Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege

Abschlussbericht

10. September 2018

Förderkennzeichen	ZMVI5-2514ZPK637
Projektleitung	Prof. Dr. Heinz Janßen Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie (IGP) Hochschule Bremen
Projektmitarbeiterin	Leonore Köhler (bis 30.04.2018)
Wissenschaftliche Beratung	Prof. Dr. Johann Behrens Frankfurter Institut für Supervision, Institutionsberatung und Sozialforschung ISIS e.V.
In Kooperation mit	Mobile Reha Bremen GmbH, Dr. Rudolf Siegert Mobiler Rehabilitationsdienst der kreuznacher diakonie, Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann Evangelisches Johannesstift - Wichernkrankenhaus gGmbH Berlin, Dr. Martin Warnach Ev. Krankenhaus Woltersdorf, Dr. Frank Naumann (bis 31.12.2017) Klinikum Coburg GmbH, Prof. Dr. Johannes W. Kraft
Kontaktdaten	Hochschule Bremen Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie Neustadtwall 30 28717 Bremen Telefon: +49 421-5905-3788 Email: Heinz.Janssen@hs-bremen.de
Laufzeit	01.11.2014 – 30.04.2018
Fördersumme	315.554,00 Euro
Berichtsdatum	10.09.2018

1 INHALTSVERZEICHNIS

1 Inhaltsverzeichnis 1

2 Zusammenfassung 6

3 Einleitung 11

4 Erhebungs- und Auswertungsmethodik 16

5 Durchführung, Arbeits-, Zeit- und Finanzierungsplan 31

6 Ergebnisse 33

6.1 Studienblock I Rehabilitationsbedarf 33

6.1.1 Ergebnisse zum Rehabilitationsbedarf in stationärer Pflege und Kurzzeitpflege 33

6.1.2 Bedarf in der Langzeitpflege 36

6.1.3 Bedarf in der Kurzzeitpflege 42

6.1.4 Unterschiede nach Geschlecht 47

6.1.5 Rehabilitative Massnahmen und Bereitschaft zur Inanspruchnahme 49

6.2 Studienblock II Evaluation 52

6.2.1 Ergebnisse zur mobilen geriatrischen Rehabilitation in der stationären Pflege: Verläufe mit und ohne Rehabilitation (B1a) 52

6.2.2 Fallbeispiel 1: Herr F. 82 Jahre, Bewohner eines Pflegeheims mit schwerer Urosepsis 67

6.2.3 Fallbeispiel 2: Frau L. 89 Jahre, Bewohnerin eines Pflegeheims mit komplexem Sturztrauma und Fortgeschrittener Demenz 71

6.2.4 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analyse mobiler Rehabilitation (B1b) 74

6.2.5 Empfehlungen zum MoRe-Monitoring (B3) 86

6.3 Studienblock III Zusammenarbeit 88

6.3.1 Organisationsverlaufsstudien: Methodische Kernpunkte und Vorgehensweise 88

6.3.2 Ergebnis 1: Eruieren konzeptioneller Anforderungen 89

6.3.3 Ergebnis 2: Erprobte Organisationsentwicklungsmassnahmen zu Hindernissen und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation 93

7 Diskussion der Ergebnisse 99

8 Grenzen der Studie 102

9 Gender Mainstreaming Aspekte 106
10 Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit 106
11 Verwertung der Projektergebnisse: Handlungsempfehlungen 108
11.1 Rehabilitationsbedarf 109
11.2 Zugang zur mobilen geriatrischen Rehabilitation 110
11.3 Durchführung der Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen 114
11.4 Überleitung und Nachsorge 116
11.5 Geriatrische Versorgungsstrukturen – flächendeckende Versorgung 117
11.6 Finanzierung 118
11.7 Basisdokumentation MoRe (Qualitätssicherung) 119
12 Publikationsverzeichnis 121
13 Literaturverzeichnis 122

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Projektstruktur mit Teilprojekten (TP) 16

Abbildung 2 Schema der Messzeitpunkte im Verlauf 23

Abbildung 3 Kreuznacher Liste der Teilhabesicherungskonzepte 25

Abbildung 4 Domänen der Ergebnisparameter 26

Abbildung 5 Struktur der gesundheitsökonomischen Analyse 29

Abbildung 6 Zeit- und Arbeitsplan (1.12.2015) 31

Abbildung 7 Relevante Diagnosen der Studienpopulation 36

Abbildung 8 ..Stufen bis zur Rehabilitationsindikation nach Kollektiv, Langzeitpflege und Kurzzeitpflege 47

Abbildung 9 Rehabilitationsrelevante Hauptdiagnosen, n=116 53

Abbildung 10 Häufigkeiten gewählter Teilhabesicherungskonzepte 57

Abbildung 11 Aktivierung von Kontextressourcen zur Teilhabesicherung, Häufigkeiten 58

Abbildung 12 Medizinische Faktoren, die Teilhabechancen beeinflussen 59

Abbildung 13 Flow-Chart zur Entwicklung der Studienpopulation 60

Abbildung 14 Plot von Zeitdauer nach der Rehabilitation und Veränderung des Barthel-Index nach Rehabilitationsabschluss, regulär beendete Fälle (n=77) 63

Abbildung 15 Plot von Zeitdauer nach der Rehabilitation und Veränderung des Barthel-Index bei Akutereignissen nach Rehabilitationsabschluss , (n=22) 64

Abbildung 16 Formulierung von Teilhabezielen und kognitive Beeinträchtigung 96

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Charakteristika der Studienpopulation Bedarfsfeststellung 35

Tabelle 2 Allokationsempfehlungen in der Langzeitpflege, n=622 37

Tabelle 3 Beeinträchtigungen in Aktivitäten/Teilhabe in der Langzeitpflege 38

Tabelle 4 Rehabilitationsbedürftigkeit bei einzelnen Krankheitsbildern in der Langzeitpflege (Odds Ratio (OR) Logistische Regression), n=622 39

Tabelle 5 Stufen des Feststellungsprozesses in der Langzeitpflege 40

Tabelle 6 Rehabilitationsfähigkeit und Motivation nach Durchführungsform, Langzeitpflege n=348 40

Tabelle 7 Bias durch Teilnahmeverweigerung in der Langzeitpflege, drei Studienstandorte 42

Tabelle 8 Allokationsempfehlungen in der Kurzzeitpflege, n=138 43

Tabelle 9 Beeinträchtigungen in Aktivitäten/Teilhabe in der Kurzzeitpflege 44

Tabelle 10 Stufen des Feststellungsprozess in der Kurzzeitpflege 45

Tabelle 11 Rehabilitationsfähigkeit und Motivation nach Durchführungsform, Kurzzeitpflege n=82 45

Tabelle 12 Rehabilitationsbedarf in der Langzeitpflege nach Geschlecht und Alter 48

Tabelle 13 Selektionsprozess der Feststellung in der Langzeitpflege, nach Geschlecht 48

Tabelle 14 Quartalsprävalenz Nichtmedikamentöser Therapien (Heilmittelversorgung) 50

Tabelle 15 Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation, nach Pflegekollektiv 51

Tabelle 16 Zuweisungspfade der Teilnehmenden mobiler Rehabilitation 53

Tabelle 17 Rehabilitationsrelevante Hauptdiagnosen nach Zuweisungspfad 54

Tabelle 18 Beschreibung der Kollektive der Verlaufsstudie 55

Tabelle 19 Prozessdaten zur mobilen Rehabilitation, n=116 60

Tabelle 20 Ergebnisparameter zum Abschluss der Rehabilitation (T1), n=107 61

Tabelle 21 Ergebnisparameter zum Abschluss der Rehabilitation, n=85 62

Tabelle 22 Differenzwerte Rehabilitationsende und Katamnese, nach Zusammenarbeit mit der Pflege 65

Tabelle 23 Status in den Ergebnisparametern 6 Monate nach Beginn 66

Tabelle 24 Status 6 Monate nach Beginn je Studienarm 66

Tabelle 25 Prozess der MoRe, standortbezogene Daten aus der Basisdokumentation KCG 2016 76

Tabelle 26 Effekte der MoGeRe* über ausgewählte Indikatoren im Vergleich 78

Tabelle 27 Effekt der MoRe über ATL-18 (FIM) mit Effektstärke 78

Tabelle 28 Möglichkeiten der Kosteneinsparung durch Vermeidung oder Verzögerung eines höheren Pflegegrades - Modellberechnungen 82

Tabelle 29 Betriebswirtschaftliche Modellkalkulation* eines MoRe Unternehmens 85

Tabelle 30 In den Gruppendiskussionen (n=10) aufgetretene Problembereiche 92

ÜBERSICHTEN

Übersicht 1: Gründe einer mangelnden Inanspruchnahme-Bereitschaft, n=93 Nennungen 48

Übersicht 2: Übersicht der GKV-Kostenerstattung MoRe 2016 an den Standorten 65

Übersicht 3: Leistungsbetrag in Pflegeeinrichtungen nach Pflegegrad ab 2017 69

Übersicht 4: (Unternehmerische) Risikofaktoren im Angebot MoRe 72

ABKÜRZUNGEN

ATL/ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BI	Barthel-Index
BR	Begutachtungsrichtlinie 2016
ICF	International Classification of Function, Disability and Health
KCG	Kompetenz-Centrum Geriatrie, MDK Nord Hamburg
KuP	Kurzzeitpflege
LaP	Langzeitpflege
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MmD	Menschen mit Demenz
MoRe	Mobile Rehabilitation (1)
MoGeRe	Mobile Geriatrische Rehabilitation (1)
MMST	Mini-Mental-Status-Test
SGB	Sozialgesetzbuch
TSK	Teilhabesicherungskonzepte

(1) Anmerkung

Die Mobile Rehabilitation (MoRe) ist eine Form der ambulanten Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V), die durch ein interdisziplinäres Team im gewohnten Wohnumfeld des Patienten durchgeführt wird.

Die Mobile Geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) bezieht sich auf die Rehabilitation der geriatrischen Klientel bzw. des geriatrischen Patienten. Jedoch nicht nur für geriatrische Patienten kann eine mobile Rehabilitation die adäquate Versorgungsform sein (indikationsspezifische Rehabilitation).

Die Abkürzung MoRe wird im Folgenden für Aussagen zur mobilen Versorgungsform im Allgemeinen gewählt. Mit der Abkürzung MoGeRe werden insbesondere Ergebnisse und Analysen speziell für die geriatrische Klientel unterstrichen.

2 ZUSAMMENFASSUNG

Mit Inkrafttreten des GKV Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 1. April 2007 erhielt die zuvor in Modellvorhaben erprobte und bereits teilweise in die Regelversorgung überführte neue Form der rehabilitativen Versorgung, die mobile Rehabilitation, durch eine Veränderung in § 40 Abs. 1 SGB V eine gesetzliche Begründung als besondere Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Damit wurde die Option der Rehabilitation in Pflegeeinrichtungen geschaffen (ebd. Satz 2). Zur Durchführung dieser neuen Versorgungsform wurde im gleichen Jahr eine Rahmenempfehlung zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) vereinbart, um die Mindeststandards für diese neue Versorgungsform einheitlich festzulegen. 2015 wurde die Mobile Rehabilitation (MoRe) in § 40 Abs. 1 SGB V ausdrücklich verankert. Untersuchungen zum Rehabilitationsbedarf der Bewohner*innen von stationären Pflegeeinrichtungen liegen bislang nicht vor. Auch sind Erkenntnisse über den möglichen Erfolg von Rehabilitationsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen nicht verfügbar.

Das Bundesministerium für Gesundheit gab deshalb ein Forschungsvorhaben zur „Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“ in Auftrag. Das Projekt wurde vom Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie der Hochschule Bremen (Prof. Dr. Heinz Janßen) in Kooperation mit fünf Einrichtungen der Mobilen Rehabilitation (im Verlauf auch „MoRe“ genannt) in Deutschland (Bad Kreuznach, Berlin, Bremen, Coburg und Woltersdorf) vom 1.11.2014 bis zum 30.4.2018 durchgeführt. Das Frankfurter Institut für Supervision, Institutionsberatung und Sozialforschung (Prof. Dr. J. Behrens) hat das Projekt zudem wissenschaftlich begleitet. Neben der Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes in stationären Pflegeeinrichtungen sollte die Mobile Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen evaluiert, die Kooperation zwischen stationärer Pflegeeinrichtung und Rehabilitationsteam untersucht und Möglichkeiten ihrer Optimierung erarbeitet werden. Ergänzend sollte eine gesundheitsökonomische Analyse der Mobilen Rehabilitation und ihrer möglichen Effekte erfolgen. Das angestrebte Ziel dieses Vorhabens ist die „Verbesserung der Rehabilitationschancen für Menschen im stationären Versorgungsbereich“.

Das komplexe Vorhaben wurde als multizentrische, mehrdimensionale Studie mit fünf Einrichtungen der Mobilen Rehabilitation in fünf Bundesländern angelegt. Es kam ein Mix quantitativer wie qualitativer Methoden zur Anwendung. Die professionelle Expertise der Zentren und die langjährige Erfahrung ihrer Akteure wurde dabei genutzt. Als Partner konnten 16 stationäre Pflegeeinrichtungen aus den Regionen der Einrichtungen der Mobilen Rehabilitation gewonnen werden.

Das Vorhaben wurde in Organisation und Durchführung über drei Teilprojekte strukturiert:

A. Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes in stationären Einrichtungen für Langzeit- und Kurzzeitpflege

B. Evaluation der mobilen geriatrischen Rehabilitation über eine Longitudinalstudie mit vier Messzeitpunkten und halbjährigem Beobachtungszeitraum

C. Die Untersuchung der Zusammenarbeit von stationärer Pflege und mobilem Rehabilitationsdienst

Begleitend erfolgte eine gesundheitsökonomische Analyse.

Die Rehabilitationsbedarfsfeststellung wurde durch Fachärzte der Einrichtungen der Mobilen Rehabilitation bzw. der angeschlossenen geriatrischen Kliniken in Form einer etwa einstündigen strukturierten Befragung durchgeführt. Das Erhebungsinstrument war am Muster 61 (vgl. Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses) orientiert und wurde um Assessmentinstrumente und Fragen zur Teilhabe ergänzt. Untersucht wurden 622 Bewohner*innen in der Langzeitpflege und 138 in der Kurzzeitpflege. Bei der Beurteilung des Rehabilitationsbedarfes wurden die Kriterien aus der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS zugrunde gelegt. Neben einer internen Validierung von Beispielsfällen aus der Pilotphase wurden weiterhin 20 zufällig ausgewählte Fälle externen Gutachtern des MDK zur Mitbeurteilung vorgelegt (externe Validierung). Die externe Begutachtung erbrachte eine weitgehende Übereinstimmung der Ergebnisse im Hinblick auf die Feststellung eines Reha-Bedarfs.

In den Ergebnissen weist die Studie einen allgemeinen Rehabilitationsbedarf bei mehr als jedem/r fünften Bewohner*in (im Mittel bei 22,7%) in der Langzeitpflege einer stationären Pflegeeinrichtung aus. Für die Kurzzeitpflege ist der Bedarf mit 32,6 % höher; dabei ist der Anteil unter Gästen der Kurzzeitpflege, die sich zuvor in stationärer Krankenhausbehandlung befanden, mit 44,4 % besonders hoch.

Bei der Beurteilung der Allokation kam stationäre oder ambulante geriatrische Rehabilitation nur für wenige Bewohner*innen in Betracht. Für die Versorgungsform der mobilen Rehabilitation hingegen wurde der Bedarf bei durchschnittlich 18,7 % der Bewohner*innen stationärer Einrichtungen (hier für die Langzeitpflege) ermittelt. Für die Beurteilung erwies sich als entscheidend, dass sich lediglich für diese Rehabilitationsform (mobil) eine Zustimmung und Motivierbarkeit der Bewohner*innen - dies als Voraussetzung für eine günstige Rehabilitationsprognose - erheben ließ. Dabei wurden die Kriterien der Rahmenempfehlung mobile geriatrische Rehabilitation aus dem Jahre 2007 in über 90 % erfüllt. Bei allen Gästen der Kurzzeitpflege lag der Bedarf für die Versorgungsform der mobilen Rehabilitation bei 15,2 %, bei jenen mit voriger Krankenhausbehandlung bei 21,1 %. Heilmittel erhielten in der Langzeitpflege durchschnittlich 36,5%, in der Kurzzeitpflege durchschnittlich 43,5 %. Eine Ausweitung der Heilmittelversorgung wurde in 6,9% der Untersuchten festgestellt. Das häufig vorgebrachte Argument, Heilmittel könnten bis zu einem gewissen Grad Rehabilitation ersetzen oder überflüssig machen, wird nach den Daten dieser Studie nicht gestützt. Der ermittelte Rehabilitationsbedarf lässt sich mit der Anwendung von Heilmitteln nicht hinreichend decken.

