

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischer Rehabilitation im Berichtsjahr 2023

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Herausgeber

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Abteilung Gesundheit
rehabilitation@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217 a SGB V.
Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Quantitativer Berichtsteil	4
2.1	Vorgehensweise der Datenerhebung	4
2.2	Datenqualität	5
2.3	Auswertung der Daten	5
2.3.1	Vertragsärztliche Verordnungen von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation	5
2.3.2	Erledigungen	7
2.3.3	Widersprüche	9
2.3.4	Bearbeitungsdauer	10
2.3.5	Durchgeführte Maßnahmen	11
3	Qualitativer Berichtsteil	13
3.1	Erhebung bei den Krankenkassen	13
3.2	Ergebnisse der Erhebung	14
4	Exkurs: Daten der amtlichen Statistik KG 5 sowie Daten zum Bericht nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI	21
4.1	Daten der amtlichen Statistik KG 5	21
4.1.1	Fallzahlstatistik	21
4.1.2	Antrags- und Bewilligungsstatistik	24
4.2	Daten des Berichts nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI	25
4.3	Bewertung der Daten der amtlichen Statistik KG 5 sowie der Daten zum Bericht nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI	26
5	Zusammenfassung	26

1 Einleitung

Mit dem „Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz, GKV-IPReG) wurde das Verfahren der vertragsärztlichen Verordnung von und der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation geändert. Bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation wird danach durch die Krankenkasse nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Zugleich wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, in der Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) bis zum 31.12.2021 das Nähere zur Auswahl und zum Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente sowie zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung zu regeln. Die Reha-RL wurde in entsprechender Weise angepasst und ist in der geänderten Fassung zum 01.07.2022 in Kraft getreten.

Mit Inkrafttreten der geänderten Reha-RL zum 01.07.2022 entfällt die Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation, sofern folgende Voraussetzungen gegeben und in der Verordnung auf dem Muster 61 dokumentiert sind:

1. Bestehen eines erhöhten Lebensalters, 70 Jahre oder älter und
2. Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatrietypischen Diagnosen.

Dabei sind die aus den Diagnosen resultierenden Schädigungen mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen, wobei ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen hat.

Die Reha-RL sieht darüber hinaus vor, dass die Verordnung von geriatrischer Rehabilitation auch für Versicherte über 60 und unter 70 Lebensjahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatrietypischen Multimorbidität erfolgen kann, wobei die Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit in diesen Fällen nicht ausgeschlossen ist.

Für die Vornahme der Verordnung und Dokumentation der Voraussetzungen für eine Leistung der geriatrischen Rehabilitation wurden der Vordruck Muster 61 sowie die Vordruckerläuterungen ebenfalls zum 01.07.2022 entsprechend angepasst. Eine praktische Umsetzung der neuen Regelungen erfolgt somit seit dem 01.07.2022.

Mit dem Ziel, Transparenz zur Umsetzung der Neuregelung der Verordnung geriatrischer Rehabilitationen zu schaffen, ist gesetzlich eine Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vorgesehen. Danach hat der GKV-Spitzenverband über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dem Deutschen Bundestag erstmalig für das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022 und für die nachfolgende Berichtspflicht für das Jahr 2022 und 2023 bis zum 30. September des jeweiligen Folgejahres einen Bericht vorzulegen, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden. Der Bericht soll ausweislich der Erläuterungen in

der Gesetzesbegründung insbesondere die Anzahl der Anträge, die Anzahl der genehmigten, durchgeführten und abgelehnten Leistungsentscheidungen und die Anzahl der Widersprüche sowie die Bearbeitungsdauer der Krankenkasse beinhalten. Die entsprechenden Darstellungen erfolgen im quantitativen Berichtsteil. Darüber hinaus sind Aussagen zu den Erfahrungen mit dem Einsatz der geriatrischen Abschätzungsinstrumente vorzusehen, welche im qualitativen Berichtsteil erfolgen. Der Bericht wurde erstmalig für das Berichtsjahr 2021 erstellt. Da erste Erfahrungen zur Vornahme der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation für den oben genannten Personenkreis unter der Anwendung der Abschätzungsinstrumente erst beginnend mit der zweiten Hälfte des Berichtsjahres 2022 vorliegen, enthielt dieser Bericht lediglich allgemeine Hinweise zur grundsätzlichen Datenverfügbarkeit und einen Ausblick auf die Vorbereitungen für den 2. Bericht im Jahr 2023.

Der Bericht für das Berichtsjahr 2022 umfasste aufgrund des unterjährigen Inkrafttretens der angepassten Rehabilitations-Richtlinie den Berichtszeitraum 01.07.2022 bis 31.12.2022. Nunmehr umfasst der Bericht für das Berichtsjahr 2023 den Berichtszeitraum eines gesamten Kalenderjahres. Vor diesem Hintergrund des abweichenden zeitlichen Umfangs der jeweiligen Berichtszeiträume erfolgt in diesem Bericht kein Jahresvergleich der Ergebnisse der ausgewerteten Daten.

2 Quantitativer Berichtsteil

2.1 Vorgehensweise der Datenerhebung

Um der Berichtspflicht in entsprechender Weise nachzukommen, hat der GKV-Spitzenverband frühzeitig Grundlagen geschaffen, die eine zielgerichtete Datenerhebung und Datenübermittlung auf Seiten der Krankenkassen ermöglichten. Hierzu wurden in Abstimmung mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene zur Sicherstellung einer systematischen und einheitlichen Umsetzung die zu erhebenden Daten definiert sowie Ausfüllhinweise erstellt und auf Seiten der Krankenkassen die notwendigen technischen Voraussetzungen für die Datenerfassung rechtzeitig implementiert.

Für die Übermittlung der Daten an den GKV-Spitzenverband ist ein automatisiertes Verfahren eingerichtet, welches Festlegungen zum Datenübermittlungsweg, zum Datenformat sowie Validierungsverfahren vorsieht. Die Datenmeldung erfolgt jeweils bis zum 07.06. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres. Hierdurch wird eine Einordnung der Daten in den Kontext der Daten der amtlichen Statistik KG 5 Antrags- und Bewilligungsstatistik, die bis zum 01.08. des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie die obersten Landesbehörden weiterzuleiten sind, ermöglicht.

Nach den vorgenannten Grundlagen werden seit Inkrafttreten der angepassten Reha-RL und somit dem 01.07.2022 folgende Daten zu den ab diesem Zeitpunkt vorgenommenen vertragsärztlichen Verordnungen von geriatrischer Rehabilitation durch die Krankenkassen erfasst:

- die über eine vertragsärztliche Verordnung erfolgten Anträge auf geriatrische Rehabilitation sowie die unerledigten Anträge aus dem Vorjahr, differenziert nach
 - ambulant
 - ambulant mobil
 - stationär
- die Anzahl der Leistungsentscheidungen unterteilt in
 - genehmigt nach Antrag/Verordnung
 - genehmigt mit anderer Rehabilitationsform
 - abgelehnte Anträge
 - sonstige Erledigungen
- die Bearbeitungsdauer
- die Anzahl der Widersprüche
- die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen.

Mit Ausnahme der Bearbeitungsdauer wurden die Daten im Weiteren unterteilt in folgende Altersgruppen

- 60 bis unter 70 Jahre
- 70 bis unter 80 Jahre
- ab 80 Jahre

erhoben.

2.2 Datenqualität

Für das Berichtsjahr 2023 haben alle 96 Krankenkassen Daten an den GKV-Spitzenverband übermittelt. Damit ist eine Rückmeldequote bezogen auf die Anzahl der Krankenkassen von 100 % gegeben. Die von den Krankenkassen gemeldeten Daten wurden vom GKV-Spitzenverband technisch und strukturell bestmöglich auf Konsistenz und Validität geprüft. Im Prüfverfahren wurde für jede Datenmeldung ein Rückmeldereport erstellt. Dieser ermöglichte es den Datenlieferanten, bei Auffälligkeiten und Fehlern, einen korrigierten Datensatz an den GKV-Spitzenverband zu senden.

2.3 Auswertung der Daten

2.3.1 Vertragsärztliche Verordnungen von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation

Mit der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation über den Vordruck Muster 61 erfolgt zugleich eine Antragstellung durch die oder den Versicherten. Entsprechend der Gesetzesbegründung sollen im Bericht die Anträge auf geriatrische Rehabilitation aus der vertragsärztlichen Versorgung dargestellt werden, die unter Berücksichtigung der Rechtsänderungen durch das IPReG erfolgt sind.

Aus dem vertragsärztlichen Bereich wurden im Berichtszeitraum 27.996 Verordnungen auf geriatrische Rehabilitation vorgenommen. Unterteilt in Altersgruppen umfasst die Altersgruppe 60 bis unter 70 Jahre 1.619 Verordnungen, die Altersgruppe 70 bis unter 80 Jahre 8.645 Verordnungen und die Altersgruppe ab 80 Jahre 17.732 Verordnungen (Tabelle 1). Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation wurden somit überwiegend für die Altersgruppe ab 80 Jahre und dabei als stationäre Rehabilitation verordnet.

