



Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach
§ 18d Absatz 1 SGB XI über die Erfahrungen
der Pflegekassen mit der Umsetzung der
Empfehlungen der Medizinischen Dienste der
Krankenversicherung und der beauftragten
unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter
zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen
der Begutachtung zur Feststellung der
Pflegebedürftigkeit

Berichtsjahr 2024

Stand: 31.08.2025

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Vorgehensweise zur Berichterstellung	4
3	Datenqualität	5
4	Auswertung der Daten	5
5	Erfahrungen mit der Umsetzung des optimierten Begutachtungsstandards (OBS)	13
6	Zusammenfassung	14

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der Rehabilitationsempfehlungen und der Reha-Quote	6
Abbildung 2:	Empfehlungsquoten Heilmittel mit rehabilitativer Zielsetzung	7
Abbildung 3:	Einwilligungen der Versicherten zur Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger und Einwilligungsquote (Verhältnis der Einwilligungen zu den Reha-Empfehlungen)	8
Abbildung 4:	Gründe für die Nichtauslösung des Antragsverfahrens durch die Versicherten	9
Abbildung 5:	Anzahl der Maßnahmen der Pflegekassen nach §§ 18a Abs. 1 und 31 Abs. 3 SGB XI	10
Abbildung 6:	Verteilung der Leistungsentscheidungen und der sonstigen Erledigungen	11
Abbildung 7:	Entwicklung der abgelehnten Leistungsentscheidungen und der Ablehnungsquote	12
Abbildung 8:	Entwicklung der Widersprüche und der Widerspruchsquote	13

1 Einleitung

Nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI haben die Pflegekassen jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste (MD) und der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berichten. 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 Bundesministerium für Gesundheit zu. Bis zum 1. September veröffentlicht der GKV-Spitzenverband auf Basis der gemeldeten Daten jährlich einen Bericht.

Die MD-Gemeinschaft und die Kranken- und Pflegekassen entwickeln das Verfahren zur Feststellung von Rehabilitationsbedarfen bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen stetig weiter. Mit dieser Zielsetzung wurde im Jahr 2013/2014 – initiiert durch den GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) – ein breit angelegtes Evaluationsprojekt (Projekt Reha XI) unter externer wissenschaftlicher Begleitung 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 pflegefachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter. Seit Januar 2015 wird flächendeckend in allen MD nach dem OBS begutachtet. Seit dem 1. Januar 2016 ist der OBS gesetzlich verankert (§ 18b Abs. 2 SGB XI).

Die Umsetzung des OBS und des mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2017 eingeführten Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zeigte sich in einem kontinuierlichen Anstieg der Reha-Empfehlungen bis zum Jahr 2019.

Unter den besonderen Bedingungen der Corona-Pandemie fanden 2020 bis Mitte 2022 die Pflegebegutachtungen vorwiegend durch strukturierte Telefoninterviews statt. Mit zunehmenden Erfahrungen mit diesem alternativen Begutachtungsverfahren des strukturierten Telefoninterviews konnten Rehabilitationsbedarfe besser erkannt werden. Dies spiegelt sich in den Ergebnissen der Reha-Statistik für das Berichtsjahr 2021 wider. Im Berichtsjahr 2022 fand die Pflegebegutachtung ab dem zweiten Halbjahr wieder in der eigenen Häuslichkeit statt.

Mit Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) und den damit vorgenommenen Anpassungen der Begutachtungs-Richtlinien im November 2023 kann die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad regelhaft ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. Ausgeschlossen sind allerdings telefonische Begutachtungen bei der Erstbegutachtung und bei der Begutachtung von Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr. Die konkreten Entscheidungskriterien für eine Begutachtung mit strukturiertem Telefoninterview sind in den Begutachtungs-Richtlinien im Kapitel 6.1.2 beschrieben.

Im Berichtsjahr 2024 ist die Anzahl der Rehabilitationsempfehlungen im Vergleich zum Vorjahr 2023 um 2 Prozent gefallen. Das Niveau von 2019, also vor der Pandemie, wird um 24 Prozent übertroffen. Die Reha-Empfehlungsquote liegt mit 2,9 Prozent leicht unter dem Niveau des Vorjahres (3 Prozent).

2 Vorgehensweise zur Berichterstellung

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene einen Statistik-Vordruck mit einer entsprechenden Ausfüllanleitung (siehe Anlage 1 und 2) erarbeitet, damit die Darstellung der Daten auf einheitlicher Grundlage 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. Um die Qualität der übermittelten Daten zu verbessern, wurde die Ausfüllanleitung gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene im Jahr 2016 modifiziert. Ab dem Bericht 2021 wurden der Statistik-Vordruck und die Ausfüllanleitung im Zuge des Intensivpflege- und Rehabilitationstärkungsgesetzes (IPReG) erneut angepasst. Danach werden Pflegekassen dazu verpflichtet, den möglichen Gründen nachzugehen, die einer Einwilligung der antragstellenden Person zu einer Reha-Maßnahme entgegenstehen. Zudem soll berichtet werden, was die jeweilige Pflegekasse in diesem Zusammenhang unternommen hat. Außerdem sollen die Maßnahmen genannt werden, die die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihren Aufgaben gemäß §§ 18c Abs. 4 und 31 Abs. 3 SGB XI nachzukommen (zum Beispiel regelhafte Nachfrage beim Rehabilitationsträger, ob eine Maßnahme durchgeführt wurde; Verfahren zur Klärung und ob vorläufige Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 SGB XI erbracht wird).

Die von den Pflegekassen gemeldeten Daten für das Berichtsjahr 2024 wurden vom GKV-Spitzenverband bestmöglich auf ihre Konsistenz geprüft und zu einer bundesweiten Gesamtstatistik aufbereitet (siehe Anlage 3).

3 Datenqualität

Für das Berichtsjahr 2024 haben alle 95 Pflegekassen¹ Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert. In den Vorjahren betrug die Rückmeldequote bezogen auf die Anzahl der Pflegekassen 100 Prozent in den Jahren 2015 bis 2023, 85,6 Prozent im Jahr 2014 und 67,2 Prozent im Jahr 2013.