Zur Evaluation der Mobilen Rehabilitation in Pflegeheimen wurde in einer halbjährigen Verlaufsstudie mit vier Messzeitpunkten (vor der Rehabilitation, am Ende der Rehabilitation, nach 3 Monaten und nach 6 Monaten) die Wirkung der mobilen rehabilitativen Versorgung über eine Interventions- und eine Vergleichsgruppe untersucht. Eine Vergleichsgruppe (49 Heimbewohner*innen) konnte aus dem Kreis der begutachteten Bewohner*innen mit Rehabilitationsindikation gewonnen werden, bei denen jedoch trotz Information über die gegebene Indikation vom Hausarzt (Verordner) keine Rehabilitationsleistung beantragt wurde (Verfahren in Abstimmung mit der Ethikkommission). Die Gründe für das Verhalten der Hausärzte konnten im Rahmen dieser Studie nicht ermittelt werden. Die Interventionsgruppe (116 Rehabilitand*innen) rekrutierte sich aus dem regulären Behandlungsverlauf der fünf Zentren mobiler Rehabilitation. Mittels Erhebungsbogen und vorliegenden Untersuchungsunterlagen wurden Barthel-Index, Bewegungsradius, Esslinger Transferskala, medizinische Ziele und Lebenszufriedenheit erhoben und im Verlauf evaluiert. Ferner wurden die Erreichung individueller Teilhabeziele und die Umsetzung individuell festgelegter Teilhabesicherungskonzepte unter Berücksich-

tigung relevanter Kontextfaktoren ermittelt. Dazu wurden die Probanden jeweils in ihrer Pflegeeinrichtung aufgesucht und befragt, ggf. unter Hinzuziehung ihrer Bezugspersonen (u.a. Bevollmächtigte) und der Pflegefachkräfte der Einrichtung.

In allen untersuchten Bereichen wurden bei der Interventionsgruppe im Mittel deutliche Verbesserungen gemessen. So wurden im Barthel-Index bei einem Ausgangswert von 35,4 nach der Rehabilitation 48,9 und nach 6 Monaten 48,8 Punkte im Durchschnitt erreicht. In der Esslinger Transferskala verbesserte sich der Wert von 2,1 auf 1,1 nach der Rehabilitation und blieb mit 1,2 Punkten in der Nacherhebung praktisch stabil. Auch für die anderen Parameter (Erreichen persönlicher Teilhabeziele, Umsetzung der Teilhabesicherungskonzepte, Verbesserung der Kontextressourcen, Bewegungsradius und Lebenszufriedenheit) ergaben sich deutliche Verbesserungen, die auch nach der Rehabilitation über den beobachteten Zeitraum stabil blieben. Lediglich die Werte für die Lebenszufriedenheit sanken geringfügig, ohne allerdings auf das Ausgangsniveau zurückzufallen.

Für die Vergleichsgruppe konnten über sechs Monate in einigen Bereichen leichte Verbesserungen über den Zeitraum beobachtet werden, jedoch auch einige deutliche Verschlechterungen, z.B. im Barthel Index von 40,6 auf 32,1 Punkte. Für die Interventionsgruppe fielen die Ergebnisse insgesamt auch im Langzeitverlauf deutlich besser aus als für die Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation.

Aus den Ergebnissen kann auf Grund der Rekrutierungsmöglichkeiten und der geringen Fallzahl in der Vergleichsgruppe kein kausaler Schluss gezogen werden, dass sämtliche Verbesserungen spezifisch und ausschließlich durch die Mobile Rehabilitation bewirkt wurden. Allerdings zeigen die Verläufe beider Gruppen deutliche Unterschiede, wobei erstmalig eine Vergleichsgruppe rehabilitativ unbehandelter Fälle mit eindeutiger Rehabilitationsindikation parallel zu einer Rehabilitationsmaßnahme untersucht werden konnte. Damit kann die Wirkung von MoGeRe im Vergleich zu einer Gruppe, die ohne eine Rehabilitationsmaßnahme zu bekommen ebenfalls an der Studie teilnahm, plausibel gemacht werden. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Gruppe ohne MoGeRe-Leistung in vergleichbarem Umfang Heilmittel erhielten.

Dabei scheint gerade für diese Versorgungsform der (Versorgungs-)Kontext eine mitentscheidende Rolle sowohl für die Inanspruchnahme wie den (erfolgreichen) Verlauf einzunehmen. Erstmalig in der Evaluation mobiler Rehabilitation wurden wichtige Elemente von Teilhabe erfasst und gemessen, und zwar über persönliche Ziele zur Teilhabe, Teilhabesicherungskonzepte und Kontextressourcen. Die Studie gibt dabei auch Aufschluss über die von den Betroffenen und ihren Bezugspersonen geäußerten Ziele im Hinblick auf die Teilhabe. Auch hier zeigten sich verbesserte Werte in Korrelation mit der mobilen Rehabilitation, wobei jedoch auch, wenngleich sehr vereinzelt, positive Effekte ohne Rehabilitation für einzelne Items festgestellt wurden.

Der Konzeption der stationären Pflegeeinrichtungen, den dort vorhandenen und geförderten Teilhabemöglichkeiten, der Qualifikation und Motivation der Pflegekräfte sowie den vorhandenen zeitlichen Ressourcen, die für eine erfolgreiche Förderung der Teilhabe durch MoGeRe erforderlich sind, kommt eine hohe Bedeutung zu. Deshalb wurden in einer dritten Teilstudie sowohl der Zugang, als auch die Durchführung und Nachhaltigkeit der mobilen geriatrischen Rehabilitation an allen fünf Standorten - in je einer stationären Pflegeeinrichtung als Gastgeberin – analysiert, es wurden organisatorische Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet und diese mehr als ein Jahr praktisch erprobt. In gemeinsamen Gruppendiskussionen mit den kooperierenden Expert*innen vor Ort (Pflege-, z.T. ergotherapeutische und Leitungskräfte der stationären Pflegeeinrichtungen, Mitarbeiter*innen der

MoGeRe) wurden Hemmnisse und Förderfaktoren der MoGeRe in der Zusammenarbeit zwischen Pflege- und MoGeRe-Team an Fällen herausgearbeitet. Im Ergebnis wurden die Anforderungen der Abstimmung und Vernetzung der mobilen Rehabilitation mit dem Versorgungsumfeld, hier den stationären Pflegeeinrichtungen für Indikation, Rehabilitationsziel, Durchführung und vor allem Nachhaltigkeit nicht nur herausgestellt. Es konnten auch organisatorische Schritte zur Erfüllung dieser Maßnahmen entwickelt und erprobt werden. Insbesondere für den rechtzeitigen Zugang zur MoGeRe, aber auch für die Nachhaltigkeit erwies sich darüber hinaus ein deutlicher Fortbildungsbedarf und Fortbildungswunsch der Pflegekräfte. Auch die zeitlichen Ressourcen für eine Kooperation mit dem MoGeRe-Team müssen in den Pflegeinrichtungen gegeben sein. So wird die Kooperation zwischen Fachpflege und MoGeRe-Team zu einem entweder förderlichen oder hemmenden Faktor für die Zielerreichung der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeeinrichtungen sind trotz der organisatorischen Hemmnisse mit den hier gezeigten Ergebnissen verbunden; die in fünf Pflegeeinrichtungen erprobten Maßnahmen der kooperativen Zielfindung (Rehabilitations- und Pflegeziel), der abgestimmten Durchführung und der angeleiteten Übergabe in die Nachsorge könnten das Erreichbare noch erhöhen. In der Kontextanalyse mobiler Rehabilitation sehen wir einen weiteren Forschungsbedarf.

In gesundheitsökonomischen Modellberechnungen kann bei unterstellter positiver Wirkung einer mobilen Rehabilitation von einem Einspareffekt insbesondere für die (verringerte) Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und bei rechtzeitiger Rehabilitation auch von Krankenkassenleistungen ausgegangen werden. Die Umsetzung des Leitsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ könnte demnach auch ökonomisch von Vorteil sein. Auf der anderen Seite scheint jedoch die Leistung der mobilen Rehabilitation derzeit nicht adäquat gegenfinanziert. So „überleben“ die Einrichtungen der mobilen Rehabilitation z. Zt. im Kontext eines Unternehmensverbundes und über Mischkalkulationen. Es fehlt der Anreiz für weitere eigenständige Anbieter im Feld. Die adäquate Finanzierung der mobilen geriatrischen Rehabilitation ist daher weiter zu prüfen. Es könnte eine Unter- sowie Fehlversorgung allein bei einem Mangel an Anbietern bestehen. Denn es liegt nahe, dass bei fehlendem Angebot mobiler Versorgung gar keine Rehabilitation stattfindet oder das stationäre Angebot der Akutversorgung (sog. Frührehabilitation oder erneuter oder verlängerter Krankenhausaufenthalt) gewählt wird oder lediglich eine Heilmittelversorgung stattfindet, die den Bedarf nicht decken kann.

Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass Mobile Rehabilitation als ein fester Bestandteil geriatrischer Versorgung und sukzessive flächendeckend aus- bzw. aufgebaut werden sollte. Die Kooperation zwischen MoRe und stationären Pflegeeinrichtungen ist dabei zu verbessern. Zusätzlich ist weiter zu eruieren, wie ein bedarfsgerechter Zugang zu einer mobilen Rehabilitation für Bewohner*innen sichergestellt werden kann. Die Bedarfe der geriatrischen Klientel richten sich nicht nur auf Selbständigkeit, sondern gemäß § 1 SGB IX auch auf Selbstbestimmung und Teilhabe. MoGeRe kann dadurch nicht nur Pflegebedarfe vermindern oder ihre Entstehung oder Erhöhung hinauszögern, sondern Selbstbestimmtheit und Teilhabe im letzten Lebensabschnitt alter und pflegebedürftiger Menschen realisieren helfen. Jedoch offen bleibt, warum trotz Indikationsstellung für eine MoGeRe (in der Teilstudie zur Bedarfserhebung) und trotz vorhandenem MoGeRe-Angebot nur vereinzelt Rehabilitationsleistungen beantragt wurden. Hier liegt eine bedeutende Forschungsaufgabe.

Erstmalig wird eine empirische Analyse des Bedarfes an Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Bewohnern und Kurzzeitpflegegästen in Einrichtungen der stationären Pflege durchgeführt. Zudem betritt die Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation mit der Analyse der Teilhabe For-

schungsneuland in einem nicht nur medizinisch komplexen Untersuchungsfeld. Die Möglichkeiten zur Verbesserung der Teilhabe durch die Intervention „Mobile Rehabilitation“ kann plausibel aufgezeigt werden.

Die Studie weist auch Limitierungen auf. Es fehlt ein allgemeiner Referenzstandard für die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes. Das hier gewählte Verfahren einer fachärztlichen Begutachtung durch in der geriatrischen Rehabilitation erfahrene Fachärzt*innen unter Beachtung der Rahmenempfehlung zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation, der Rehabilitationsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses und der Begutachtungsempfehlungen des MDS „Vorsorge und Rehabilitation“ sind nur ein möglicher Zugang zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes. Zudem muss festgehalten werden, dass die Untersuchungen zur Rehabilitationsbedarfsermittlung von praktizierenden Rehabilitationsmedizinern (ausschließlich oder überwiegend im geriatrischen Bereich) durchgeführt wurden. Damit unterscheiden sich diese Untersuchungen von den Begutachtungen durch MDK-Ärzt*innen, die zwar in Bezug auf eine Rehabilitationsbegutachtung gut geschult sind, aber meist nicht über praktische Erfahrungen in einer stationären oder ambulanten Rehabilitation verfügen. Dass sich die Ergebnisse bei der Begutachtung der Rehabilitationsindikation zwischen Ärzt*innen mit praktischer rehabilitationsmedizinischer Erfahrung deutlich von denen der Ärzte ohne diese Erfahrungen unterscheiden, hat die Reha-IX-Studie gezeigt, wo bei der Pflegebegutachtung durchschnittlich bei 6,3% der begutachteten Pflegebedürftigen eine Rehabilitationsindikation festgestellt wurde, sich aber in einer Subanalyse zeigte, dass dieser Prozentsatz bei den Begutachtungen durch Ärzte mit praktischer Rehabilitationserfahrung mit 18,3% (siehe zu den Daten die Reha XI im Kurzbericht 2014) deutlich höher lag - ein Umstand der hier nicht weiteranalysiert werden kann. Die hier untersuchten 16 stationären Pflegeeinrichtungen sind keine repräsentative Auswahl aller stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland; jedoch ist die Auswahl der begutachteten Bewohner*innen repräsentativ für die jeweilige Einrichtung. Es erfolgte eine repräsentative Stichprobe oder eine Vollerhebung in den Einrichtungen. Die soziale Bewohnerstruktur (Alter, Geschlecht, Pflegestufe) der ausgewählten Einrichtungen wiederum ist nahe an der durchschnittlichen sozialen Bewohnerstruktur in deutschen stationären Pflegeeinrichtungen. Wir können hier von „typischen“ deutschen stationären Pflegeeinrichtungen ausgehen. Die Gruppe der MoGeRe-Rehabilitanden entstammt nicht dem Kollektiv der Bedarfsanalyse, so dass sich Folgerungen für einen Rehabilitationserfolg bei den Personen, bei denen der Rehabilitationsbedarf festgestellt wurde, nur eingeschränkt ziehen lassen. Weiterhin weist die Vergleichsgruppe ohne Mobile Rehabilitation Unterschiede zur Interventionsgruppe auf und ist zudem zu klein, um als Kontrollgruppe statistische Schlüsse zuzulassen.

3 EINLEITUNG

Hintergrund

Im Rahmen dieser Forschungsstudie wird der allgemeine Rehabilitationsbedarf bei Pflegeheimbewohnern untersucht und die mobile geriatrische Rehabilitation in ihrer Durchführung evaluiert. Das angestrebte Ziel dieses Vorhabens ist die „Verbesserung der Rehabilitationschancen für Menschen im stationären Versorgungsbereich“.

Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI sind in der Regel auf pflegerische Unterstützung angewiesen. Menschen mit Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB XI „sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“ In Abhängigkeit von ihren funktionellen Beeinträchtigungen und Ihnen verbleibenden Ressourcen weisen sie unterschiedliche Pflegegrade (§ 15 SGB XI) auf. In stationären Pflegeeinrichtungen finden sich nur wenige Menschen mit Pflegestufe 0 (Personen mit Pflegebedarf zeitlich unterhalb der Pflegestufe 1). Neben der dauerhaften oder längerfristigen stationären Unterbringung nach § 43 SGB XI besteht auch die Möglichkeit der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) oder der Tages- oder Nachtpflege (§ 41 SGB XI). Stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgen zwar ebenfalls Menschen mit Pflegebedürftigkeit, haben jedoch als vorrangige Aufgabe, die soziale Teilhabe sicherzustellen. Diese sind in die Untersuchung nicht einbezogen.

Pflegebedürftigkeit ist abgesehen vom Kindesalter in keinem Lebensalter ein regelhafter Zustand sondern ist bedingt durch Krankheiten ggfs. in Verbindung mit Alterungsprozessen. Insofern ist davon auszugehen, dass für Pflegebedürftige in Pflegeeinrichtungen in der Regel die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 SGB IX (Gesetzl. Definition von Behinderung) erfüllt sind. Somit haben sie grundsätzlich einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe. Dieser Anspruch bezieht sich insbesondere auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation und wird in der Regel über § 40 SGB V konkretisiert. Leistungsansprüche für Menschen mit Behinderung ergeben sich aus dem IX Buch (insbesondere § 4, 42 SGB IX) in Verbindung mit den einzelnen Leistungsgesetzen, hier in praktisch allen Fällen nach § 40 SGB V, in dem auch die Mobile Rehabilitation in Abs. 1 ausdrücklich aufgeführt wird. Andere mögliche Leistungsansprüche z.B. auf Teilhabe am Arbeitsleben oder auf Eingliederungshilfe, bestehen in der Regel nur für jüngere Bewohner*Innen und nur unter besonderen Voraussetzungen. Diese werden hier nicht weitergehend betrachtet, da in die Untersuchung ausschließlich ältere Bewohner*innen aufgenommen wurden, die zudem überwiegend die Kriterien des geriatrischen Patienten erfüllen. Weitere Leistungsansprüche gegenüber den Pflegekassen ergeben sich u.a. auch aus § 5 SGB XI in Form von Beratung und zeitlich begrenzter (finanzieller) Unterstützung von Pflegeeinrichtungen.

