

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 2014

Stand 01.09.2015



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). Erstmals wurde die Statistik über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation für das Jahr 2013 vorgelegt. Mit dem vorliegenden zweiten Bericht für das Jahr 2014 können nunmehr bereits einzelne Entwicklungstendenzen aufgezeigt werden. Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zeigen, dass bereits für das Berichtsjahr 2014 eine positive Entwicklung bei den Rehabilitationsempfehlungen erzielt werden konnte. Die Rehabilitationsempfehlungen sind im Vergleich zum Vorjahr bei niedrigem Ausgangsniveau um 38% gestiegen.

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 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. Dabei zeigte sich, dass bei 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, Hausbesuch, Nachbereitung bis zur ärztlichen Entscheidung. Ein wesentliches Kernstück ist dabei ein bundeseinheitliches professionsübergreifendes Schulungscurriculum für pflegfachliche und ärztliche Gutachter. Seit Januar 2015 wird flächendeckend in allen MDK nach dem optimierten Standard (OBS) begutachtet. Die Erfahrungen werden weiter ausgewertet und fließen in die Schulungen ein.

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 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 2014 wurden vom GKV-Spitzenverband bestmöglich auf ihre Konsistenz geprüft und zu einer bundesweiten Gesamtstatistik aufbereitet (Anlage 3).

3. Datenqualität

Insgesamt haben 113 der 132 Pflegekassen¹ Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert. Das entspricht einer Ausschöpfungsquote von 85,6%. Der Rücklauf von mitgliederstarken Kassen fiel deutlich höher aus als von kleinen Kassen. Insgesamt repräsentieren die Kassen mit Rückmeldung 99,6% der Pflegebedürftigen und 99,5% der Versicherten. Damit kann die Erhebung, obwohl keine hundertprozentige Ausschöpfung erzielt wurde, als repräsentativ gewertet werden. Im Vergleich zum Berichtsjahr 2013 haben sich Ausschöpfungsquote und Repräsentativität deutlich erhöht. Für 2013 lag die Ausschöpfungsquote bei 67,2%. Die Kassen mit Rückmeldung repräsentierten 98,5% der Pflegebedürftigen und 96,7% der Versicherten.

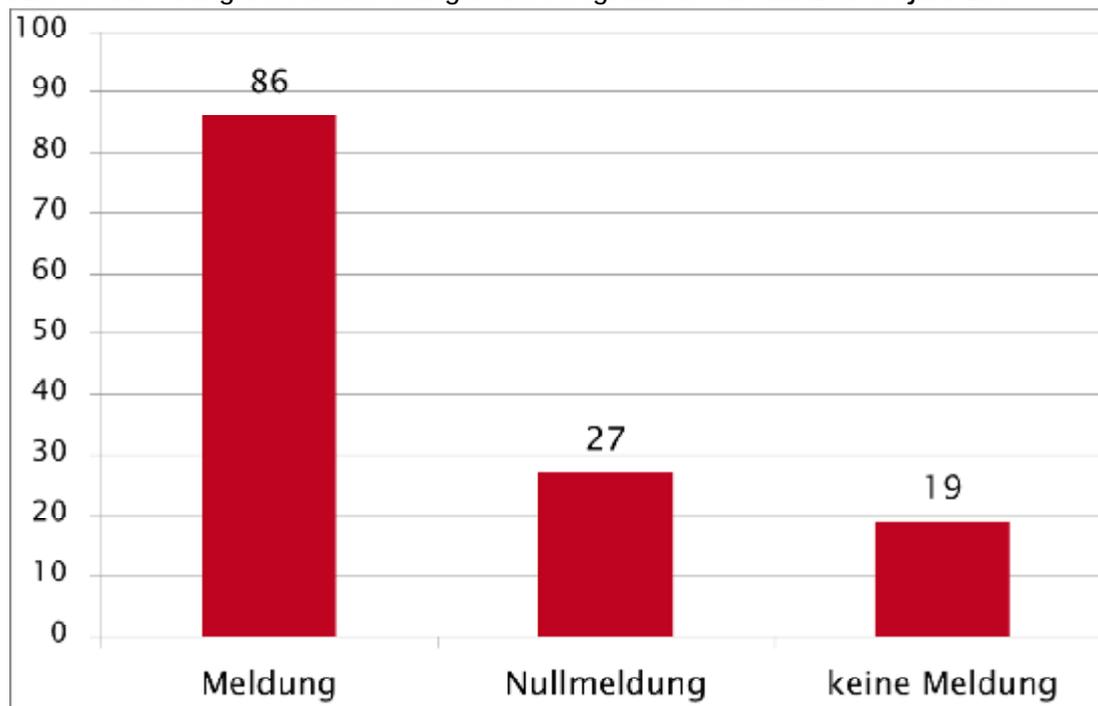
Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag hat der GKV-Spitzenverband die gelieferten Daten auf ihre Plausibilität überprüft. Bei 88% der gelieferten Datensätze waren die Daten plausibel sowie konsistent. Insoweit waren Nacherfassungen nur bei einer geringen Anzahl von Datensätzen erforderlich. Hierzu wurden in 14 Fällen bzw. 12% der gelieferten Datensätze Pflegekassen kontaktiert und die Datensätze korrigiert.