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag hat der GKV-Spitzenverband die gelieferten Daten auf ihre Plausibilität überprüft.

4 Auswertung der Daten

Der Anteil der Pflegekassen, die Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen haben, ist von 2013 bis 2019 stetig gestiegen (2013: 57 Prozent; 2014: 65 Prozent, 2015: 87 Prozent, 2016: 92 %, 2017, 2018 sowie 2019: 94 %). Im Berichtsjahr 2020, also unter den Bedingungen der Corona- Pandemie, war die Quote mit 91 % erstmals rückläufig. Ab 2021 stieg die Quote wieder auf 95 %. Für das aktuelle Berichtsjahr liegt sie bei rund 99 % und liegt damit über dem Vorjahresniveau (95 %).

Von den 95 Pflegekassen, die im Berichtsjahr 2024 Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert haben, hat eine Pflegekasse keine Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochen. Hierbei handelt es sich um eine Pflegekasse, die eine geringe Anzahl von Versicherten aufweist (weniger als 3.000 GKV-Versicherte).

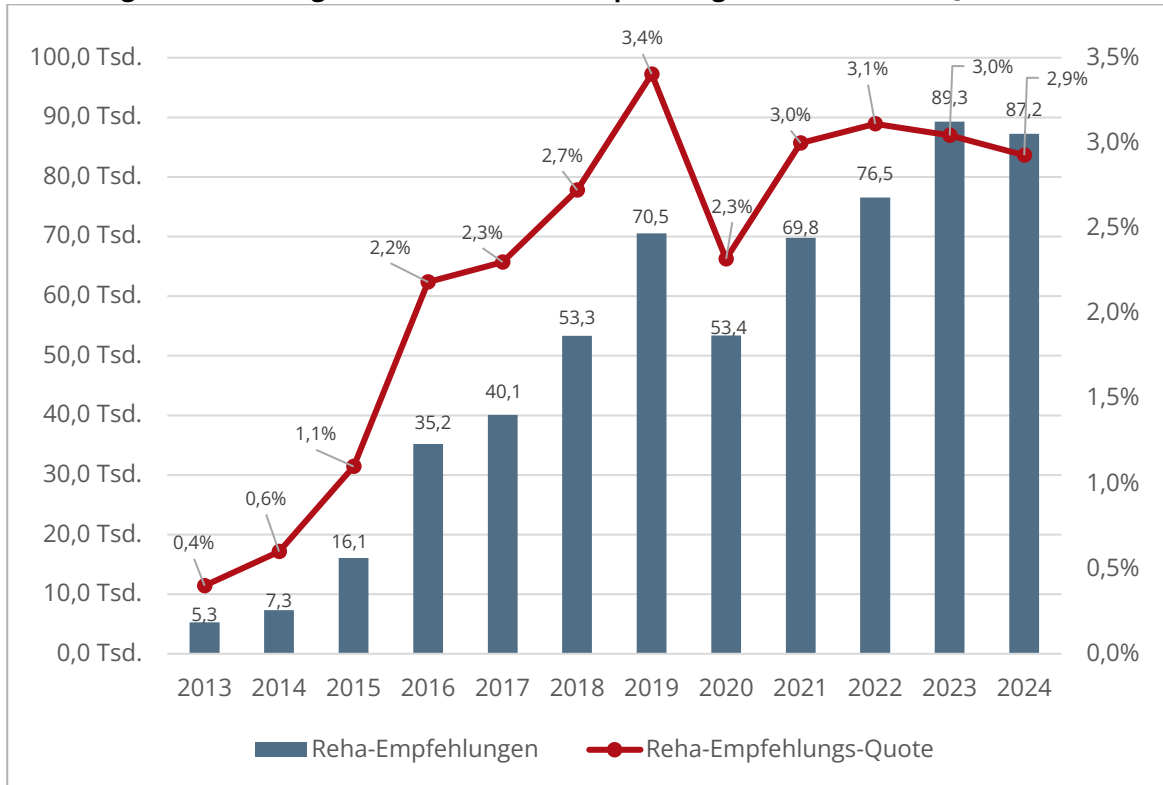
Mit der Etablierung des optimierten Begutachtungsstandards im Jahr 2015 sind die Rehabilitationsempfehlungen und die Rehabilitationsempfehlungsquote, also die auf 100 Begutachtungen erteilten Rehabilitationsempfehlungen, kontinuierlich gestiegen. Aufgrund der COVID-19-Pandemie 2020/2021 waren die Rehabilitationsempfehlungen und auch die Rehabilitationsempfehlungsquote verglichen mit dem Berichtsjahr 2019, insbesondere aufgrund des erforderlichen Verzichts auf persönliche Befunderhebung in der Häuslichkeit zu Gunsten von strukturierten Telefoninterviews, aber auch vorübergehend geschlossener Rehabilitationskliniken, rückläufig. Ab dem Berichtsjahr 2022 liegt die Anzahl der Reha-Empfehlungen über dem Niveau vor der Pandemie.

Im Rahmen der Pflegebegutachtung wurden im Berichtsjahr 2024 durch die MD ca. 87.200 Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegeben, die durch die Pflegekassen an die Pflegebedürftigen weitergeleitet wurden. Dies entspricht einem leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr 2023 von rund 2 Prozent (2023: 89.300 Empfehlungen). Bei ca. 2,98 Mio. Begutachtungen, bei denen über eine

¹ Anzahl der Pflegekassen Stand 01.01.2024.