Ziel der medizinischen Rehabilitationsleistungen ist es speziell für Pflegebedürftige, „Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern“ (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX) bzw. „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung

zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Nach § 1 SGB IX haben Menschen mit Behinderungen Anspruch auf Leistungen, „um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“ Dies gilt auch für die besondere Lebenslage von Menschen in Pflegeeinrichtungen, wenngleich sich deren Teilhabeoptionen meist qualitativ und quantitativ von denen, die in eigener häuslicher Umgebung wohnen, unterscheiden.

Da davon auszugehen ist, dass bei pflegebedürftigen Bewohnern von Pflegeeinrichtungen in erheblichem Umfang Schädigungen auf der Struktur- und Funktionsebene und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe im Sinne der ICF vorliegen, ist stets zu prüfen, inwieweit Leistungen zur Teilhabe, insbesondere in Form medizinischer Rehabilitation angezeigt sind. Dem wird z. B. durch die Vorschrift für die Gutachter des MDK Rechnung getragen, bei der Pflegebegutachtung stets auch den unversorgten Rehabilitationsbedarf zu beurteilen und ggfs. eine medizinische Rehabilitationsleistung zu empfehlen.

Eine systematische Bedarfsermittlung bzgl. Teilhabeleistungen am Anfang einer Pflegeheimaufnahme oder während der Verweilzeit hingegen findet nicht statt. Pflegebedürftigkeit und Behinderung ist bei Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen keine statische Größe, sondern im individuellen Verlauf variabel. Entscheidend für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit und deren Schwere sind Veränderungen bei den Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten, häufig verursacht durch den der Krankheitsverlauf bzw. das Hinzutreten oder Ausheilen von Krankheiten. Folgende Konstellationen können auftreten:

1. Pflegebedürftigkeit wurde auf Grund einer akuten oder chronischen Erkrankung, meist im Rahmen eines Ereignisses neu erworben, in der Regel mit Krankenhausaufenthalt (z.B. Schlaganfall, Oberschenkelhalsfraktur) und führt erstmalig zu stationärer Pflege, ggfs. über einen Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung, wenn eine häusliche Versorgung nicht möglich ist oder nicht gewünscht wird.
2. Pflegebedürftigkeit verbleibt nach einem Akutereignis trotz anschließend durchgeführter Rehabilitation und führt zu stationärer Pflege ggfs. auch hier über eine Kurzzeitpflege, wenn eine häusliche Versorgung nicht möglich ist oder nicht gewünscht wird.
3. Während des Aufenthaltes in einer stationären Pflegeinrichtung tritt eine neue Erkrankung auf oder es verschlechtert sich eine vorhandene, meist chronische Erkrankung, so dass der Unterstützungsbedarf zunimmt und sich ggfs. auch der Pflegegrad erhöht. Dies kann eine dauerhafte Folge oder auch nur vorübergehend sein. Dadurch können die Optionen für Teilhabe und Selbstbestimmung abnehmen.
4. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit und entsprechenden funktionellen Beeinträchtigungen ohne wesentliche aktuelle Veränderungen werden die möglichen Optionen für die Teilhabe sowie die Selbstbestimmung nicht ausgeschöpft. Dies kann auch an ungünstigen Kontextfaktoren liegen.

Zu vermuten ist, dass in Pflegeeinrichtungen mit überwiegend alten und sehr alten Menschen durch Krankheitsdynamik, Akutereignisse und Änderungen der Kontextfaktoren Bedarf an medizinischer Rehabilitation nicht selten zu finden ist und sich vor allem auch neu bei der Bewohnerschaft entwickeln kann. Insbesondere wenn kein akutes Krankheitsereignis vorausgegangen ist, bleibt oft unklar, ob und welche Rehabilitationspotentiale möglicherweise vorhanden sind. Dabei ist stets zu beachten, dass ein erheblicher Teil der Bewohner*innen Multimorbidität aufweist und deshalb regelmäßig und

in erheblichem Umfang Leistungen der Krankenbehandlung benötigt. Sie erfüllen damit die Kriterien für geriatrische Patienten, wie sie von den Fachgesellschaften definiert sind und sich in der Arbeitshilfe geriatrische Rehabilitation der BAR und in der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation niedergeschlagen haben.

Deshalb stellt sich die Frage, wie hoch der Bedarf im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist. Deren Klärung ist von erheblicher Bedeutung und zwar sowohl im Hinblick auf die auf Pflegebedürftigkeit bezogenen Ziele als auch auf die, die sich auf eine Verminderung der Krankheitslast bzw. Morbidität oder die Verbesserung der Teilhabe- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten richten.

Bei der Beantwortung kann nicht unberücksichtigt bleiben, welche Form der medizinischen Rehabilitation für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen in Betracht kommt, wenn die Indikationskriterien entsprechend den Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses beachtet werden. Aus den Gesprächen bei der Untersuchung war festzustellen, dass die Form der Rehabilitation (stationär, ambulant oder mobil) und der Zeitpunkt ihres Beginns (unmittelbar nach Krankenhausaufenthalt mit akutem Ereignis oder aus der Wohnsituation in der Pflegeeinrichtung heraus), für den verordnenden Arzt und für die Betroffenen in Hinblick auf die Motivierbarkeit zu einer Rehabilitationsleistung eine Rolle spielt. So waren bspw. Ängste vor einer Veränderung der aktuellen Lebenssituation von Bedeutung.

Während in den frühen Jahren der modellhaften Erprobung mobiler Rehabilitation diese Rehabilitationsform für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen ausgeschlossen war (mit Ausnahme des Standortes Bad Kreuznach) und zudem anfänglich eine eindeutige gesetzliche Grundlage fehlte, wurde durch den Gesetzgeber 2007 Mobile Rehabilitation als eine Form der ambulanten Rehabilitation zulässig (§ 40 Abs. 1 SGB V) und auch für Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen verordnungsfähig. Es bestehen ferner seit 2007 Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation, die durch weitere Schreiben bzw. Empfehlungen der Krankenkassen konkretisiert und ergänzt wurden (https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/mobile_reha.html).

Die Zahl der abgeschlossenen mobilen Rehabilitationsfälle in stationären Pflegeeinrichtungen ist nach den Erfahrungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. insgesamt gering, ohne dass die Zahl exakt erhoben worden wäre. Sie ist allerdings ansteigend – so werden mittlerweile mehr als 30 % aller mobilen geriatrischen Rehabilitationen bei Pflegeheimbewohner*innen durchgeführt (siehe Daten der KCG-Basisdokumentation). Bei den Gesprächen mit Pflegekräften war festzustellen, dass nach wie vor bei Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen von allen Beteiligten offenbar wenig Rehabilitationspotentiale vermutet werden. Dies gilt offenbar auch für Pflegebegutachtungen. Eine große Rolle spielt auch eine gewisse Resignation im Hinblick auf Erwartungen auf Verbesserungen der Selbstbestimmung und Teilhabe. So kann man aus der artikulierten Nachfrage aus Pflegeeinrichtungen keine Rückschlüsse auf den tatsächlichen Bedarf ziehen. Ebenso liegen wenige Erkenntnisse vor, was es für die Selbstbestimmung und Teilhabe der Patienten bedeutet, wenn ein festgestellter Bedarf nicht eingelöst wird; oder darüber, wie die Entwicklung bei Inanspruchnahme einer mobilen Rehabilitation verlaufen kann. Diesen Fragen widmet sich das vorliegende Projekt.

Die Ziele des Vorhabens laut Antrag im Einzelnen:

- Der Bedarf an Rehabilitation bei Bewohner*innen von stationären Pflegeeinrichtungen und Gästen der Kurzzeitpflege wird in einem fundierten Verfahren ermittelt, einschließlich der indizierten Rehabilitationsform.
- Die Inanspruchnahme von Rehabilitation wird erhoben.
- Der Verlauf der mobilen geriatrischen Rehabilitation wird über eine Longitudinalstudie insbesondere im Hinblick auf Beeinträchtigungen der Teilhabe und gesundheitliche Situation erhoben bei abgeschätzt n= 100 Rehabilitanden.
- Eine Verlaufsbeobachtung mit vergleichender Analyse (exploratives Verfahren) mit ca. n= 40 Bewohnern/Gästen („selbstentdeckte" Fälle mit MoGeRe-Bedarf aus der Bedarfsfeststellung) wird über drei Messzeitpunkte vorgenommen.
- Die mobile geriatrische Rehabilitation wird einer Kosten-Analyse unterzogen.
- Die Zusammenarbeit mit förderlichen und hemmenden Faktoren von stationärer Pflege und mobilem Rehabilitationsdienst wird untersucht.
- Eine Handlungsempfehlung für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der mobilen Rehabilitation wird erstellt.
- Die Aussagefähigkeit der Behandlungsdaten, die die MoRe-Einrichtungen bundesweit routinemäßig dem Kompetenzcentrum Geriatrie (KCG) für das Monitoring zur Verfügung stellen, wird geprüft.

Da im SGB IX Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als übergreifende Ziele der Rehabilitation benannt sind (siehe vordem), wird in allen Teilen des Projektes den Aspekten der Beeinträchtigung und den Verwirklichungschancen von Selbstbestimmung und Teilhabe vorrangige Bedeutung zugemessen. Nach dem bio-psychosozialen Modell der ICF kann Teilhabe (participation) als Wechselwirkung zwischen Gesundheits- und Aktivitätsstatus einer Person und den Umweltfaktoren definiert werden (Schuntermann 2005). Selbständigkeit in der Verrichtung von Aktivitäten stellt lediglich eines unter mehreren Mitteln zur Erreichung selbstbestimmter Teilhabe dar. Für viele Menschen in Pflegeeinrichtungen ist diese nur in sehr eingeschränktem Maße oder nicht mehr verfügbar. Im Projekt wird davon ausgegangen, dass eine Person selbstbestimmte Teilhabe erlangen kann, auch wenn erhebliche Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen bestehen und nicht mehr zu bessern sind und deshalb eigenständige Aktivitäten ohne Unterstützung nur noch sehr begrenzt möglich sind.

Projektstruktur

Das Projekt wurde von November 2014 bis April 2018 unter Leitung der Hochschule Bremen (IGP, Prof Janßen) in Kooperation mit fünf Standorten der Mobilen Rehabilitation in Deutschland, sowie einer wissenschaftlichen Begleitung / Beratung durch das Frankfurter Institut ISIS e.V. (Prof Behrens) realisiert. Der Verbund der Projektpartner agierte als Projektsteuergruppe in Planung und Verlauf des Forschungsvorhabens; ebenso wurde ein Projektbeirat initiiert und in das Vorhaben einbezogen. Während die Projektsteuergruppe regelmäßig und mehrmals zusammentraf (etwa fünf Sitzungen pro Jahr), gab es über die gesamte Laufzeit insgesamt fünf Sitzungen mit dem Projektbeirat.

Die Standorte sind in den fünf Bundesländern Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen und Rheinland-Pfalz angesiedelt. Die Mobile Rehabilitation ist dort jeweils Teil eines Gesamtkonzepts an Kliniken mit geriatrischer Versorgung bzw. in einem Fall eines Rehabilitationszentrums für Menschen mit Behin-

derung. Bei der Studiendurchführung vor Ort konnte sich das Projekt auf die Kompetenz des therapeutischen und ärztlichen Fachpersonals der Einrichtungen stützen.

Unter der Zielsetzung, die Versorgung von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen und von Gästen der Kurzzeitpflege im Hinblick auf den Rehabilitationsbedarf und die Verbesserung der Teilhabe durch Rehabilitation zu eruieren, wurde das Forschungsvorhaben über Teilprojekte strukturiert und organisiert (siehe Abbildung 1).

- Ein Teilprojekt (TP) A umfasst die Feststellung des Bedarfs an Rehabilitation
- Teilprojekt B 1a untersucht den Verlauf der mobilen geriatrischen Rehabilitation über eine Longitudinalstudie sowie den Verlauf bei „selbstentdeckten" Fällen mit MoGeRe-Bedarf ohne Rehabilitation
- Teilprojekt B 1b widmet sich einer Kosten-Analyse der mobilen geriatrischen Rehabilitation
- Teilprojekt B 2 untersucht förderliche und hemmende Faktoren der Zusammenarbeit und formuliert mit
- Teilprojekt C Handlungsempfehlungen für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der MoGeRe
- Mit Teilprojekt B3 werden Empfehlungen zur Basisdokumentation[1] der MoGeRe-Behandlungen entwickelt

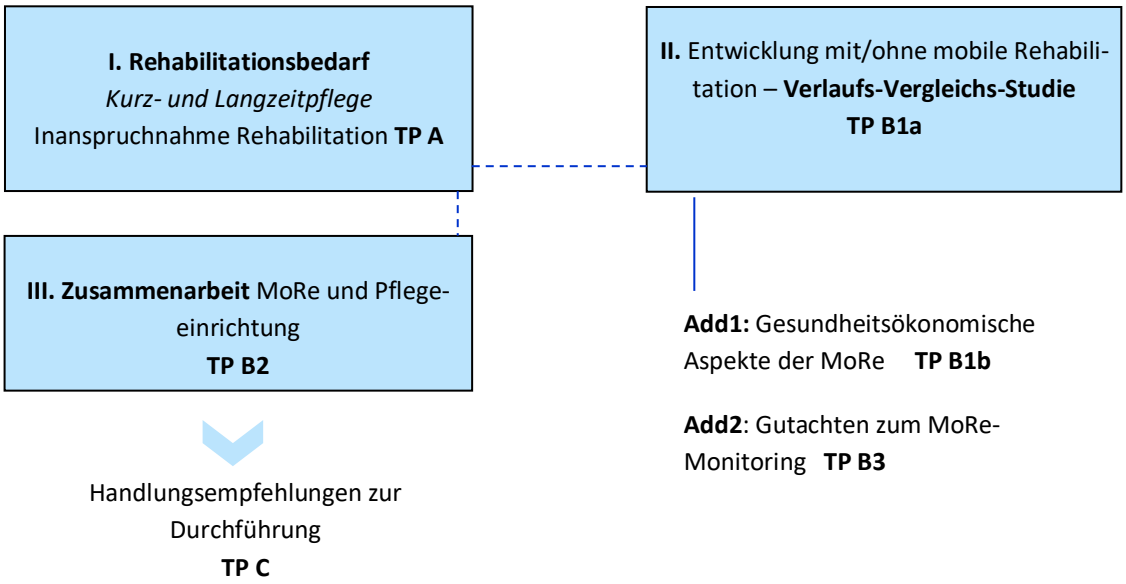
Diese Teilprojekte sind weitgehend eigenständig konzipiert und teilweise parallel durchgeführt. Eine Verknüpfung besteht insoweit, dass aus dem Teilprojekt A eine Vergleichsgruppe für die Beobachtungsstudie (Teilprojekt B1a) gewonnen wurde. Das Organisationsentwicklungsprojekt (Teilprojekt B 2) fand jeweils in Einrichtungen statt, die mit der MoRe bereits kooperierten und auch Studienteilnehmer*innen versorgten.

Alle Studienteile sind multizentrisch angelegt. Der Anteil der einzelnen Standorte war aufgrund der vorhandenen Kapazitäten in den quantitativen Teilen (TP A und B1A) unterschiedlich angesetzt (unbalanciertes Design): der Standort Bremen lieferte, aufgrund eines besseren Zugangs, rund 52 % des Gesamtvolumens, die übrigen brachten jeweils etwa 12 % der Studienfälle ein.

Die Studienteile I und II (B1A und B1B) (siehe Abb. 1) wurden durchgeführt von der Hochschule Bremen in Kooperation mit den MoRe-Standorten und mit wissenschaftlicher Beratung durch ISIS e.V.. Studienblock III (B2 und C) sowie das Gutachten zum Monitoring (B3) wurden durchgeführt von ISIS e.V. (Prof. Dr. Behrens)

[1] Die Basisdokumentation „Mobile Rehabilitation" generiert Struktur- und Prozessdaten. Die Daten werden vom Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) in Hamburg erhoben und ausgewertet (siehe: Meinck et al 2016; Pippel et al 2017). Das KCG ist eine gemeinsame Einrichtung des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Die originäre Intention der Basisdokumentation ist die Herstellung von Transparenz in diesem noch neuen Leistungsangebot. Sie liefert damit erstmals Grundlagen für die Weiterentwicklung der mobilen Rehabilitation in der GKV.

