

Bericht des GKV–Spitzenverbandes nach  
§ 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der  
Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der  
Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der  
beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen  
Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur  
Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Berichtsjahr 2021

Stand: 31.08.2022



## 1. Einleitung

Nach § 18a Abs. 2 und 3 SGB XI haben die Pflegekassen jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste (MD) und der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berichten. 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 MD-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 Bund (MDB) – 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 Gutachtende. Seit Januar 2015 wird flächendeckend in allen MD nach dem OBS begutachtet. Seit dem 1. Januar 2016 ist der OBS gesetzlich verankert (§18 Abs. 6 SGB XI).

Die Wirkung des OBS und des mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2017 eingeführte Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zeigte sich in einem kontinuierlichen Anstieg der Reha-Empfehlungen bis zum Jahr 2019.

Unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie waren in 2020 die Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vor besondere Herausforderungen gestellt. Mit kurzen Unterbrechungen waren die körperlichen Untersuchungen in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen aufgrund des Infektionsgeschehens ab März 2020 ausgesetzt. Die Pflegebegutachtungen fanden stattdessen vorwiegend durch strukturierte Telefoninterviews statt.

Erfreulich ist, dass mit zunehmender Erfahrung mit dem Begutachtungsinstrument der strukturierten Telefoninterviews Rehabilitationsbedarfe besser erkannt werden. Dies spiegelt sich in den Ergebnissen der Reha-Statistik für das Berichtsjahr 2021 wider. Die Anzahl Rehabilitationsempfehlungen sind im Vergleich zum Vorjahr um 31 Prozent gestiegen und haben fast wieder das Niveau von 2019 erreicht.

## 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 zu der entsprechenden Ausfüllanleitung sein Einverständnis erteilt. Um die Qualität der übermittelten Daten zu verbessern, wurde die Ausfüllanleitung gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene im Jahr 2016 modifiziert. Für den aktuellen Bericht 2021 wurde der Statistik-Vordruck und die Ausfüllanleitung im Zuge des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) erneut angepasst. Danach werden Pflegekassen dazu verpflichtet, den möglichen Gründen nachzugehen, die einer Einwilligung des Antragstellers zu einer Reha-Maßnahme entgegenstehen. Zudem soll berichtet werden, was die jeweilige Pflegekasse in diesem Zusammenhang unternommen hat. Außerdem sollen die Maßnahmen genannt werden, die die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihren Aufgaben gemäß §§ 18a Absatz 1 und 31 Absatz 3 SGB XI nachzukommen (zum Beispiel regelhafte Nachfrage beim Rehabilitationsträger, ob eine Maßnahme durchgeführt wurde; Verfahren zur Klärung und ob vorläufige Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 SGB XI erbracht wird).

Die von den Pflegekassen gemeldeten Daten für das Berichtsjahr 2021 wurden vom GKV-Spitzenverband bestmöglich auf ihre Konsistenz geprüft und zu einer bundesweiten Gesamtstatistik aufbereitet (siehe Anlage 3).

## 3. Datenqualität

Für das Berichtsjahr 2021 haben alle 103 Pflegekassen<sup>1</sup> Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert. In den Vorjahren betrug die Rückmeldequote bezogen auf die Anzahl der Pflegekassen 100 % (2015–2020), 85,6 % (2014) und 67,2 % (2013).

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag hat der GKV-Spitzenverband die gelieferten Daten auf ihre Plausibilität überprüft.

## 4. Auswertung der Daten

Der Anteil der Pflegekassen, die Daten zu Rehabilitationsempfehlungen lieferten, war von 2013 bis 2019 stetig gestiegen (2013: 57 %; 2014: 65 %, 2015: 87 %, 2016: 92 %, 2017, 2018 sowie 2019 94 %). Im Berichtsjahr 2020, also unter den Bedingungen der Corona-Pandemie, war die Quote mit 91% erstmals rückläufig. Es haben 5 von 103 Pflegekassen keine Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochen. Hierbei

---

<sup>1</sup> Anzahl der Pflegekassen Stand 01.01.2021.

<https://www.gkv->

[spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp)

handelt es sich um Pflegekassen, die eine geringe Anzahl von Versicherten aufweisen (0,1 Prozent) aller GKV-Versicherten).