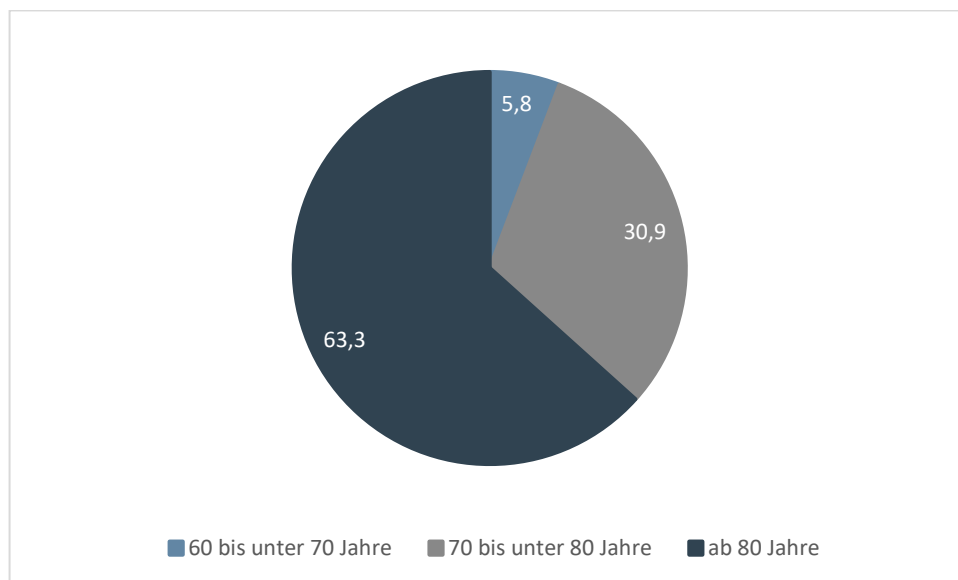
Tabelle 1: Anzahl vertragsärztliche Verordnungen von geriatrischer Rehabilitation

Altersgruppe	Verordnungen ambulante Reha	Verordnungen ambulant mobile Reha	Verordnungen stationäre Reha	Verordnungen Gesamt
60 bis unter 70 Jahre	115	46	1.458	1.619
70 bis unter 80 Jahre	732	139	7.774	8.645
ab 80 Jahre	1.463	463	15.806	17.732
Gesamt	2.310	648	25.038	27.996

Gemessen an der Gesamtzahl der vertragsärztlichen Verordnungen von geriatrischer Rehabilitation beträgt der Anteil der Altersgruppe 60 bis unter 70 Jahre 5,8 Prozent, der Anteil der Altersgruppe 70 bis unter 80 Jahre 30,9 Prozent und der Anteil der Altersgruppe ab 80 Jahre 63,3 Prozent (Abbildung 1).

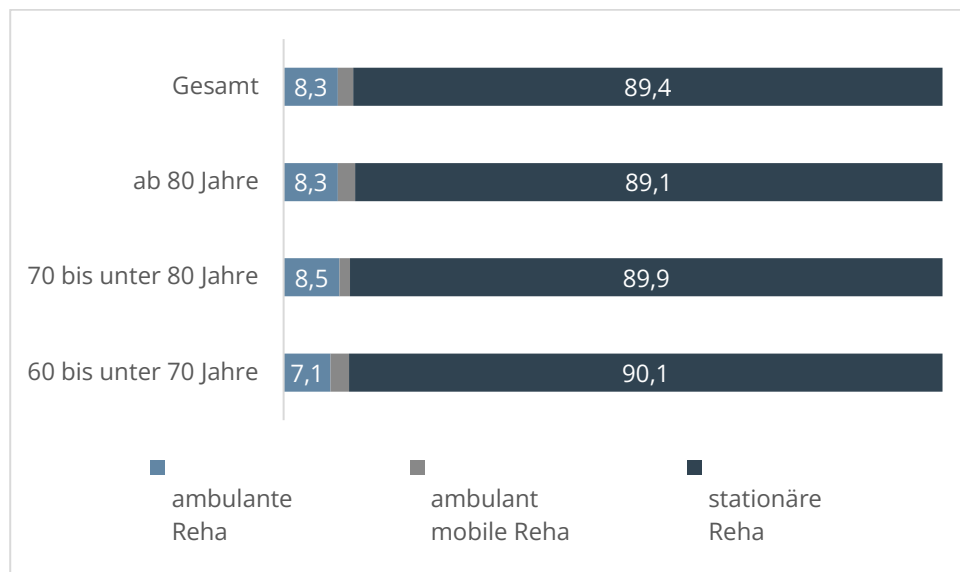
Wenngleich aufgrund der abweichenden Zeitdauer des Berichtszeitraums 2022 und des Berichtszeitraums 2023 kein Jahresvergleich vorgenommen werden kann, legt eine rein rechnerische Betrachtung die Annahme nahe, dass die Anzahl der vertragsärztlichen Verordnungen von geriatrischer Rehabilitation um rund 20 v. H. angestiegen ist.

Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Verordnungen geriatrischer Rehabilitation nach Altersgruppen



Nahezu gleich verteilt über alle Altersgruppen ist der Anteil der Verordnung von stationärer geriatrischer Rehabilitation (Abbildung 2). Die Altersgruppe 60 bis unter 70 Jahre weist dabei den höchsten Wert aus, wobei die im Verhältnis zu den übrigen Altersgruppen deutlich geringere Anzahl von Anträgen insgesamt für diese Altersgruppe zu berücksichtigen ist.

Abbildung 2: Prozentuale Verteilung Verordnungen geriatrische Rehabilitation nach Altersgruppen und Versorgungsformen



2.3.2 Erledigungen

Die Erledigungen gliedern sich in „genehmigt nach Antrag/Verordnung“, „genehmigt mit anderer Rehabilitationsform“, „abgelehnte Anträge“ und „sonstige Erledigungen“. Im Berichtszeitraum wurden über alle Altersgruppen und Versorgungsformen hinweg 545 Erledigungen mit „genehmigt mit anderer Rehabilitationsform“ vorgenommen. Diese Erledigungsart wurde mit den Erledigungen „genehmigt nach Antrag/Verordnung“ zur Erledigungsart „Bewilligungen“ zusammengefasst.

Im Berichtszeitraum erfolgten 27.294 Erledigungen insgesamt. Diese sind auf 21.122 Bewilligungen, 3.582 Ablehnungen und 2.590 sonstige Erledigungen (z. B. Tod der/des Versicherten oder Rücknahme des Antrages) verteilt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Verteilung der Erledigungen unterteilt nach Erledigungsarten und Versorgungsbereichen

Versorgungsform	Bewilligungen	Ablehnungen	sonstige Erledigungen
ambulant	1.823	233	207
ambulant mobil	519	104	22
stationär	18.780	3.245	2.361
Gesamt	21.122	3.582	2.590

Unterteilt nach Altersgruppen erfolgten bei der Altersgruppe 60 bis unter 70 Jahre 1.019 Bewilligungen, 357 Ablehnungen und 157 sonstige Erledigungen.

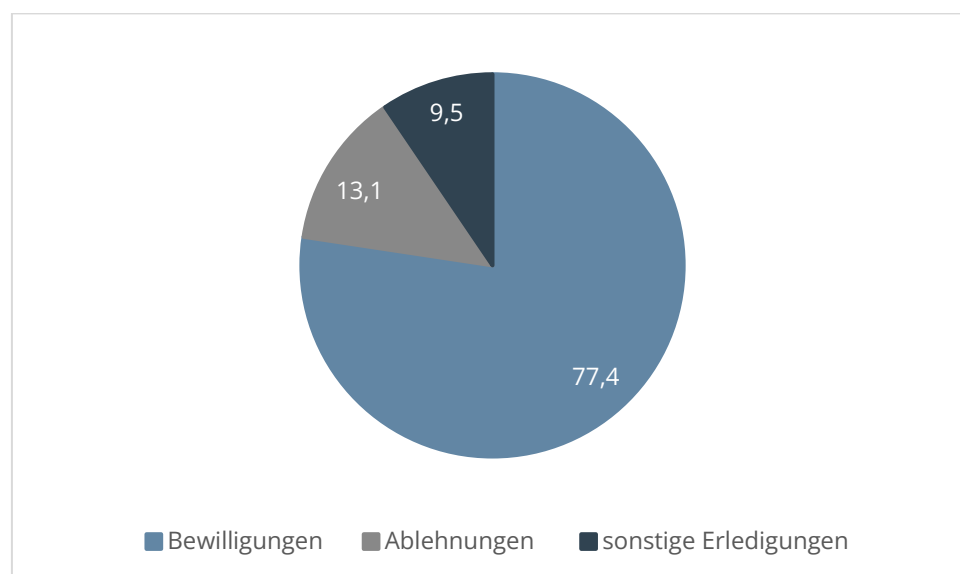
In der Altersgruppe 70 bis unter 80 Jahre erfolgten 6.308 Bewilligungen, 1.290 Ablehnungen und 735 sonstige Erledigungen. Die Altersgruppe ab 80 Jahre umfasste 13.795 Bewilligungen, 1.935 Ablehnungen und 1.698 sonstige Erledigungen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Verteilung der Erledigungen unterteilt nach Erledigungsarten und Altersgruppen

Altersgruppe	Bewilligungen	Ablehnungen	sonstige Erledigungen
60 bis unter 70 Jahre	1.019	357	157
70 bis unter 80 Jahre	6.308	1.290	735
ab 80 Jahre	13.795	1.935	1.698
Gesamt	21.122	3.582	2.590

Gemessen an der Gesamtanzahl der Erledigungen über alle Versorgungsformen beträgt der Anteil der Bewilligungen 77,4 Prozent, der Anteil der Ablehnungen 13,1 Prozent und der Anteil der sonstigen Erledigungen 9,5 Prozent (Abbildung 3).

Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der Erledigungsarten gesamt



Die Ablehnungen sind wesentlich durch die fehlenden Voraussetzungen für eine Leistung zur geriatrischen Rehabilitation begründet. Ist bei der Verordnung zur geriatrischen Rehabilitation für die Altersgruppe 60 bis unter 70 Jahre die Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit der Leistung durch die Krankenkasse grundsätzlich möglich, kann diese bei der Altersgruppe ab 70 Jahre und älter nur erfolgen, wenn die vertragsärztliche Verordnung nicht den Voraussetzungen der Reha-RL entspricht (vgl. § 15 Abs. 3 Reha-RL).

