Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation – Anleitung zur Berichtserstellung

A. Gesetzlicher Auftrag gemäß § 18d Abs. 1 XI

(1)**1**Die Pflegekassen berichten dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen jährlich über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste oder der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. **2**Hierzu wird von den Pflegekassen insbesondere Folgendes an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeldet:

1.die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste und der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,

2.die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches,

3.die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger einschließlich der Gründe für eine Ablehnung sowie die Anzahl der Widersprüche,

4.die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen,

5.die Gründe, aus denen Versicherte nicht in die Weiterleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den Rehabilitationsträger nach § 31 Absatz 3 Satz 1 einwilligen, soweit diese der Pflegekasse bekannt sind, und inwieweit die zuständige Pflegekasse hier tätig geworden ist, und

6.die Maßnahmen, die die Pflegekassen im jeweiligen Einzelfall regelmäßig durchführen, um ihre Aufgaben nach § 18c Absatz 4 und § 31 Absatz 3 zu erfüllen.

3Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. **4**Näheres über das Verfahren und die Inhalte der Meldung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. **5**Die Pflegekasse leitet die Meldung zusätzlich der für die Aufsicht über sie zuständigen Stelle zu.

(2) **1**Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die nach Absatz 1 gemeldeten Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit zu. **2**Er hat die aufbereiteten Daten der landesunmittelbaren Versicherungsträger auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen auf Verlangen zuzuleiten. **3**Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht auf Basis der gemeldeten Daten sowie sonstiger Erkenntnisse jährlich einen Bericht bis zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

B. Allgemeine Erläuterungen

Die Pflegekassen bzw. ihre Verbände melden ihre Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den GKV-Spitzenverband. Bei unterjähriger Vereinigung von Versicherungsträgern hat der rechtnachfolgende Versicherungsträger die fällige Meldung für das gesamte Berichtsjahr aller an der Vereinigung beteiligten Versicherungsträger zu erstellen. Auch für geschlossene oder aufgelöste Versicherungsträger ist eine Meldung für das Schließungsjahr abzugeben.

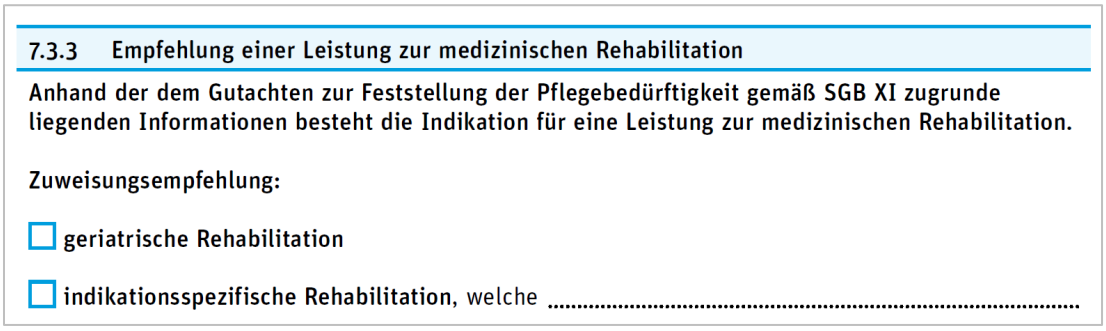
C. Erläuterungen zum Inhalt der Meldung

Die Meldungen sind mit dem Berichtszeitraum, Ort und Datum, Namen der Pflegekasse sowie einer Unterschrift des Mitarbeiters zu versehen. Die Gesamtzahl der Empfehlungen in Spalte 1 ist als Summe der einzelnen Rehabilitationsträger anzugeben. Die Angaben in den Spalten 8 bis 15 sind jeweils getrennt für die zuständigen Rehabilitationsträger auszuweisen. Die „Träger der sozialen Entschädigung“ umfassen die Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden.
Die Spalten 2-8 sind nur zu befüllen, insofern der zuständigen Pflegkasse aufgrund des Versichertenkontaktes Informationen vorliegen und die Pflegekasse tätig geworden ist.

