

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 2017

Stand: 31.08.2018



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). 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 Statistik über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation wurde erstmalig für das Jahr 2013 vorgelegt. Durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) ist die Berichtspflicht bis 2018 verlängert worden.

Die Zahl der Rehabilitationsempfehlungen setzt ihren Anstieg seit dem Berichtsjahr 2013 auch mit dem vorliegenden Berichtsjahr 2017 kontinuierlich fort.

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 breit angelegtes Evaluationsprojekt (Projekt Reha XI) 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 pflegfachliche und ärztliche Gutachter. Seit Januar 2015 wird flächendeckend in allen MDK nach dem optimierten Begutachtungsstandard (OBS) begutachtet. Seit dem 1. Januar 2016 ist der OBS gesetzlich verankert (§18 Abs. 6 SGB XI). Die Wirkung des OBS spiegelt sich in einem Anstieg der Reha-Empfehlungen wieder. Diese stiegen im Vergleich zu 2016 um 14 %.

2. Vorgehensweise zur Berichterstellung

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene einen Statistik-Vordruck mit einer entsprechenden Ausfüllanleitung (siehe Anlagen 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 zu der entsprechenden Ausfüllanleitung sein Einverständnis erteilt.

Die Ausfüllanleitung wurde gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene im Jahr 2016 modifiziert. Grund dafür waren Inkonsistenzen bei den gemeldeten Rehabilitationsempfehlungen, die sich in Abweichungen zwischen den von den Pflegekassen gemeldeten Rehabilitationsempfehlungen nach § 18a Abs. 2 SGB XI und den in der Begutachtungsstatistik der Medizinischen Dienste ausgewiesenen Rehabilitationsempfehlungen zeigten.

Die von den Pflegekassen gemeldeten Daten für das Berichtsjahr 2017 wurden vom GKV-Spitzenverband bestmöglich auf ihre Konsistenz geprüft und zu einer bundesweiten Gesamtstatistik aufbereitet (Anlage 3).

3. Datenqualität

Für das Berichtsjahr 2017 haben alle 113 Pflegekassen¹ Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert. In den Vorjahren betrug die Rückmeldequote bezogen auf die Anzahl der Pflegekassen 100 % (2016), 100 % (2015), 85,6 % (2014) und 67,2 % (2013).

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag hat der GKV-Spitzenverband die gelieferten Daten auf ihre Plausibilität überprüft. Bei 94 % der gelieferten Datensätze waren die Daten plausibel sowie konsistent. Insoweit waren Nacherfassungen nur bei einer geringen Anzahl von Datensätzen erforderlich. Hierzu wurden in 7 Fällen bzw. 6 % der gelieferten Datensätze Pflegekassen kontaktiert und die Datensätze korrigiert.

Zahlreiche Pflegekassen haben ihre Erfassungssysteme für eine bessere Datenqualität bereits angepasst. Gleichwohl treten noch Diskrepanzen zwischen den Fallzahlen des MDS und einzelnen Pflegekassen auf, an deren Beseitigung weiter gearbeitet wird.

¹ Anzahl der Pflegekassen Stand 01.01.2017.

4. Auswertung der Daten

Der Anteil der Pflegekassen, die Daten mit Rehabilitationsempfehlungen lieferten, ist über die Jahre stetig gestiegen (2013: 57 %; 2014: 65 %, 2015: 87 %, 2016: 92 %, 2017: 94 %). Im Berichtsjahr 2017 wurden bei 7 von 113 Pflegekassen keine Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochen. Hierbei handelt es sich um Pflegekassen, die eine geringe Anzahl von Versicherten aufweisen (0,1 % aller GKV-Versicherten).

