

## **Anlage 2 –Ausfüllanleitung zur Erfassung der Empfehlungen nach § 18a Abs. 2 SGB XI**

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

#### **A. Gesetzlicher Auftrag gemäß § 18a Abs. 2 und 3 SGB XI**

(2) Die Pflegekassen berichten für die Geschäftsjahre ab 2013 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 Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu wird insbesondere Folgendes gemeldet:

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste 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 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 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**

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 2 bis 8 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.

#### **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.<sup>1</sup>

Bei Kindern und Jugendlichen ist die Zuweisungsempfehlung der Angabe „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ oder „Familienorientierte 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:
<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 Erwachsene erfolgt dies über die geriatrische oder indikationspezifische Rehabilitation.

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:
<input type="checkbox"/> geriatrische Rehabilitation
<input type="checkbox"/> indikationspezifische Rehabilitation, welche .....

<sup>1</sup> Begutachtungs-Richtlinien gem. § 17 Abs. 1 SGB XI

**Spalte 2: 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 3: Anzahl der genehmigten Leistungsentscheidungen**

In der Spalte 3 sind alle gestellten Anträge auszuweisen, bei denen die Leistung zur medizinischen Rehabilitation bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres genehmigt bzw. bewilligt wurde.

**Spalte 4 und 5: Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen**

In der Spalte 4 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 5 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 6: Anzahl der gestellten Anträge mit sonstiger Erledigung**

In der Spalte 6 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 7: Anzahl der durchgeführten 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.

**Spalte 8: Widersprüche**

In der Spalte 8 sind alle bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres eingegangenen Widersprüche zu Entscheidungen der Rehabilitationsträger über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuweisen. Dabei ist die Form, Vollständigkeit, Ablehnung sowie mögliche Abhilfe nicht entscheidend.