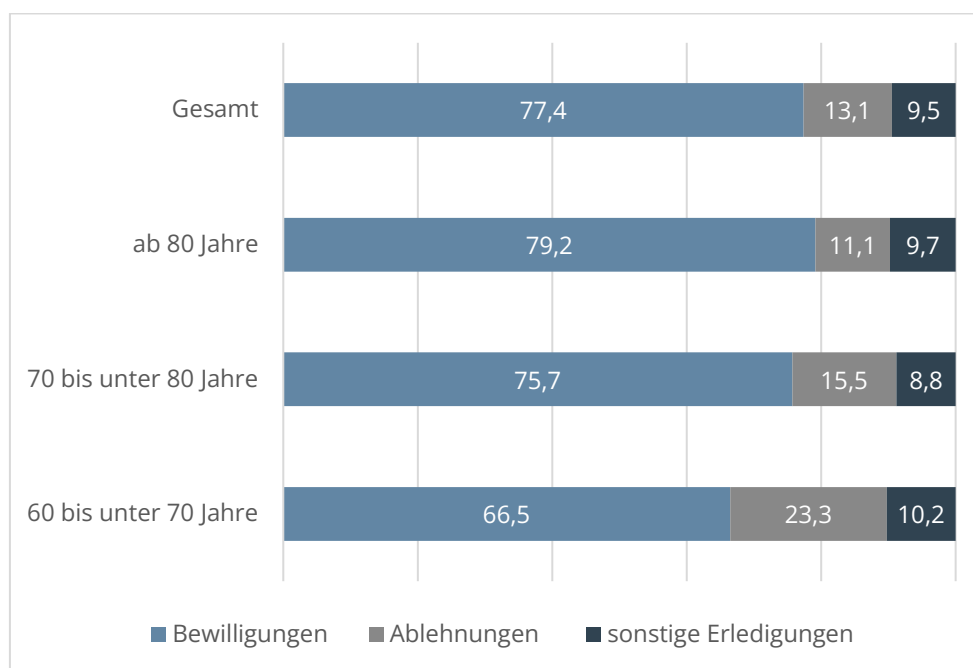
Trotz einer grundsätzlich guten Ausfüllqualität (vgl. Abschnitt 3 – qualitativer Berichtsteil) lagen der Antragstellung vertragsärztliche Verordnungen zugrunde, welche nicht die Voraussetzungen der Reha-RL erfüllten. Dabei waren entweder die Angaben zur Indikationsstellung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation (z. B. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit oder Rehabilitationsprognose) oder die Voraussetzungen zur Anwendung des geriatrischen Abschätzungsinstruments nicht hinreichend erfüllt (z. B. fehlende Angaben zu den Funktionstests). Soweit auch im unmittelbaren Kontakt zwischen Krankenkasse und Vertragsärztin oder Vertragsarzt die Verordnung zur geriatrischen Rehabilitation nicht hinreichend konkretisiert werden konnte, erfolgte im Einzelfall eine Prüfung der medizinischen

Erforderlichkeit mittels einer gutachterlichen Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst (vgl. Abschnitt 3 – qualitativer Berichtsteil).

Soweit im Rahmen der Prüfung durch den Medizinischen Dienst die Indikation (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, realistische, alltagsrelevante Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose) für eine Leistung zur geriatrischen Rehabilitation nicht bestätigt werden konnte, erfolgte unter Hinweis auf die gutachterliche Stellungnahme eine Ablehnung der vertragsärztlich verordneten Leistung.

Die Quote der Bewilligungen, Ablehnung und sonstigen Erledigungen nach Altersgruppen ist der Abbildung 4 zu entnehmen.

Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der Erledigungsarten nach Altersgruppen und Gesamt



2.3.3 Widersprüche

Für den Bericht wurden die gegen eine ablehnende Leistungsentscheidung der Krankenkasse erfolgten Widersprüche erfasst. Somit wurden allein Widersprüche erfasst, die sich gegen eine von der vertragsärztlichen Verordnung abweichende Leistungsentscheidung richteten.

Unterteilt nach der beantragten Versorgungsform entfallen auf die ambulante Rehabilitation 68 Widersprüche, auf die ambulant mobile Rehabilitation 10 Widersprüche und auf die stationäre Rehabilitation 731 Widersprüche (Tabelle 4). Insgesamt erfolgten 809 Widersprüche.

Tabelle 4: Verteilung Widersprüche nach beantragter Versorgungsform

Versorgungsform	Anzahl Widersprüche
ambulante Reha	68
ambulant mobile Reha	10
stationäre Reha	731
Gesamt	809

Verteilt nach Altersgruppen entfallen auf die Altersgruppe 60 bis unter 70 Jahre 92 Widersprüche, auf die Altersgruppe 70 bis unter 80 Jahre 336 Widersprüche und auf die Altersgruppe ab 80 Jahre 381 Widersprüche (Tabelle 5).

Tabelle 5: Verteilung Widersprüche absolut und anteilig nach Altersgruppen

Altersgruppe	Anzahl Widersprüche	Anteil Widersprüche
60 bis unter 70 Jahre	92	11,4
70 bis unter 80 Jahre	336	41,5
ab 80 Jahre	381	47,1
Gesamt	809	100

Auch für die Bildung der Widerspruchsquote wird die Anzahl der Widersprüche im Verhältnis zu den ablehnenden Leistungsentscheidungen dargestellt. Gemessen an den erfolgten Ablehnungen beträgt die Widerspruchsquote 22,6 Prozent. Bei einer Darstellung im Verhältnis zur Anzahl der Anträge läge sie bei 2,9 Prozent.

2.3.4 Bearbeitungsdauer

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer ergibt sich aus der Zeitdauer (in Kalendertagen) zwischen dem Datum des Eingangs des Antrags auf geriatrische Rehabilitation aus dem vertragsärztlichen Bereich (Eingang der Verordnung nach Vordruck Muster 61) und dem Datum der Erledigung (Bewilligung, Ablehnung oder sonstige Erledigung).

Im Berichtszeitraum beträgt die durchschnittliche Bearbeitungsdauer über die Gesamtheit aller vertragsärztlichen Verordnungen auf geriatrische Rehabilitation 42,5 Tage. Bezogen auf die jeweiligen Versorgungsbereiche beträgt die durchschnittliche Bearbeitungsdauer einer vertragsärztlichen Verordnung für ambulanten Rehabilitation 31,1 Tage, ambulant mobile Rehabilitation 25,2 Tage und stationäre Rehabilitation 44,0 Tage (Tabelle 6).

Tabelle 6: Durchschnittliche Bearbeitungsdauer in Tagen nach Versorgungsbereichen

Versorgungsbereich	Bearbeitungsdauer in Tage
ambulante Reha	31,1
ambulant mobile Reha	25,2
stationäre Reha	44,0

Die für die Bemessung der Bearbeitungsdauer erforderliche Erledigung eines Antrages, z. B. in Form der Bewilligung der Leistung, setzt die Entscheidung durch rechtsbehelfsfähigen Bescheid voraus. Im Verwaltungsverfahren der Krankenkassen kann die Bewilligung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation erst erfolgen, wenn neben der grundsätzlichen Entscheidung über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen auch die Klinikauswahl sowie die Zusicherung der Aufnahme und Festlegung des Aufnahmezeitpunktes erfolgt sind. Die Verwaltungspraxis zeigt, dass der Prozess der geeigneten Einrichtungsauswahl häufig mit umfangreichen Abstimmungen verbunden ist, die einen erheblichen Zeitraum in Anspruch nehmen. Die Gründe hierfür sind vielfältig, z. B. Prüfung durch die Einrichtung, ob die oder der Versicherte vor dem Hintergrund des Pflegegrades aufgenommen werden kann, mangelnde Kapazitäten an freien Plätzen in den Rehabilitationseinrichtungen. Im Ergebnis führt der Prozess der Klinikauswahl somit zu längeren Bearbeitungsdauern.

Dagegen erfolgt die Leistungsentscheidung dem Grunde nach, d.h. die positive Information an die oder den Versicherten über die Vornahme einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation bereits zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt. Die Information erfolgt in der Regel durch einfaches Schreiben und wird statistisch nicht erfasst.

2.3.5 Durchgeführte Maßnahmen

Die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen ergibt sich aus den im Berichtszeitraum angetretenen Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation.

Gemessen an der Anzahl der bewilligten Leistungen beträgt die Durchführungsquote im Bereich der ambulanten Rehabilitation 82,0 Prozent, im Bereich der ambulant mobilen Rehabilitation 53,2 Prozent und im Bereich der stationären Rehabilitation 70,0 Prozent (Tabelle 7).

Tabelle 7: Anzahl der durchgeführten Maßnahmen und Durchführungsquote nach Versorgungsbereichen

Versorgungsform	Anzahl Maßnahmen	Durchführungsquote
ambulante Reha	1.495	82,0
ambulant mobile Reha	276	53,2
stationäre Reha	13.144	70,0
Gesamt	14.915	70,6

Unterteilt nach Altersgruppen beträgt die Durchführungsquote in der Altersgruppe 60 bis unter 70 Jahre 66,9 Prozent, in der Altersgruppe 70 bis unter 80 Jahre 69,1 Prozent und in der Altersgruppe ab 80 Jahre 71,6 Prozent (Tabelle 8). Der Schwerpunkt der erfolgten Maßnahmen liegt im Bereich der stationären geriatrischen Rehabilitation sowie bei der Altersgruppe ab 80 Jahre. Im Durchschnitt über alle Versorgungsbereiche und Altersgruppen liegt die Durchführungsquote bei 70,6 Prozent.