Spalte 1: Anzahl der Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit

In Spalte 1 sind alle Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuweisen, die im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von einem Medizinischen Dienst oder einem beauftragten Gutachter bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres ausgesprochen wurden. Die Rehabilitationsempfehlung ist jedem Gutachten zu entnehmen, das der Pflegekasse übermittelt wird - ohne Berücksichtigung der Ergebnisse der weiteren kasseninternen Arbeitsprozesse. Hierzu wird aus dem Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI die Zuweisungsempfehlung erfasst.[1]

Bei Erwachsenen ist die Zuweisungsempfehlung der Angabe „geriatrische Rehabilitation“ oder „indikationsspezifische Rehabilitation“ zu entnehmen.



7.3.3 Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen besteht die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

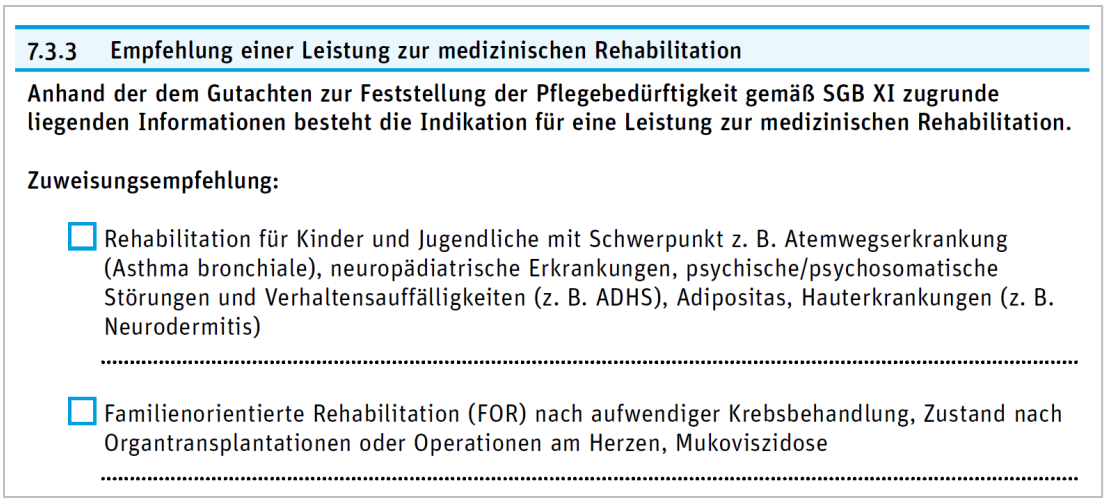
Zuweisungsempfehlung:

☐ **geriatrische Rehabilitation**

☐ **indikationsspezifische Rehabilitation**, welche .....

Bei Kindern und Jugendlichen ist die Zuweisungsempfehlung der Angabe „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ oder „Familienorientierte Rehabilitation“ zu entnehmen.

[1] Begutachtungs–Richtlinien gem. § 17 Abs. 1 SGB XI.



7.3.3 Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen besteht die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Zuweisungsempfehlung:

☐ Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit Schwerpunkt z. B. Atemwegserkrankung (Asthma bronchiale), neuropädiatrische Erkrankungen, psychische/psychosomatische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ADHS), Adipositas, Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis)

.....

☐ Familienorientierte Rehabilitation (FOR) nach aufwendiger Krebsbehandlung, Zustand nach Organtransplantationen oder Operationen am Herzen, Mukoviszidose

.....

Spalte 2-4: Gründe zur Nichtauslösung des Antragsverfahrens auf Seiten der Versicherten (pro Fall ist jeweils nur der Hauptgrund zu erfassen)

In der Spalte 2 sind alle Fälle auszuweisen, bei denen die Nichtauslösung des Antragsverfahrens hauptsächlich in gesundheitlichen Aspekten der versicherten Person begründet ist.

Beispiel: Die versicherte Person fühlt sich aufgrund physischer und psychischer Gründe nicht in der Lage, eine Maßnahme zur Rehabilitation durchzuführen.

