

**Anleitung zur Berichtserstellung über die Erfahrung mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der beauftragten Gutachter Empfehlungen der MDK und beauftragten Gutachter, Anträge gemäß § 31 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 14 SGB IX und durchgeführte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

**A. Gesetzlicher Auftrag**

**§ 18a Abs. 2 und 3 SGB XI n.F.**

(2) Die Pflegekassen berichten für die Geschäftsjahre 2013 bis 2018 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu wird insbesondere Folgendes gemeldet:

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten 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 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 14 SGB IX
3. Die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger einschließlich der Gründe für die Ablehnungen sowie die Anzahl der Widersprüche und
4. Die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Meldeverfahren und die Inhalte entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die 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. Der Verband 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. 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**

**1. Verpflichtung zur Berichtserstellung**

Die Pflegekassen sind gemäß § 18a Abs. 2 SGB XI verpflichtet, für die Geschäftsjahre 2013 bis 2018 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation zu berichten. Die Meldung ist von allen Trägern der sozialen Pflegeversicherung, die am 31. Dezember des Berichtsjahres bestehen, zu erstellen und zu melden. Bei unterjähriger Vereinigung von Versicherungsträgern hat der Versicherungsträger, der Rechtsnachfolger ist, 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.

## **2. Berichtszeitraum und Meldetermine**

Die Pflegekassen<sup>1</sup> melden die verwertbaren und geprüften Unterlagen spätestens bis zum 31. März des Jahres, das dem Berichtsjahr folgt, an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an das Bundesministerium für Gesundheit weiter. Auf Verlangen leitet der GKV-Spitzenverband die aufbereiteten Daten der landesunmittelbaren Versicherungsträgern auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen zu.

## **C. Erläuterungen zum Inhalt der Meldung**

### **I. Allgemein**

Die Meldungen sind mit den folgenden Angaben zu versehen: Name der Pflegekasse und Berichtszeitraum.

### **II. Inhaltliche Bestimmung**

#### **1. Spalte 1 (Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Pflegebegutachtung)**

Hier ist die Anzahl der bis zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres getroffenen Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der beauftragten Gutachter für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auszuweisen. Es erfolgt keine Angabe untergliedert nach den zuständigen Rehabilitationsträgern.

Die Erfassung der Rehabilitationsempfehlung erfolgt aus jedem MDK Gutachten, das der Pflegekasse übermittelt wird, ohne Berücksichtigung der Ergebnisse der weiteren kasseninternen Arbeitsprozesse. Hierzu wird aus den Formulargutachten zur Feststellung

---

<sup>1</sup> Abweichend hiervon können die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene die verwertbaren und geprüften Unterlagen für die einzelnen Pflegekassen melden.

der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI ab dem 01.01.2017<sup>2</sup> die Ziffer 7.3.3. – Zuweisungsempfehlung erfasst.<sup>3</sup>

Für Erwachsene erfolgt dies aus der Angabe geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation.

<b>7.3.3 Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation</b>
Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen besteht die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.
Zuweisungsempfehlung:
<input type="checkbox"/> geriatrische Rehabilitation
<input type="checkbox"/> indikationsspezifische Rehabilitation, welche .....

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt dies aus der Angabe „Reha für Kinder und Jugendliche“ oder „Familienorientierte Rehabilitation“.

<b>7.3.3 Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation</b>
Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen besteht die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.
Zuweisungsempfehlung:
<input type="checkbox"/> 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) .....
<input type="checkbox"/> Familienorientierte Rehabilitation (FOR) nach aufwendiger Krebsbehandlung, Zustand nach Organtransplantationen oder Operationen am Herzen, Mukoviszidose .....

Für Gutachten, die mit dem bis zum 31.12.2016 gültigen Formulargutachten erstellt werden, ist sowohl bei Erwachsenen als auch Kindern die Rehabilitationsempfehlung aus der Zuweisungsempfehlung aus dem Feld 6.3 zu erfassen.

<sup>2</sup> Soweit der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bis zum 31.12.2016 gestellt wird, findet unabhängig vom Zeitpunkt der Begutachtung das bis zum 31.12.2016 geltende Formulargutachten Anwendung.

<sup>3</sup> Begutachtungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes vom 15.04.2016

### 6.3 Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- Aufgrund der im Rahmen der Begutachtung gewonnenen Erkenntnisse ergeben sich derzeit keine Hinweise für die Empfehlung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation
- Es ergeben sich Hinweise für die Empfehlung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation, der Antragsteller möchte davon jedoch derzeit keinen Gebrauch machen
- Es besteht eine Indikation für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation

Realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele:

.....

.....

.....

#### Zuweisungsempfehlung

Welche Indikation liegt vor?

- geriatrische Rehabilitation
- indikationsspezifische Rehabilitation



## 2. Spalte 2 (Anträge gemäß § 31 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 14 SGB IX)

Als Antrag gelten die bis zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 14 SGB IX mit Einwilligung des Versicherten weitergeleiteten Empfehlungen. Es ist die Anzahl der Anträge auszuweisen. Die Angaben sind für die einzelnen Rehabilitationsträger getrennt auszuweisen.

## 3. Spalte 3 bis 6 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)

Die Angaben in den Spalten 3 bis 6 sind für die einzelnen Rehabilitationsträger getrennt auszuweisen. Unter „Träger der sozialen Entschädigung“ sind die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden zusammengefasst. In den Spalten 3 bis 5 sind alle Leistungen (Genehmigung oder Ablehnung) zur medizinischen Rehabilitation zu erfassen, die bis zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres erfolgt sind. In Spalte 6 sind alle Leistungen zu erfassen, die sich auf sonstige Weise erledigt haben.

### a) Spalte 3 (Genehmigte Leistungsentscheidungen)

In der Spalte 3 sind alle genehmigten Leistungsentscheidungen auszuweisen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres vorgenommen wurden. Als genehmigte Leistung gilt die bewilligte Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

### b) Spalte 4 und 5 (Abgelehnte Leistungsentscheidungen)

In der Spalte 4 sind alle aus medizinischen Gründen abgelehnten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuweisen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres vorgenommen wurden.

Beispiel: Nachträglicher Wegfall der Rehabilitationsfähigkeit- oder bedürftigkeit

In der **Spalte 5** sind alle aus sonstigen Gründen abgelehnten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuweisen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres vorgenommen wurden.

Beispiel: Nichtvervollständigung der Antragsunterlagen

#### **c) Spalte 6 (Sonstige Erledigung)**

In der Spalte 6 sind alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuweisen, die sich auf sonstige Weise, also weder durch Ablehnung noch Bewilligung erledigen.

Beispiel: Tod des Antragsstellers, Rücknahme des Antrags

#### **4. Spalte 7 (Durchgeführte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)**

In der Spalte 7 sind alle durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuweisen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres abgeschlossen sind.

#### **5. Spalte 8 (Widersprüche)**

In Spalte 8 sind alle bis zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres neu eingegangenen Widersprüche zu Entscheidungen der Rehabilitationsträger über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuweisen. Es sind alle Widersprüche auszuweisen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres eingegangen sind, unabhängig von ihrer Form oder Vollständigkeit oder ob ihnen abgeholfen wurde oder sie abgewiesen wurden.