Tabelle 8: Anzahl der durchgeführten Maßnahmen und Durchführungsquote nach Altersgruppen

Altersgruppe	Anzahl Maßnahmen	Durchführungsquote
60 bis unter 70 Jahre	682	66,9
70 bis unter 80 Jahre	4.358	69,1
ab 80 Jahre	9.875	71,6
Gesamt	14.915	70,6

Mit einer Durchführungsquote von 70,6 Prozent wurde ein hoher Anteil der bewilligten Leistungen im Berichtszeitraum angetreten. Soweit Leistungen nicht angetreten wurden, sind nach Erfahrungen der Krankenkassen folgende Einflussfaktoren auf das Kriterium „Antritt einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation“ bedeutsam:

- lange Wartezeiten bis zur Aufnahme in die geriatrische Rehabilitationseinrichtung aufgrund mangelnder Kapazitäten (teilweise Wartezeiten von bis zu 6 Monaten und länger),
- mangelnde Anzahl von speziell geeigneten Einrichtungen, die Versicherte ab Pflegegrad 4 und gleichzeitig bestehender Demenz rehabilitieren können,
- Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts des Versicherten verbunden mit ggf. langen Wartezeiten bis zur Aufnahme,
- Verschlechterung des Gesundheitszustandes und Erforderlichkeit einer insbesondere stationären Krankenhausbehandlung im Vorfeld der geriatrischen Rehabilitation.

Die genannten Faktoren bedingen erhebliche Zeitspannen zwischen dem Zeitpunkt der Bewilligung und dem Antritt der Leistung zur geriatrischen Rehabilitation. Erfolgt die Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung nach dem 31.12.2023, liegt der Antritt der Leistung außerhalb des Berichtszeitraumes, sodass die erfolgte Leistung nicht in die Durchführungsquote des Berichtszeitraumes einfließt.

Im Weiteren sind Sachverhalte gegeben, in denen die oder der Versicherte trotz positiver Leistungsentscheidung die Leistung zur geriatrischen Rehabilitation nicht antritt (z. B. Tod, Rücktritt von der Leistung) und somit keine Durchführung erfolgt.

3 Qualitativer Berichtsteil

3.1 Erhebung bei den Krankenkassen

Neben der quantitativen Entwicklung soll der Bericht auch die Erfahrungen mit den erfolgten vertragsärztlichen Verordnungen einer geriatrischen Rehabilitation und somit dem Einsatz der Abschätzungsinstrumente darstellen. Die Erhebung der Daten zum qualitativen Berichtsteil erfolgte mittels standardisierter Befragung bei den Krankenkassen. Hierzu wurde in Abstimmung mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene ein Erhebungsbogen erstellt, der orientiert an den Festlegungen in § 15 Reha-RL und der Systematik des Vordrucks Muster 61 eine strukturierte Abfrage bei den Krankenkassen ermöglichte. Der Erhebungsbogen wurde in die folgenden vier Abschnitte unterteilt:

- I. Feststellung der Indikation einer medizinischen Rehabilitation gemäß § 7 Abs. 1 Reha-RL
- II. Darlegung der Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation
- III. Anwendung der Funktionstests
- IV. Rückfragen bei der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt.

Die Abschnitte I. bis III. umfassten insgesamt fünf Fragen, welche die Erhebung der Erfahrungen mit der Darlegung der medizinischen Erforderlichkeit einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation auf Basis der vertragsärztlichen Verordnung unter Anwendung der Abschätzungsinstrumente ermöglicht. Die Fragen 1, 2, 4 und 5 waren jeweils mit folgenden Antwortskalen hinterlegt:

- immer = 100 Prozent
- häufig = 99 bis 75 Prozent
- überwiegend = 74 bis 50 Prozent
- manchmal = 49 bis 25 Prozent
- selten = unter 25 Prozent.

Frage 3 umfasste Angaben zur Anzahl der durchgeführten Funktionstests.

Der Abschnitt IV. umfasste die Abfrage der Häufigkeit einer Rückfrage bei der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt, sofern die in § 15 Reha-RL definierten Kriterien für eine vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation im Vordruck Muster 61 nicht hinreichend dargelegt waren. Die Frage war mit folgenden Antwortskalen hinterlegt:

- sehr niedrig: 0 bis < 5 Prozent
- niedrig: 5 bis < 10 Prozent
- mittel: 10 bis < 30 Prozent
- hoch: 30 bis < 50 Prozent
- sehr hoch: ≥ 50 Prozent

Um den Aufwand der Erhebung der qualitativen Daten auf ein erforderliches Niveau zu begrenzen, erfolgte die Befragung der Krankenkassen in einem Zweimonatszeitraum und unter Berücksichtigung von Erfahrungswerten der Krankenkassen. Die Befragung der Krankenkasse umfasste den Erhebungszeitraum 01.01.2024 bis 29.02.2024 und bezog die vertragsärztlichen geriatrischen Verordnungen ein, zu denen im genannten Zeitraum eine Leistungsentscheidung bzw. Erledigung erfolgte. Die Rückmeldung der Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband erfolgte über die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, die eine Zusammenfassung für die jeweilige Kassenart vorgenommen haben.

3.2 Ergebnisse der Erhebung

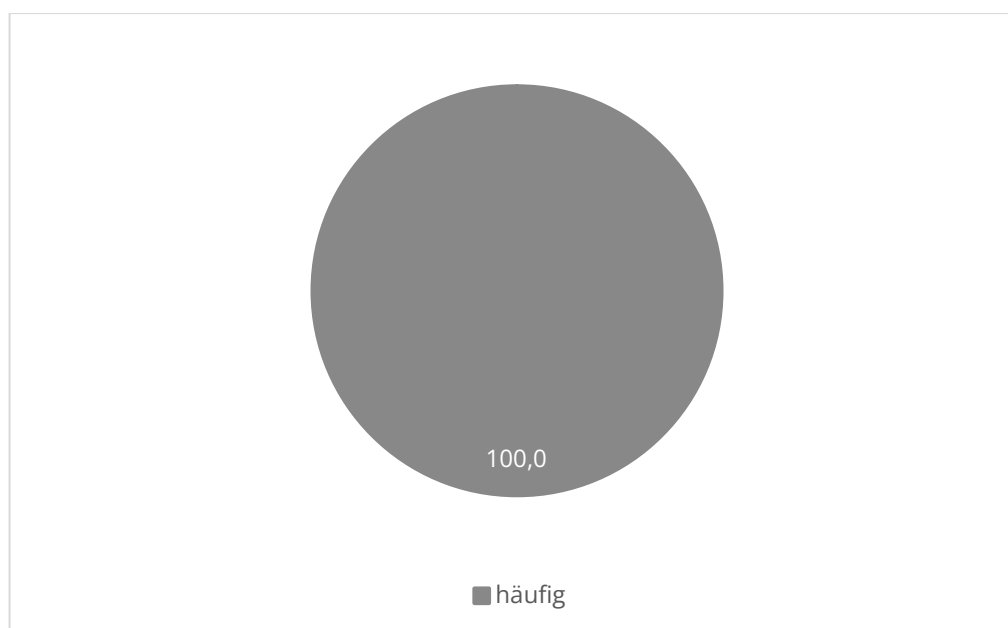
Im Erhebungszeitraum konnten nicht von allen Krankenkassen Angaben zu Erfahrungswerten vorgenommen werden. Dies betrifft insbesondere kleinere Krankenkassen, bei denen im vorgegebenen Zeitraum keine vertragsärztliche Verordnung auf geriatrische Rehabilitation zur Leistungsentscheidung bzw. Erledigung vorlag. Gemessen an der Gesamtzahl der GKV Versicherten liegen Erfahrungswerte von Krankenkassen vor, die 87,07 Prozent der GKV Versicherten repräsentieren. Unter Berücksichtigung dieser Rückmeldequote liegen die nachfolgend dargestellten Erfahrungen zur Vornahme einer vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischer Rehabilitation und somit zum Einsatz von Abschätzungsinstrumenten vor.

I. Feststellung der Indikation einer medizinischen Rehabilitation gemäß § 7 Abs. 1 Reha-RL

Frage 1: Wurde das Muster 61 in den nachfolgenden Bereichen vollständig ausgefüllt?

- a) Teil B Abschnitt II – Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit
100 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit „häufig“ vorgenommen wurden (Abbildung 5).