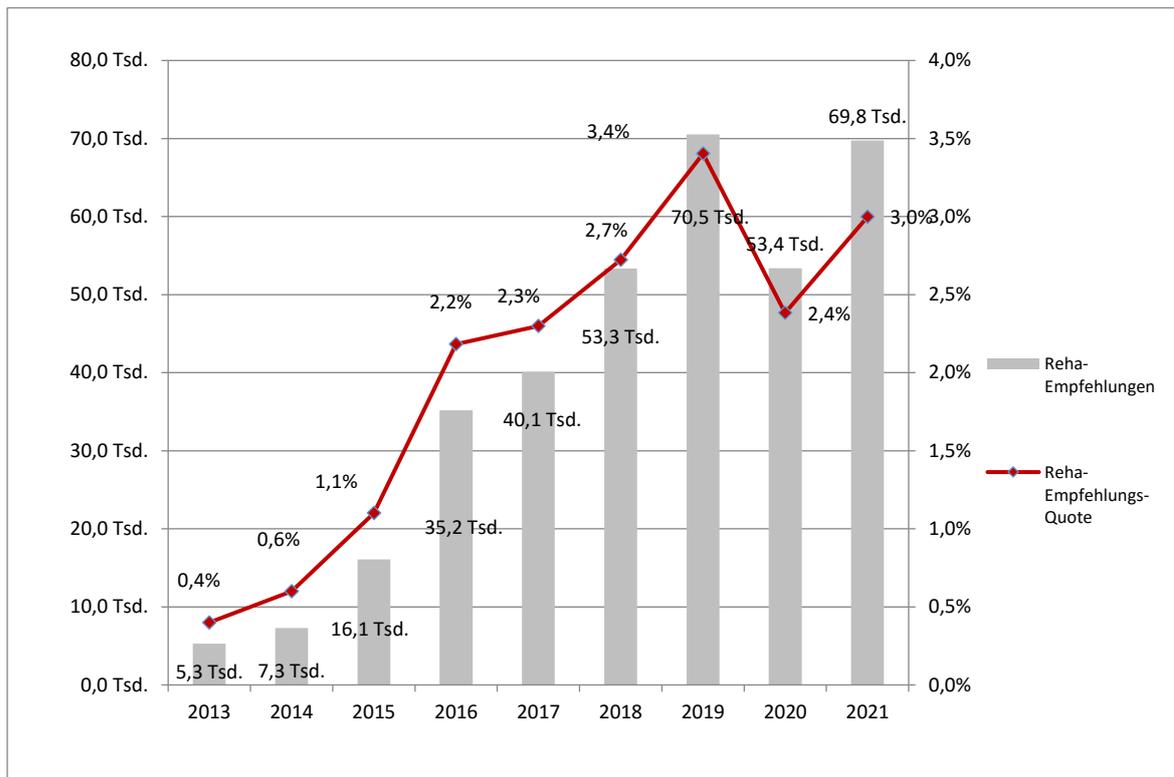
Mit der Etablierung des optimierten Begutachtungsstandards in 2015 sind die Rehabilitationsempfehlungen und die Rehabilitationsempfehlungsquote, also die auf 100 Begutachtungen erteilten Rehabilitationsempfehlungen, bis 2019 kontinuierlich gestiegen. Aufgrund der COVID-19-Pandemie 2020 war die körperliche Befunderhebung in der Häuslichkeit des Antragstellers ab März 2020 bis auf kurze Unterbrechungen ausgesetzt. Stattdessen wurden vorrangig strukturierten Telefoninterviews zur Ermittlung von Pflegebedürftigkeit durchgeführt. Im Corona-Jahr 2020 waren die Rehabilitationsempfehlungen und auch die Rehabilitationsempfehlungsquote rückläufig.

Mit zunehmender Erfahrung mit dem Begutachtungsinstrument der strukturierten Telefoninterviews im Rahmen der Pflegebegutachtung sind im Berichtsjahr 2021 die Rehabilitationsempfehlungen wieder gestiegen. Im Rahmen der Pflegebegutachtung wurden im Berichtsjahr 2021 durch die MD ca. 69.800 Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegeben, die durch die Pflegekassen an die Pflegebedürftigen weitergeleitet wurden. Dies entspricht einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von rund 31 Prozent (2020: 53.400 Empfehlungen). Bei ca. 2,34 Mio. Begutachtungen, bei denen über eine Rehabilitationsempfehlung entschieden werden konnte<sup>2</sup>, entspricht dies einer Reha-Quote von 3,0 Prozent. Im Berichtsjahr 2020 lag die Quote der Rehabilitationsempfehlungen bei insgesamt 2,24 Mio. Begutachtungen bei 2,4 Prozent

