

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 2013

Stand 01.09.2014



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). Erstmals wird die Statistik über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation für das Jahr 2013 vorgelegt (siehe Anlage 1).

2. Vorgehensweise

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene einen Statistik-Vordruck mit einer entsprechenden Ausfüllanleitung (siehe Anlage 2 und 3) 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 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 2013 wurden vom GKV-Spitzenverband bestmöglich auf ihre Konsistenz geprüft und zu einer bundesweiten Gesamtstatistik aufbereitet.

3. Datenqualität

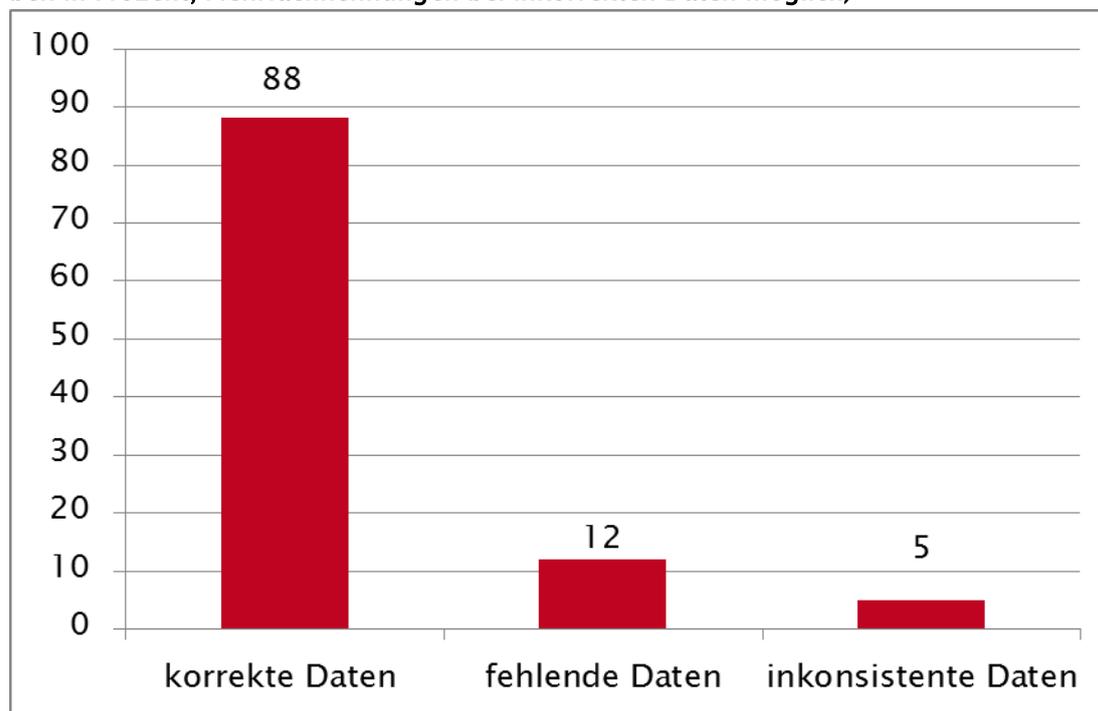
Insgesamt haben 90 der 134 Pflegekassen¹ Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert. Das entspricht einer Ausschöpfungsquote von 67,2%. Der Rücklauf von mitgliederstarken Kassen fiel deutlich höher aus als von kleinen Kassen. Insgesamt repräsentieren die Kassen mit Rückmeldung 98,5% der Pflegebedürftigen und 96,7% der Versicherten. Damit kann die Erhebung, obwohl keine hundertprozentige Ausschöpfung erzielt wurde, als repräsentativ gewertet werden.

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag hat der GKV-Spitzenverband die gelieferten Daten auf ihre Plausibilität überprüft. Bei 88% der gelieferten Datensätze waren die Daten plausibel sowie konsistent. Insoweit waren Nacherfassungen nur bei einer geringen Anzahl von Datensätzen erforderlich. Hierzu wurden in 16 Fällen bzw. 12% der gelieferten Datensätze Pflege-

¹ Anzahl der Krankenkassen Stand 01.01.2013.