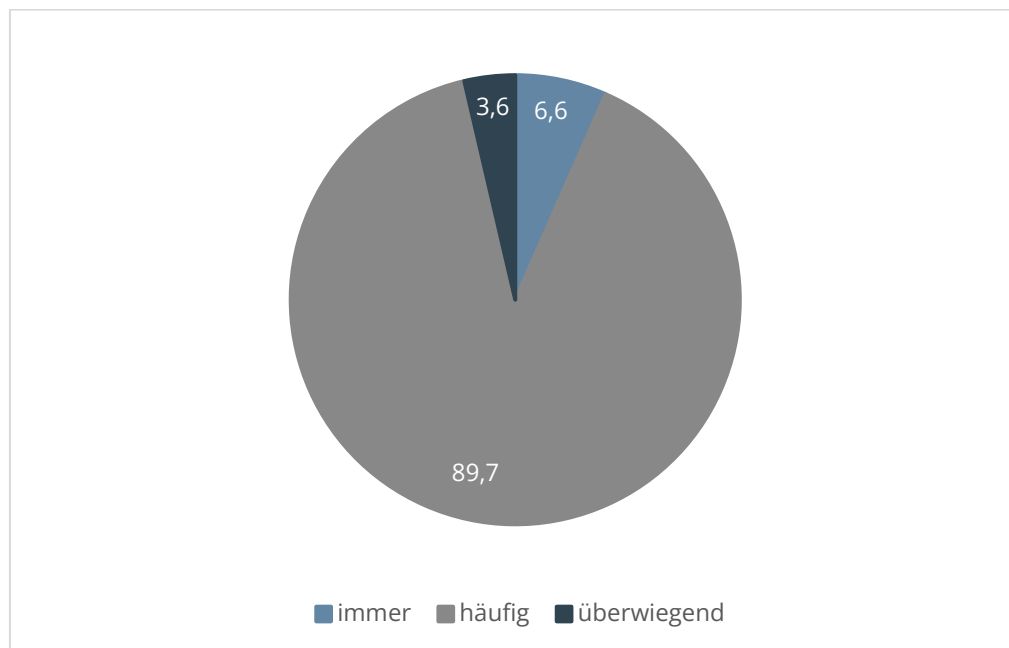
Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der Erfahrungen zur Angabe der Rehabilitationsbedürftigkeit



b) Teil C Abschnitt III – Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

6,6 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit „immer“ vorgenommen wurden, 89,7 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit „häufig“ erfolgten und 3,6 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass die Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit „überwiegend“ erfolgten (Abbildung 6).

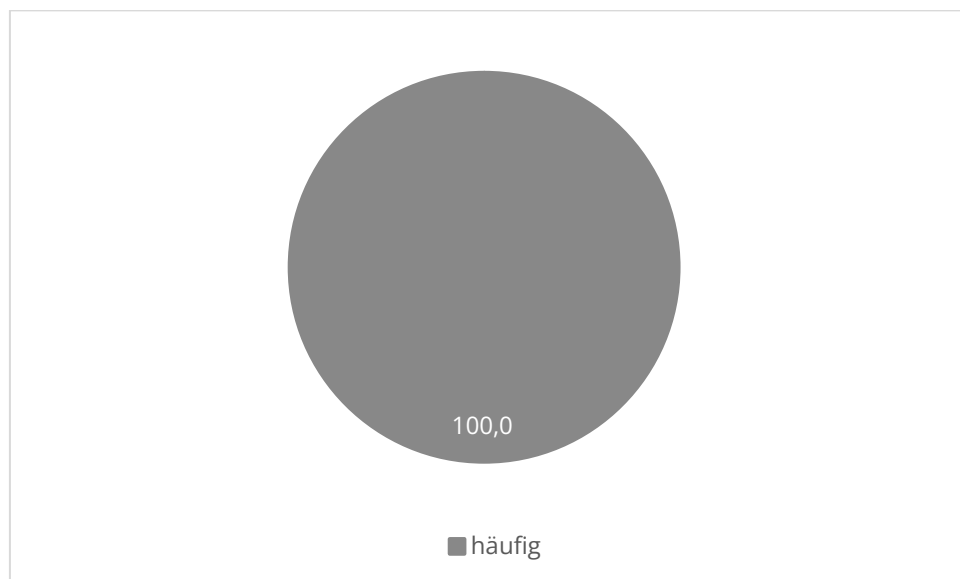
Abbildung 6: Prozentuale Verteilung der Erfahrungen zur Angabe der Rehabilitationsfähigkeit



c) Teil D Abschnitt IV – Angaben zu den Rehabilitationszielen

100 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass Angaben zu Rehabilitationszielen „häufig“ vorgenommen wurden (Abbildung 7).

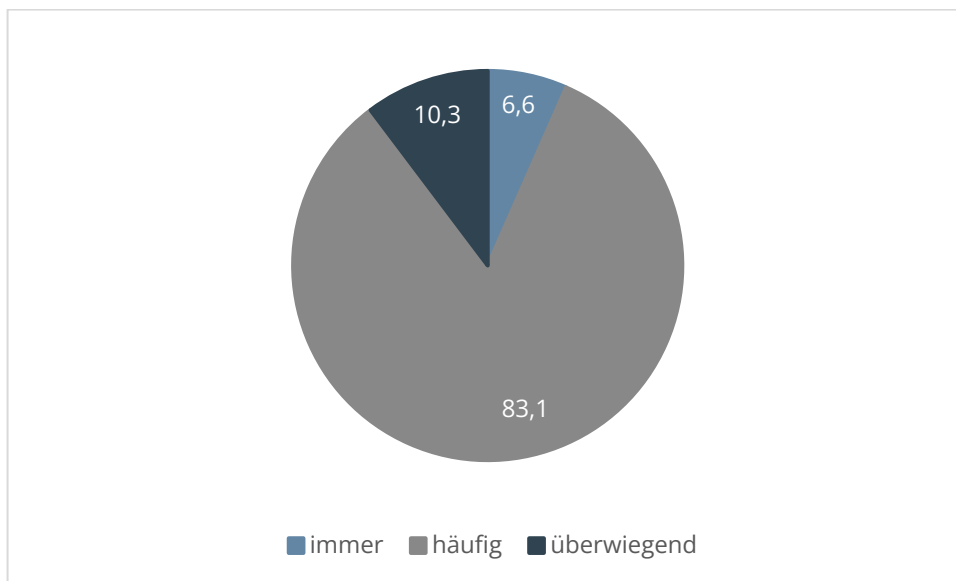
Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der Erfahrungen zur Angabe von Rehabilitationszielen



d) Teil D Abschnitt V – Angaben zur Rehabilitationsprognose

6,6 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass Angaben zur Rehabilitationsprognose „immer“ vorgenommen wurden, 83,1 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass Angaben zur Rehabilitationsprognose „häufig“ erfolgten und 10,3 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass Angaben zur Rehabilitationsprognose „überwiegend“ erfolgten (Abbildung 8).

Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der Erfahrungen zur Angabe der Rehabilitationsprognose



II. Darlegung der Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation

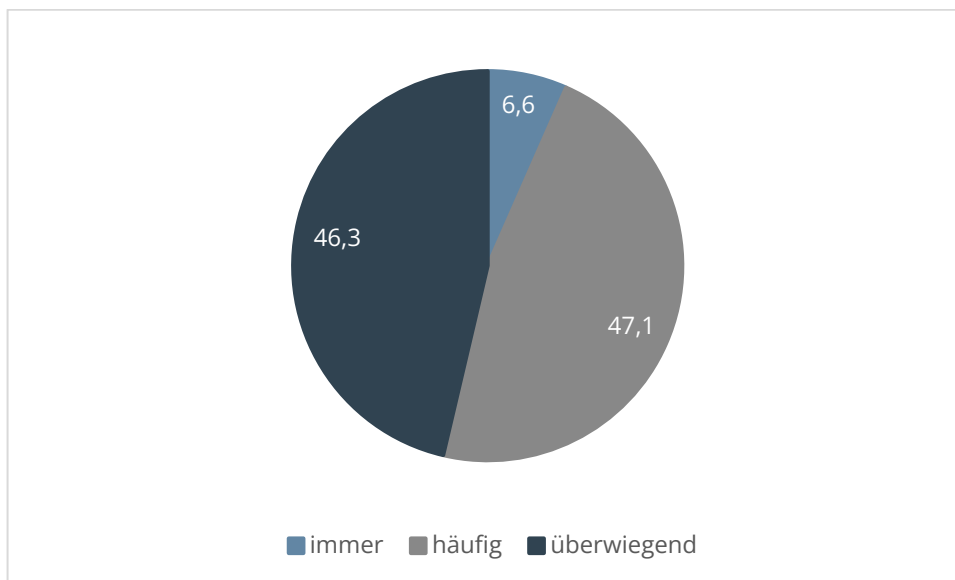
Abweichend vom vorhergehenden Bericht wurden für das Berichtsjahr 2023 die Daten zur Angabe der rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen und der geriatritypischen Diagnosen unterteilt in die Fragen a) und b) erhoben.

Frage 2: Wurden für die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation Angaben zur rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zu den geriatritypischen Diagnosen vorgenommen?

a) Angaben zur rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose

6,6 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass Angaben zur rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose „immer“ erfolgt sind. 47,1 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass die Angaben „häufig“ erfolgt sind und 46,3 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass diese Angaben „überwiegend“ erfolgt sind (Abbildung 9a).

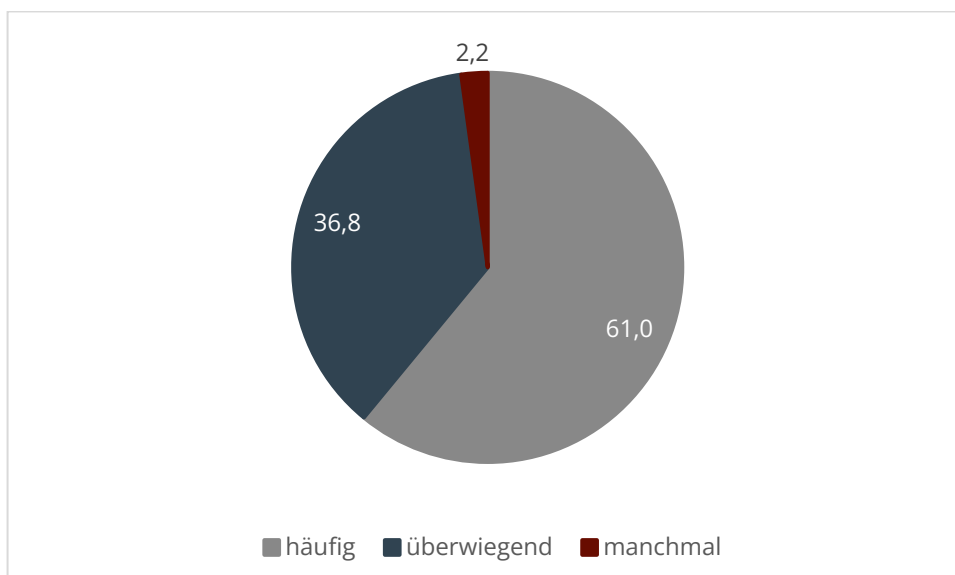
Abbildung 9a: Prozentuale Verteilung der Erfahrungen zur Angabe der rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose



b) Angaben zu den geriatrischen Diagnosen:

61,0 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass Angaben zu den geriatrischen Diagnosen „häufig“ erfolgt sind. 36,8 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass die Angaben „überwiegend“ erfolgt sind und 2,2 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass diese Angaben „manchmal“ erfolgt sind (Abbildung 9b).