---

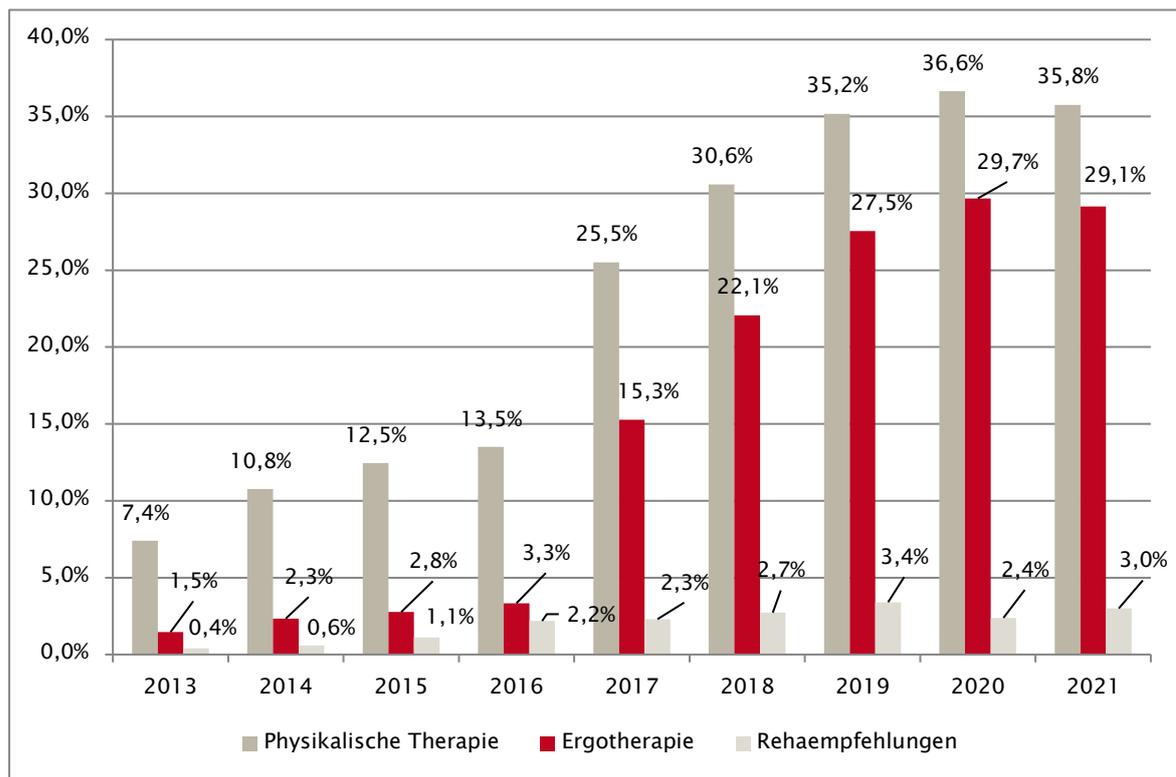
<sup>2</sup> Ohne Antragsteller, bei denen eine Prüfung der Reha-Empfehlung nicht möglich ist, weil der Antragsteller vor der persönlichen Befunderhebung verstorben ist und ohne Personen, bei denen eine persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist, z. B. Personen in der stationären Hospizversorgung bzw. in der ambulanten Palliativpflege.

Abbildung 4-1: Entwicklung der Rehabilitationsempfehlungen und der Reha-Quote



Neben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kommen auch weitere Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung in Betracht. So wurden laut Begutachtungsstatistik 2021 des MDB beispielsweise in 35,8 Prozent der durchgeführten Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der physikalischen Therapie und in 29,1 Prozent der Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der Ergotherapie ausgesprochen.

Abbildung 4-2: Empfehlungsquoten weiterer Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung

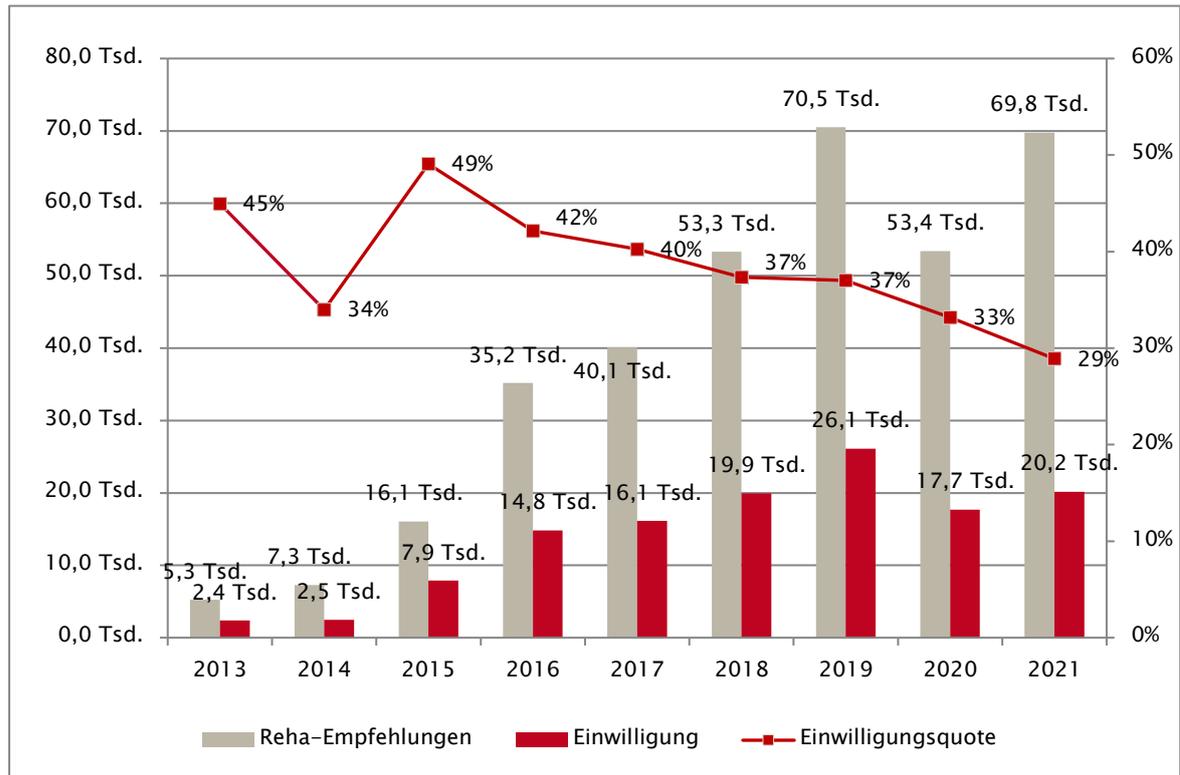


Bei den Empfehlungsquoten in den beiden Heilmittelbereichen der physikalischen Therapie und der Ergotherapie zeigte sich im Berichtsjahr 2020 ein Anstieg im Vergleich zu 2019 (siehe Abbildung 4-2). Mit dem Anstieg der Reha-Empfehlungsquote in 2021 sind die Empfehlungsquoten der Einzelleistungen der Heilmitteltherapie im Vergleich zu 2020 leicht rückläufig.