In der Spalte 3 sind alle Fälle auszuweisen, bei denen die Nichtauslösung des Antragsverfahrens hauptsächlich in sozialen Aspekten der versicherten Person begründet ist.

Beispiel: Gründe, wie beispielsweise die häusliche Bindung oder mangelnde Unterstützung des sozialen Netzwerkes (Familie/Nachbarn/Freunde) hindern die versicherte Person, eine Maßnahme zur Rehabilitation durchzuführen.

In der Spalte 4 sind alle Fälle auszuweisen, bei denen die Nichtauslösung des Antragsverfahrens hauptsächlich in rehabilitationsbezogenen Aspekten begründet ist.

Beispiel: Rehabilitationsbezogene Erwartungen bzw. Wünsche der versicherten Person, wie beispielsweise die Mitnahme von Begleitpersonen oder die Verfügbarkeit von Einzelzimmern, können nicht garantiert werden und hindert die versicherte Person, eine Maßnahme zur Rehabilitation durchzuführen.

Spalte 5-8: Maßnahmen der Pflegekassen nach §§ 18c Abs. 4 und 31 Abs. 3 SGB XI

In der Spalte 5 sind alle Fälle auszuweisen, bei denen die Pflegekasse die Versicherten an die Möglichkeit erinnert hat, eine Einwilligung zur Einleitung einer Rehabilitation mitzuteilen.

In der Spalte 6 sind alle Fälle auszuweisen, bei denen die Pflegekasse den Versicherten auf Beratungsangebote zu einer Rehabilitation aufmerksam gemacht hat.

In der Spalte 7 sind alle Fälle auszuweisen, bei denen die Pflegekasse die Form der anzubietenden Rehabilitationsmaßnahme geprüft hat.

In der Spalte 8 sind alle Fälle auszuweisen, bei denen sich die Pflegekasse beim zuständigen Rehabilitationsträger erkundigt hat, ob die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird und ggf. vorläufige Leistungen zur Rehabilitation nach § 32 SGB XI erbracht werden.

Spalte 9: Anzahl der gestellten Anträge gemäß § 31 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 14 SGB IX

Als gestellte Anträge gelten alle bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres an den jeweiligen Rehabilitationsträger mit Einwilligung des Versicherten weitergeleiteten Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (gemäß § 31 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 14 SGB IX).

Spalte 10: Anzahl der genehmigten Leistungsentscheidungen

In der Spalte 10 sind alle gestellten Anträge auszuweisen, bei denen die Leistung zur medizinischen Rehabilitation bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres genehmigt bzw. bewilligt wurde.

Spalte 11 und 12: Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen

In der Spalte 11 sind alle gestellten Anträge auszuweisen, bei denen die Leistung zur medizinischen Rehabilitation bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres aus medizinischen Gründen abgelehnt wurde.

Beispiel: Nachträglicher Wegfall der Rehabilitationsfähigkeit- oder bedürftigkeit

In der Spalte 12 sind alle gestellten Anträge auszuweisen, bei denen die Leistung zur medizinischen Rehabilitation bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres aus sonstigen Gründen abgelehnt wurde.

Beispiel: Unvollständige Antragsunterlagen

Spalte 13: Anzahl der gestellten Anträge mit sonstiger Erledigung

In der Spalte 13 sind alle gestellten Anträge auszuweisen, bei denen die Leistung zur medizinischen Rehabilitation weder bewilligt noch abgelehnt wurde. Hier sind lediglich die Anträge anzugeben, die sich bereits vor der Leistungsentscheidung auf sonstige Weise erledigt haben und deshalb nicht bearbeitet werden konnten.

Beispiel: Tod des Antragstellers oder Rücknahme des Antrags

Spalte 14: Anzahl der durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

In der Spalte 14 sind alle durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuweisen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres abgeschlossen sind.

Spalte 15: Widersprüche

In der Spalte 15 sind alle bis zum 31. Dezember des Berichtjahres eingegangenen Widersprüche zu Entscheidungen der Rehabilitationsträger über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuweisen. Dabei ist die Form, Vollständigkeit, Ablehnung sowie mögliche Abhilfe nicht entscheidend.