Abbildung 9b: Prozentuale Verteilung der Erfahrungen zur Angabe der geriatrischen Diagnosen



III. Anwendung der Funktionstests

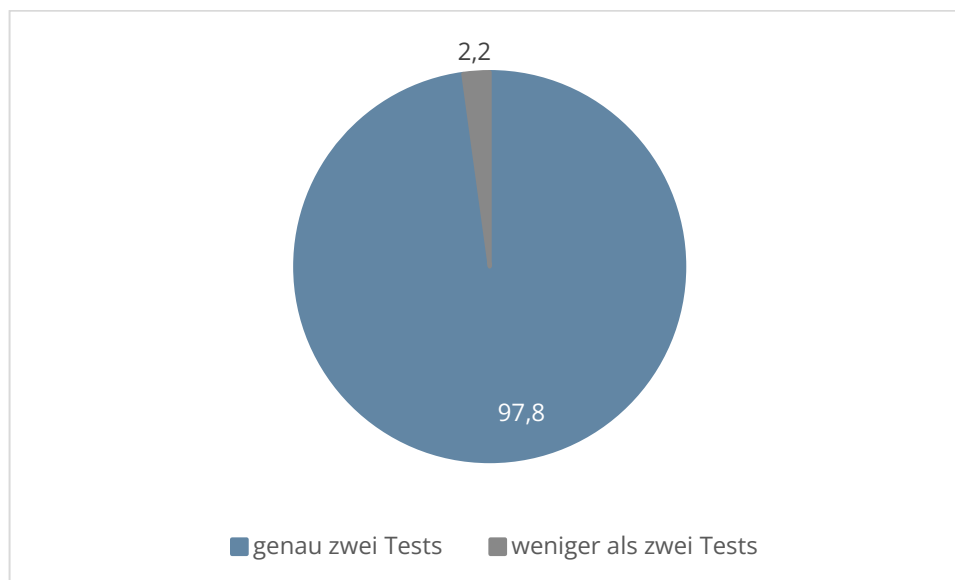
Frage 3: Wie viele Funktionstests werden durchschnittlich durchgeführt?

Die Frage war mit folgenden Antwortskalen hinterlegt:

- weniger als zwei Tests
- genau zwei Tests
- mehr als zwei Tests.

97,8 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass durchschnittlich „genau zwei Funktionstests“ durchgeführt wurden und 2,2 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass durchschnittlich „weniger als zwei Funktionstests“ durchgeführt wurden (Abbildung 10).

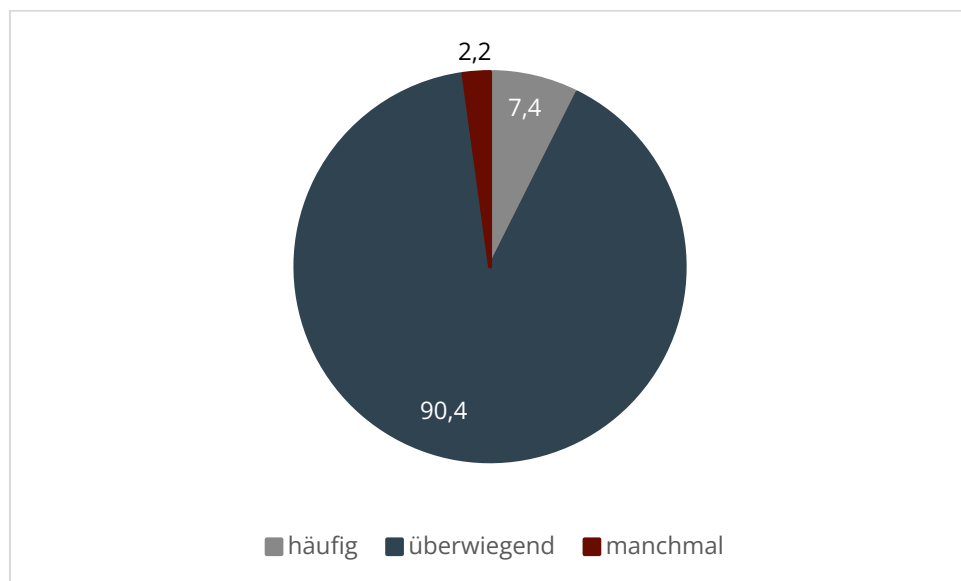
Abbildung 10: Prozentuale Verteilung der Erfahrungen zur Anzahl der durchgeführten Funktionstests



Frage 4: Wurden die aufgeführten Schädigungen mit geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen dargelegt?

7,4 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass die aufgeführten Schädigungen „häufig“ durch geeignete Funktionstest aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen dargelegt wurden. 90,4 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass dies „überwiegend“ erfolgt ist und 2,2 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass dies „manchmal“ erfolgt ist (Abbildung 11).

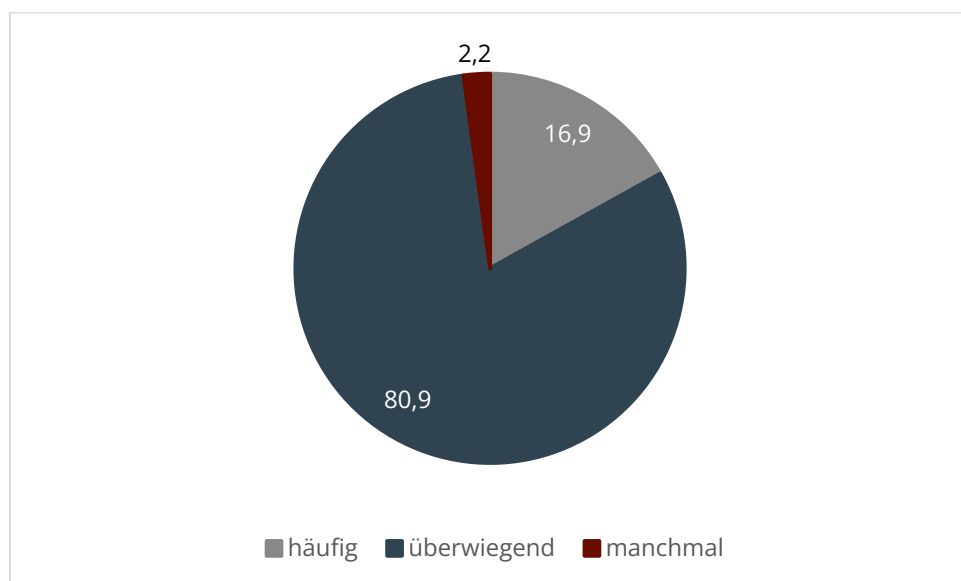
Abbildung 11: Prozentuale Verteilung der Erfahrungen zur Anwendung geeigneter Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen



Frage 5: Ist jeweils mindestens ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose erfolgt?

16,9 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass „häufig“ mindestens einer der durchgeführten Funktionstests für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose erfolgte, 80,9 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass dies „überwiegend“ erfolgte und 2,2 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass dies „manchmal“ erfolgte (Abbildung 12).

Abbildung 12: Prozentuale Verteilung der Erfahrungen zur Anwendung mindestens eines Funktionstests für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose

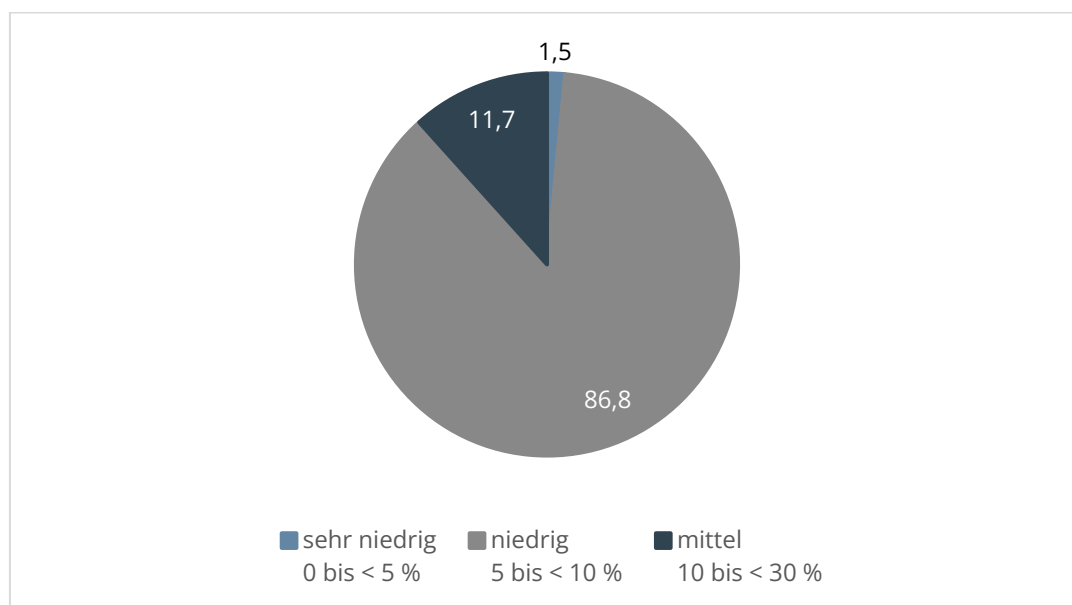


IV. Rückfragen bei der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt

Frage 6: Wie hoch ist der Anteil der Verordnungen, bei denen eine Rückfrage gegenüber der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erforderlich war?