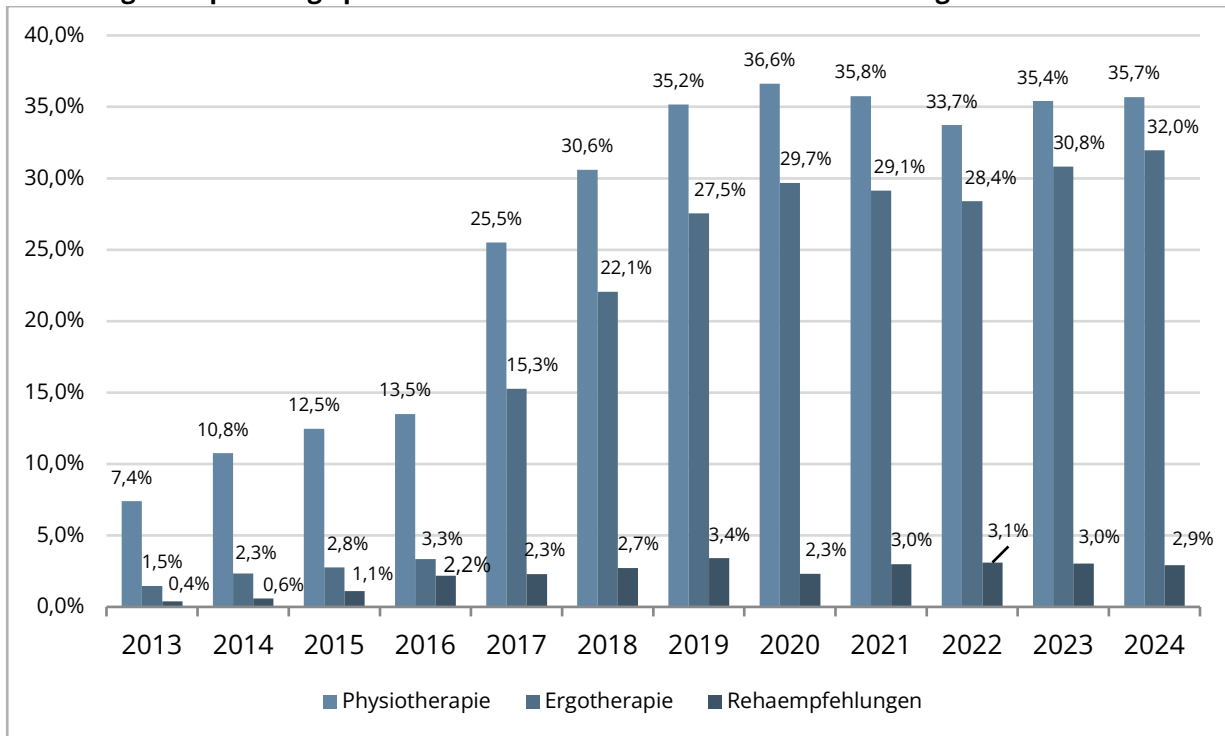
Rehabilitationsempfehlung entschieden werden konnte², entspricht dies einer Reha-Quote von 2,9 Prozent. Im Berichtsjahr 2023 lag die Quote der Rehabilitationsempfehlungen mit insgesamt 2,46 Mio. Begutachtungen bei 3,0 Prozent. Der Höchststand lag im Jahr 2019 mit 3,4 Prozent.

Abbildung 1: Entwicklung der Rehabilitationsempfehlungen und der Reha-Quote



Neben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kommen auch weitere Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung in Betracht. So wurden laut Begutachtungsstatistik des MD Bund 2024 beispielsweise in 35,7 Prozent der durchgeführten Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der Physiotherapie und in 32,0 Prozent der Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der Ergotherapie ausgesprochen.

² Ohne antragstellende Personen, bei denen eine Prüfung der Reha-Empfehlung nicht möglich ist, weil die antragstellende Person 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.

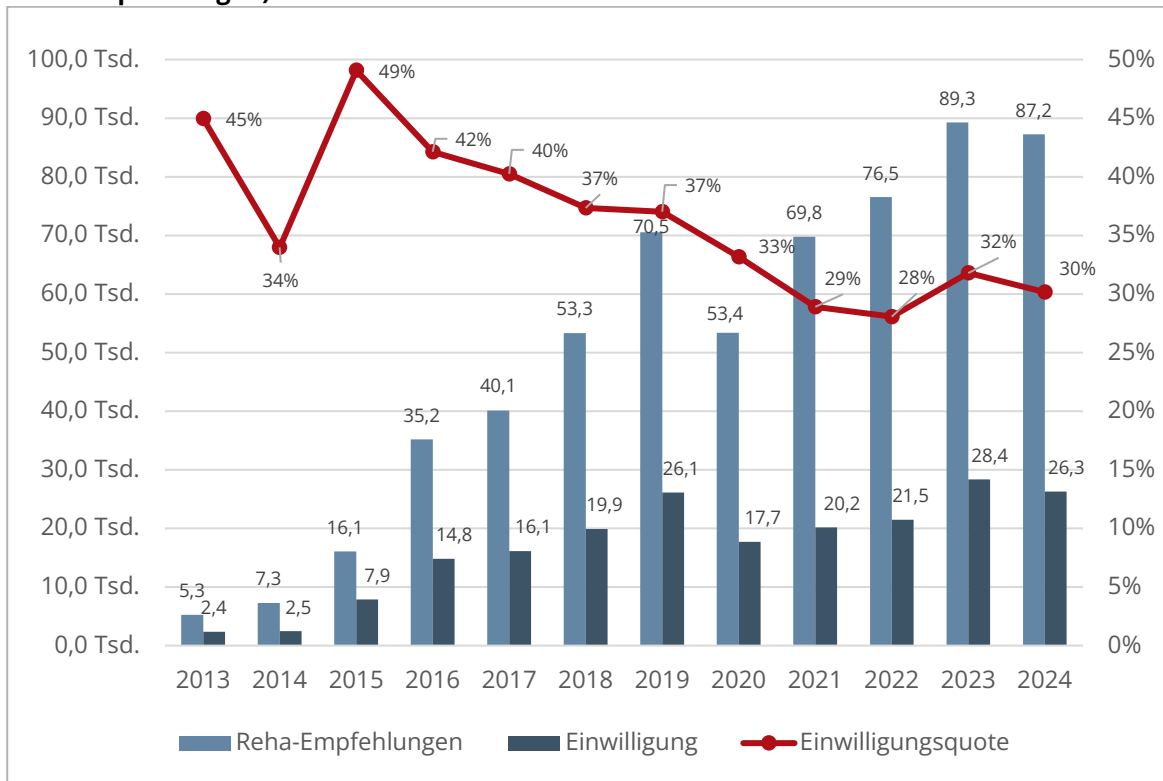
Abbildung 2: Empfehlungsquoten Heilmittel mit rehabilitativer Zielsetzung

Im Vergleich zum Jahr 2023 zeigt sich bei den Empfehlungsquoten in den beiden Heilmittelbereichen Physiotherapie und Ergotherapie ein leichter Anstieg.