Einer positiven Rehabilitationsempfehlung des MD 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. 69.800 Rehabilitationsempfehlungen mündeten rd. 20.200 in einen Antrag nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX. Somit wurde in 29 Prozent der Fälle mit einer Rehabilitationsindikation eine Einwilligung zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger durch den Pflege-Antragsteller erklärt.<sup>3</sup> Somit ist die Einwilligungsquote im Vergleich zum ersten Corona-Jahr 2020, bezogen auf die erteilten Rehabilitationsempfehlungen, noch einmal gesunken. Sie lag im Jahr 2020 bei 33 Prozent (siehe Abbildung 4-3).

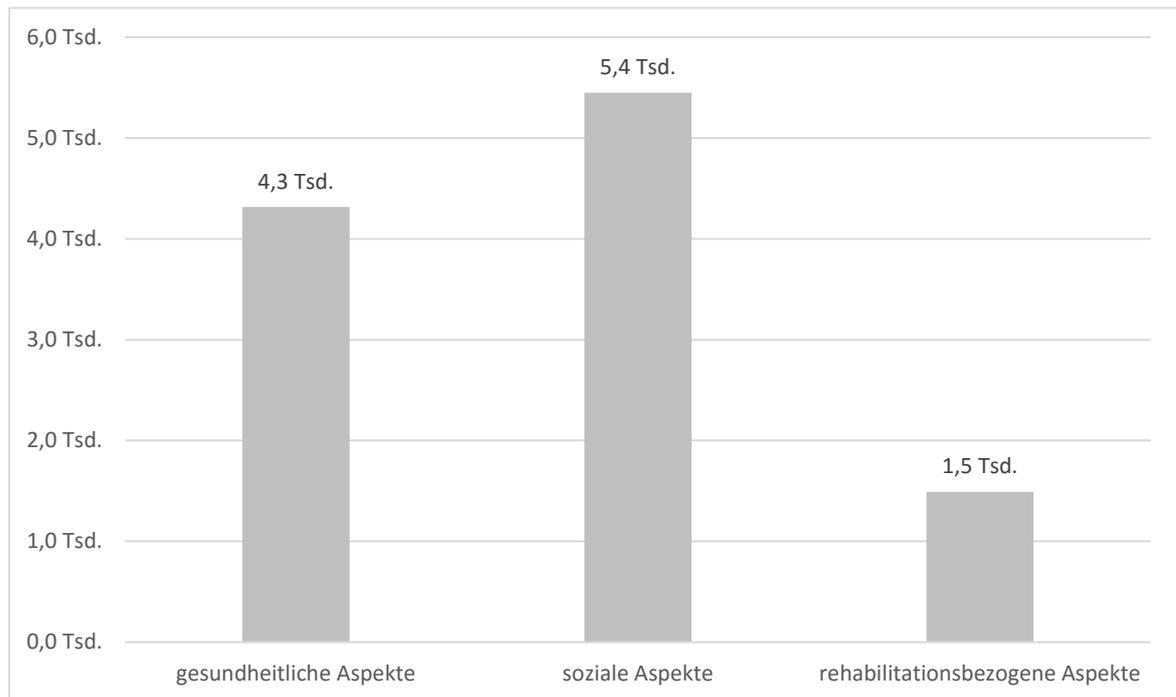
<sup>3</sup> Nach § 31 Abs. 3 SGB XI bedarf es der Einwilligung des Versicherten, dass bei positiver Rehabilitationsindikation die Pflegekassen den behandelnden Arzt informieren und dem zuständigen Rehabilitationsträger eine Mitteilung geben.

Abbildung 4-3; Einwilligungen der Versicherten zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger und Einwilligungsquote (Verhältnis der Einwilligungen zu den Reha-Empfehlungen)