Abbildung 1 Projektstruktur mit Teilprojekten (TP)



Ein Studieneinverständnis wurde nach Aufklärung durch das fachärztliche Personal und Übergabe eines Informationsblattes jeweils schriftlich durch die ausgewählte Person bzw. ihren Bevollmächtigten erteilt.

Der Studienplan wurde der Ethikkommission der Ärztekammer des Landes Bremen vorgelegt und positiv beschieden (aekhb Nr. 482, September 2015). Für die Studienstandorte in Rheinland-Pfalz und Brandenburg wurden Zweitvoten notwendig, die ebenfalls positiv beschieden wurden.

4 ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

Rehabilitationsbedarf (TP A)

Rehabilitationsindikation und Assessment

Eine Frage nach dem „Bedarf“ ist abzugrenzen von Kategorien wie Bedürfnis, Nachfrage oder faktischer Versorgung. So stellt Nachfrage aufgrund der aus der Praxis bekannten und durch Studien bestätigten Antragslücke keinen validen Indikator für einen Rehabilitationsbedarf dar (Buschmann-Steinhage 2003). Eine positive Definition von „Bedarf“ durch den Gesetzgeber liegt nicht vor, das SGB bietet lediglich eingrenzende Normen. So liegt nach Aussage des Sachverständigenrates die Definitionsmacht von Behandlungsbedarf de facto beim niedergelassenen Arzt bzw. beim Krankenhausarzt (Dunkelberg/van den Busche 2004). In der Studie wird die fachlich begründete ärztliche Indikationsstellung für die Beschreibung des Rehabilitationsbedarfs zugrunde gelegt, der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen ist nicht Teil der verwendeten Definition.

Die Indikationsstellung folgt dabei der Begutachtungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (16.3.2004). Ferner sind die Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation maßgeblich.

Für eine Rehabilitationsindikation müssen Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Prognose für die jeweiligen alltagsrelevanten Rehabilitationsziele gegeben sein. Diese Voraussetzungen wurden mittels eines strukturierten Erhebungsbogens schrittweise geprüft (siehe den Erhebungsbogen zur Bedarfsermittlung im Anhang).

Von Rehabilitationsbedürftigkeit kann unter Bezug auf die ICF dann gesprochen werden, wenn aufgrund von Schädigungen der Körperfunktionen oder -strukturen von einer drohenden oder nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivitäten oder Partizipation auszugehen ist, die eine multidimensionale und interdisziplinäre medizinische Rehabilitation notwendig macht. Zur Beurteilung ist eine zusammenfassende Bewertung der wesentlichen sozialmedizinischen Faktoren erforderlich. Als weitere Bedingung nach § 40 SGB V gilt, dass eine ambulante Krankenbehandlung inklusive der Verordnung von Heilmitteln nicht ausreichend ist.

Orientiert an Muster 61 zur Verordnung medizinischer Rehabilitation in der bis März 2016 gültigen Form wurden erfasst: Multimorbidität/Gesundheitsstörungen, Funktionseinschränkungen, Kontext- und Risikofaktoren, bisherige Therapie (3-Monats-Zeitraum). Die der ICF entlehnten Lebensbereiche nicht nur vorübergehender Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe wurden für die Verwendung in Pflegeeinrichtungen um den Bereich Rollstuhlmobilität ergänzt; dafür ist der Bereich „Arbeit“ entfallen. Die möglichen Ausprägungen je Bereich reichen in vier Abstufungen von „ohne Beeinträchtigung“ bis „nicht möglich“. Für die Auswertung wurden die jeweiligen Ausprägungen über alle verwendeten Lebensbereiche hinweg zu einem Beeinträchtigungsscore (0-28 Punkte) addiert (siehe hierzu die Tabelle A1a im Anhang)

Aus dem Gesamtbild der Schädigungen und Beeinträchtigungen wurde unter Berücksichtigung der Notwendigkeit einer komplexen Behandlung das Urteil zur Rehabilitationsbedürftigkeit (ja/nein) abgeleitet. Zum Zeitpunkt des Studienbeginns galt „Rehabilitationsfähigkeit“ gemäß der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation, Aktualisierungsstand 2012, als die notwendige Belastbarkeit und Motivation zur Durchführung einer Rehabilitation. In der Studie wurde die Einschätzung wie in Muster 61 einzeln für Mobilität, somatische und psychische Belastungsfähigkeit und Motivation vorgenommen. So ist es möglich, in der Auswertung „Rehabilitationsfähigkeit“ entsprechend der überarbeiteten Begutachtungsrichtlinie 2016 (BR 2016) auf die Angaben zur Belastbarkeit zu stützen. Die Einschätzung erfolgte auch differenziert im Hinblick auf die Anforderungen stationärer, ambulanter oder teilstationärer und mobiler Rehabilitation.

Die Rehabilitationsprognose liefert eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg einer Maßnahme. War für mindestens eine Durchführungsform Rehabilitationsfähigkeit festgestellt, wurde über die Aufnahme der Teilhabe- und Rehabilitationsziele beurteilt, ob eine positive Prognose gegeben war.

Die Allokationsempfehlung erfolgte unter Berücksichtigung der Allokationskriterien in der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation und der spezifischen Kriterien für eine mobile Rehabilitation gemäß den *Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation*. In Abgrenzung zur stationären oder ambulanten Rehabilitationsform muss ein Bedarf solcher Art gegeben sein, der eine Durchführung im vertrauten Lebensumfeld medizinisch erforderlich macht und eine positive Prognose erst ermöglicht. Ein solcher Bedarf ist begründet mit den folgend genannten Schädigungen:

1. erhebliche Schädigung mentaler Funktionen kognitiver Art
2. erhebliche Schädigung mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art
3. erhebliche Schädigung der Stimm, -Sprech- und Sprachfunktion
4. erhebliche Schädigung der Seh- und Hörfunktion.

Die Allokationsempfehlung wurde differenziert nach einer indikationsspezifischen und einer geriatrischen Rehabilitation, entweder in der stationären (nach § 109 sowie § 111), teilstationären, ambulanten oder mobilen Form. Die Empfehlung sollte fachlich geboten sein unabhängig von der lokalen Verfügbarkeit eines Angebotes, um Disparitäten durch unterschiedliche Angebotsstrukturen zu vermeiden.

Die mobile Rehabilitation ist seit 2007 nach einer Modifikation des § 40 SGB V eine gesetzlich vorgesehene Leistung, auf die Versicherte auch aus stationären Pflegeeinrichtungen bei entsprechendem Bedarf einen Anspruch haben. Dem standesethischen Problem der Begutachtung wird in Teilprojekt A so begegnet, dass eine ärztliche Empfehlung zu einer Rehabilitation zwar ausgesprochen und den Betroffenen schriftlich mitgeteilt wurde. In die Antragstellung zur Realisierung einer solchen Maßnahme aber wurde nicht eingegriffen.

Auswahlverfahren

Zielpopulation des Teilprojektes waren Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Altenpflegeeinrichtungen, die zwischen September 2015 und Dezember 2016 in stationärer Langzeitpflege oder in Kurzzeitpflege lebten bzw. sich aufhielten. Die Auswahl der Primäreinheiten fand als bewusste Auswahl statt, die Auswahl der Untersuchungseinheiten (Bewohner*innen) selbst in der Langzeitpflege als einfache Zufallsauswahl oder Vollerhebung, in der Kurzzeitpflege als Vollerhebung konsekutiv statt.

Auswahlebene 1	konzentriert auf fünf beteiligte Standorte der MoRe
Auswahlebene 2	1-9 Pflegeeinrichtungen je Standort
Auswahlebene 3	a. Stichtagsliste je Einrichtung: alle Bewohner*innen bzw. einfache Zufallsstichprobe per Zufallszahlengenerator b. konsekutiv nach Belegung der Kurzzeitpflege

Die Auswahl der Pflegeeinrichtungen pro Standort erfolgte nach bestimmten Kriterien:

1. Anerkannte Pflegeeinrichtung nach § 71 Abs. 2 SGB XI
2. Es besteht eine Zusammenarbeit und dort waren bereits Leistungen der mobilen Rehabilitation erbracht worden
3. Keine Spezialisierung ausschließlich auf ein bestimmtes Klientel
4. Keine ärztliche Betreuung nach § 119 b SGB V[2]

[2] SGB V § 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen. Abs. 1 und 2 räumt seit 2008 Pflegeeinrichtungen die Option ein, Kooperationsverträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Kommen solche nicht zustande, werden die Einrichtungen vom Zulassungsausschuss ermächtigt, mit angestellten geriatrisch fortgebildeten Ärzten an der vertragsärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen teilzunehmen.

Trägerzugehörigkeit, Größe der Einrichtung oder andere Kriterien waren für die Auswahl nicht maßgebend.

Der gesundheitlichen Situation und der Lebenssituation im Hinblick auf Aktivitäten und Teilhabe wurde durch einen angepassten Mix der Informationsquellen Rechnung getragen. Im Einzelnen wurden herangezogen:

1. Selbstauskunft, soweit möglich und/oder
2. Auskünfte der Angehörigen/Bezugspersonen (diese wurden zur Untersuchung eingeladen),
3. Auskünfte der Fachpflege,
4. Pflegedokumentation der Einrichtung,
5. Arztbriefe und Befunde, soweit verfügbar,
6. Strukturierte ärztliche Befragung und orientierende ärztliche Untersuchung, soweit dies für die Beantwortung der Fragestellung erforderlich war.

Die Auswahl der Pflegebedürftigen umfasste zwei Versorgungsgruppen (Kurzzeit- und Langzeitpflege), für die unterschiedliche Verfahren der Rekrutierung notwendig wurden.
Für die Kurzzeitpflege waren Plätze in den meisten Einrichtungen mit wechselnder Kapazität eingestreut verfügbar. Gäste sind durch die jeweilige Verweilzeit nur begrenzt zu erreichen, eine Abstimmung mit personellen Kapazitäten (Einsatzplanung) war erforderlich. Für die Kurzzeitpflege (KuP) wurden daher alle innerhalb des Erhebungszeitraumes in den Einrichtungen Aufgenommene einbezogen, solange, bis die vorgesehene Personenzahl erreicht war. Die Teilnahmequote, also der Anteil an Studieneinwilligungen unter den Ausgewählten in der Kurzzeitpflege, lag standortbezogen zwischen 63-95 %.
In der Langzeitpflege (LaP) wurde die Grundgesamtheit für die jeweilige Einrichtung zu einem Stichtag festgestellt. Für jede Einrichtung wurde festgelegt, wie viele Personen in das Untersuchungskollektiv aufgenommen werden sollten. Für einige Einrichtungen waren das alle am Stichtag gemeldeten (Vollerhebung), in anderen (7 Einrichtungen) wurde eine Auswahl per Zufallszahlengenerator getroffen. In einer Einrichtung wurde es notwendig, mit einem zweiten Stichtag auch Neueingezogene zu erfassen. Bei Erreichen der geplanten Fallzahl wurden ggfs. noch ausstehende Feststellungsverfahren nicht mehr durchgeführt.
Die Ansprache der ausgewählten Personen bzw. ihrer gesetzlichen Betreuungsperson wurde von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich gehandhabt bspw. durch die Pflege, durch Therapeut*innen oder MoGeRe-Mitarbeiter*innen. Geriatrische Fachärzt*innen bzw. Rehabilitationsmediziner*innen führten das Aufklärungsgespräch durch. Die erreichte Studienteilnahme (Ausschöpfung) durch schriftliches Einverständnis bzgl. der Langzeitpflege variierte ebenfalls zwischen den Einrichtungen (50-90 %)[3], im Durchschnitt lag sie bei 73 %. Eine Substitution in Fällen von Nicht-Befragbarkeit, wenn eine Zustimmung vorlag, die Person aber vor der Realisierung verstarb oder längerfristig im Krankenhaus verweilte, wurde für 3-8 % der Bruttostichprobe dokumentiert.

Um eine Einschätzung von Selektivität und Auswirkungen der Nichtteilnahme auf die Bedarfsfeststellung zu erhalten, wurden zu allen Non-Respondern aus der Langzeitpflege Bezugspflegende um eine

[3] Hohe Ausfallzahlen sind bei Studien mit Pflegeheimbewohner*innen nicht unüblich. Eine Studie an der Charité Berlin (Budnick et al. 2013) zu Ausfallursachen bei Pflegeheimbewohner*innen führte 23 % der beobachteten Ausfälle allein auf das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung zurück und das überwiegend, weil die Bevollmächtigten nicht erreicht wurden.

Einschätzung des Rehabilitationspotentials aus ihrer Kenntnis des Bewohners gebeten (Rehabilitation durchaus möglich/nicht möglich); ggfs. sollten sie alternativ angeben, dass sie es nicht einschätzen können. Diese letzte Option wurde von Pflegenden jedoch nur bei 2 % der Nonresponse-Fälle genutzt. Für ausgewählte nicht teilnehmende Gäste der Kurzzeitpflege konnte eine entsprechende Einschätzung nicht vorgenommen werden; die wichtige Voraussetzung, dass die Pflege die Gäste gut kennt, war hier in der Regel nicht gegeben. Die Ergebnisse dieser Nonresponse Einschätzung werden ebenfalls in Kapitel 6 berichtet (siehe weiter unten).

Insgesamt wurde die Erhebung in 16 Pflegeeinrichtungen durchgeführt, wie ausgeführt mit einem Schwerpunkt am Standort Bremen. Aus neun Einrichtungen konnten auch Teilnehmende in Kurzzeitpflege rekrutiert werden. Insgesamt waren dies 622 Bewohner*innen in Langzeitpflege und 138 Gäste der Kurzzeitpflege. Die Verteilung auf die beteiligten Standorte ergab sich daraus wie folgt:

S1	2 Einrichtungen	126 Bewohner*innen	LaP 126	KuP 0
S2	2 Einrichtungen	90 Bewohner*innen	LaP 54	KuP 36
S3	9 Einrichtungen	364 Bewohner*innen	LaP 296	KuP 68
S4	2 Einrichtungen	90 Bewohner*innen	LaP 72	KuP 18
S5	1 Einrichtung	90 Bewohner*innen	LaP 74	KuP 16

S=Standort, LaP=Langzeitpflege, KuP=Kurzzeitpflege

Die Beurteilung wurde durch insgesamt 12 Fachärzt*innen der MoRe-Einrichtungen vorgenommen, die mehrjährige Erfahrung in der Geriatrie oder Rehabilitationsmedizin mitbrachten. Da Prognosen aus solchen Einpunkt-Beurteilungen mit einer vergleichsweise höheren Unsicherheit verbunden sind, waren Aussagen und Beschreibungen der Bezugspflegenden ein notwendiger Bestandteil der Untersuchung zur Sicherung der Einschätzung.

Pretest

Für den Begutachtungsprozess wurde ein standardisierter Erhebungsbogen erstellt (siehe Anhang). Er umfasst die Fragenblöcke zur Sozialanamnese, der Klinischen Anamnese, alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, medizinischen Risikofaktoren und Kontextfaktoren, Maßnahmen der Krankenbehandlung, sowie der Rehabilitationsziele aus Sicht von Ärzt*in und Bewohner*in, der Rehabilitationsprognose und Durchführungserfordernissen. Dazu ergänzend wurden die spezifischen Kriterien zur mobilen Rehabilitation aufgenommen (siehe Erhebungsbogen im Anhang).

Vor Beginn der Feldphase wurde der Erhebungsbogen einem Pretest unterzogen. Mit Freiwilligen aus stationären Pflegeeinrichtungen wurden alle Fragen auf Verständlichkeit und Machbarkeit getestet und die benötigte Bearbeitungszeit pro Fragenblock gemessen. Ebenso wurde erprobt, wie die Informationsbeschaffung aus unterschiedlichen Quellen gelingt und vorbereitet werden kann.

Im Ergebnis erwiesen sich alle Teile des Erhebungsinstrumentariums, auch noch nicht studienbewährte Elemente zu Beeinträchtigung und Teilhabe, als zu bewältigen. Der Zeitbedarf fiel jedoch höher aus als erwartet, so dass Grenzen der Belastbarkeit bei den Pflegebedürftigen erreicht wurden. Auch das Sammeln der klinischen Daten gestaltete sich aufwändig und war vorab, vor dem Gespräch mit Pflegebedürftigen und Angehörigen, durchzuführen. Insgesamt wurde der Erhebungsbogen für die Feldphase nochmals gestrafft, Auswahlmöglichkeiten vereinfacht und einzelne Frageblöcke umgestellt. Eine entscheidende Änderung bestand in der Anlage des Assessments als stufenweise Bear-

beitung der Voraussetzungen für eine Rehabilitationsindikation mit Abbruchmöglichkeit: war ein Bearbeitungsschritt nicht erfüllt, wurde die Erfassung an dieser Stelle beendet.