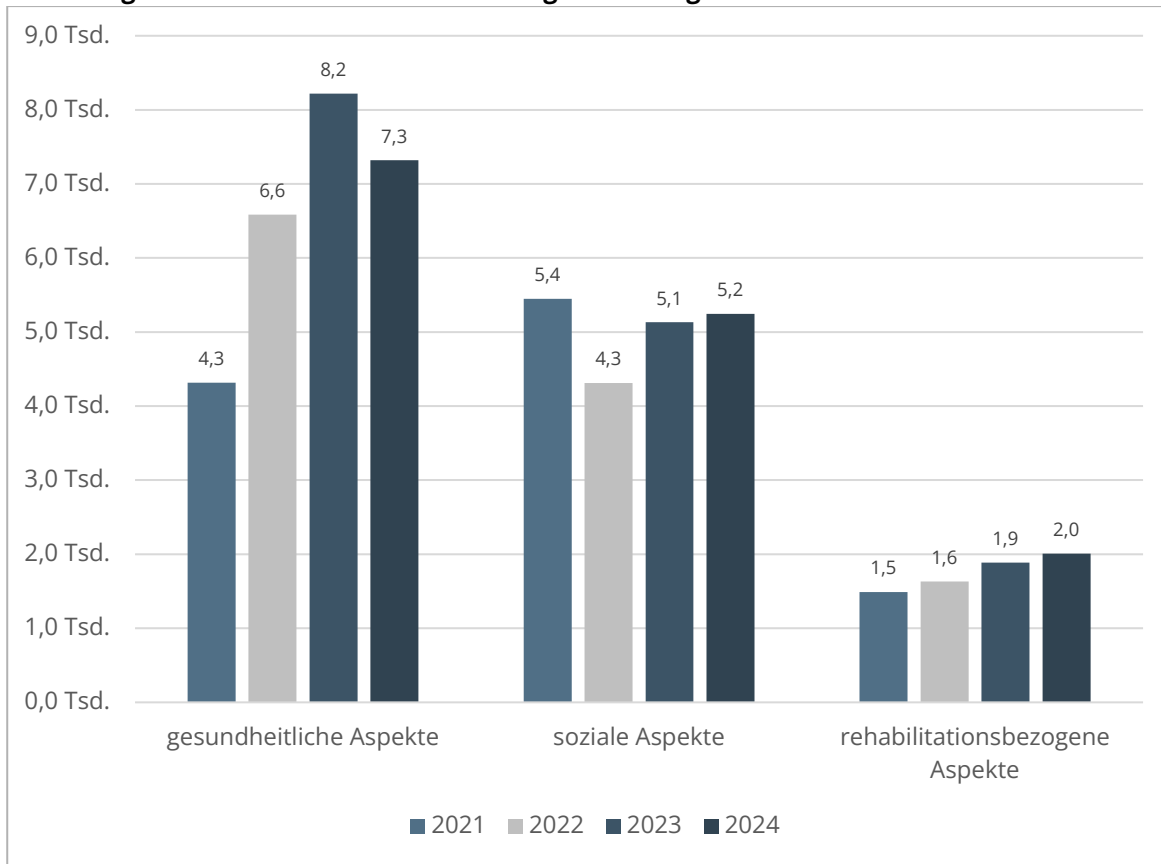
Einer positiven Rehabilitationsempfehlung des MD im Rahmen der Pflegebegutachtung folgt nicht in allen Fällen eine Einwilligung des Versicherten zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger und in die damit ausgelöste Antragstellung nach § 14 SGB IX (vgl. §§ 31 Abs. 3, 18c Abs. 4 Satz 2 SGB XI). Von den ca. 87.200 Rehabilitationsempfehlungen mündeten rund 26.300 in einen Antrag nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX. Somit wurde in 30 Prozent der Fälle mit einer Rehabilitationsindikation eine Einwilligung zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger durch die Pflege-Antragstellerin oder den Pflege-Antragsteller erklärt.³ Die Einwilligungsquote ist, bezogen auf die erteilten Rehabilitationsempfehlungen, leicht gefallen. Sie lag im Jahr 2023 bei 32 Prozent (siehe Abbildung 3).

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

Abbildung 3: Einwilligungen der Versicherten zur Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger und Einwilligungsquote (Verhältnis der Einwilligungen zu den Reha-Empfehlungen)