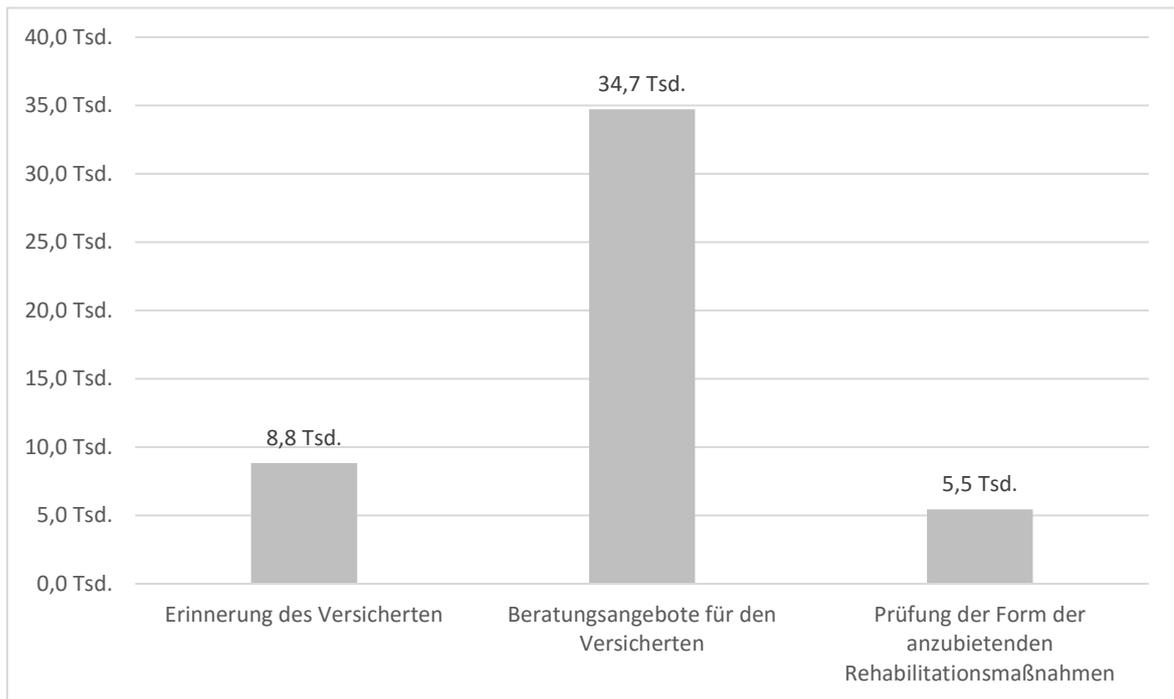
Mit dem IPReG wurde die Berichtspflicht nach § 18a Absatz 2 SGB XI dahingehend erweitert, den möglichen Gründen nachzugehen, die einer Einwilligung des Antragstellers entgegenstehen. Für das Berichtsjahr 2021 liegen dazu erstmalig Informationen vor. In ca. 11.300 Fällen konnten die Pflegekassen die Gründe benennen, die zu einer Nichtauslösung des Antragsverfahrens auf Seiten des Versicherten führten. Bezogen auf die rd. 49.600 Fällen mit Nichtauslösung des Antragsverfahrens lagen in 23 Prozent der Fälle die Gründe dafür vor. Der Hauptgrund war in 5.400 bzw. 48 Prozent der Nennungen soziale Aspekte, wie beispielsweise die häusliche Bindung oder mangelnde Unterstützung des sozialen Netzwerkes (Familie/Nachbarn/Freunde), die die versicherte Person daran hindern, eine Maßnahme zur Rehabilitation durchzuführen. Der zweithäufigste Grund war mit 4.300 bzw. 38 Prozent der Nennungen in gesundheitlichen Aspekten verortet, d. h., die versicherte Person fühlte sich aufgrund physischer und psychischer Gründe nicht in der Lage, eine Maßnahme zur Rehabilitation durchzuführen. Ein eher untergeordneter Grund waren mit 1.500 Fällen bzw. 13 Prozent der Nennungen rehabilitationsbezogene Aspekte. Darunter fallen rehabilitationsbezogene Erwartungen bzw. Wünsche der versicherten Person, wie beispielsweise die Mitnahme von Begleitpersonen oder die Verfügbarkeit von Einzelzimmern, die nicht garantiert werden können.

Abbildung 4-4: Gründe der Nichtauslösung des Antragsverfahrens auf Seiten des Versicherten