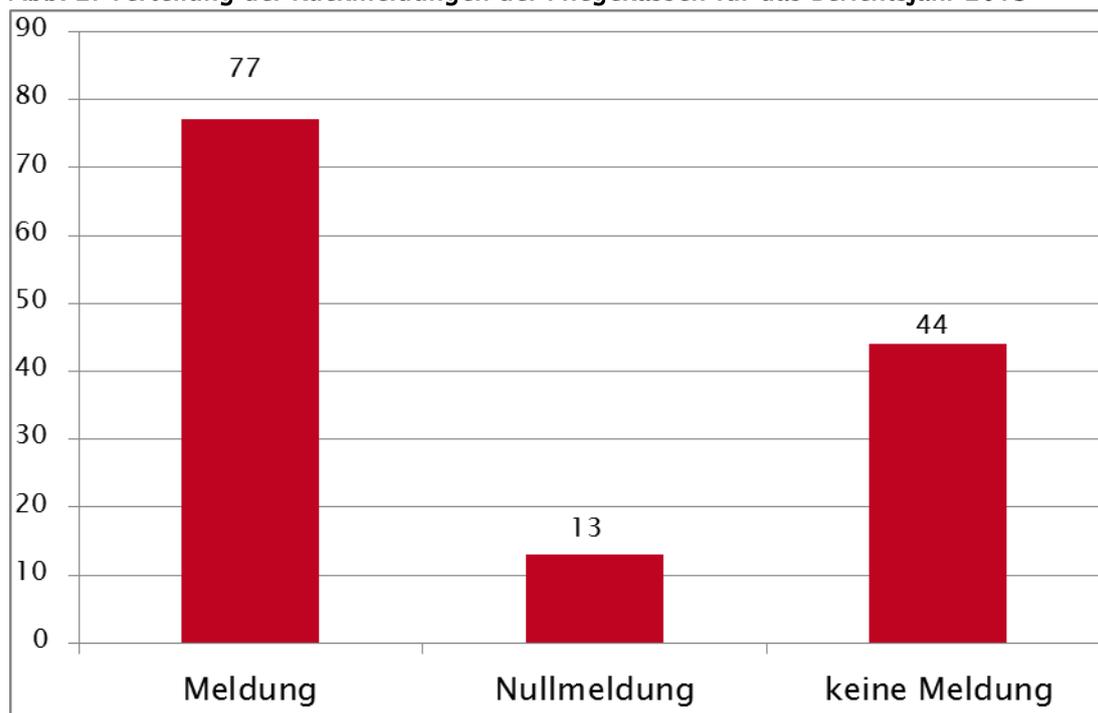
kassen wegen mangelhafter Plausibilität der Daten kontaktiert und die Datensätze korrigiert. Die Korrekturen betrafen in diesen Fällen fehlende Informationen zu den Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Anlage 1, Spalte 1). Bei 5% der Datensätze wurden außerdem Korrekturen aufgrund von inkonsistenten Verteilungen vorgenommen, z. B. wenn die Anzahl der Anträge nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX (Anlage 1, Spalte 2) die Zahl der im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen übertrafen oder mehr genehmigte Leistungen (Anlage 1, Spalte 3) als Anträge gemeldet wurden.

Abb. 1: Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung der Datensätze für das Berichtsjahr 2013 (Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen bei inkorrekten Daten möglich)



4. Auswertung der Daten

Von den 134 Pflegekassen gaben 44 (33%) keine Rückmeldung, 13 Pflegekassen (10%) machten eine Nullmeldung und 77 Pflegekassen (57%) lieferten Daten, die Empfehlungen des MDK für eine medizinische Rehabilitation enthielten (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Verteilung der Rückmeldungen der Pflegekassen für das Berichtsjahr 2013

Insgesamt wurden im Rahmen der Pflegebegutachtung durch den MDK ca. 5.300 Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgesprochen.² Bei knapp 1,3 Mio. Begutachtungen in 2013 ist dies ein Anteil von 0,41%. 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 2013 des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) beispielsweise in 7,4% der durchgeführten Regelbegutachtungen Empfehlungen für Leistungen der physikalischen Therapie und in 1,5% der Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der Ergotherapie ausgesprochen.