11,7 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass in „10 bis < 30 Prozent“ der Verordnungen eine Rückfrage bei der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erforderlich war, 86,8 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass dies in „5 bis < 10 Prozent“ der Verordnungen erfolgte und 1,5 Prozent der Krankenkassen gaben an, dass dies in „0 bis < 5 Prozent“ der Verordnungen erfolgte (Abbildung 13).

Abbildung 13: Prozentuale Verteilung der Erfahrungen zum Anteil der Verordnungen die eine Rückfrage erfordern



Zusammenfassende Bewertungen:

Die Erhebung zu den Erfahrungswerten der Vornahme einer vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation und somit der Anwendung der Abschätzungsinstrumente zeigt grundsätzlich positive Ergebnisse. Dies gilt zunächst für die Angaben zur Feststellung der Indikation einer medizinischen Rehabilitation, das heißt der Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und der positiven Rehabilitationsprognose sowie zu den Rehabilitationszielen. Wenngleich im Vergleich zum Vorbericht eine moderate Verschiebung hin zu negativeren Bewertungskategorien bei den Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose erkennbar ist, ist insgesamt weiterhin eine angemessen gute Ausfüllqualität gegeben, zumal zugleich die Rückmeldungen zu den Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zu den Rehabilitationszielen eine Verschiebung zu positiveren Bewertungskategorien erkennen lassen. In diese Gesamtbewertung sind auch die Aspekte des auf zwei Monate begrenzten Erhebungszeitraums und der Trennschärfe der Angaben zu den Bewertungskategorien bei Erhebungen mittels Erfahrungswerten einzubeziehen.

Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass die Darlegung der medizinischen Erforderlichkeit der Leistung zur geriatrischen Rehabilitation und dabei insbesondere die Anwendung der als Element der Abschätzungsinstrumente neu eingeführten Funktionstests nicht in jedem Fall mit den in der Reha-RL definierten Voraussetzungen erfolgt. Hier sind im Vergleich zum Vorbericht moderate Verschiebungen hin

zu negativeren Bewertungen der Angaben zu der rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zu den geriatritypischen Diagnosen sowie bei der Anwendung der Funktionstests erkennbar. Die dennoch weiterhin insgesamt als gut zu bewertende Ausfüllqualität des Vordrucks Muster 61 zeigt sich auch in der im Vergleich zum Vorbericht positiven Entwicklung hinsichtlich der Erforderlichkeit von Rückfragen bei der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt.

4 Exkurs: Daten der amtlichen Statistik KG 5 sowie Daten zum Bericht nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI

Die diesem Bericht zugrundeliegenden Daten umfassen mit den vertragsärztlich verordneten Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation lediglich einen Teilausschnitt des Leistungsgeschehens im Bereich der medizinischen Rehabilitation der GKV. Einen umfassenden Überblick zu den in diesem Bereich erfolgten Anträgen, vorgenommenen Leistungsentscheidungen und erfolgten Leistungen ermöglichen die amtliche Statistik KG 5 sowie die Daten zum Bericht nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI¹.

4.1 Daten der amtlichen Statistik KG 5

Die Statistik KG 5 ist eine Jahresstatistik und umfasst den Berichtszeitraum 01.01. bis 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres. Die Daten sind bis zum 07.06. des Folgejahres an den GKV-Spitzenverband weiterzuleiten, welcher die Daten bis zum 01.08. des Folgejahres an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie die obersten Landesbehörden übermittelt.

4.1.1 Fallzahlstatistik

Die Statistik KG 5 gibt unter anderem Auskunft über das Leistungsgeschehen im Bereich Rehabilitation, indem indikationsspezifisch (z. B. Geriatrie, Herz-Kreislauf etc.) die Leistungsfälle abgebildet werden. Diese werden zudem entsprechend der Versorgungsform als ambulante und stationäre Rehabilitation ausgewiesen und als Davon-Angabe die Werte der ambulanten und stationären Anschlussrehabilitation aufgeführt. Die jeweiligen Angaben werden in den Altersstufen „bis unter 15 Jahre“, 15 bis unter 20 Jahre“, „20 bis unter 65 Jahre“ und „65 Jahre und älter“ ausgewiesen. Es sind alle im Geschäftsjahr abgeschlossenen Rehabilitationsleistungen zu erfassen, die bis zum 31.03. des Folgejahres für das

¹ Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Geschäftsjahr abgerechnet worden und deren Aufwendungen den entsprechenden Leistungskonten des Kontenrahmens der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet sind.

Für die nachfolgende Darstellung der Leistungsfälle nach Altersgruppen wurden die Daten der KG 5 Statistik für das Jahr 2023 in die beiden Altersgruppen „bis unter 65 Jahre“ und „65 Jahre und älter“ zusammengefasst (Tabelle 9). Die Daten zeigen, dass der Schwerpunkt der Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei der Altersgruppe 65 Jahre und älter liegt. In dieser Altersgruppe erfolgten 482.084 Leistungsfälle über den Zugangsweg der Anschlussrehabilitation und 116.956 Leistungsfälle über die Zugangswege außerhalb der Anschlussrehabilitation, wie die vertragsärztliche Versorgung, die Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung (§ 18b Abs. 1 Nr. 2b SGB XI) sowie auf sonstige Weise (z. B. formlose Antragstellung des Versicherten, Weiterleitungen nach § 14 SGB IX).

Tabelle 9: Leistungsfälle nach Altersgruppen und Zugangswegen

Versorgungsform	Fälle unter 65 Jahre	Fälle 65 Jahre und älter	Fälle gesamt
ambulante Anschlussrehabilitation	10.458	61.112	71.570
stationäre Anschlussrehabilitation	59.056	420.972	480.028
Anschlussrehabilitation gesamt	69.514	482.084	551.598
ambulante Rehabilitation - nicht Anschlussrehabilitation	8.455	13.817	22.272
stationäre Rehabilitation - nicht Anschlussrehabilitation	45.321	103.139	148.460
Rehabilitation - nicht Anschlussrehabilitation gesamt	53.776	116.956	170.732
Gesamt	123.290	599.040	722.330

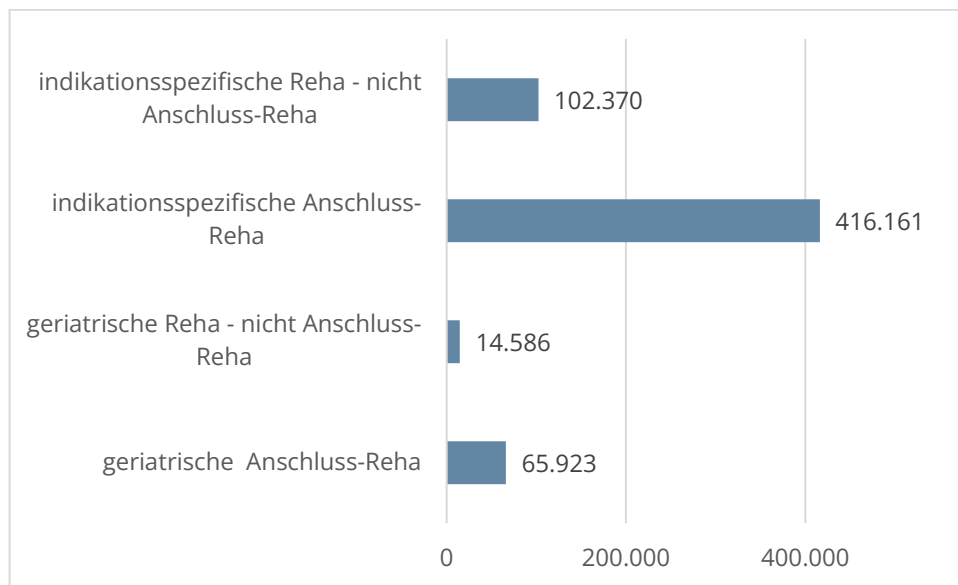
Quelle: KG 5 Statistik 2023

Unterteilt nach Zugangswegen und Indikationen bildet mit 482.084 Leistungsfällen der Zugangsweg der Anschlussrehabilitation und dabei mit 416.161 Leistungsfällen der zur indikationsspezifischen² Anschlussrehabilitation (z. B. Herz-Kreislauf, muskuloskelettal) den Schwerpunkt der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die Altersgruppe 65 Jahre und älter. Ebenso bildet beim Zugangsweg „nicht Anschlussrehabilitation“ mit 103.139 Leistungsfällen die indikationsspezifische³ Rehabilitation den Schwerpunkt der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Abbildung 14).