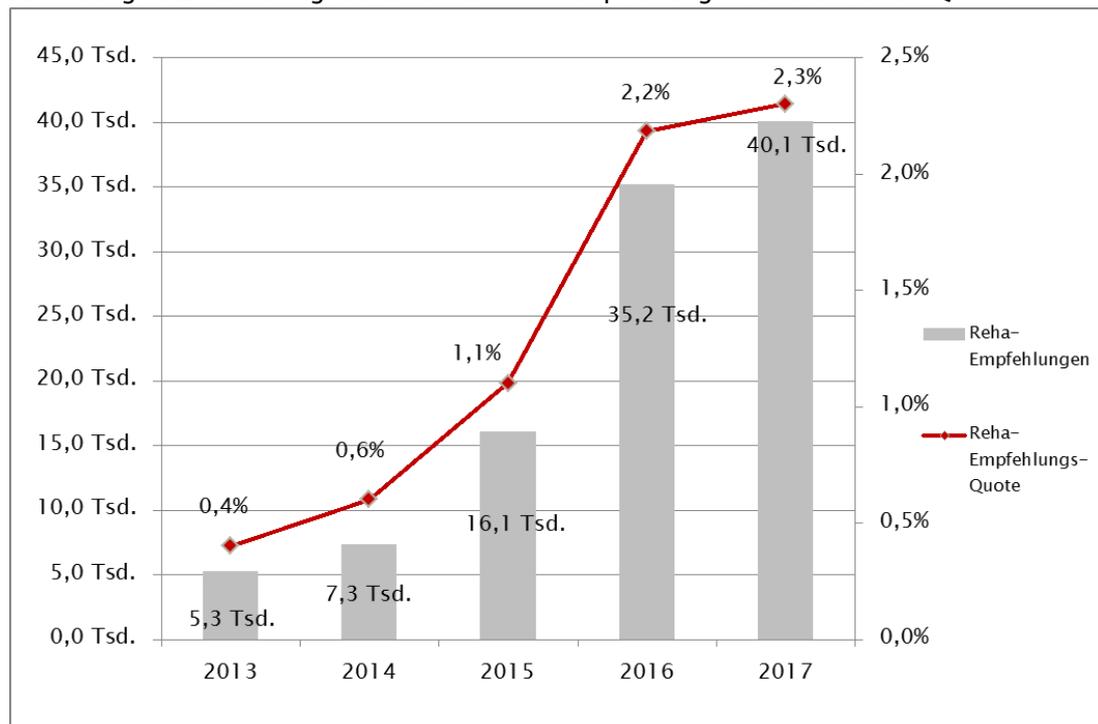
Insgesamt wurden im Rahmen der Pflegebegutachtung durch die MDK ca. 40.100 Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgesprochen, die durch die Pflegekassen an die Pflegebedürftigen weitergeleitet wurden. Dies entspricht einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von rund 14 %. Bei ca. 1,78 Mio. Begutachtungen, bei denen über eine Rehaempfehlung entschieden werden konnte², entspricht dies einer Reha-Quote von 2,3 %. Im Berichtsjahr 2016 lag die Quote der Rehabilitationsempfehlungen bei 2,2 %, 2015 bei 1,1 % und 2014 bei 0,6 %. Dieser positive Anstieg kann sowohl auf das optimierte neue Begutachtungsinstrument als auch auf die kontinuierliche Schulung der Gutachter, deren Augenmerk dadurch besonders auf die Rehabilitationsbedarfe der Versicherten ausgerichtet ist, zurückgeführt werden.

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 (rd. 80 % aller Reha-Leistungsfälle der GKV), oder die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den behandelnden Arzt (rd. 19 % aller Leistungsfälle). 1 % der Leistungsfälle erfolgen über den Zugang der Pflegebegutachtung.³

² Ohne Antragsteller bei denen eine Prüfung der Reha-Empfehlung nicht möglich ist, weil der Antragsteller 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.

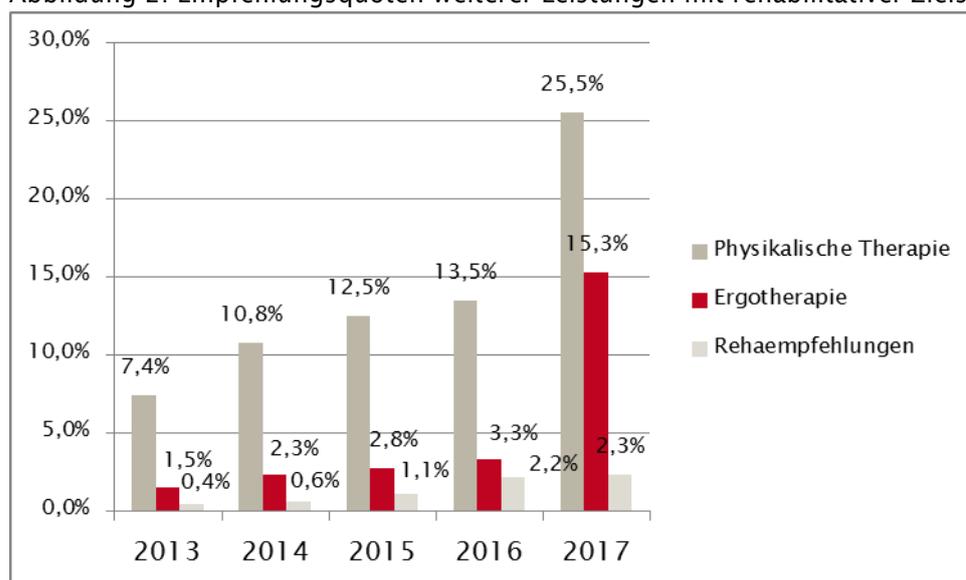
³ Die Zahlen bilden das Berichtsjahr 2016 ab. Die KG5-Statistik für das Jahr 2017 ist zum Berichtszeitpunkt noch nicht veröffentlicht.