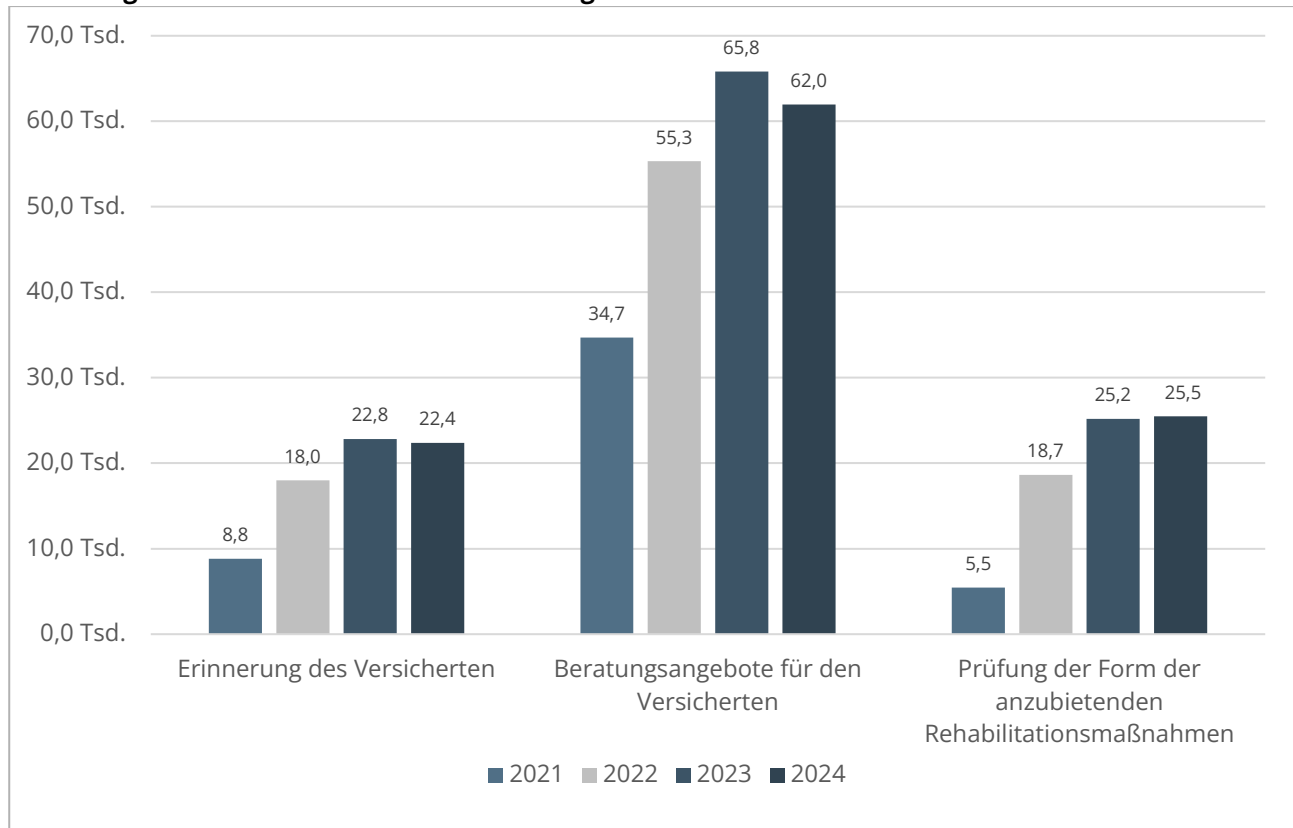


Mit dem IPReG wurde die Berichtspflicht nach § 18d Abs. 1 SGB XI dahingehend erweitert, den möglichen Gründen nachzugehen, die einer Einwilligung der antragstellenden Person entgegenstehen. Ab dem Berichtsjahr 2021 liegen dazu erstmalig Informationen vor. Für das Berichtsjahr 2024 konnten die Pflegekassen in ca. 14.600 Fällen die Gründe benennen, die zu einer Nichtauslösung des Antragsverfahrens auf Seiten des Versicherten führten. Bezogen auf die rund 60.900 Fälle mit einer Nichtauslösung des Antragsverfahrens konnten somit in 24 Prozent der Fälle die Gründe dafür eruiert werden. Im Jahr 2023 konnten in 25 Prozent der Fälle die Gründe für eine Nichtauslösung des Antragsverfahrens erfasst werden. Der Hauptgrund im Berichtsjahr 2024 betraf in 7.300 bzw. 50 Prozent der Nennungen gesundheitliche Aspekte, d. h., die versicherte Person fühlte sich aufgrund physischer und/oder psychischer Gründe nicht in der Lage, eine Maßnahme zur Rehabilitation durchzuführen. Der zweithäufigste Grund betraf mit 5.200 bzw. 36 Prozent der Nennungen soziale Aspekte, wie beispielsweise die häusliche Bindung oder mangelnde Unterstützung des sozialen Netzwerkes (Familie/Nachbarn/Freunde). Ein eher untergeordneter Grund betraf in 2.000 Fällen bzw. bei 14 Prozent der Nennungen rehabilitationsbezogene Aspekte. Darunter fallen rehabilitationsbezogene Erwartungen bzw. Wünsche der versicherten Person, wie beispielsweise die Mitnahme von Begleitpersonen oder die Verfügbarkeit von Einzelzimmern, die nicht garantiert werden können. Im Vergleich zum Vorjahr 2023 ist die Relation der Hinderungsgründe in etwa gleichgeblieben.