Auswertung

Vor der Auswertung wurde ein Daten-Clearing vorgenommen. Aus zunächst 770 erfassten Datensätzen lagen für fünf Personen jeweils zwei Erhebungsbögen vor. Als gültig ging die jeweils erste Untersuchung in den gültigen Datensatz und die Auswertungen ein. Fünf Fälle wurden ausgeschlossen, weil sie nicht Teil einer Stichtagspopulation waren. Somit basiert die Analyse zum ersten Studienblock auf 760 Bewohner*innen und Gästen aus stationären Pflegeeinrichtungen aus fünf Regionen, in der berichteten Verteilung auf die Standorte.

Die Auswertung des Rehabilitationsbedarfs erfolgt differenziert für drei Subpopulationen. Neben den Bewohner*innen in Langzeitpflege werden zwei Gästegruppen in der Kurzzeitpflege analysiert. Das Angebot der Kurzzeitpflege ist nach § 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGB XI zu unterscheiden nach Pflegebedürftigen im Übergang nach einer stationären Behandlung und eine Verhinderungspflege, wenn die häusliche Pflege vorübergehend nicht gewährleistet oder ausreichend ist. Diese beiden Subgruppen unterscheiden sich voraussichtlich nicht nur in Hinsicht auf ihre Verweilzeit in stationärer Pflege von der Population der Langzeitpflege sondern auch in anderen, rehabilitationsrelevanten Merkmalen.

Die dargestellten Ergebnisse basieren auf ungewichteten Daten, soweit nicht anders vermerkt. Bei Signifikanzprüfungen wird eine 5%ige Irrtumswahrscheinlichkeit (Fehler erster Art) festgelegt.

Verlauf mit und ohne eine Maßnahme der mobilen Rehabilitation (TP B1A)

Das zweite Teilprojekt widmet sich der Frage nach dem Verlauf bei einer festgestellten Indikation für eine mobile geriatrische Rehabilitation in Bezug auf den gesundheitlichen und funktionellen Status und der sozialen Teilhabe über die Zeit; zum Einen falls eine mobile Rehabilitation tatsächlich durchgeführt wird, zum Anderen wenn trotz festgestellter Rehabilitationsindikation in der Folge keine Rehabilitation stattfindet. Realisiert wurde eine multizentrische, prospektive kontrollierte Studie, offen und nicht randomisiert (CCT).

Bis zur Einführung der neuen Pflegegrade am 1.1.2017 wurden bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit drei Pflegestufen unterschieden. Für die empirisch-quantitativen Teile der Studie waren diese noch maßgeblich und liegen der Beschreibung und Analyse zugrunde.

Rekrutierung

Die Verlaufsstudie B1a wurde als eigenständige Untersuchung konzipiert. Die pflegebedürftigen MoGeRe-Rehabilitanden der Verlaufsstudie sind also ganz überwiegend nicht dieselben Personen, die in der Reihenuntersuchung des Projektteils A erfasst wurden. Nur die Personen mit Rehabilitationsindikation, aber ohne Rehabilitationsteilhabe entstammten der Untersuchung des Teilprojekts A. So hat diese Zusammensetzung der beiden Studiengruppen methodisch einen Validitätsvorteil: Die Verläufe von Rehabilitationsbedürftigen mit und ohne Rehabilitation wurden in derselben Zeit (von Anfang 2016 bis Mitte 2017) beobachtet. Bei der Dauer der Verfahrenswege (nicht Anschlussrehabilitation nach stationärem Aufenthalt) bis zur Bewilligung und ggf. mit Widerspruchsverfahren – nach Erfahrung der beteiligten MoRe-Einrichtungen bis zu vier Monaten - wäre ein anderes Prozedere innerhalb

der Laufzeit des Projekts kaum realisierbar gewesen. Andererseits können Aussagen über den Rehabilitationserfolg in der MoGeRe-Gruppe nicht auf das Kollektiv der in der Bedarfsstudie ermittelten Gruppe mit Rehabilitationsbedarf übertragen werden, v.a. deshalb, weil ca. 80 % der Rehabilitandengruppe aus dem Krankenhaus im Sinne einer Anschlussrehabilitation behandelt wurde, während dies bei den untersuchten Pflegebedürftigen im Pflegeheim nur zu einem kleinen Prozentsatz der Fall war.

Eine zufällige Aufteilung auf die Studiengruppen mit und ohne Rehabilitation war aufgrund des bestehenden Rechtsanspruches auf Rehabilitation und des Zustimmungsvorbehaltes der Krankenkassen nicht möglich. Eine Vergleichsgruppe wurde wie dargestellt aus der epidemiologischen Studie (TP A) gewonnen[4]. Die Bewohner*innen, die eine Indikationsstellung mit einer Empfehlung für eine mobile Rehabilitation erhalten hatten, wurden konsekutiv, nach einer Wartezeit von sechs Wochen, soweit das Einverständnis auch für diesen Studienteil gegeben wurde, in die Verlaufsstudie aufgenommen. Schwierigkeiten ergaben sich bei Gästen der Kurzzeitpflege, die nach diesem Zeitraum nicht mehr erreichbar waren, inzwischen in Langzeitpflege, oder wieder zuhause lebten. Fünf für die Vergleichsgruppe rekrutierte Teilnehmende mussten im Fortgang wieder ausgeschlossen werden, weil später noch eine Rehabilitationsmaßnahme beantragt und aufgenommen wurde.

Die Studienteilnehmer*innen mit einer mobilen Rehabilitation wurden aus dem Alltagsbetrieb der Anbieter einer mobilen Rehabilitation rekrutiert. Darunter konnten und sollten auch Bewohner*innen sein, die nach einer Empfehlung aus dem Teilprojekt A mit einer Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme vorstellig wurden. Insgesamt waren dies jedoch nur 17 Personen. Die Aufnahme sollte durch die Studienstandorte konsekutiv so lange erfolgen, bis die geplante Anzahl von Teilnehmenden je Standort erreicht war.

Die Ersterhebung des Studienassessments für den Verlauf (T0) wurde im Rahmen der Aufnahmegespräche (Erstuntersuchung nach Genehmigung der MoGeRe) bzw. für die Vergleichsgruppe etwa sechs Wochen nach der Indikationsfeststellung (Teilprojekt A) in der Pflegeeinrichtung durchgeführt. Die Folgebeurteilungen (T1, T2, T3) nahmen therapeutisches und ärztliches Personal vor, das nicht in eine jeweilige Maßnahme involviert war. Eine durchgehende Verblindung des Studienpersonals wäre angesichts der Zusammenarbeit von MoGeRe-Team und Pflege und der Anforderungen der Informationssammlung nicht realistisch gewesen.

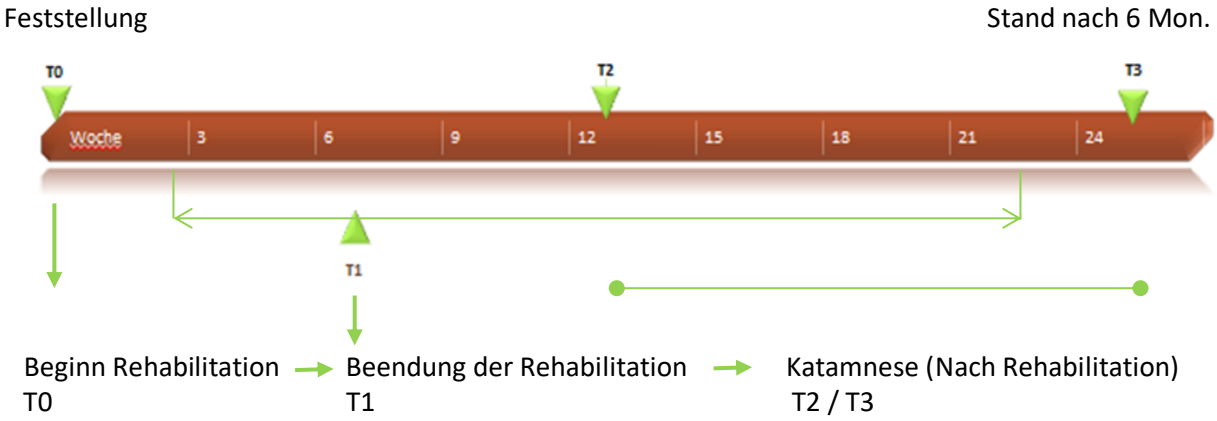
Mit dem konsekutiven Studieneinschluss ergab sich eine Vielzahl von Herkunftseinrichtungen, in denen teilnehmende Bewohner*innen lebten. Die Teilnehmer*innen kamen aus 65 verschiedenen Pflegeeinrichtungen. In zwölf Einrichtungen lebten sowohl Teilnehmer*innen der Rehabilitations-Gruppe wie auch der Vergleichsgruppe; in drei Pflegeeinrichtungen nur Teilnehmer*innen der Vergleichsgruppe. Die überwiegende Mehrheit der Rehabilitand*innen kam aus Einrichtungen, die in keinem der anderen Teilprojekte (A oder B2) beteiligt waren.

[4] Der Begriff einer Kontrollgruppe wird nicht verwendet, weil dies nach verbreitetem Gebrauch bezeichnet, dass wir grundsätzlich von einer Ähnlichkeit der parallel beobachteten Gruppen ausgehen können. Die dafür relevante Frage 1.2 „(Sind) die beiden Studiengruppen aus Quellpopulationen rekrutiert, die in allen Aspekten außer dem zu untersuchenden Faktor vergleichbar sind?“ aus der Methodology Checklist 3 des Scottish Intercollegiate Guidelines Networks (SIGN 2013) kann nicht durchgängig positiv beantwortet werden (vgl. dazu Raspe & Hüppe 2014)

Messzeitpunkte

Für beide Studiengruppen wurden drei Messzeitpunkte (T0, T2, T3) im Abstand von jeweils drei Monaten durchgeführt. Bei der Population von Pflegeheimbewohner*innen ist aufgrund hoher (Co-) Morbidität mit schnellen Veränderungen des gesundheitlichen Status zu rechnen. Von daher erschien eine Verlängerung des Beobachtungszeitraumes für dieses Kollektiv nicht sinnvoll. Mit diesem Vorgehen wird erwartet, dass für beide Studiengruppen eruiert werden kann, welche Ergebnisse nach einem definierten Zeitraum von sechs Monaten mit und ohne Rehabilitation erreicht wurden (Abbildung 2). Auch bei konsekutivem Einschluss konnten alle Teilnehmenden innerhalb der Projektlaufzeit vergleichend beurteilt werden.

Abbildung 2 Schema der Messzeitpunkte im Verlauf



In der Rehabilitationsgruppe wurde des Weiteren als wichtiges Zwischenergebnis der Status zum Abschluss der Rehabilitation (T1) festgehalten. Da die Rehabilitationsphase individuell verschieden lange dauerte, fiel auch der nachverfolgte Zeitraum nach Beendung der mobilen Rehabilitation unterschiedlich aus. In der Interventionsgruppe ergaben sich somit zwei individuell variable Zeitfenster, für die Rehabilitation und für die Katamnese. Für die Fragestellung der Nachhaltigkeit wurde in der Auswertung ein Mindestzeitraum von drei Monaten nach Rehabilitation in der Katamnese zugrunde gelegt. Wurden die drei Monate im Einzelfall durch eine sehr lange Rehabilitationsphase unterschritten, wurde der Fall nur in diesen Auswertungen nicht berücksichtigt.

Ergebnisparameter

Die für den Verlauf betrachteten Ergebnisparameter umfassen drei relevante Domänen (siehe Abbildung 4). Erhoben wurden: Barthel-Index nach dem Hamburger Manual, Esslinger Transferskala (Runge / Rehfeld 1995), Bewegungsradius, globale Lebenszufriedenheit und Konzeptionalisierungen sozialer Teilhabe bzw. Teilhabesicherung.

Für Bewegungsradius und globale Lebenszufriedenheit werden zwei Werkzeuge aus dem „Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (HILDE)“ (Becker et al. 2011) genutzt. Dabei wird als Bewegungsradius in sechs Stufen, vom Pflegebett bis zu Orten außerhalb der Pflegeeinrichtung, der am weitesten entfernte Ort festgehalten, der regelmäßig -mindestens einmal in der Woche- selbständig oder mit Hilfe aufgesucht wird. Lebenszufriedenheit wird abgestuft nach der Mitteilungsfähigkeit der Bewohner*innen erfassbar: es ist keine verbale Mitteilung möglich, es ist eine Mitteilung mit positiver oder negativer Valenz erkennbar oder es wird eine Bewertung

anhand einer vierstufigen Skala (sehr unzufrieden/eher unzufrieden/eher zufrieden/sehr zufrieden) abgegeben.

Eine Herausforderung lag in der Messung, das heißt der Identifikation von individuellen Teilhabezielen und der Bewertung ihres Erreichens. Dabei sind drei Ebenen (für das Konstrukt der Teilhabe) relevant, die im Folgenden erläutert werden:

1. eine offene Frage für aus dem Gespräch eruierte persönliche Ziele (Teilhabebedürfnis),
2. definierte Kontextfaktoren und symptombezogene Behandlungsziele,
3. definierte Teilhabesicherungskonzepte.

Um ein oder mehrere individuelle Teilhabeziele als Ergebnisgröße verwenden zu können, wurde im offenen Format erfasst, was jede*r Teilnehmer*in körpersprachlich oder verbal als Teilhabebedürfnis erkennen ließ. Diese Äußerung wurde aufgenommen. Durch die wissenschaftliche Beratung wurden dann alle Ziele codiert und einheitlich jene Nennungen, die selbstbestimmte Teilhabebedürfnisse (und nicht Formulierungen der Pflege oder ähnliches) zum Ausdruck brachten, wurden als die individuellen Teilhabeziele ausgewertet.

Die Erfassung von Zielen im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe wurde über die Kreuznacher Liste der Teilhabesicherungskonzepte (TSK) standardisiert, eine Entwicklung der Kreuznacher Diakonie (DVfR 2016: Teilhabeorientierte Heilmittelversorgung, Expertise, S. 77 ff.; online verfügbar unter http://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Heilmittel-Ausschuss_Expertise.pdf). Diese Liste basiert auf der Erfahrung, dass die Personengruppe von Menschen mit Behinderung bzw. Pflegebedarf, die in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe leben oder Eingliederungshilfe beziehen, sich durch einige allgemeine Charakteristika auszeichnet, die für verschiedene Schädigungs- und Krankheitsgruppen gemeinsam zutreffen. Diese bilden gemeinsame „Problemhaushalte“, also eine individuell bestimmbare Menge relevanter Probleme im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe, die durch angemessene Maßnahmen positiv beeinflusst werden können. Die insgesamt 27 TSK umfassen jeweils ein ganzes Bündel von Strategien, um bestimmte Teilhabeziele zu erreichen (Abbildung 3). Dabei werden die funktionellen Aspekte immer in einen unmittelbaren Teilhabezusammenhang gestellt, vgl. Leitfaden. Die in der Eingliederungshilfe entwickelte Liste wurde für die Anwendung in stationären Pflegeeinrichtungen leicht modifiziert. Über diese Teilhabesicherungskonzepte, die ICF orientiert sind, wird eine unmittelbare Verständigung zwischen den Pflegekräften und den Mitarbeiter*innen des mobilen Rehabilitationsteams zu Teilhabezielen möglich. Allerdings ist die Liste sehr umfangreich, und es bedarf in der Rehabilitationsmaßnahme in der Regel einer Fokussierung.

Da die Erfordernisse und Bedürfnisse individuell sehr unterschiedlich sind, wurde für die Konzeptualisierungen eine Checkliste angeboten, aus der jeweils die individuell relevanten und selbstgesetzten Ziele ausgewählt und festgehalten wurden.

