

Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung

### **Kurztitel**

- Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen

### **Zeitraum:**

- Januar 2019- September 2019

Kooperationsvorhaben mit dem Institut für Rehabilitationsmedizin

### **Leitung (Teilprojekt IGPW)**

- [Dr. Susanne Saal](#)

### **Mitarbeiterin**

- [Cynthia Richter](#)

### **Förderung**

- GKV-Spitzenverband

### **Zusammenfassung**

#### *Hintergrund*

Die bundeseinheitliche Einführung des optimierten Begutachtungsstandards (OBS) zur Beurteilung rehabilitativer Bedarfe im Rahmen der Pflegebegutachtung im Jahr 2015 führte zu einem Anstieg von Rehabilitationsempfehlungen, die Versicherten im Zuge der Beantragung von Pflegeleistungen ausgesprochen wurden. Es hat sich gezeigt, dass etwa 40 % der Versicherten mit einer Rehabilitationsempfehlung einer Antragstellung auf medizinische Rehabilitation zustimmen und insgesamt etwa jede vierte Empfehlung in einer in Anspruch genommenen Rehabilitationsleistung mündet. Vor dem Hintergrund dieses Antrags- und Inanspruchnahmeverhaltens hat der Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen das Projekt „Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung“ in Auftrag gegeben.

#### *Ziel- und Fragestellung*

Ziel dieses Projektes war es, die Gründe der fehlenden Zustimmung von Versicherten zur Rehabilitationsempfehlung in Folge einer Pflegebegutachtung sowie Gründe des Nichtantritts einer bewilligten Rehabilitationsleistung zu eruieren. Folgende zentrale Forschungsfragen wurden dazu bearbeitet:

(1) Welche Faktoren beeinflussen, ob die im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen in einen Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 14 SGB IX i.V.m. § 31 Abs. 3 SGB XI münden? und

(2) Welche Faktoren beeinflussen, ob die aus einer Pflegebegutachtung resultierenden, bewilligten Rehabilitationsmaßnahmen tatsächlich vom Versicherten in Anspruch genommen werden?

#### *Methodik*

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden leitfadengestützte Experten\*inneninterviews mit Gutachter\*innen der Medizinischen Dienste, mit Sachbearbeiter\*innen und Teamleiter\*innen der Pflege- und Krankenkassen sowie mit Pflegeberater\*innen der Pflegekassen durchgeführt. Mit Ausnahme der Gutachter\*innen der Medizinischen Dienste, die mehrheitlich persönlich vor Ort interviewt wurden, fanden die Interviews telefonisch statt. Die Datenauswertung erfolgte mithilfe der Analysesoftware MAXQDA nach der Methode der systematischen Textverdichtung.

## Ergebnisse

Im Zeitraum von April bis Juni 2019 wurden Expert\*inneninterviews mit insgesamt 56 Mitarbeiter\*innen aus fünf Medizinischen Diensten (n=12), zehn Pflegekassen (n=21) und elf Krankenkassen (n=23) durchgeführt. Für die Zustimmung der Versicherten zur Rehabilitationsempfehlung und damit für die Auslösung eines Antrages auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Forschungsfrage 1) spielen aus Sicht der Prozessakteur\*innen neben soziodemografischen und persönlichkeitsbezogenen Merkmalen sowie gesundheitlichen und finanziellen Aspekten insbesondere rehabilitationsbezogene Erwartungen, Ängste und Präferenzen der Versicherten eine Rolle. Versichertenseitige Wünsche beziehen sich dabei vor allem auf die Rehabilitationsform, eine bestimmte Klinik, den Ort bzw. die Region, eine Begleitperson oder die Verfügbarkeit von Einzelzimmern. Ebenfalls von Bedeutung sind die häusliche Bindung der Versicherten und die Unterstützung ihres sozialen Netzwerks. Einflussfaktoren einer Antragsauslösung, die sich aus dem Bearbeitungsverfahren ergeben, beziehen sich im Wesentlichen auf die unzureichende rehabilitationsbezogene Information und Beratung der Versicherten entlang des gesamten Leistungsprozesses sowie die Einbindung in den Entscheidungsprozess.

Einflussfaktoren auf die tatsächliche Inanspruchnahme bewilligter medizinischer Rehabilitationsleistungen (Forschungsfrage 2) sehen die Prozessakteur\*innen vor allem in einem zwischenzeitlich veränderten, insbesondere (akut) verschlechterten Gesundheitszustand der Versicherten sowie in Diskrepanzen zwischen den bewilligten Rehabilitationsleistungen und den rehabilitationsbezogenen Wünschen der Versicherten. Zu diesem Zeitpunkt können auch verfahrensseitige Faktoren dazu führen, dass Diskrepanzen entstehen und nicht aufgelöst werden können. Darüber hinaus haben Angehörige offenbar einen großen Einfluss auf die Entscheidung der Versicherten eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen.

## Schlussfolgerungen

Die generierten Hypothesen zu Versichertenmotiven der (Nicht-)Inanspruchnahme empfohlener Rehabilitationsleistungen sowie zu verfahrensseitigen Einflussfaktoren dienen als Grundlage für Empfehlungen, um die Begutachtungs- und Beratungsprozesse bei Versicherten mit einer Rehabilitationsindikation gezielter adressieren zu können. Zusätzlich sind auch verfahrensexterne Aspekte wie eine nicht flächendeckend verfügbare rehabilitative Angebotsstruktur für die betrachtete Zielgruppe zu berücksichtigen.

[Abschlussbericht \(pdf Download 1,11 MB\)](#)