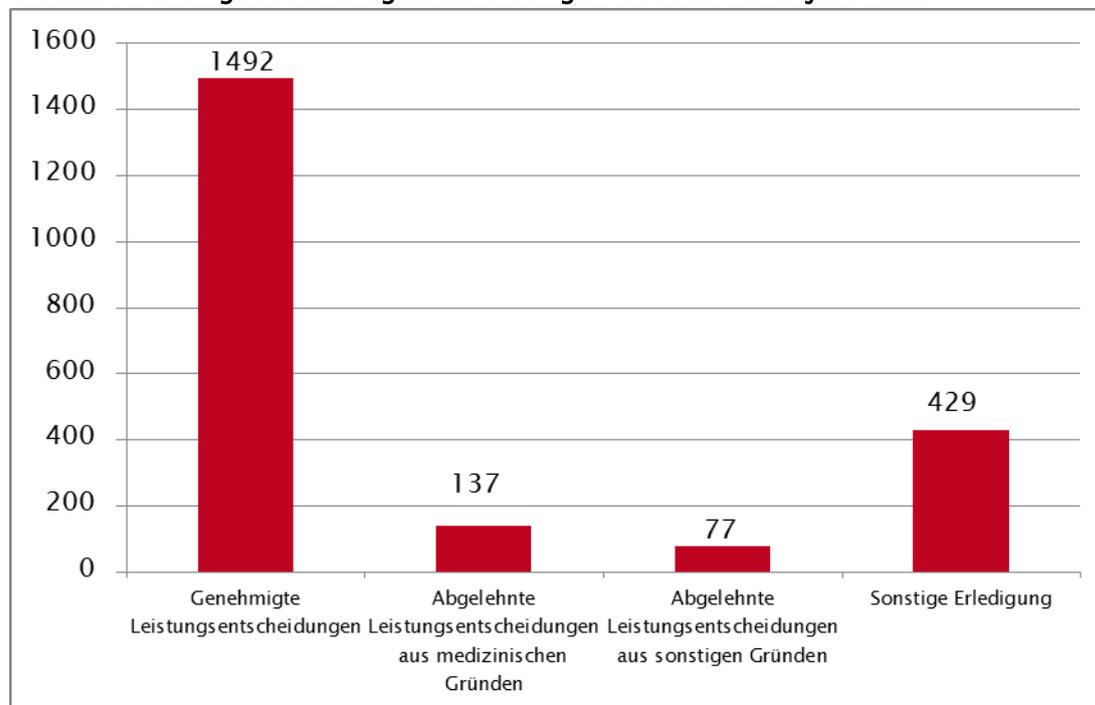
Zugleich ist darauf hinzuweisen, dass gemäß der Pflegeberichterstattung 2013 des MDS bei der Erfassung der pflegerelevanten Vorgeschichte 16,9% der Erstantragsteller angaben, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im letzten Jahr vor der Begutachtung in Anspruch genommen zu haben. Dass bei diesen Antragstellern nicht in hohem Maße ein erneuter Rehabilitationsbedarf besteht, bei zudem aus medizinischen Gründen eine vorzeitige Leistung zur medizinischen Rehabilitation vor Ablauf der 4 Jahresfrist nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB V dringend erforderlich ist, könnte ein weiterer Erklärungsgrund für die Empfehlungsquote sein. Eine Sonderauswertung des MDS zur Begutachtungsstatistik 2013 zeigt, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der zeitlichen Nähe durchgeführter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Pflegebegutachtung und einer erneuten Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung gibt. Die Daten lassen erkennen, dass mit zunehmender zeitlicher Nähe ein erneuter Rehabilitationsbedarf eher unwahrscheinlich wird. So liegt die

² 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 oder die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den behandelnden Arzt.