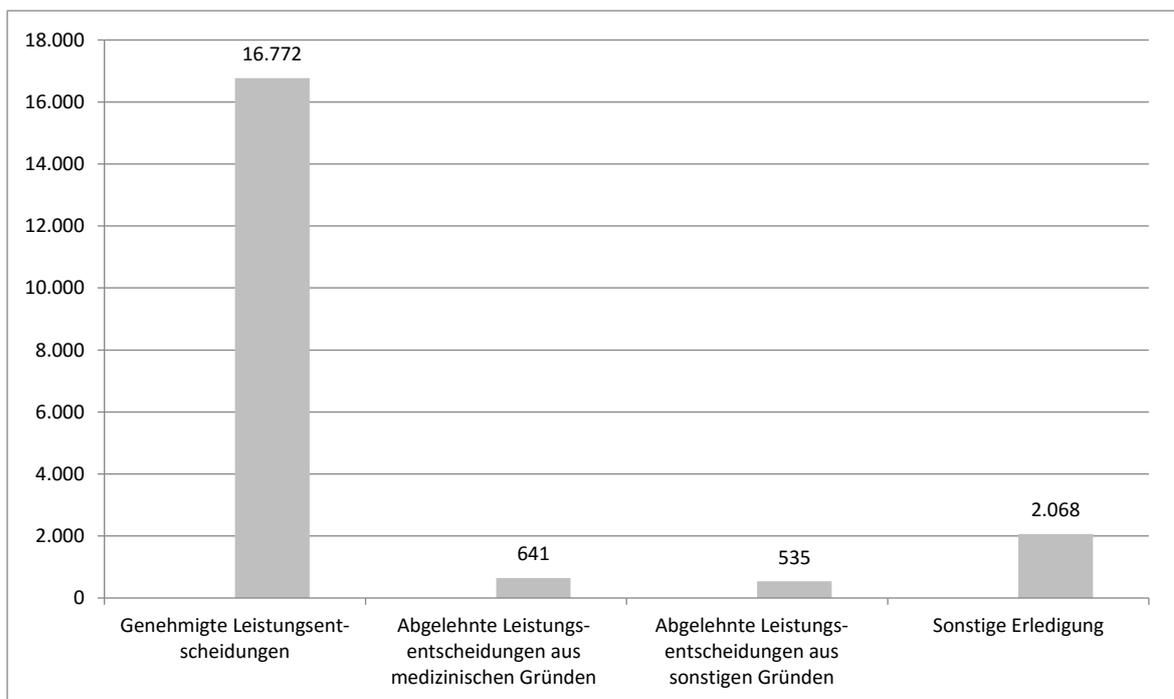
Des Weiteren sollen mit der Erweiterung der Berichtspflicht aufgrund des IPReG die Maßnahmen genannt werden, die die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihren Aufgaben gemäß §§ 18a Absatz 1 und 31 Absatz 3 SGB XI nachzukommen. In rd. 49.100 Fällen haben die Pflegekassen entsprechende Maßnahmen durchgeführt. Bezogen auf die rd. 69.800 Reha-Empfehlungen wurden in 70,4 Prozent der Fälle Maßnahmen unternommen. In ca. 8.800 Fällen (18 Prozent der Maßnahmen) haben die Pflegekassen die Versicherten an die Möglichkeit erinnert, eine Einwilligung zur Einleitung einer Rehabilitation mitzuteilen. Auf Beratungsangebote zu einer Rehabilitation haben die Pflegekassen die Versicherten in 34.700 Fällen (71 Prozent der Maßnahmen) aufmerksam gemacht. In rd. 5.500 Fällen (11 Prozent der Maßnahmen) haben die Pflegekassen die Form der anzubietenden Rehabilitationsmaßnahme geprüft und in 90 Fällen haben sich die Pflegekassen beim zuständigen Rehabilitationsträger erkundigt, ob die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde und ggf. vorläufige Leistungen zur Rehabilitation nach § 32 SGB XI erbracht wurden.

Abbildung 4-5: Anzahl der Maßnahmen der Pflegekassen nach §§ 18a Abs. 1 und 31 Abs. 3 SGB XI



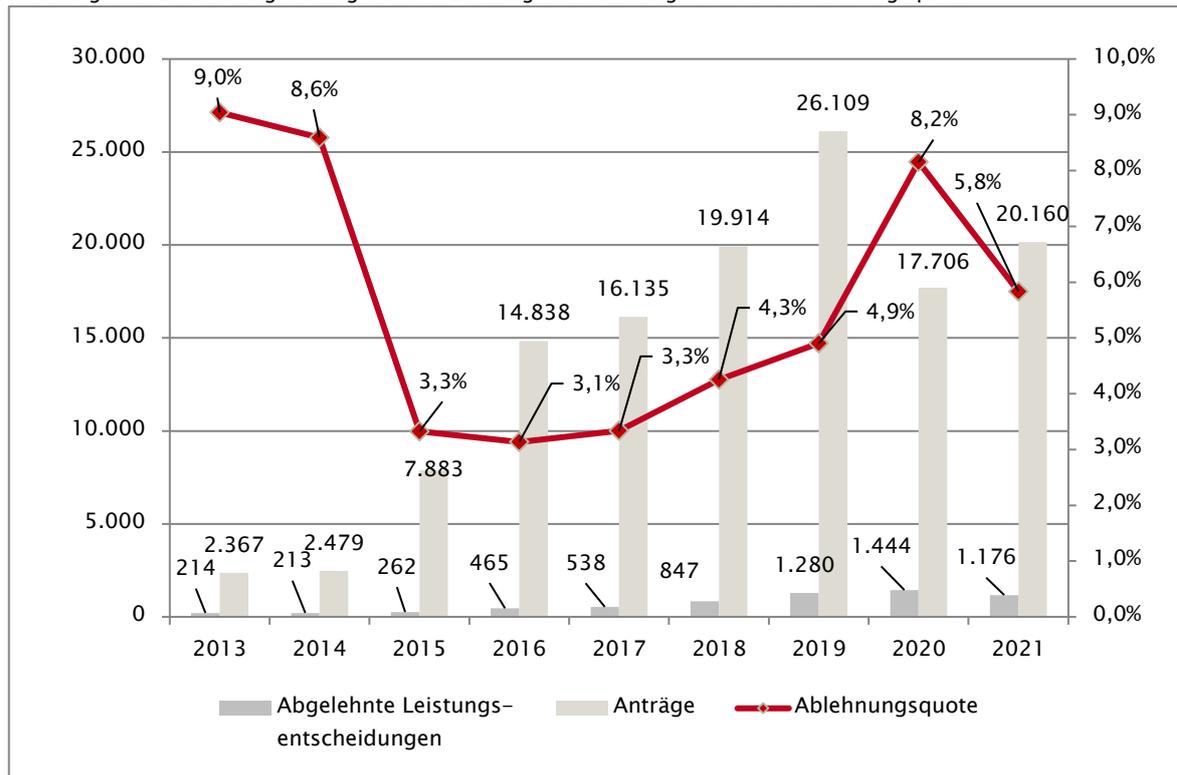
Von den 20.160 Anträgen wurden im Berichtsjahr 16.772 (83 Prozent) durch die Rehabilitationsträger genehmigt. In rd. 2.068 Fällen konnte der Antrag nicht bearbeitet werden (Tod des Antragsstellers oder Rücknahme des Antrags).