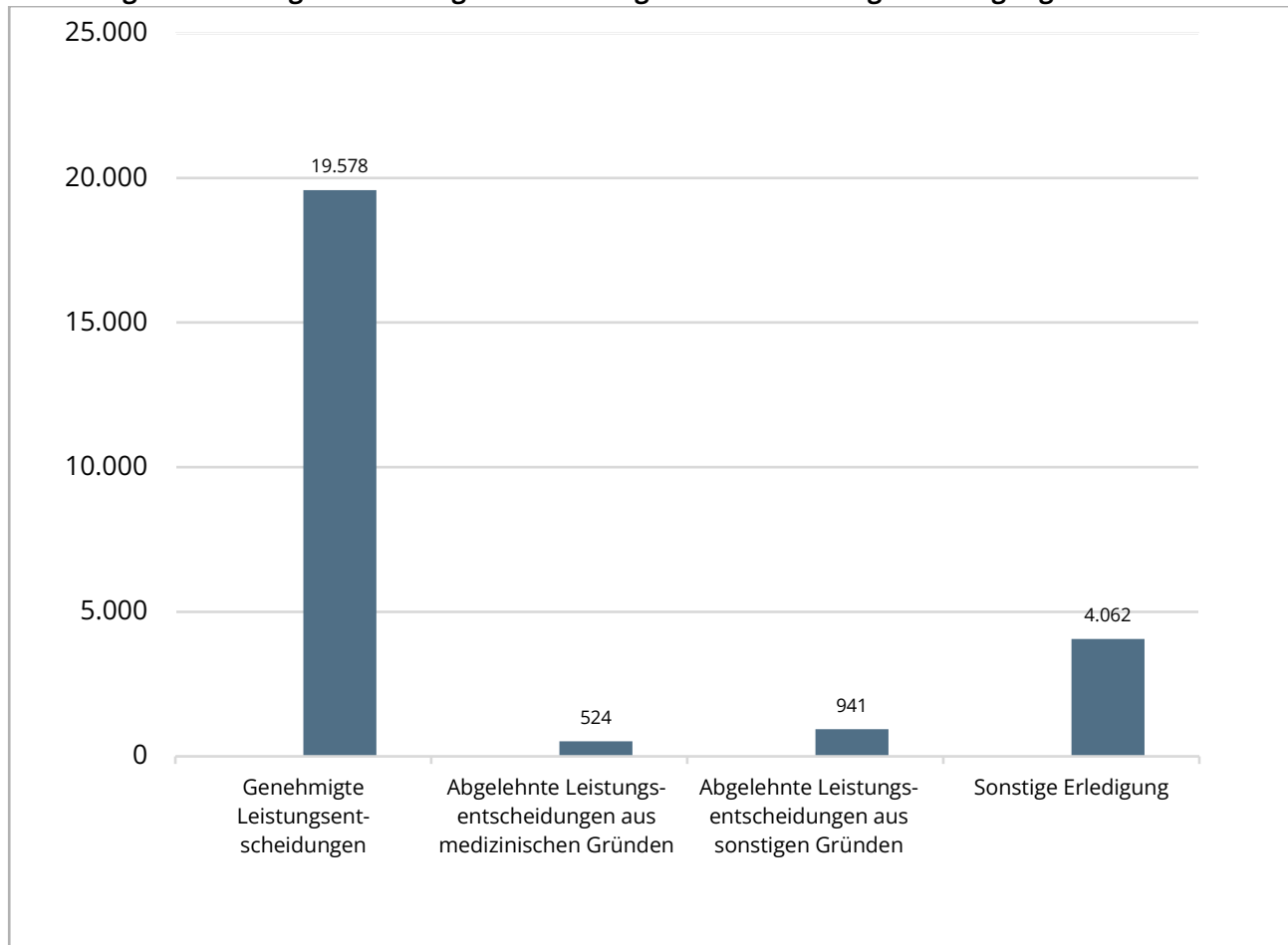
Abbildung 4: Gründe für die Nichtauslösung des Antragsverfahrens durch die Versicherten

Des Weiteren werden mit der Erweiterung der Berichtspflicht aufgrund des IPReG die Maßnahmen genannt, die die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihren Aufgaben gemäß §§ 18c Abs. 4 und 31 Abs. 3 SGB XI nachzukommen. Die Maßnahmen betreffen: die Erinnerung des Versicherten an die Möglichkeit, eine Einwilligung zur Einleitung einer Rehabilitation mitzuteilen; den Versicherten auf Beratungsangebote zu einer Rehabilitation aufmerksam zu machen; die Form der anzubietenden Rehabilitationsmaßnahme zu prüfen und die Erkundigung der Pflegekassen beim zuständigen Rehabilitationsträger, ob die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird und ggf. vorläufige Leistungen zur Rehabilitation nach § 32 SGB XI erbracht werden.

In rund 110.400 Fällen haben die Pflegekassen entsprechende Maßnahmen durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen der Pflegekassen um 3 Prozent verringert (2022: 110.400). Damit wurden wie im Vorjahr die Pflegekassen pro Reha-Empfehlung sogar mehrfach aktiv (13 Maßnahmen auf 10 Reha-Empfehlungen. In 2023: 12 Maßnahmen auf 10 Reha-Empfehlungen) In ca. 22.400 Fällen (20 Prozent der Maßnahmen) haben die Pflegekassen die Versicherten an die Möglichkeit erinnert, eine Einwilligung zur Einleitung einer Rehabilitation zu erteilen. Auf Beratungsangebote zu einer Rehabilitation haben die Pflegekassen die Versicherten in 62.000 Fällen (54 Prozent der Maßnahmen) hingewiesen. In rund 25.500 Fällen (22 Prozent der Maßnahmen) haben die Pflegekassen die Form der anzubietenden Rehabilitationsmaßnahme geprüft. In 627 Fällen haben sich die Pflegekassen beim zuständigen Rehabilitationsträger erkundigt, ob die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde bzw. ggf. vorläufige Leistungen zur Rehabilitation nach § 32 SGB XI erbracht wurden.