Abbildung 1: Entwicklung der Rehabilitationsempfehlungen und der Reha-Quote



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 2017 des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) beispielsweise in 25,5 % der durchgeführten Regelbegutachtungen Empfehlungen für Leistungen der physikalischen Therapie und in 15,3 % der Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der Ergotherapie ausgesprochen.

Abbildung 2: Empfehlungsquoten weiterer Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung

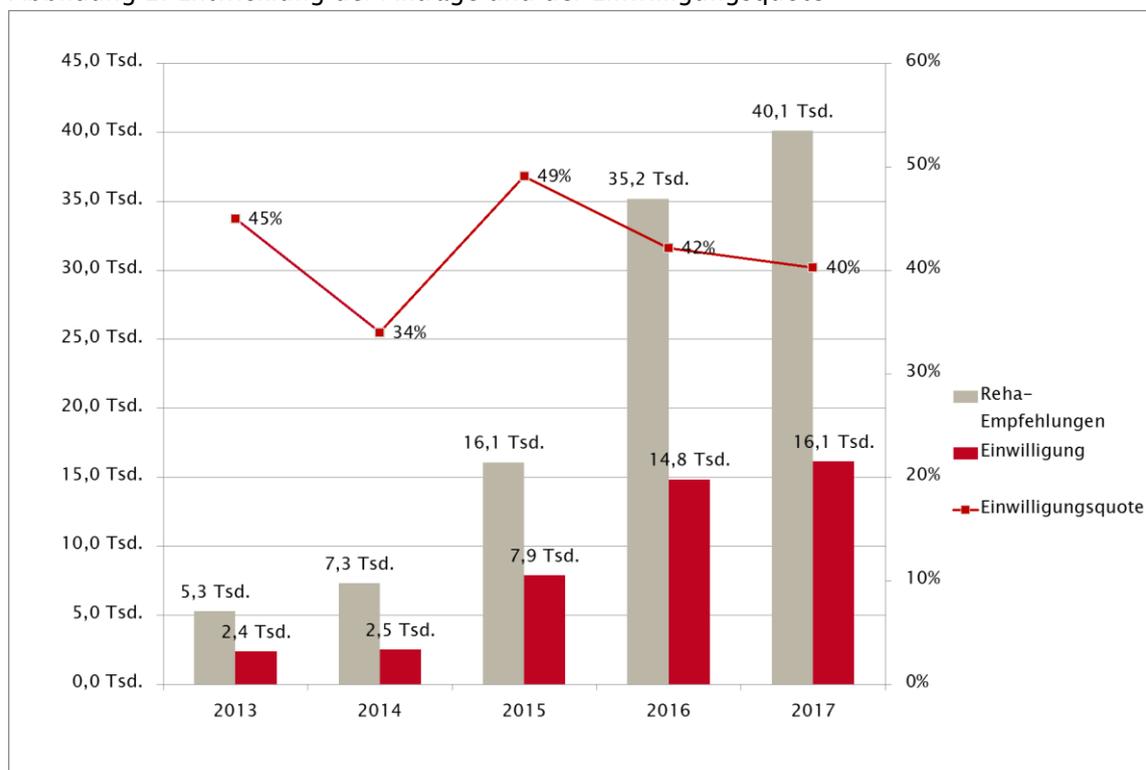


Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass gemäß der Pflegeberichterstattung 2017 des MDS bei der Erfassung der pflegerelevanten Vorgeschichte 18,9 % der Erstantragstellerangaben,

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im letzten Jahr vor der Begutachtung in Anspruch genommen zu haben. Eine Sonderauswertung des MDS zur Begutachtungsstatistik 2017 zeigt, dass mit zunehmender zeitlicher Nähe zur letzten Rehabilitationsmaßnahme ein erneuter Rehabilitationsbedarf unwahrscheinlicher wird. So liegt die Quote einer Rehabilitationsempfehlung bei 0,9%, wenn bereits Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Jahr vor der Begutachtung durchgeführt wurden und bei 4,0%, wenn die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mehr als 1 Jahr aber weniger als 4 Jahre vor der Begutachtung stattfanden.