² indikationsspezifische Reha ohne Geriatrie

³ vgl. Fußnote 2

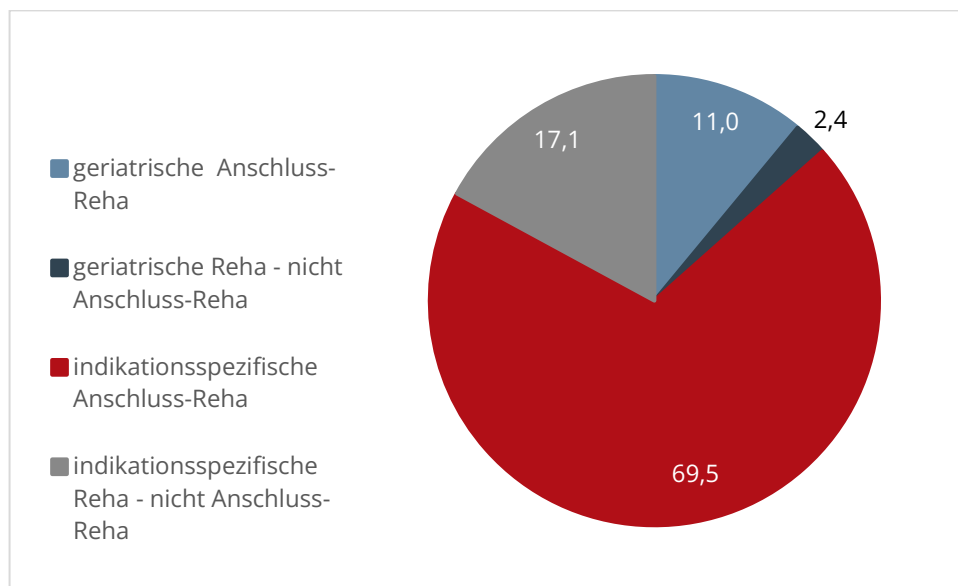
Abbildung 14: Leistungsfälle nach Zugangswegen und Indikationen der Altersgruppe 65 Jahre und älter



Quelle: KG 5 Statistik 2023

Der Anteil der Leistungsfälle der geriatrischen Rehabilitation an der Gesamtheit der Leistungsfälle der Altersgruppe 65 Jahre und älter beträgt 13,4 Prozent, wobei der Anteil der geriatrischen Rehabilitation über den Zugangsweg Anschlussrehabilitation 11,0 Prozent und der Anteil der geriatrischen Rehabilitation über den Zugangsweg „nicht Anschlussrehabilitation“ 2,4 Prozent der Gesamtheit der Leistungsfälle beträgt (Abbildung 15).

Abbildung 15: Prozentuale Verteilung der Zugangswege der Altersgruppe 65 Jahre und älter⁴



Quelle: KG 5 Statistik 2023

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

⁴ vgl. Fußnote 2

4.1.2 Antrags- und Bewilligungsstatistik

Im Weiteren gibt die Statistik KG 5 Auskunft über das Antrags- und Bewilligungsgeschehen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. So werden Daten zu den gestellten und erledigten Anträgen erfasst, wobei die Erledigungsart näher bezeichnet ist. Anders als bei den Leistungsfällen werden die Daten nicht indikationsspezifisch, sondern als Gesamtwert über alle Indikationen der medizinischen Rehabilitation ausgewiesen.

Die KG 5 Statistik zeigt, dass der Schwerpunkt der gestellten und nachfolgend erledigten Leistungsanträge dem Zugangsweg der Anschlussrehabilitation zuzuordnen ist (Tabelle 10).

Tabelle 10: Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Zugangswegen und Erledigungsarten

Zugangsweg	Anträge neu	Anträge unerledigt aus Vorjahren	Anträge genehmigt: Leistung nach Antrag	Anträge genehmigt: mit anderer Leistung	Anträge abgelehnt: aus medizinischen Gründen	Anträge abgelehnt: aus sonstigen Gründen	Sonstige Erledigung
Anschlussrehabilitation	672.211	15.931	623.493	4.717	25.948	3.456	16.673
Rehabilitation - nicht Anschlussrehabilitation	369.346	37.090	219.400	3.414	80.913	11.924	43.453
Gesamt	1.041.557	53.021	842.893	8.131	106.861	15.380	60.126

Quelle: KG 5 Statistik 2023

Bei einer Zusammenfassung der „Anträge genehmigt: Leistung nach Antrag“ und der „Anträge genehmigt: mit anderer Leistung“ zu „Genehmigungen“ und der „Anträge abgelehnt: aus medizinischen Gründen“ und „Anträge abgelehnt: aus sonstigen Gründen“ zu „Ablehnungen“ beträgt die Quote der Genehmigungen insgesamt 82,4 Prozent, die Quote der Ablehnungen insgesamt 11,8 Prozent und die Quote der sonstigen Erledigungen insgesamt 5,8 Prozent. Beim Zugangsweg „nicht Anschlussrehabilitation“ beträgt die Quote der Genehmigungen 62,0 Prozent, der Ablehnungen 25,9 Prozent und der sonstigen Erledigungen 12,1 Prozent (Tabelle 11).

Tabelle 11: Anteil Erledigungsarten Anträge medizinische Rehabilitation nach Zugangswegen

Zugangsweg	Genehmigungen	Ablehnung	Sonstige Erledigung
Anschlussrehabilitation	93,2	4,4	2,5
Rehabilitation - nicht Anschlussrehabilitation	62,0	25,9	12,1
Gesamt	82,4	11,8	5,8

Quelle: KG 5 Statistik 2023

Bei den Anträgen auf Basis einer vertragsärztlichen Verordnung auf geriatrische Rehabilitation beträgt die Quote der Bewilligungen 77,4 Prozent, die Quote der Ablehnungen 13,1 Prozent und die Quote der sonstigen Erledigungen 9,5 Prozent (Tabelle 12). Für die letztgenannten Anträge liegt die Quote der Bewilligungen somit oberhalb der Quote der Genehmigungen zur Gesamtheit aller Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – ohne Anschlussrehabilitation. Zugleich liegt die Quote der Ablehnungen sowie die Quote der sonstigen Erledigungen unterhalb der entsprechenden Quote aller Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – ohne Anschlussrehabilitation.

Tabelle 12: Anteil Erledigungsarten Anträge medizinische Rehabilitation nach Zugangsweg nicht Anschlussrehabilitation

Zugangsweg	Genehmigungen	Ablehnung	Sonstige Erledigung
Rehabilitation - nicht Anschlussrehabilitation Indikationen gesamt	62,0	25,9	12,1
vertragsärztlichen geriatrische Verordnung	77,4	13,1	9,5

Quelle: KG 5 Statistik 2023 und Daten Bericht § 40 Abs. 3 Satz 18 SGB V Berichtjahr 2023

4.2 Daten des Berichts nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI

Nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI haben die Pflegekassen jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste (MD) und der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berichten. Die Meldung entsprechender Daten durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband 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. Der Bericht nimmt unter anderem Aussage zu den vorgenommenen Anträgen und erfolgten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger vor.

Die Daten für das Berichtsjahr 2023 zeigen, dass bis zum Stichtag 31.12.2023 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung 27.775 Anträge auf eine medizinische Rehabilitation gestellt wurden. Davon wurden 21.615 Anträge genehmigt und 1.555 Anträge aus medizinischen oder sonstigen Gründen abgelehnt. In 15.301 Fällen wurde die Leistung zur medizinischen Rehabilitation bis Ende 2023 durchgeführt. Bezogen auf die genehmigten Leistungsentscheidungen entspricht dies einer Durchführungsquote von 70,8 Prozent.

Bei den bewilligten und durchgeführten Leistungen erfolgt keine indikationsspezifische Differenzierung, sodass neben Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation auch Leistungen zur indikationsspezifischen Rehabilitation (z. B. Herz-Kreislauf, muskuloskelettal) berücksichtigt sind.

4.3 Bewertung der Daten der amtlichen Statistik KG 5 sowie der Daten zum Bericht nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI

Die Daten der Statistik KG 5 zeigen, dass der Hauptzugangsweg zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Anschlussrehabilitation darstellt. Soweit der Zugang nicht über die Anschlussrehabilitation erfolgt, bildet neben der vertragsärztlichen Versorgung die Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung (18b Abs. 1 Nr. 2b SGB XI) einen weiteren Zugangsweg.

Unabhängig vom Zugangsweg sind für die Altersgruppe 65 Jahre und älter die Leistungen zur indikationsspezifischen Rehabilitation (z. B. Herz-Kreislauf, muskuloskeletal) der wesentliche Versorgungsschwerpunkt.

Somit kann festgestellt werden, dass die vertragsärztliche Versorgung und die damit verbundene Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zwar einen bedeutsamen Zugangsweg, aber nicht den Schwerpunkt des Zugangs zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die Altersgruppe 65 Jahre und älter darstellt. Im Weiteren umfasst die geriatrische Rehabilitation nur eine von weiteren Versorgungsschwerpunkten für die Altersgruppe 65 Jahre und älter. Wesentlich bedeutsamer für diese Altersgruppe ist die indikationsspezifische Rehabilitation.

5 Zusammenfassung

Dem Bericht für das Jahr 2023 liegt im Vergleich zum Vorbericht ein vollständiges Kalenderjahr zugrunde. Die Erhebungen für diesen Zeitraum zeigen, dass die Verfahren zur vertragsärztlichen Verordnung von und kassenseitigen Entscheidung über Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation weiterhin den in der Reha-RL vorgenommenen Festlegungen entsprechen. Der Prozess der Umstellung auf die Änderungen durch das IPReG und der Reha-RL und somit den angepassten Vordruck Muster 61 sowohl bei der vertragsärztlichen Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation als auch beim Verwaltungshandeln der Krankenkassen kann zwischenzeitlich als abgeschlossen bewertet werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Daten für das Berichtsjahr 2023 keine grundsätzlichen Umsetzungsschwierigkeiten erkennen lassen, die eine Anpassung der gesetzlichen Regelungen oder der Reha-RL erfordern.