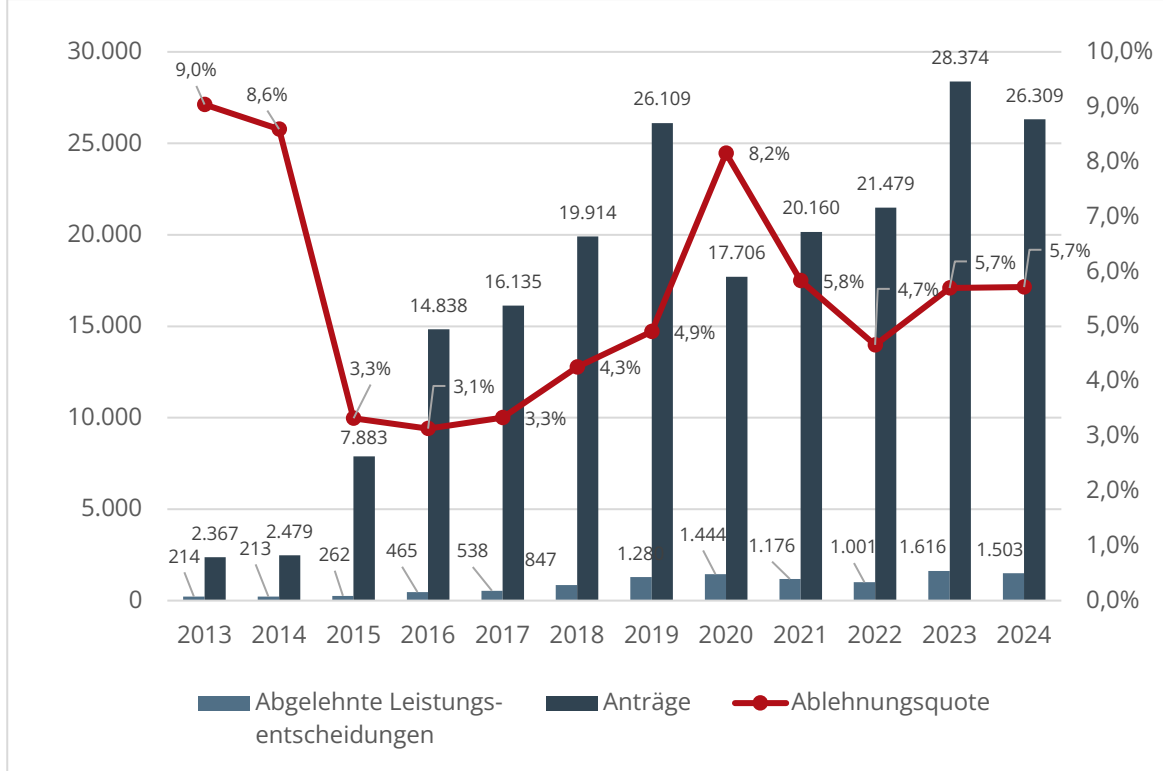
Abbildung 5: Anzahl der Maßnahmen der Pflegekassen nach §§ 18a Abs. 1 und 31 Abs. 3 SGB XI

Von den rund 26.300 Anträgen wurden im Berichtsjahr bis zum Stichtag 31.12.2024 19.600 (74 Prozent) durch die Rehabilitationsträger genehmigt. In rund 4.062 Fällen konnte der Antrag nicht bearbeitet werden (Tod der antragstellenden Person oder Rücknahme des Antrags).

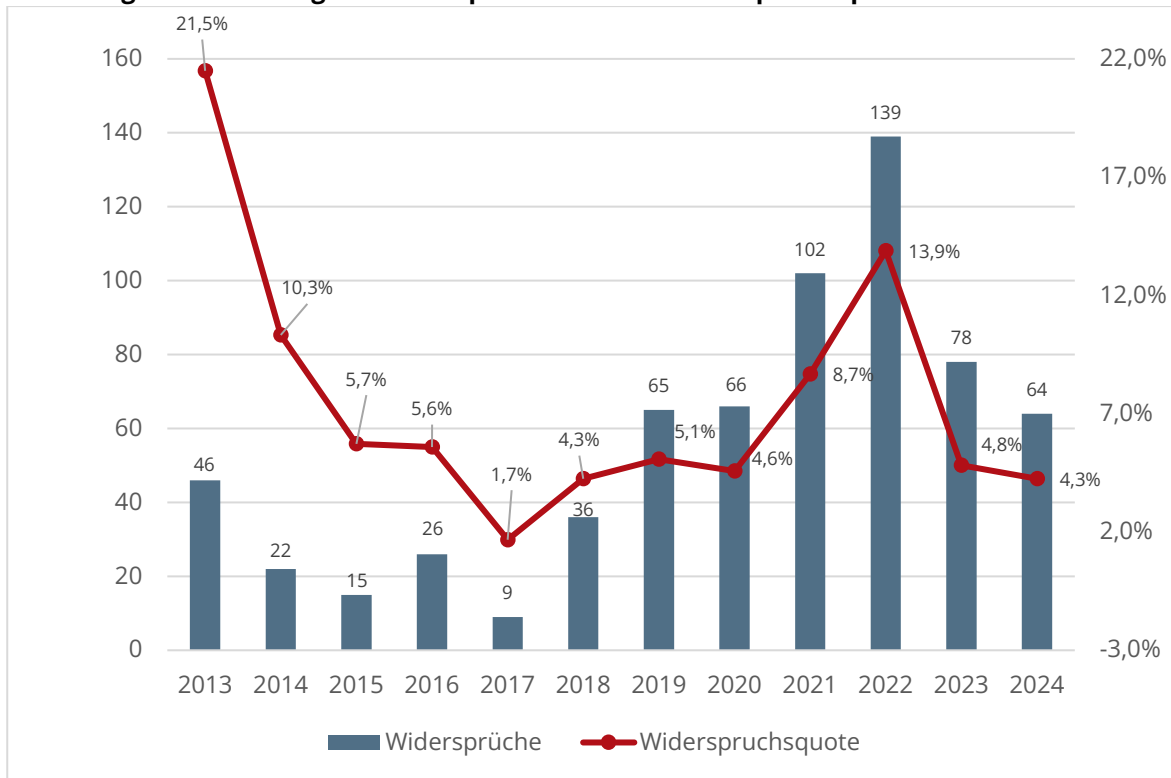
Abbildung 6: Verteilung der Leistungsentscheidungen und der sonstigen Erledigungen

Der Anteil der abgelehnten Anträge durch die Rehabilitationsträger ist im Vergleich zum Vorjahr mit 5,7 Prozent konstant geblieben. Der Anteil der abgelehnten Anträge aus medizinischen Gründen, z. B. aufgrund der Verschlechterung des medizinischen Zustandes der antragstellenden Person, lag bei 2,1 Prozent. Die Ablehnungsquote aus sonstigen Gründen, z. B. aufgrund der Unvollständigkeit von Antragsunterlagen, lag bei 3,6 Prozent.

Abbildung 7: Entwicklung der abgelehnten Leistungsentscheidungen und der Ablehnungsquote



Gegen abgelehnte Leistungen wurden 64 Widersprüche eingelegt. Damit liegt die Widerspruchsquote gegenüber abgelehnten Leistungsentscheidungen bei rund 4 Prozent und ist gegenüber dem Vorjahr 2023 nahezu unverändert (rund 5 Prozent).