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. 40.100 Rehabilitationsempfehlungen mündeten rd. 16.100 in einen Antrag nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX. Somit wurde in ca. 40 % der Fälle mit einer Rehabilitationsindikation eine Einwilligung zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger durch den Pflege-Antragsteller erklärt.⁴ Im Vergleich zum Vorjahr ist die Antragszahl (2016: rd. 35.200) gestiegen; die Einwilligungsquote bezogen auf die erteilten Reha-Empfehlungen geringfügig gesunken (2016: 42 %).

Abbildung 2: Entwicklung der Anträge und der Einwilligungsquote

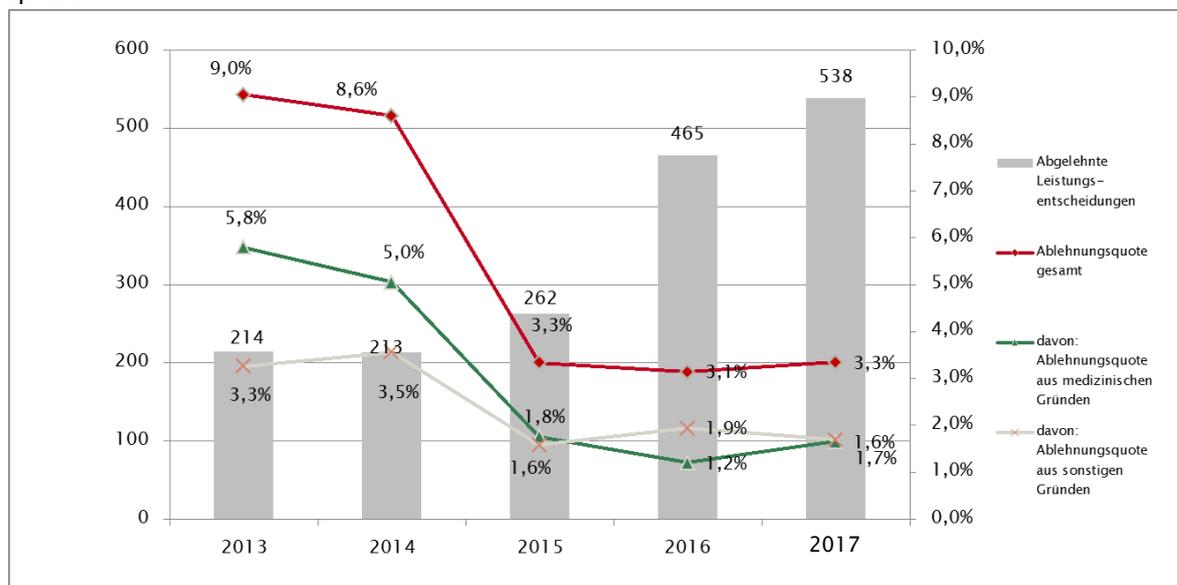


Von den 16.135 Anträgen wurden im Berichtsjahr 11.050 Anträge (rd. 68 %) genehmigt. 1.501 Fälle erledigten sich auf sonstige Weise, also weder durch Bewilligung noch durch Ablehnung (Tod des Antragstellers oder Rücknahme des Antrags).

⁴ Nach § 31 Abs. 3 SGB XI bedarf es der Einwilligung des Versicherten, dass bei positiver Rehabilitationsindikation die Pflegekassen den behandelnden Arzt informieren und dem zuständigen Rehabilitationsträger eine Mitteilung geben.