Abbildung 4-6: Verteilung der Leistungsentscheidungen und der sonstigen Erledigungen



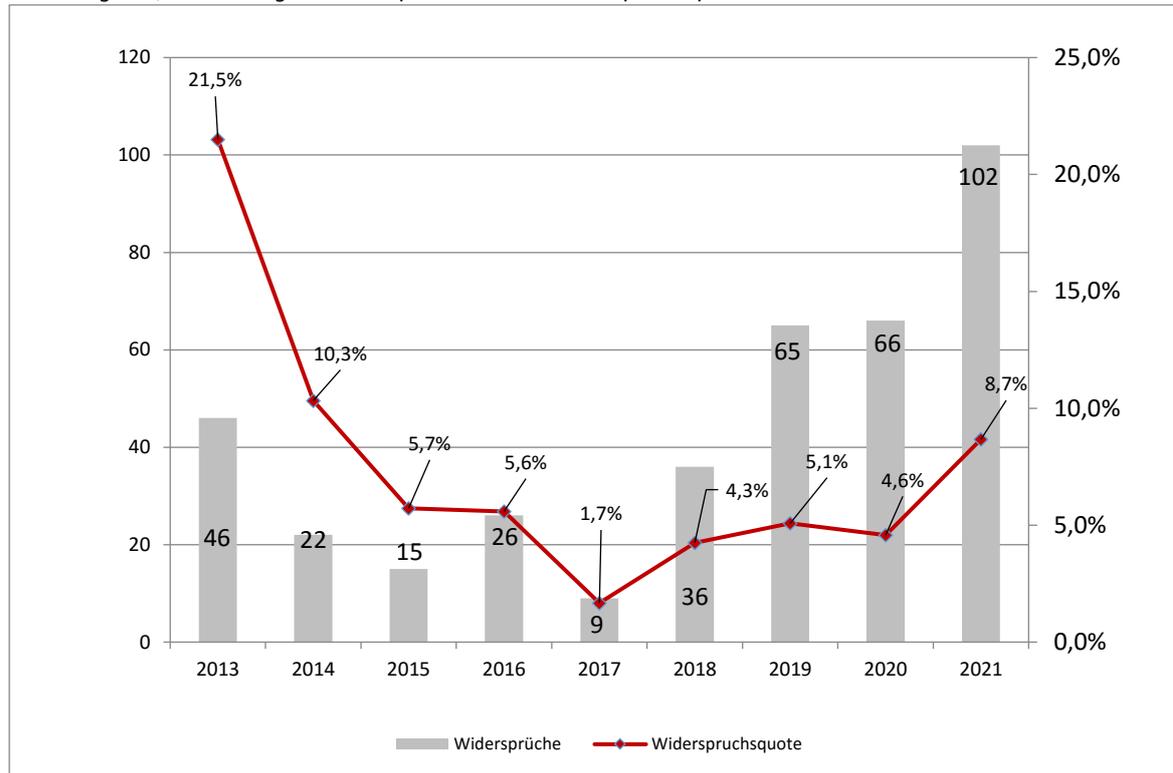
Der Anteil der Ablehnungen der eingegangenen Anträge durch die Rehabilitationsträger ist im Vergleich zum Vorjahr von 8 % auf 6% gefallen. Der Anteil der abgelehnten Anträge aus medizinischen Gründen, z. B. aufgrund der Verschlechterung des medizinischen Zustandes des Antragstellers, ist von 5% auf 3% gefallen. Dagegen ist die Ablehnungsquote aus sonstigen Gründen, z. B. aufgrund der Unvollständigkeit von Antragsunterlagen, mit 3 % auf dem gleichen Niveau des Vorjahres geblieben.

Abbildung 4-7: Entwicklung der abgelehnten Leistungsentscheidungen und der Ablehnungsquote



Gegen abgelehnte Leistungen wurden 102 Widersprüche eingelegt. Damit liegt die Widerspruchsquote gegenüber abgelehnten Leistungsentscheidungen bei 8,7 Prozent und ist damit gegenüber dem Vorjahr 2020 gestiegen (2020: 4,6 Prozent).