4. Auswertung der Daten

Von den 132 Pflegekassen gaben 19 (14%) keine Rückmeldung, 27 Pflegekassen (20%) machten eine Nullmeldung und 86 Pflegekassen (65%) lieferten Daten, die Empfehlungen des MDK für eine medizinische Rehabilitation enthielten (siehe Abb. 1).

¹ Anzahl der Krankenkassen Stand 01.01.2014.

Abb. 1: Verteilung der Rückmeldungen der Pflegekassen für das Berichtsjahr 2014



Insgesamt wurden im Rahmen der Pflegebegutachtung durch den MDK ca. 7.300 Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgesprochen.² Dies entspricht einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von rd. 38%. Bei knapp 1,3 Mio. Begutachtungen in 2014 ist dies ein Anteil von 0,6%. 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 2014 des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) beispielsweise in 10,8% der durchgeführten Regelbegutachtungen Empfehlungen für Leistungen der physikalischen Therapie und in 2,3% der Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der Ergotherapie ausgesprochen.

Zugleich ist darauf hinzuweisen, dass gemäß der Pflegeberichterstattung 2014 des MDS bei der Erfassung der pflegerelevanten Vorgeschichte 18,4% 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 2014 zeigt, dass mit zunehmender zeitlicher Nähe ein erneuter Rehabilitationsbedarf eher unwahrscheinlich wird. So liegt die Quote einer Rehabilitationsempfehlung bei 0,43%, wenn bereits Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Jahr vor der Begutachtung durchgeführt wurden. Die Quote liegt bei 0,72%, wenn die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mehr als 1 Jahr aber weniger als 4 Jahre

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.

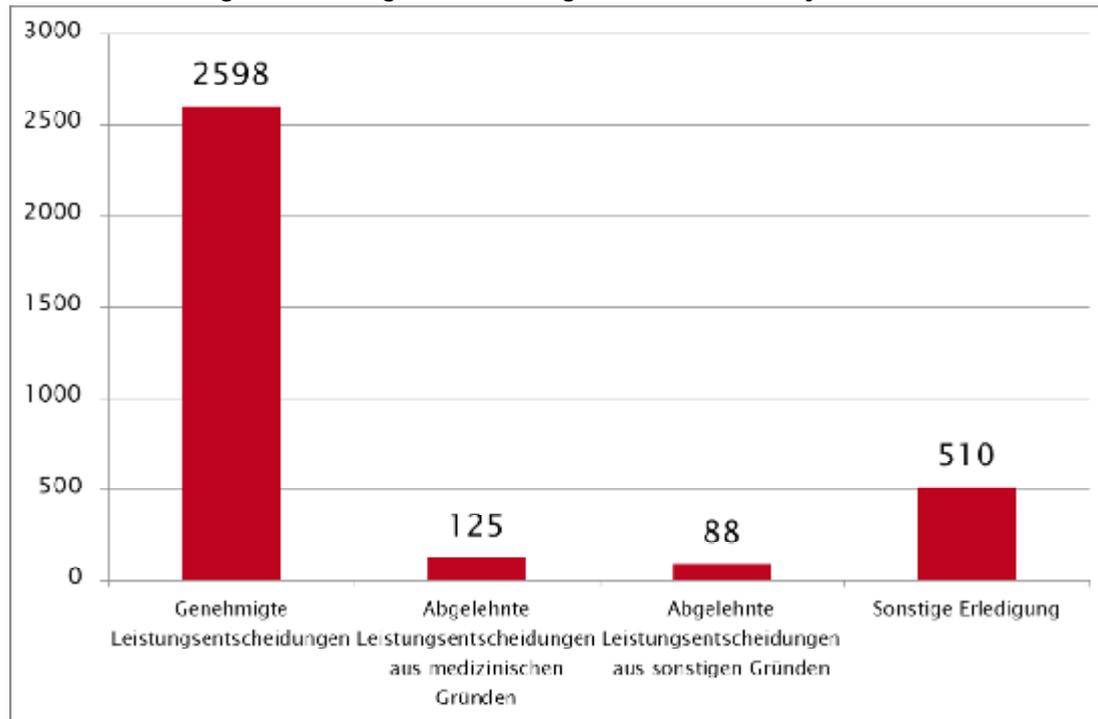
vor der Begutachtung stattfanden und bei 1,27%, wenn keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den letzten 4 Jahren vor der Begutachtung in Anspruch genommen wurden.