Abbildung 3 Kreuznacher Liste der Teilhabesicherungskonzepte

1. Ermöglichung des ggf. mehrstündigen Sitzens im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmittel
2. Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen angepasste Transfertechniken bzw. Hilfsmittel
3. Optimierte Lokomotion, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von Ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz
4. Sicherstellung der Mobilität in Wohnung, Nachbarschaft, naher Stadt und Fernbereich
5. Vermeidung und Bewältigung von Hautschäden (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld
6. Ermöglichung von Kommunikation durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache
7. Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten Ernährung bei orofazialer Dysfunktion unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten
8. Bewältigung der Inkontinenz mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toilettentraining im häuslichen Umfeld
9. Sonstige Aktivitäten des täglichen Lebens (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext)
10. Strategien zur Bewältigung eingeschränkter Sinnesfunktionen, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Kulturtechniken, soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln
11. Förderung der Belastbarkeit und Handlungskompetenz im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld
12. Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von Kulturtechniken im Alltag
13. Optimierung der Möglichkeiten der Steuerung (Hilfsmittel) mit dem Ziel der Umfeldkontrolle
14. Ermöglichung von Kontrollkompetenz und Souveränität im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegeverrichtungen, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz
15. Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung in der sozialen Gemeinschaft geben können
16. Ermöglichung einer Tagesstruktur, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe
17. Ermöglichung des Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld
18. Ermöglichung eines selbstgesteuerten Schmerzmanagements unter häuslichen Bedingungen
19. Bewältigung psychischer Probleme, Erkennung, Behandlung, Bewältigung psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten, insbesondere im sozialen Kontext
20. Bewältigung von Atmungsproblemen, u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung
21. Förderung und Stabilisierung des sozialen Netzes durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten).
22. Förderung des regionalen sozialraumbezogenen sekundären sozialen Netzwerks
23. Förderung, Ermöglichung konstanter persönlicher Beziehungen und eines stabilen, angstfreien offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen
24. Information und Kontakt zu Organisationen der Selbsthilfe, ggf. Selbstorganisation
25. Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden medizinischen Managements bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Häuslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz
26. Ermöglichung und Förderung der Beantragung und Organisation sozialstaatlicher Leistungen unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilfemix
27. Stützung und Beratung der Bezugspersonen

Die Parameter aus den drei Domänen unterscheiden sich nach ihrem Charakter als Messgrößen. Für die standardisierten funktionalen Parameter wird jeweils ein Niveau oder ein Summenwert aus allen beteiligten Aspekten festgestellt, zu Beginn und weiterhin im Verlauf; ein Vorher-Nachher-Vergleich der Kennwerte ist möglich (Abbildung 4).

Lebenszufriedenheit als Ein-Item-Variable ist ebenfalls standardisiert für jeden Teilnehmenden erfasst, erlaubt aber eine unterschiedlich differenzierte Messung nach Art der Mitteilungsfähigkeit der Bewohner*in. Ein Vorher-Nachher-Vergleich unmittelbar ist möglich, wenn diese Fähigkeit von einem Messzeitpunkt zum nächsten erhalten bleibt. In anderen Fällen kann die differenzierte Erfassung zu Vergleichszwecken auf die weniger differenzierte Form, mit entsprechendem Informationsverlust, reduziert werden; von der vierstufigen Erfassung bspw. auf eine dichotome Aussage, soweit die positive oder negative Ausprägung erkennbar ist.

Die Konzepte der Teilhabe und Teilhabesicherung stellen jedoch keine immer gleich zusammengesetzte Größe dar. Die Auswahl und Anzahl einzelner Aspekte variiert individuell nach den Bedürfnissen der Bewohner*innen; auch werden individuell unterschiedlich verdichtete Problemkomplexe erfasst. Zu Beginn werden die Aufgabe bzw. das Ziel definiert, es gibt keinen Kennwert. Gemessen wird dann erst zu den nachfolgenden Zeitpunkten jener Grad, in dem diese Aufgabe/das Ziel umgesetzt oder vollendet wurde (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4 Domänen der Ergebnisparameter

Parameter	Eigenschaften
ATL (Barthel-Index) Bewegungsradius Esslinger Transferskala	standardisiertes Instrument Leistungsfähigkeit je Item eine Einstufung, vorher-nachher
Globale Lebenszufriedenheit	standardisiertes Instrument drei Stufen der Bewertung, vorher-nachher
(Teilhabe)Ziele Kontextfaktoren Teilhabesicherungskonzepte	offene Frage oder Auswahlliste Problemkomplexe Grad der Zielerreichung, nachher

Der Grad der Zielerreichung wird für jeden einzelnen Punkt durch eine Einschätzung vom Likert-Typ angegeben (gar nicht/etwas/teilweise/überwiegend/ganz und gar). Getroffen wird diese Einschätzung jeweils gemeinsam mit Betroffenem und Bezugspersonen. Die einzelnen Einschätzungen einer Kategorie (z.B. der TSK), ausgedrückt als Wert zwischen 0 und 4, werden addiert und bilden, mit der Anzahl der Nennungen gewichtet, den individuellen Summenwert. So wird für jede Kategorie, das selbstbestimmte Ziel, die Teilhabesicherungskonzepte und die Ressourcen, vorgegangen. Das individuelle Resultat wird damit Vergleichen zugänglich gemacht.

$$\sum \text{Ziel}_1 + \text{Ziel}_2 + \text{Ziel}_i \quad / \quad \text{Anzahl Ziele}_i = \text{individueller Summenwert je Kategorie}$$

Ein Beispiel in der Erfassung und Messung von Teilhabe

Eine über 80-jährige Rehabilitandin mit rheumatischer Arthritis und Osteoporose, Komorbidität Herzrhythmusstörung und Depressivität

1. Freie Mobilität am Rollator im eigenen Zimmer
2. Belastungsfähiger zu sein um soziale Kontakte zu halten
3. Spaziergänge im Außenbereich

3 persönliche Teilhabeziele benannt

Fokussiert werden dazu die TSK (siehe Erhebungsbogen)

1. *Für selbständigen Transfer in und aus dem Rollstuhl: TSK (2) Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege …*
2. *Für die Mobilität am Rollator: TSK (3) Optimierte Lokomotion, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln*
3. *für die Spaziergänge: TSK (4) Sicherstellung der Mobilität in Wohnung, Nachbarschaft…*
4. *TSK (8) Bewältigung der Inkontinenz…*
5. *TSK (9) Sonstige Aktivitäten des täglichen Lebens: Ordnung im Zimmer halten können*
6. *TSK (19) Bewältigung psych. Probleme*

6 Teilhabesicherungskonzepte ausgewählt

Als Ressource soll aktiviert werden:

1. *Einbezogen sein in Handlungen des Transfers, der ADL*

1 Kontextressource

Bei den nächsten Beurteilungen (T1, T2 und T3) wird für die ausgewählten Ergebnisparameter (siehe vor) festgehalten:

Konkretes Teilhabeziel	Messwert: Für alle 3 Ziele jeweils der erreichte Werte zwischen „gar nicht“ (0) und „voll und ganz“ (4) erreicht
TSK ausgewählt	Messwert: Für alle 6 TSK jeweils der erreichte Werte von „gar nicht“ (0) bis „voll und ganz“ (4) und der Mittelwert hierzu
Kontextressource	Messwert: wie vor 0 bis 4

Bei zu Beginn (T0) definierten Zielen, für welche im Verlauf keine Angaben mehr vorliegen, wird der fehlende Wert auf „null“ (d.h. „gar nicht“) gesetzt um Summenwerte bilden zu können. So fehlten in den Daten der Interventionsgruppe bei 20 % mindestens eine bis maximal vier Beurteilungen von allen in einen Summenwert eingehenden Zielen zum Zeitpunkt T3. In der Vergleichsgruppe war solche Item-Nonresponse nur bei 8 % der Daten gegeben. Dass die Daten in MoGeRe- und Vergleichsgruppe nicht in gleichem Maße vollständig sind, kann einen Bias durch fehlende Werte verursachen; so, wenn in der Interventionsgruppe anders als in der Vergleichsgruppe möglicherweise nur erreichte Ziele in die Bewertung eingehen. Im einzelnen Fall könnte das individuelle Ergebnis durch dieses Verfahren aber unterschätzt werden, falls tatsächlich Werte besser als Null erreicht, aber nicht angegeben wurden.

Anforderungen an eine Zusammenarbeit von MoRe und Pflege (II)

Der vom Frankfurter Institut ISIS e.V. durchgeführte Studienblock II (Teilprojekte B 2 und C) hatte folgende Ziele:

- „Erhebung der Anforderungen, die an eine fachgerechte und gelingende Zusammenarbeit der (temporär) stationären Pflege und dem mobilen Rehabilitationsdienst gestellt werden – einschließlich der Identifikation förderlicher und hemmender Faktoren“
- „Handlungsempfehlungen, wie ggf. neue konzeptionelle Anforderungen zur Umsetzung der mobilen Rehabilitation in den pflegerischen und rehabilitationsmedizinischen Alltag integriert werden können“

Um Handlungsempfehlungen geben zu können, wie die konzeptionellen Anforderungen zur Umsetzung der mobilen Rehabilitation in den pflegerischen und rehabilitationsmedizinischen Alltag integriert werden können, wurden im Teilprojekt B2 Gruppendiskussionen an allen MoRe-Standorten durchgeführt und Organisationsentwicklungs-(OE) Projekte begonnen. In diese Gruppendiskussionen und OE-Projekte geht die Auswertung der strukturierten Beobachtung der Rehabilitationsverläufe in den Einrichtungen durch die Mitglieder der MoGeRe und der Fachpflege ein. Zu Beginn erfolgten eine Begehung der stationären Pflegeeinrichtung und die Erhebung der Geschichte des jeweiligen Betriebs; dadurch konnten in den folgenden Gruppendiskussionen auch informelle Aspekte eher verstanden werden.

Mit den Gruppendiskussionen werden insbesondere die Erfahrungen und Beobachtungen der MoRe-Mitarbeiter und der Pflegeeinrichtung während des Teilprojekts genutzt und reflektiert. Teil nahmen Fachkräfte der sechs Pflegeeinrichtungen sowie Ärzt*innen, Therapeut*innen, Fachpfleger*innen und weitere Fachkräfte aus dem Team der mobilen Rehabilitation. Jede einzelne Rehabilitandin und jeder einzelne Rehabilitand, der in den untersuchten drei Jahren vom MoGeRe-Team in der gastgebenden stationären Pflegeeinrichtung rehabilitativ behandelt wurde, wurde besprochen. Während der Sitzungen wurden Analysen und vor allem OE-Beschlüsse auf Flip-Chart dokumentiert, zusätzlich auf Tonträger aufgenommen und nach den Sitzungen als Beschluss-Protokoll noch einmal herumgesandt.

Das Teilprojekt B2 begann an allen fünf Standorten im ersten Jahr mit den OE-Projekten, um die folgende Umsetzung der Kooperation hinreichend lange prüfen zu können. Alle probeweisen Lösungen vermittelten die MoRe-Koordinator*innen und die Pflegedienstleitungen in ihren regionalen Besprechungen auch den Pflegeeinrichtungen, die nicht an der Gruppendiskussion teilnahmen. Im zweiten bzw. dritten Jahr hatte das Teilprojekt seinen Schwerpunkt in der Überleitung zu den Handlungsempfehlungen.

Der Ablauf in Monaten sah aus wie folgt:

1.-5. Anfangs-Gruppendiskussionen an allen fünf MoRe-Standorten sowie ausführliche Begehungen und Beobachtungen in allen Stationen

6.-10. Auswertung und Erstellung vorläufiger Empfehlungen (OE-Projekte) pro Standort

10.-15. Dokumentierte Selbstbeobachtung der OE-Projekte jedes Standorts

12.-30. Verlaufsanalysen

12.-17. Vergleiche regionaler Praxis

17.-30. Gruppendiskussion an allen fünf Standorten zur Auswertung der Erfolge der OE-Projekte

23.-30. Information aller Standorte über regionale Varianten und Erarbeitung regionaler „Gute Praxis Standard(s)“

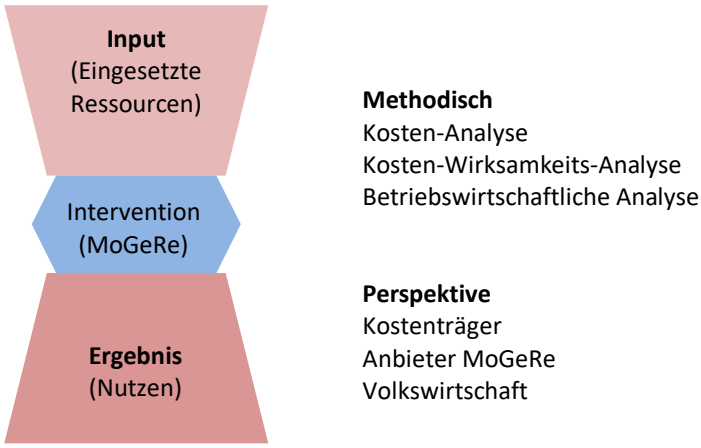
Die Themen der Gruppendiskussionen waren für alle gleichermaßen festgelegt mit:

1) Wechselseitige Erfahrungen und Erwartungen MoRe einerseits und Pflege mit oft ergotherapeutischen Betreuungskräften andererseits
2) gelungene und schwierigere Kooperationen; Besprechung sämtlicher MoGeRe-Patienten der letzten drei Jahre und der Projektlaufzeit
3) Ideen zu einem Leitfaden guter Praxis „MoGeRe in der Pflege“
4) Verabredung zur Sammlung der Erfahrungen in den nächsten Monaten

Gesundheitsökonomische Analysen

Die gesundheitsökonomische Analyse wird vor allem aus der Perspektive des Kostenträgers (GKV) und der Perspektive des Unternehmens (MoRe) sowie der Volkswirtschaft vorgenommen. Dabei können Daten zu Input, Output und Struktur/Prozess dokumentiert und analysiert werden. Das folgende Schema zeigt die Struktur der gesundheitsökonomischen Analyse (Abbildung 5).

Abbildung 5 Struktur der gesundheitsökonomischen Analyse



In der Analyse ökonomischer Daten zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) wurden primäre und sekundäre Daten erhoben und ausgewertet. Alle fünf Standorte wurden im Rahmen von Vor-Ort-Besuchen kontaktiert und hierbei konnten ökonomische Daten anhand von Dokumenten und Gesprächen mit den leitenden Fachkräften der MoGeRe gewonnen werden. Weiterhin wurden die Daten der KCG – Basisdokumentation des Jahres 2016 nach vorherigem Einverständnis der MoGeRe Standorte übermittelt und ausgewertet. Weiterhin wurden die Auswertungen des MDK Rheinland-Pfalz zur mobilen Rehabilitation analysiert und einbezogen. Neben der Ermittlung des quantitativen Datensatz wurden im Projektverlauf qualitative Informationen zur gesundheitsökonomischen Analyse gewonnen.

Qualitätssicherung

Sowohl in Studienteil I (Teilprojekt A) wie in Studienteil II (Teilprojekt B1a) wurden zur Handhabung des Erfassungsbogen und den Grundlagen der Beurteilung gemeinsame Schulungen mit Facharzt und Koordination durchgeführt. Schwerpunkte bildeten insbesondere der skizzierte Beurteilungsalgorithmus (Teilprojekt A) sowie Zielbenennung und Zielerreichung (Teilprojekt B1A).
Mit einem „Thinking loud"- Verfahren wurde eruiert, welche Zuordnungs-Prozesse und Ambivalenzen die Ärzt*innen bei der individuellen Nutzung des Erhebungsbogens beschrieben. Dieses Verfahren zur Validitätsbeurteilung der Erhebung in Teilprojekt A brachte folgende Ergebnisse:

1) Alle Einzelfragen der Erhebungsbögen waren bei allen Bewohner*innen im Prinzip erhebbar, ob sie an Demenzen erkrankt waren oder nicht. Wenn Teile des Erhebungsbogens nicht ausgefüllt sind (z.B. Items zur Teilhabe wurden nur zu 70 % ausgefüllt), lag das eher an den Fachärzt*innen und den von ihnen Befragten als an kognitiven Einschränkungen der Bewohner*innen[5].
2) Bei manchen Zuordnungen spielten außermedizinische und nicht ausschließlich patientenorientierte Kontexte – mehr oder weniger bewusst - eine Rolle. Zum Beispiel kannten die Fachärzt*innen meist die Finanzierungspraxis der regionalen Kranken- und Pflegekassen. Die Fachärzt*innen konnten nicht ganz ausschließen, diese Kenntnis in ihre Empfehlungen einfließen zu lassen - wie sie es auch sonst bei Indikationsstellungen machten, um ihren Patient*innen Frustrationen zu ersparen.

Nach den ersten Durchführungswochen wurde die Anwendung der Assessmentbögen im Rahmen einer internen Validierung zu konkret durchgeführten Fällen überprüft. Zu jedem Fall gaben die teilnehmenden Ärzt*innen ein Votum ab, begründeten und diskutierten die Entscheidungen. Aus beiden Prozessen ergaben sich Nachjustierungen zur Vereinheitlichung der Vorgehensweise der Untersucher*innen.