Quote einer Rehabilitationsempfehlung bei 0,38%, wenn bereits Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Jahr vor der Begutachtung durchgeführt wurden. Die Quote liegt bei 0,61%, wenn die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mehr als 1 Jahr aber weniger als 4 Jahre vor der Begutachtung stattfanden und bei 0,86%, 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. 5.300 Rehabilitationsempfehlungen mündeten rd. 2.400 in einen Antrag nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX. Somit wurde in ca. 45% der Fälle mit einer Rehabilitationsindikation eine Einwilligung zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger durch den Pflege-Antragsteller erklärt. Davon wurden ca. 1.500 Fälle (63%) im Berichtsjahr genehmigt, ca. 140 Fälle aus medizinischen Gründen (rd. 6%) und ca. 80 Fälle (rd. 3%) aus sonstigen Gründen abgelehnt. Ca. 430 Fälle (18%) sind sonstige Erledigungen (z. B. Tod des Antragstellers, Rücknahme des Antrags). Aus medizinischen Gründen wurden solche Anträge insbesondere abgelehnt, wenn sich der Gesundheitszustand des Antragstellers zwischenzeitlich so verschlechtert hat, dass eine Rehabilitationsfähigkeit oder auch eine positive Rehabilitationsprognose nicht mehr gegeben war.

Abb. 3: Verteilung der Leistungsentscheidungen für das Berichtsjahr 2013



Die in Abb. 3 ausgewiesenen Werte zur Verteilung der Leistungsentscheidungen addieren sich nicht vollständig zur Gesamtzahl der Anträge auf. Dies liegt daran, dass zum 31.12.2013 noch nicht alle Anträge beschieden wurden. Von den genehmigten Leistungen wurden im Berichtsjahr ca. 1.300 durchgeführt (85%). Gegen abgelehnte Leistungen wurden 46 Widersprüche eingelegt. Gegen etwa jede fünfte Ablehnung gingen Antragsteller damit in Widerspruch.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Für das Berichtsjahr 2013 wurde erstmalig die Statistik zur Umsetzung der Empfehlung nach § 18a Abs. 2 SGB XI erhoben und ausgewertet. Auch wenn keine hundertprozentige Ausschöpfung der Erhebung erzielt wurde, liegen dennoch repräsentative Daten vor, die Aussagen über die Anzahl der Rehabilitationsempfehlungen der MDK, die Anzahl der Anträge nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX, die Verteilung der Leistungsentscheidungen, die Anzahl der durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und über die eingelegten Widersprüche erlauben. Es ist zu erwarten, dass mit zunehmender Routine des Erhebungsverfahrens die Datenqualität in den Folgejahren noch verbessert werden kann.

Die vorliegende Statistik zeigt, dass der Anteil der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen der MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung bei etwas mehr als 0,4% liegt. Eine belastbare fachliche Bewertung dieses Ergebnisses ist nicht möglich, da es bisher zur Höhe des Rehabilitationspotenzials bei Antragstellern der Pflegeversicherung keine empirisch abgesicherten Ergebnisse gibt.

Ungeachtet dessen entwickeln die MDK-Gemeinschaft und die Kranken- und Pflegekassen die Grundlagen, Prozessabläufe und Instrumente der Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung mit dem Ziel weiter, den Rehabilitationsbedarf von Pflegeantragstellern möglichst umfassend in der Pflegebegutachtung zu erkennen. Mit dieser Zielsetzung wurde – initiiert durch den MDS und den GKV-Spitzenverband – unter externer wissenschaftlicher Begleitung aktuell ein Praxisprojekt 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. Die in diesem Projekt gewonnenen Erkenntnisse werden derzeit mit Blick auf eine flächendeckende Umsetzung in der Regelbegutachtung bewertet. Auf dieser Basis wird die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste ab 2015 flächendeckend nach optimiertem Standard umgesetzt werden.

Die Berichte der Folgejahre werden aufzeigen, ob sich hieraus Veränderungen der Anteile festgestellter Indikationen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Pflegebegutachtung ergeben. Es wird u.a. auch zu beobachten und ggf. näher zu untersuchen sein, wie sich das Verhältnis der festgestellten Rehabilitationsindikationen zu den tatsächlichen Einwilligungen der Pflege-Antragsteller, diese Feststellungen als Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an die zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten, entwickeln wird.