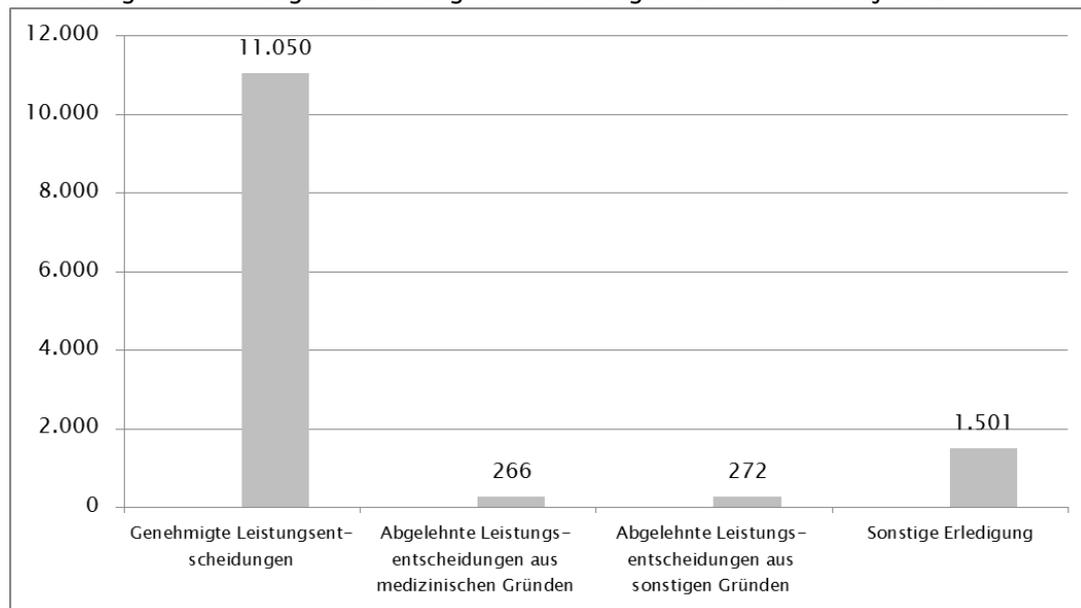
Aus medizinischen Gründen wurden 266 Fälle (1,6 %) und aus sonstigen Gründen (z. B. Nichtvervollständigung der Antragsunterlagen) 272 Fälle (1,76 %) abgelehnt. Aus medizinischen Gründen wurden insbesondere solche Anträge abgelehnt, bei denen sich der Gesundheitszustand des Antragstellers zwischenzeitlich so verschlechtert hat, dass eine Rehabilitationsfähigkeit oder auch eine positive Rehabilitationsprognose nicht mehr gegeben war. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Ablehnungsquote, die im Berichtsjahr insgesamt bei 3,3 % liegt, leicht angestiegen. In 2016 betrug sie 3,1 %, im Jahr 2015 war sie mit 3,3 % identisch zur aktuellen Erhebung, in den Jahren 2014 und 2013 war sie mit 8,6 % bzw. 9,0 % deutlich höher.

Abbildung 3: Entwicklung der abgelehnten Leistungsentscheidungen und der Ablehnungsquote



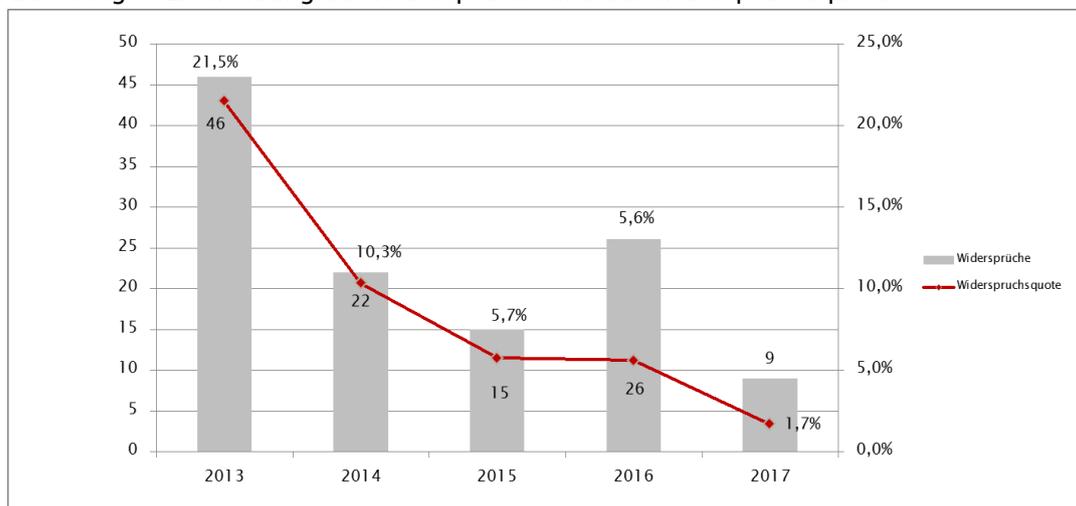
Wie man der Abbildung 3 entnehmen kann, stieg die Zahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen geringfügig; in Relation zu der ebenso gestiegen Anzahl von Anträgen (siehe Abbildung 2) ist der Anteil abgelehnter Leistungsentscheidungen ebenso leicht gestiegen.