Abbildung 8: Entwicklung der Widersprüche und der Widerspruchsquote

Von den 19.600 genehmigten Leistungen im Berichtsjahr 2024 wurden bis zum Stichtag 31.12.2024 14.359 Reha-Maßnahmen durchgeführt, was einer Durchführungsquote von 73 Prozent entspricht. Im Berichtsjahr 2023 lag die Durchführungsquote bei 70 Prozent.

5 Erfahrungen mit der Umsetzung des optimierten Begutachtungsstandards (OBS)

Der OBS wurde flächendeckend zum 1. Januar 2015 in allen MD implementiert und ist seit 1. Januar 2016 gesetzlich verankert (§ 18 Abs. 6 SGB XI). Die MD-Gemeinschaft führt ein kontinuierliches Monitoring zu den Entwicklungen der Rehabilitationsempfehlungen durch, um Probleme zeitnah zu identifizieren und darauf zu

reagieren, bspw. mit Nachschulungen von Gutachterinnen und Gutachtern oder Fallbesprechungen zu konkreten Fragestellungen.

Auch im Jahr 2024 fand ein Erfahrungsaustausch zur Umsetzung des OBS mit den Multiplikatoren der Medizinische Dienste statt. Es wurden die gesetzlichen Veränderungen der letzten 18 Monate und deren Auswirkungen auf die „Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ (BRi) und den OBS reflektiert. Aus den Diensten wurde zu den regelmäßigen Schulungsaktivitäten berichtet. Grundsätzlich werden die Schulungen nach OBS weiterhin Rahmen von Einarbeitungskonzepten sowie regelmäßig zur Auffrischung im Routineablauf durchgeführt. Hier werden in der Praxis verschiedene Themenschwerpunkte aufgegriffen und Fallbeispiele besprochen. Die Kommunikationsprozesse zwischen Arzt und Pflegegutachter sind etabliert und sichergestellt und funktionieren in der Regel gut. Auch innovative Ansätze wurden vorgestellt (bspw. in Form eines interaktiven Reha-Quiz oder die Aufbereitung spezifischen Themen für die Gutachterinnen und Gutachten in Form eines Newsletters). In Kleingruppen wurden auch Ideen und Ansätze zu einer möglichen inhaltlichen Weiterentwicklung des OBS entwickelt.

Zudem wurde ein Ausblick auf das geplante Forschungsprojekt „Konzept für ein Modellprojekt zur pflegfachlichen Kompetenzerweiterung bei der Reha-Indikationsstellung im Rahmen der Pflegebegutachtung – PFAKO“ Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung gemäß § 18e SGB XI gegeben. Die Bedeutung der Prüfung einer Rehabilitationsindikation im Rahmen der Pflegebegutachtung ist den Medizinischen Dienste bewusst, und die dazugehörigen Prozesse sind gut etabliert. Die MD stehen aber auch regelmäßig vor Herausforderungen, die es zu meistern gilt, wie der ständigen Zunahme an Begutachtungsaufträgen oder der Neueinstellung und Einarbeitung neuer Gutachterinnen und Gutachter.

6 Zusammenfassung

Mit dem Berichtsjahr 2024 wurde zum elften Mal die Statistik zur Umsetzung der Empfehlung nach § 18d Abs. 1 SGB XI erhoben und ausgewertet.

In den Corona-Jahren 2020 und 2021 fand der Großteil der Begutachtungen aus Gründen des Infektionsschutzes nicht in der eigenen Häuslichkeit der antragstellenden Person, sondern in Form von strukturierten Telefoninterviews statt. Mit zunehmender Erfahrung mit dem Begutachtungsinstrument der strukturierten Telefoninterviews konnten Rehabilitationsbedarfe zunehmend besser identifiziert werden. Dies führte bereits im Berichtsjahr 2021 zu einer Zunahme der Rehabilitationsempfehlungen und der Rehabilitationsquote. Im Berichtsjahr 2022 fanden die Begutachtungen ab der zweiten Jahreshälfte wieder in der eigenen Häuslichkeit statt.

Mit Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) und den damit vorgenommenen Anpassungen der Begutachtungs-Richtlinien im November 2023 kann ab diesem Zeitpunkt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad nun regelhaft ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. Ausgeschlossen sind telefonische Begutachtungen unter anderem bei der Erstbegutachtung und bei der Begutachtung von Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.

Im Vergleich zum Vorjahr 2023 sind die Rehabilitationsempfehlungen um 2 Prozent (-ca. 2.000 Empfehlungen) gefallen. Das Niveau von 2019, also vor der Pandemie, wurde um 24 Prozent übertroffen (+ca. 16.700 Empfehlungen). Die Rehabilitationsquote liegt mit 2,9 Prozent in etwa auf demselben Niveau wie im Vorjahr (2023: 3,01 Prozent).

Die Bereitschaft der Pflege-Antragstellenden zu einer Einwilligung in eine Reha-Maßnahme ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gefallen und liegt im aktuellen Berichtsjahr 2024 bei 30 Prozent (2023: 32 Prozent).

Mit dem IPreG wurden ab dem Berichtsjahr 2021 die Berichtspflicht nach § 18a Abs. 2 SGB XI erweitert und die Gründe erfragt, die einer Einwilligung der antragstellenden Person in eine Reha-Maßnahme entgegenstehen. Im Berichtsjahr 2025 wurden als Hauptgrund gesundheitliche Aspekte genannt, d. h., die versicherte Person fühlte sich aufgrund physischer und/oder psychischer Gründe nicht in der Lage, eine Maßnahme zur Rehabilitation durchzuführen.

Außerdem wurden mit der Erweiterung der Berichtspflicht durch das IPreG auch Maßnahmen genannt, die die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihren Aufgaben gemäß §§ 18a Abs. 1 und 31 Abs. 3 SGB XI nachzukommen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegekassen pro Reha-Empfehlungen sogar mehrfach aktiv wurden, um eine Einwilligung der Versicherten zur Einleitung einer Rehabilitation zu befördern.