen wurden insbesondere solche Anträge abgelehnt, bei denen sich der Gesundheitszustand des Antragstellers zwischenzeitlich so verschlechtert hat, dass eine Rehabilitationsfähigkeit oder auch eine positive Rehabilitationsprognose nicht mehr gegeben war. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Ablehnungsquote, die im Berichtsjahr insgesamt bei 3,1 % liegt, rückläufig. In 2015 betrug sie 3,3 %, 2014 betrug sie 8,6 % und 2013 9,0 %.

Abbildung 3: Entwicklung der abgelehnten Leistungsentscheidungen und der Ablehnungsquote



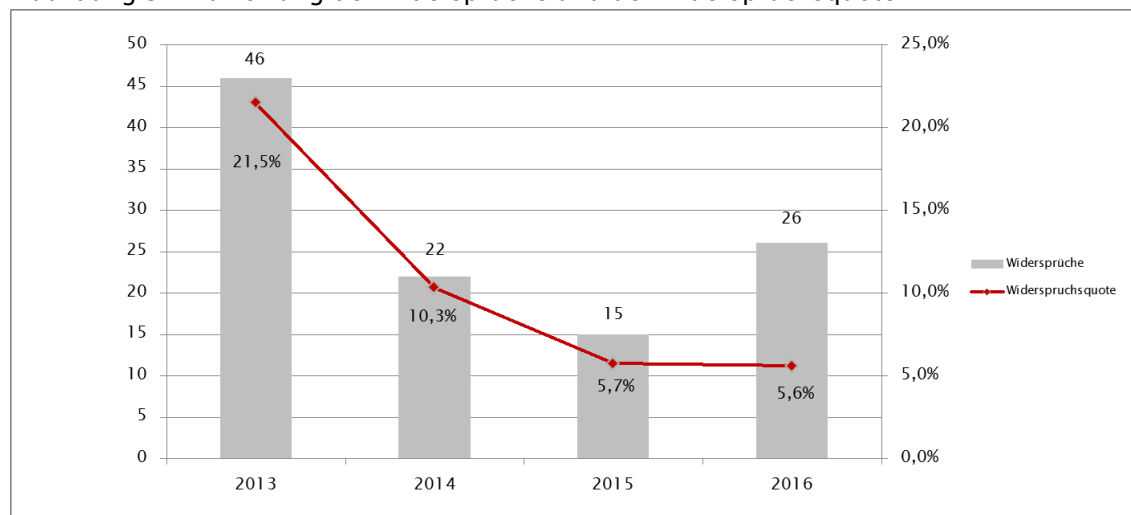
Wie man der Abbildung 3 entnehmen kann, stieg zwar die Zahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen absolut; in Relation zu der ebenso gestiegenen Anzahl von Anträgen (siehe Abbildung 2) ist der Anteil abgelehnter Leistungsentscheidungen aber leicht rückläufig.

Abbildung 4: Verteilung der Leistungsentscheidungen für das Berichtsjahr 2016



Die in Abb. 4 ausgewiesenen Werte zur Verteilung der Leistungsentscheidungen addieren sich nicht vollständig zur Gesamtzahl der Anträge auf. Dies liegt daran, dass zum 31.12.2016 noch nicht alle Anträge beschieden wurden. Von den genehmigten Leistungen wurden im Berichtsjahr ca. 8.300 durchgeführt (84 %). Gegen abgelehnte Leistungen wurden 26 Widersprüche eingelegt. Damit wurde wie im Vorjahr etwa jeder zwanzigsten Ablehnung (5,6 %; 2015: 5,7 %) widersprochen. In den Vorjahren betrug die Widerspruchsquote noch 10,3 % (2014) bzw. 21,5 % (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 und ist seit 1. Januar 2016 gesetzlich verankert (§ 18 Abs. 6 SGB XI). Die MDK-Gemeinschaft führt ein kontinuierliches Monitoring zu den Entwicklungen der Rehabilitationsempfehlungen durch, um Probleme zeitnah zu identifizieren und nach Lösungen zu suchen. Wie bereits im Jahr 2015 wurden auch in 2016 zwei Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch zur Umsetzung des OBS mit den Multiplikatoren und Ansprechpartnern der MDK durchgeführt.

Als besondere Förderfaktoren seit Einführung des OBS werden von den MDK-Gutachtern genannt:

- Gute Kommunikation zwischen Pflegefachkräften (PFK) und Ärzten seit Einführung des verpflichtenden Feedbacks zwischen Ärzten und PFK, auch im Sinne einer Lernkurve und zunehmender Sicherheit auf Seiten der PFK bei der Identifizierung von möglichen Rehabilitationsbedarf
- Feste ärztliche Ansprechpartner für die PFK und deren gute Erreichbarkeit, beispielsweise durch Einrichtung von Hotlines
- Regelmäßige Schulungen und Fallbesprechungen auch im Rahmen von Teamsitzungen
- Einsatz des Reha-Flyers bei erhöhtem Beratungsbedarf

Zudem gehört eine umfassende Rehabilitationsschulung zum festen Bestandteil der Einarbeitungskonzepte für neu eingestellte Pflegegutachter in den MDK.

Eine erhöhte Achtsamkeit bezüglich des möglichen Rehabilitationsbedarfs von Antragstellern im Rahmen der Pflegebegutachtung, die verbesserte interdisziplinäre Kommunikation, die kontinuierliche Thematisierung von Rehabilitation in Teamsitzungen und Fortbildungen und die Verbesserung der Qualität im Begutachtungsablauf hat in 2016 zu einem kontinuierlichen Anstieg der Reha-Empfehlungen geführt.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Mit dem Berichtsjahr 2016 wurde zum vierten Mal die Statistik zur Umsetzung der Empfehlung nach § 18a Abs. 2 SGB XI erhoben und ausgewertet. Wie im Vorjahr 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 1,1 % auf 2,2 %, deutet darauf hin, dass der OBS, der nunmehr gesetzlich verankert ist, in der Praxis der Pflegebegutachtung seine Wirkung entfaltet und Rehabilitationsbedarfe im Vergleich zu den Vorjahren noch besser erkannt werden. Durch die kontinuierliche Schulung der Gutachter wird auch künftig das Augenmerk der Gutachter auf die Rehabilitationsbedarfe der Versicherten besonders ausgerichtet sein. Allerdings sind die Zustimmungen der Versicherten zur Durchführung der Rehabilita-

tionsmaßnahmen im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Hier besteht ein weiterer Ansatzpunkt, durch weiterführende Beratung der Versicherten durch die Pflegekassen die Akzeptanz von Rehabilitationsmaßnahmen zu fördern.

Die Leistungsausgaben der GKV zur medizinischen Rehabilitation sind in den letzten sechs Jahren kontinuierlich gestiegen.⁴ Im Schnitt fallen rd. 80 Prozent der Leistungsfälle auf die Altersgruppe der über 65jährigen, also auf einen pflegenahen Personenkreis.⁵ 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 grundsätzlich auf die Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor und bei Pflege“ ausgerichtet.

⁴ Quelle: amtliche Statistik KJ 1.

⁵ Quelle: amtliche Statistik KG 5.