Die Vorbereitung der zur Erhebung in der Verlaufsstudie vorgesehenen Fachkräfte konzentrierte sich auf das Assessment zur Teilhabe. Teilhabeziele mussten für das Vorhaben individuell erarbeitet und konkretisiert werden. Zu allen Messzeitpunkten war auf die bereits formulierten Ziele Bezug zu nehmen. Um den damit verbundenen besonderen Anforderungen an die Untersuchenden gerecht zu werden, wurden zwischen November 2015 und Januar 2016 Schulungen an den fünf MoRe-Standorten durchgeführt.

Eine Validierung des gewählten Begutachtungsverfahrens wäre wünschenswert gewesen, ein allgemein anerkannter „Goldstandard" ist jedoch nicht gegeben. Um die Übereinstimmung mit den Rehabilitationsrichtlinien und der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS einschätzen zu können, wurde eine externe Überprüfung der Feststellung durch zwei Prüfärzte des MDK Bremen exemplarisch vorgenommen. Aus den im Rahmen der Studie durchgeführten Untersuchungen wurden 10 Fälle mit und 10 Fälle ohne Rehabilitationsindikation aus allen Standorten zufällig ausgewählt und zur Begutachtung vorgelegt. Die Prüfärzte bekamen als Unterlage jeweils den anonymisierten Erhebungsbogen mit allen Informationen sowie bei einem Teil der Fälle zusätzlich eine

[5] Anmerkung: Wegen der Länge der Untersuchung hielten dann die fachärztlich Untersuchenden eine Bearbeitung aller Fragen für überfordernd.

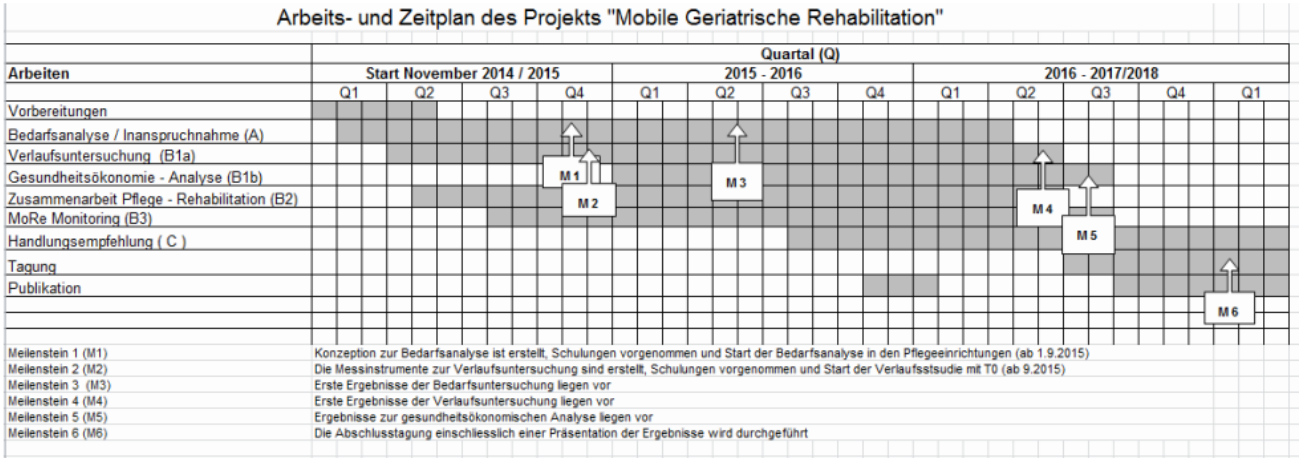
zusammenfassende freitextliche Darstellung der Beurteilung.
Im Ergebnis gab es eine nahezu vollständige Übereinstimmung bezüglich der Rehabilitationsempfehlungen. Vier Fallbeispiele erhielten das positive Votum der Prüfärzte unmittelbar aufgrund der erhaltenen Unterlagen. In fünf weiteren Fällen erfolgte die Zustimmung aufgrund einer ergänzten Sachverhaltsdarstellung auf Nachfragen im diskursiven Verfahren. In einem Fall hätte der MDK einen Rehabilitationsantrag nicht unterstützt. Kritische Punkte für den Nachvollzug stellten insbesondere die Rehabilitationsfähigkeit bei dementieller Erkrankung oder einer anderen psychiatrischen Komorbidität dar. Aus den Fallbeispielen ohne Rehabilitationsindikation aber ggfs. mit Heilmittelversorgung erhielten neun von zehn eine Zustimmung für den Behandlungsvorschlag; in einem Fall, bei dem durch den Untersucher keine Rehabilitationsindikation gesehen wurde, votierten die Prüfärzte zugunsten des Versicherten für eine Rehabilitation.

Die Erkenntnisse aus der internen Gruppendiskussion wurden in der Überprüfung durch externe MDK-Gutachter bestätigt. Es zeigte sich, dass die zusammenfassende freitextliche Darstellung des Sachverhalts und der Begründung fasslicher waren als die lediglich formulargestützte Datensammlung. Für eine Epikrise wurden Angaben zu Zeitpunkt, Schweregrad der Erkrankung(en) und bisherigen Verlauf vermisst. Die im Bogen reproduzierte modulare Bearbeitung von Beschwerdebild, Beeinträchtigungen der Körperfunktion sowie Aktivitäten und Teilhabe erschwerten den Nachvollzug allein nach Aktenlage. Diskursiv konnten solche in die Begutachtung eingeflossenen Informationen und Gewichtungen, die aus dem Erhebungsbogen allein nicht deutlich hervorgingen, ergänzt werden, und führten, wie beschrieben, in den meisten Fällen zur Übereinstimmung.

5 DURCHFÜHRUNG, ARBEITS-, ZEIT- UND FINANZIERUNGSPLAN

Der Förderzeitraum erstreckte sich vom 1.11.2014 bis zum 31.12.2017 (kostenneutral verlängert bis 30.04.2018). In Abbildung 6 ist der im Dezember 2015 abgestimmte angepasste Arbeits-und Zeitplan dargestellt.

Abbildung 6 Zeit- und Arbeitsplan (1.12.2015)



Sämtliche Schritte aller Teilprojekte des Vorhabens wurden in der leitenden Steuergruppe erörtert und entschieden.

In der ersten Projektphase erfolgte die Erarbeitung der strukturierten Fragebögen für die quantitativen Erhebungen zur Bedarfs- und zur Verlaufsstudie (I und II). Der Fragebogen der Bedarfsstudie, in dem auch erstmalig die in Bad Kreuznach entwickelte Checkliste für Teilhabesicherungskonzepte verwendet werden sollte, wurde einem Pretests mit sechs Bewohner*innen unterzogen, um Zeitmanagement und Verständlichkeit zu erproben. Eine Anpassung musste nur geringfügig vorgenommen werden. Klar erkennbar wurde, dass ein bedeutsames Moment in der Durchführung sein würde, die jeweiligen Pflegekräfte vor Ort einzubeziehen.

Die Rekrutierung für die Bedarfserhebung begann im September 2015, die letzten Teilnehmer*innen (aus der Kurzzeitpflege) wurden im Dezember 2016 befragt. Nach sieben Monaten waren über 50 % der Fälle erhoben und erste Trends formulierbar, für das restliche Kontingent wurde jedoch mehr Zeit als erwartet beansprucht. Teils gab es (zeitliche) Verzögerungen und Ausfälle bei Bewohner*innen mit einer gesetzlichen Betreuung[6]. Insgesamt konnte die angestrebte Fallzahl aus der Langzeitpflege zügiger realisiert werden als jene im Bereich der Kurzzeitpflege. Eine verlängerte Rekrutierungszeit mit der Aufnahme neuer Pflegeeinrichtungen in die Studie wurde hier notwendig, ohne die angestrebte Zahl von 150 untersuchten Gästen ganz erreichen zu können. Mit Ende 2016 lagen dann 622 Fälle aus der Langzeitpflege und 138 Fälle aus der Kurzzeitpflege vor. Der Rehabilitationsbedarf für die Langzeitpflege und in der Kurzzeitpflege wurde ermittelt.

Das Teilprojekt B2 begann an allen Standorten im ersten Jahr mit Organisations-Entwicklungsprojekten, um die folgende Umsetzung der Kooperation hinreichend lange prüfen zu können. Im zweiten bzw. dritten Jahr hatte das Teilprojekt seinen Schwerpunkt in der Überleitung zum Teilprojekt C, den Handlungsempfehlungen.

Der Einschluss in die Verlaufsstudie begann im Dezember 2015 und endete im Februar 2017 mit dem letzten Follow-up (T3). Es hatten insgesamt 116 Bewohner*innen mit einer mobilen Rehabilitation und 49 Bewohner*innen in der Vergleichsgruppe ohne Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen.

Die Studienaufnahme erfolgte konsekutiv, doch musste auch dem Zeit- und Personalbedarf bei der Bearbeitung des Assessments sowie der Vigilanz der untersuchten Personen Rechnung getragen werden. Das bedeutete, dass im Einzelfall gegebenenfalls erheblich mehr Zeit als vorgesehen einzuplanen war. Mit einer Verlängerung der Rekrutierungsphase konnten 15 % mehr als die angestrebte Fallzahl realisiert werden. Verluste durch zu erwartende Ausfälle während der Studienbeobachtungszeit sollten dadurch abgefangen werden.

Die Teilnehmer*innen für eine Vergleichsgruppe wurden sukzessive mit der Durchführung der Befragungen zur Bedarfserhebung rekrutiert. Die Beteiligung an mehrfachen Befragungen ohne einen erkennbaren Gewinn kristallisierte sich dabei als Problem heraus. An zwei Studienstandorten konnten keine Teilnehmer*innen für die Mehrfachbefragung gewonnen werden; ersatzweise wurde an den anderen Standorten versucht, mehr Personen einzuschließen. Eine Nachrekrutierung war aufgrund des aufwändigen Verfahrens zur Indikationsstellung nicht möglich. Gäste der Kurzzeitpflege in die Vergleichsgruppe zu übernehmen, ist im Rahmen der Studie nicht gelungen. Diese waren nach

[6] Anmerkung: Die gesetzlichen Betreuer*innen waren nicht immer gut erreichbar oder eine Terminabsprache mit diesen verlief mühsam und schleppend.

ihrem Aufenthalt in der stationären Pflegeeinrichtung meist nicht mehr erreichbar, in die Häuslichkeit zurückgekehrt oder in eine Langzeitpflege aufgenommen.

Die Teilnehmenden an der Verlaufsstudie (B1a) wurden wie vorgesehen zu drei bzw. vier Zeitpunkten befragt und der erreichte Status beurteilt. Die Erhebungsphase in der Rehabilitationsgruppe konnte mit den letzten Folgeuntersuchungen im August 2017 beendet werden. Die letzte Folgeuntersuchung in der Vergleichsgruppe fand im Februar 2017 statt.
Die Haltequote in der Rehabilitations- wie in der Vergleichsgruppe lag bei 75 %. Der größte Teil der Ausfälle über die Beobachtungszeit war auf ein Versterben der Patient*innen zurückzuführen. Erste Ergebnisse zu Merkmalen des Verlaufs in der Gruppe mit mobiler Rehabilitation und der Gruppe ohne Rehabilitationsmaßnahme wurden dem Projektbeirat im November 2017 vorgestellt.

Das Ziel des Projektes, eine Kosten-Analyse vorzunehmen, ist mit den dargestellten Methoden und Verfahren erfolgt; relevante Kostenfaktoren sind dokumentiert. Auch für das noch junge Leistungsangebot der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation hat der Versicherungsträger nach § 69 SGB IV sicherzustellen, dass „die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit“ umgesetzt werden. Neben der reinen Kosten-Analyse und Kosten-Wirksamkeits-Analyse steht die betriebswirtschaftliche Analyse der MoRe als zentrales Ergebnis dieser Teilstudie.

Das Forschungsvorhaben wurde über eine Bundeszuwendung in Höhe von 315.554,00 Euro finanziert. Eine zehnprozentige Eigenbeteiligung für Personal- und Sachmittel sollte zudem erbracht werden. Die kalkulierten Finanzmittel wurden weitgehend ausgeschöpft. Es gab keine wesentlichen Abweichungen vom ursprünglichen Finanzplan. Eine zeitliche Verzögerung im Projektablauf (verspäteter Beginn, Verlängerung der Erhebungsphase in Studienblock II) machte eine kostenneutrale Projektverlängerung um vier Monate bis Ende April 2018 erforderlich. Alle Meilensteine wurden innerhalb der Projektlaufzeit absolviert.

6 ERGEBNISSE

6.1 STUDIENBLOCK I REHABILITATIONSBEDARF

6.1.1 ERGEBNISSE ZUM REHABILITATIONSBEDARF IN STATIONÄRER PFLEGE UND KURZZEITPFLEGE

Studienpopulation

Die Analyse des Rehabilitationsbedarfs basiert auf der Erhebung und dem Feststellungsverfahren von 622 Pflegebedürftigen in Langzeitpflege und 138 Gästen der Kurzzeitpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung. Dabei wird der Anlass, aus dem eine Kurzzeitpflege genutzt wird, analytisch berücksichtigt. Nach § 42 Absatz 1 und 2 SGB XI wird unterschieden in Pflegebedürftige im Übergang nach einer stationären Krankenhausbehandlung und eine Verhinderungspflege, wenn die häusliche Pflege vorübergehend nicht gewährleistet oder ausreichend ist. In der Studie kamen 90 Kurzzeitpflegegäste aus stationärer Krankenhausbehandlung, in einer Verhinderungspflege befanden sich 48 Teilnehmende.

So sind drei Subgruppen in der Studienpopulation einbezogen, die sich nicht nur in unterschiedlichen Lebenssituationen befinden. Auch in der sozialen und klinischen Anamnese zeigten sich Unterschiede, teils erhebliche in gesundheitlichem Status und Pflegebedarf, wie in Tabelle 1 ersichtlich.

Bis zur Einführung der Pflegegrade am 1.1.2017 wurden bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit drei Stufen unterschieden. In der Langzeitpflege war die Mehrheit etwa gleichermaßen mit Pflegestufe 1 oder 2 eingestuft und 21,8 % hatten eine Pflegestufe 3. Die Mehrheit der Kurzzeitpflegefälle befand sich (noch) in Pflegestufe 1 und ein Fünftel hatte keine - nachstationär betraf dies 22 % - oder keine abschließende Einstufung der Pflegebedürftigkeit. In der Regel stand eine erneute Begutachtung bevor (24 % bzw. 17 %).

In allen Untersuchungsgruppen liegt das Alter mehrheitlich über 80 Jahren (Median bei 86 bzw. 84 Jahren). Die Altersspanne fällt in der Langzeitpflege dabei höher aus, sowohl ältere als auch jüngere Personen wurden im Vergleich zur Kurzzeitpflege erfasst; letzteres zeigt, dass nicht nur geriatrische Bewohner*innen – bspw. „jüngere“ Bewohner*innen mit Pflegebedarf - in den stationären Pflegeeinrichtungen leben.

Die Geschlechterverteilung in den Teilpopulationen fiel etwas unterschiedlich aus. Am höchsten war der Männeranteil unter den Kurzzeitgästen aus der ambulanten Pflege (37,8 %), am geringsten unter den Teilnehmenden aus der Langzeitpflege (23,9 %).

Für die überwiegende Mehrheit der Untersuchten blieb der Kontakt zu Familienangehörigen und Freunden erhalten. Über 80 % erhalten regelmäßig mehrmals im Monat Besuch, nur in der Verhinderungspflege liegt der Anteil mit 77 % etwas niedriger.

Die Krankheitslast lag in der Population der Langzeitpflege höher, v.a. eine Betroffenheit von Demenz war hier häufiger gegeben als in jener der Kurzzeitpflege (61,1 % gegenüber 47,8 % bzw. 52,1 %). Geriatrische Symptome insbesondere der Urininkontinenz (55,9%) und eine Struktur- und Funktionsschädigung des Urogenitalsystems fallen in der Population der Langzeitpflege stärker ins Gewicht. Ebenso lagen Strukturschädigungen der emotionalen und mentalen Ebene (64,9 %) und von Stimme und Sprechen (17,6 %) häufiger vor.

Gäste der nachstationären Kurzzeitpflege brachten dagegen häufiger eine Gangstörung und/oder Sturzsymptomatik (53,3 %) mit sowie einen etwas höheren Anteil der Immobilität (8,1 %). Funktionsschädigungen lagen insbesondere im neuromuskuloskelettalen Bereich (90 %) und bei der Haut (15,6%) vor. Die Gäste aus der ambulanten Pflege unterschieden sich durch einen vergleichsweise hohen Anteil mit alltagsrelevanter Sehstörung (18,8 %) und deutlich geringeren Anteilen neuromuskuloskelettaler (66,7%) und kardiovaskuläre Strukturschädigungen (37,5 %).