Abbildung 4–8; Entwicklung der Widersprüche und der Widerspruchsquote



Von den 16.772 genehmigten Leistungen wurden im Berichtsjahr 2021 12.216 durchgeführt, was einer Durchführungsquote von 73 Prozent. Im Berichtsjahr 2020 lag die Durchführungsquote bei 69 Prozent.

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

Der OBS wurde flächendeckend zum 1. Januar 2015 in allen MD implementiert und ist seit 1. Januar 2016 gesetzlich verankert (§ 18 Abs. 6 SGB XI). Die MD-Gemeinschaft führt ein kontinuierliches Monitoring zu den Entwicklungen der Rehabilitationsempfehlungen durch, um Probleme zeitnah zu identifizieren und darauf zu reagieren, bspw. mit Nachschulungen von Gutachterinnen und Gutachtern oder Fallbesprechungen zu konkreten Fragestellungen.

Der GKV-Spitzenverband hat am 22. März 2021 eine überarbeitete Fassung der Richtlinien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (BRi) beschlossen, die anschließend vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt wurden. Die Richtlinien gelten für alle Pflege-Begutachtungen seit dem 17. Mai 2021. In die Überarbeitung sind die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit dem seit dem 1. Januar 2017 geltenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem damit verbundenen neuen Begutachtungsverfahren und Erkenntnisse aus den länderübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Medizinischen Dienste eingeflossen. Auf Grund dessen erfolgte eine Aktualisierung des Schulungscurriculums zur Umsetzung des Optimierten Begutachtungsstandards (OBS). Darüber hinaus wurden zur Unterstützung der Schulungen in den MD Module zur

geriatrischen und pneumologischen Rehabilitation erarbeitet, die perspektivisch noch um weitere Module ergänzt werden.

Nachdem im Jahr 2020 auf Grund der Corona-Pandemie der jährliche Erfahrungsaustausch mit den Multiplikatoren und Ansprechpartnern der MDK ausgesetzt wurde, fand am 18.11.2021 und 19.11.2021 ein Erfahrungsaustausch als Live online –Seminar statt.

In diesem Seminar wurde den Teilnehmern das aktualisierte OBS-Schulungscurriculum und die neu erarbeiteten Module vorgestellt. Im Weiteren erfolgte ein Erfahrungsaustausch insbesondere zur Praktikabilität der Telefoninterviews. Diese haben Auswirkungen auf die Empfehlungen im Pflegegutachten, da Empfehlungen für Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erschwert zu erheben sind. Die MD berichteten über Auffrisch- und Nachschulungen für neu eingestellte Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sowie im Rahmen der Wiederaufnahme der Hausbesuche. In der Veranstaltung wurden auch Fallbeispiele bearbeitet und besprochen.

Das aktualisierte OBS- Schulungscurriculum sowie die ergänzenden Module stehen seit Januar 2022 allen MD über die Datenbank des MDB zur Verfügung.

Zusammenfassend wurde durch die Schulungsteilnehmer konstatiert, dass der professionsübergreifende Austausch einen großen Benefit ergibt, die Teamschulungen mit beiden Professionen ausgesprochen sinnvoll und wichtig sind und die Thematik „Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ inklusiv OBS kontinuierlich aufgefrischt und geschult werden muss.

## **6. Zusammenfassung**

Mit dem Berichtsjahr 2021 wurde zum neunten Mal die Statistik zur Umsetzung der Empfehlung nach § 18a Abs. 2 SGB XI erhoben und ausgewertet.

Wie bereits 2020 fand auch 2021 der Großteil der Begutachtungen aus Gründen des Infektionsschutzes in der Corona-Pandemie nicht in der eigenen Häuslichkeit des Antragsstellers, sondern in Form von strukturierten Telefoninterviews statt. Mit zunehmender Erfahrung mit dem Begutachtungsinstrument der strukturierten Telefoninterviews können Rehabilitationsbedarfe zunehmend besser identifiziert werden. Dies spiegelt sich im Berichtsjahr 2021 in einer Zunahme der Rehabilitationsempfehlungen und der Rehabilitationsquote wider. Die Bereitschaft der Pflege-Antragssteller zu einer Einwilligung in eine Reha-Maßnahme bleibt jedoch weiterhin verhalten.

Mit dem IPReG wurde die Berichtspflicht nach § 18a Absatz 2 SGB XI erweitert und die Gründe erfragt, die einer Einwilligung des Antragstellers in eine Reha-Maßnahme entgegenstehen. Als Hauptgrund wurden soziale Aspekte, wie beispielsweise die häusliche Bindung oder mangelnde Unterstützung des sozialen Netzwerkes (Familie/Nachbarn/Freunde) genannt.

Außerdem sollten mit der Erweiterung der Berichtspflicht durch das IPReG auch Maßnahmen genannt werden, die die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihren Aufgaben gemäß §§ 18a Absatz 1 und 31 Absatz 3 SGB XI nachzukommen. Die Ergebnisse zeigen, dass die

Pflegekassen in vielen Fällen aktiv werden und beispielsweise den Versicherten Beratungsangebote zu einer Rehabilitation zur Verfügung stellen oder den Versicherten an die Möglichkeit erinnern, eine Einwilligung zur Einleitung einer Rehabilitation mitzuteilen.