Abbildung 4: Verteilung der Leistungsentscheidungen für das Berichtsjahr 2017



Von den genehmigten Leistungen wurden im Berichtsjahr ca. 9.201 durchgeführt (83 %). Gegen abgelehnte Leistungen (insgesamt 538) wurden 9 Widersprüche eingelegt. Damit liegt die Widerspruchsquote gegenüber abgelehnten Leistungsentscheidungen bei nur noch 1,7 %. In den Vorjahren betrug die Widerspruchsquote noch 5,6 % (2016) bzw. 5,7 % (2015), 10,3 % (2014) und 21,5 % (2013).

Abbildung 5: Entwicklung der Widersprüche und der Widerspruchsquote



5. Erfahrungen mit der Umsetzung der optimierten Begutachtungsstandards (OBS)

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

Wie bereits in den Jahren 2015 und 2016 fanden auch 2017 zwei Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch mit den Multiplikatoren und Ansprechpartnern der MDK statt. Im Fokus der Veranstaltung standen erste Erfahrungen der Umsetzung des OBS im Rahmen des zum 1. Januar 2017 eingeführten Neuen Begutachtungsinstruments (NBI). Mit der Umstellung auf das NBI wurde Ablauf und Struktur für Empfehlungen im Formulargutachten optimiert.

Im Rahmen des Erfahrungsaustauschs wurden von den Gutachtern die klare Struktur des Gutachtens und die vorgegebenen Auswahloptionen (z. B. bei der Auswahl von Heilmitteln) positiv herausgestellt. Diese ermöglichen differenziertere Empfehlungen und erleichtern die Bearbeitung. Außerdem können Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe mit dem NBI besser herausgearbeitet werden.

Die Schulungsmaterialien zur optimierten Reha-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung der MDK wurden Anfang 2017 aktualisiert und stehen den MDK zur Verfügung. Ergänzend dazu wird von Seiten der Gutachter unverändert der Bedarf an regelmäßigen Schulungen und Fallbesprechungen gesehen.

Im Ergebnis zeigt sich für 2017, dass aufgrund des deutlich erhöhten Begutachtungsaufkommens und der Umstellung auf das neue Begutachtungsverfahren eine kontinuierliche Steigerung der Reha-Empfehlungen zu verzeichnen ist. Insgesamt lässt sich mit dem NBI und der neuen Gutachten-Struktur Rehabilitationsbedarf besser erkennen. Die Umsetzung des OBS ist auch im Rahmen des NBI gut praktikabel.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Mit dem Berichtsjahr 2017 wurde zum fünften Mal die Statistik zur Umsetzung der Empfehlung nach § 18a Abs. 2 SGB XI erhoben und ausgewertet. Wie im Vorjahr haben alle Pflegekassen Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert.

Die Entwicklung der Kennzahlen, insbesondere die deutliche Zunahme der Rehabilitationsempfehlungen um 14 % bzw. der Anstieg der Reha-Quote von auf 2,3 %, deutet darauf hin, dass das mit Einführung des PSG II umgesetzte NBI in der Praxis der Pflegebegutachtung seine Wirkung entfaltet und Rehabilitationsbedarfe im Vergleich zu den Vorjahren noch besser erkannt werden. Durch die kontinuierliche Schulung der Gutachter wird auch künftig das Augenmerk der Gutachter auf die Rehabilitationsbedarfe der Versicherten besonders ausgerichtet sein. Allerdings sind die Zustimmungen der Versicherten zur Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Hier besteht ein weiterer Ansatzpunkt, durch weiterführende Beratung der Versicherten durch die Pflegekassen die Akzeptanz von Rehabilitationsmaßnahmen zu fördern.

Die Leistungsausgaben der GKV zur medizinischen Rehabilitation sind in den letzten sechs Jahren kontinuierlich gestiegen.⁵ Im Schnitt fallen rd. 80 Prozent der Leistungsfälle auf die Altersgruppe der über 65jährigen, also auf einen pflegenahen Personenkreis.⁶ In ihrer Funktion als Rehabilitationsträger erbringt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) medizinische Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit. Dabei verfolgt sie das Ziel, die Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter, pflegebedürftiger oder von Behinderung und Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen zu stärken und sie damit bei der Erreichung ihrer individuellen Rehabilitationsziele zu unterstützen. Rehabilitationsleistungen der GKV sind somit grundsätzlich auf die Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor und bei Pflege“ ausgerichtet.

⁵ Quelle: amtliche Statistik KJ 1.

⁶ Quelle: amtliche Statistik KG 5.