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. 7.300 Rehabilitationsempfehlungen mündeten rd. 2.500 in einen Antrag nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX. Somit wurde in ca. 34% der Fälle mit einer Rehabilitationsindikation eine Einwilligung zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger durch den Pflege-Antragsteller erklärt. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Antragszahl gestiegen (2013: rd. 2.400). In Relation zur Anzahl der Empfehlungen sind die Einwilligungen rückläufig. Die Einwilligungsquote betrug für das Berichtsjahr 2013 noch 45%.

Im Berichtsjahr 2014 übertrifft die Anzahl der genehmigten Leistungsentscheidungen die der Anträge. Dies ist darauf zurückzuführen, dass ein Teil der Anträge aus dem Vorjahr erst im Berichtsjahr 2014 beschieden wurde.

Aus medizinischen Gründen wurden ca. 120 Fälle (rd. 5%) und aus sonstigen Gründen (z.B. Nichtvervollständigung der Antragsunterlagen, Tod des Antragstellers, Rücknahme des Antrags) ca. 90 Fälle (rd. 4%) 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.

Abb. 2: Verteilung der Leistungsentscheidungen für das Berichtsjahr 2014



Von den genehmigten Leistungen wurden im Berichtsjahr ca. 1.900 durchgeführt (73%). Gegen abgelehnte Leistungen wurden 22 Widersprüche eingelegt. Damit wurde etwa jeder zehnten Ablehnung widersprochen.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Mit dem Berichtsjahr 2014 wurde zum zweiten Mal die Statistik zur Umsetzung der Empfehlung nach § 18a Abs. 2 SGB XI erhoben und ausgewertet.

Obwohl auch für das Berichtsjahr 2014 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.

Die vorliegende Statistik zeigt, dass die Anzahl von Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Vergleich zum Vorjahr um 38% gestiegen ist. Der Anteil der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen der MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung erhöhte sich von 0,4 auf 0,6% aller Begutachtungen, dabei kann nicht zwischen Erst- und Wiederholungsgutachten unterschieden werden.

Die Berichte der Folgejahre werden aufzeigen, ob sich die Anteile festgestellter Indikationen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Pflegebegutachtung weiterhin positiv entwickeln werden. Durch die Einführung eines bundeseinheitlichen optimierten Be-

gutachtungsstandards ab dem Jahre 2015 ist zu erwarten, dass sich die Rehabilitationsempfehlungen erhöhen werden. Allerdings gibt es bisher zur Höhe des Rehabilitationspotenzials bei Antragstellern auf Pflegebedürftigkeit keine empirisch abgesicherten Ergebnisse.³

Die Datenauswertung zeigt jedoch, dass die Einwilligungen in die Rehabilitationsmaßnahmen durch die Versicherten nicht im gleichen Maße gestiegen sind wie die Rehabilitationsempfehlungen. Verglichen mit dem Berichtsjahr 2014 gab es sogar einen relativen Rückgang. Die Folgejahre werden zeigen, 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 Rehabilitations-träger weiterzuleiten, entwickeln wird.

³ Vgl.: Reha XI, Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung, Kurzbericht 08.08.2014, S. 7.