Neben Schädigungen und Beeinträchtigungen wurden die rehabilitationsrelevanten Diagnosen der Studienteilnehmenden erfasst. Danach befanden sich circa 27 % in einem Zustand nach Schlaganfall, 28 % litten an einer Arthrose, 27 % an Diabetes mellitus, 51 % an einer Herzerkrankung, 57 % an einer demenziellen Erkrankung, 31 % an anderen psychischen/psychiatrischen Störungen (Abbildung 7).

Tabelle 1 Charakteristika der Studienpopulation Bedarfsfeststellung

		Langzeitpflege	Kurzzeitpflege		
		Gesamt N=622	Gesamt N=138	*Davon*: nachstationär N=90	ambulant N=48
Geschlecht (i.v.H.)	Frauen	76,1	69,9	73,9	62,2
	Männer	23,9	30,1	26,1	37,8
Alter, Median (Spanne)		86 (41-104)	84 (60-99)	84,5 (60-99)	84 (66-95)
Präsenz von Zugehörigen, i.v.H. regelmäßig mehrmals im Monat		81,1	83,3	86,7	77,1
Pflegebedarf (i.v.H.)	Pflegestufe 1	36,1	57,2	57,8	56,3
	Pflegestufe 2	39,5	22,5	18,9	29,2
	Pflegestufe 3	21,8	3,6	1,1	8,3
	Ohne Zuordnung/ PS 0	2,6	16,7	22,2	6,2
davon mit	Antrag auf Ein- oder Höherstufung	3,5	21,7	24,4	16,7
Morbidität (i.v.H.)	Diagnosen, mehr als zwei[a]	89,2	77,5	77,8	77,1
	Demenzdiagnose vorhanden	61,1	49,3	47,8	52,1
Geriatrisches Syndrom	Gebrechlichkeit (frailty)	19,9	15,2	14,4	16,7
	Sturzsyndrom/Gangstörung	40,2	51,4	53,3	47,9
	Urininkontinenz	55,9	45,7	46,7	43,8
	Stuhlinkontinenz	26,0	21,7	24,4	16,7
	Alltagsrelevante Sehstörung	9,3	10,1	5,6	18,8
	Alltagsrelevante Hörstörung	7,7	5,1	4,4	6,3
	Immobil (nicht einmal Rollstuhl)	8,1	7,4	9,1	4,2
Beeinträchtigung der Aktivitäten, Mittelwert +- SD		11,5 +-5,5	10,6 +-4,9	10,9 +-5,4	10,2 +-2,9
Funktionsschädigung (i.v.H.)	Neuromuskuloskelettal	84,7	84,8	90,0	75,0
	Mental u. emotional	69,1	65,2	66,7	62,5
	Kardiovaskuläres u. Atmungssystem	57,1	58,0	61,1	52,1
	Urogenitalsystem	51,4	34,8	41,1	22,9
	Endokrines und Verdauungssystem	32,3	29,0	32,2	22,9
	Haut	8,7	12,3	15,6	6,3
	Sinne und Schmerz	32,5	33,3	32,2	35,4
	Stimme und Sprechen	19,0	8,7	10,0	6,3
	Schlucken	13,8	8,0	10,0	4,2
Strukturschädigung (i.v.H.)	Neuromuskuloskelettal	82,1	78,3	84,4	66,7
	Mental u. emotional	64,9	55,8	56,7	54,2
	Kardiovaskuläres u. Atmungssystem	51,9	50,7	57,8	37,5
	Urogenitalsystem	40,3	23,2	26,7	16,7
	Endokrines und Verdauungssystem	28,7	24,6	27,8	18,8
	Haut	8,2	13,0	15,6	8,3
	Sinne und Schmerz	18,7	16,7	14,4	20,8
	Stimme und Sprechen	17,6	8,0	8,9	6,3
Summe, Mittelwert +- Standardabweichung		3,1 +- 1,4	2,8 +-1,3	3,0 +-1,2	2,4 +-1,4
Heilmittel aktuell (i.v.H.)		36,5	43,5	47,8	35,4

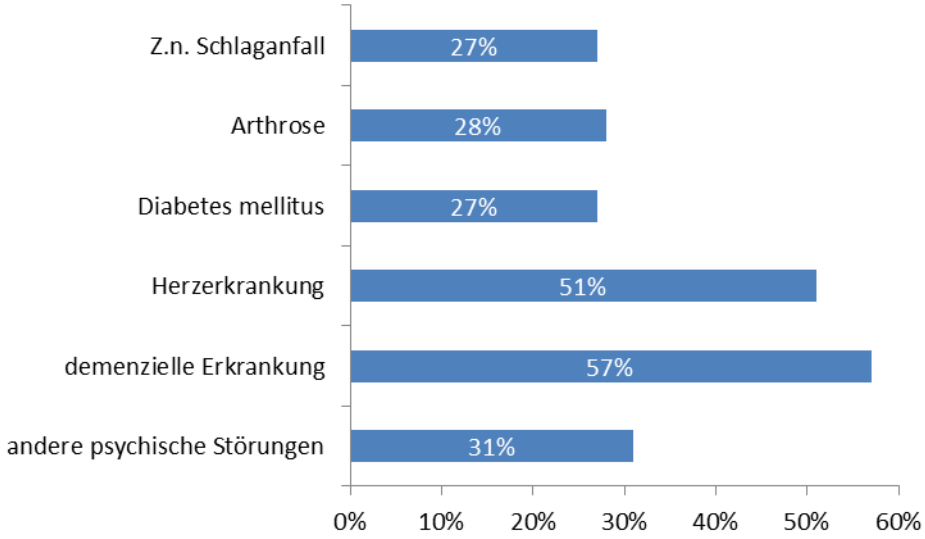
SD=Standardabweichung, KH=Allgemeinkrankenhaus

[a] belastet in mehr als zwei Bereichen (internistisch, muskuloskelettal, neurologisch, geriatrisch, psychisch)

Die Angaben der Prävalenzen entstammen dabei der Pflegedokumentation und weiteren vorhandenen Befunden. Multiple Erkrankungen (mehr als zwei) aus den Bereichen internistisch, muskuloskelettal, neurologisch, geriatrisch oder psychisch waren in der Langzeitpflege (89 %) ausgeprägter als unter Gästen der Kurzzeitpflege (77,5 %, vgl. Tabelle 1). Viele der dokumentierten Erkrankungen bergen gesundheitliche Folgerisiken. Soweit die drei untersuchten Populationen auch unterschiedliche Profile aufweisen, die erfahrenen Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Teilhabe lagen in der Summe nicht so weit auseinander. Diese Einschränkungen, die mit einen Summenscore über die verschiedenen Lebensbereiche quantifiziert wurden, fielen mit einem durchschnittlichen Wert von 11,5 in der Langzeitpflege am höchsten aus, am niedrigsten lag der Wert mit 10,2 bei Gästen in einer Verhinderungspflege (Tabelle 1).

Mehr als jeder Dritte der untersuchten Pflegebedürftigen erhielt zuletzt, d.h. im Quartal vor der Begutachtung, Heilmittel, unter den Kurzzeitgästen nach Krankenhausaufenthalt sogar nahezu jeder Zweite (47,8 %).

Abbildung 7 Relevante Diagnosen der Studienpopulation



6.1.2 BEDARF IN DER LANGZEITPFLEGE

Die Bewohner*innen in Langzeitpflege (bezogen auf die Studienpopulation, n=622) lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung durchschnittlich zwei Jahre in der Einrichtung. Darunter befanden sich 14 % erst seit maximal sechs Monaten in der Pflegeeinrichtung und 15 % seit über 5 Jahren. Einen akutstationären Krankenhausaufenthalt in den letzten drei Monaten hatten 15 % des Kollektivs erfahren. Ein akutes Krankheitsgeschehen und diagnostischer Abklärungsbedarf verhinderten in einigen Fällen (3,4 %) eine abschließende Entscheidung über den potentiellen Bedarf.

In dieser nicht selektierten Teilpopulation wurde ein Rehabilitationsbedarf von im Mittel 22,7 % (95% CI 19,5 - 26 %) festgestellt. In geringem Anteil wurde mit der Indikationsfeststellung ein bereits vorliegender Rehabilitationsantrag bestätigt; insgesamt traf dies bei acht Personen, also 1,3 % zu. Für weitere rund 7 % der Begutachteten wurde eine Ausweitung der Heilmittelversorgung empfohlen, wenn solche bisher nicht oder nicht ausreichend gegeben war.

Tabelle 2 Allokationsempfehlungen in der Langzeitpflege, n=622

Rehabilitationsbedarf	Anzahl	Prozent
Indikation	141	22,7 %
daraus entfallen auf:		
MoGeRe gemäß Rahmenempfehlungen	113	18,2 %
MoGeRe abweichend Rahmenempfehlung	8	1,3 %
stationär geriatrisch §111	1	0,15 %
ambulant geriatrisch §111	3	0,5 %
Teilstationär geriatrisch §109	11	1,8 %
fachspezifisch, stationär	1	0,15 %
fachspezifisch, ambulant	4	0, 6 %
Daneben: Ausweiten der Heilmittelversorgung	43	6,9 %

Die Allokationsempfehlung zur Indikation fiel aufgrund des Gesamtstatus der einzelnen Patient*innen überwiegend zugunsten einer mobilen Rehabilitation aus. Von den vier in den Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation angeführten Kriterien für eine im angepassten Wohnumfeld stattfindenden Maßnahme lagen hierbei zugrunde: erhebliche Beeinträchtigungen kognitiver Art in 61,8 %, verhaltensbezogener Art in 37,5 %, eine Schädigung der Stimm-Sprech-Sprach-Funktion in 20,3 % und eine erhebliche Seh- oder Hörschädigung in 15,3 % der Fälle. Ein großer Teil der MoGeRe-Indizierten (43,8 %) erfüllte dabei mehr als ein Kriterium. In knapp sechs Prozent der Fälle wurde das angepasste Lebensumfeld aus anderen als den in den Rahmenempfehlungen genannten Gründen für einen positiven Verlauf als notwendig erachtet. Drei dieser mobilen Rehabilitationen wurden Patienten unter 60 Jahren empfohlen.

Weitere Empfehlungen für eine geriatrische Rehabilitation verteilten sich auf eine geriatrisch teilstationäre (1,8 %), die stationäre (0,2 %) und die ambulante Form der Rehabilitation (0,5 %). Dabei sind unterschiedliche Geriatriekonzepte in den Bundesländern zu beachten. Nicht geriatrische fachspezifische Rehabilitationen wurden nur bei knapp einem Prozent der Pflegebedürftigen empfohlen (Tabelle 2).

Diese dargestellte Quote an Rehabilitationsindikationsstellungen ist das Ergebnis eines abgestuften Prüfprozesses gemäß BR 2016 über Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und (positiven) Prognose (vgl. Kapitel 4). Soweit eine Rehabilitationsbedürftigkeit erkannt war, wurde die Rehabilitationsfähigkeit beurteilt und dann über benennbare Ziele für die Rehabilitation und die vorgefundene Motivation der Betroffenen eine Aussage über die Erreichbarkeit von Zielen, im Hinblick auf Aktivitäten/Teilhabe, Rehabilitationszielen und Schädigungen, getroffen. Die erste Stufe im Verfahren betrachtet nicht nur vorübergehend vorliegende Schädigungen und Beeinträchtigungen im Alltagsleben. Eine multiple Krankheitslast war bei nahezu allen untersuchten Pflegebedürftigen gegeben. Krankheitsfolgen hatten in vielen Fällen zu erheblichen Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Teilhabe geführt. Für 15 bis 20 Prozent der Untersuchten war eine Teilhabe an interpersonellen Beziehungen oder am sozialen Leben in der Gesellschaft unter den gegebenen Bedin-

gungen nicht mehr möglich; über ein Viertel konnte Aufgaben des häuslichen Lebens, wie beispielsweise das „Zimmer aufräumen“, nicht mehr ausüben (Tabelle 3).

Tabelle 3 Beeinträchtigungen in Aktivitäten/Teilhabe in der Langzeitpflege

Lebensbereiche nach ICF	Nicht möglich	Mit personeller Hilfe	Verlangsamt oder mit Hilfsmittel	keine Einschränkung
Mobilität	5,0 %	45,3 %	41,4 %	8,3 %
Kommunikation	5,3 %	10,1 %	42,6 %	42,0 %
Selbstversorgung	9,7 %	68,3 %	15,0 %	7,0 %
Häusliches Leben	26,0 %	43,1 %	18,6 %	12,3 %
Kontakte und Beziehungen	14,8 %	45,2 %	21,8 %	18,2 %
Soziales Leben u. Hobbies	19,8 %	46,8 %	20,6 %	12,8 %
Wissensanwendung u.a. Multimedia	16,9 %	27,1 %	38,4 %	17,6 %

Der Status einer Rehabilitationsbedürftigkeit aufgrund bestehender Schädigungen und Einschränkungen wurde von 59 % der Bewohner*innen in Langzeitpflege erfüllt. Er steht in Zusammenhang mit einer höheren Pflegestufe (Odds Ratio 1.63; 95 % CI 1.26-2.10) und multiplen Diagnosen (OR 1.15; 95 % CI 1.05-1.25), wenn der Einfluss von Alter und Geschlecht konstant gehalten werden (vgl. im Detail Tabellenanhang A3). Der Hauptanteil festgestellter Rehabilitationsbedürftigkeit wird aber durch eine als nicht ausreichend beurteilte Heilmittelversorgung erklärt. Jedoch konnte auch festgestellt werden, dass bei einem vermehrten Einsatz von Heilmittel, dadurch der Rehabilitationsbedarf nicht sinkt.

Standorteffekte für die Häufigkeit der Rehabilitationsbedürftigkeit sind in der Studie nicht auszuschließen. Für zwei MoRe-Standorte ergab sich im Vergleich ein positiver Effekt auf das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, der Anteil fiel hier höher aus und konnte durch die anderen betrachteten Faktoren nicht erklärt werden.

Bei der in hohem Maße vorherrschenden Multimorbidität in der Population der stationären Pflege ist es schwierig, bestimmten Krankheitsgruppen eine prognostische Funktion zuzuschreiben, was das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsbedarf anbelangt. Es wurde aber versucht festzustellen, ob in der Begutachtung innerhalb der Studie bestimmte Grunderkrankungen eine größere Wahrscheinlichkeit aufwiesen als andere, eine Rehabilitationsindikation zu erhalten, und das noch unabhängig davon, ob individuell auch Rehabilitationsfähigkeit gegeben war. Im Ergebnis zeigten sich ein besseres Chancenverhältnis zugunsten einer Rehabilitationsempfehlung insbesondere bei Vorliegen einer Dysphagie und Hemiparese, sowie bei Gangstörung mit Stürzen, neurodegenerativen Erkrankungen und Zustand nach Schlaganfall. So hatte ein*e Patient*in mit Hemiparese die doppelte Chance (Odds Ratio 2.02, Vertrauensintervall 95 % Ci 1.24-3.29) wie eine*r ohne Hemiparese, als rehabilitationsbedürftig identifiziert zu werden; bei Vorliegen einer Dysphagie war die Chance sogar um ein Sechsfaches höher. Für psychische Erkrankungen, aber auch Arthrosen und degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, deutet die Studie eher auf eine geringere Wahrscheinlichkeit hin, die Ergebnisse erreichen hier aber nicht statistische Signifikanz (Tabelle 4).

Tabelle 4 Rehabilitationsbedürftigkeit bei einzelnen Krankheitsbildern in der Langzeitpflege (Odds Ratio (OR) Logistische Regression), n=622

	rehabilitationsbedürftig	
Grunderkrankung	OR*	95 % CI
Gangstörung/Sturzsyndrom	1.37	0.98-1.90
Hemiparese	2.02	1.24-3.29
Z.n. Schlaganfall	1.60	1.10-2.33
Neurodegenerative Erkrankung	1.73	1.21-2.47
Dysphagie	6.38	2.47-16.44
Arthrosen u. degenerative WS-Erkrankungen	0.58	0.28-1.22
Psych. Erkrankung	0.79	0.54-1.15

*Berechnung jeweils kontrolliert nach Geschlecht und Alter

Ein kritisches Moment sowohl für die Rehabilitationsindikation als auch eine Allokationsempfehlung stellt die Belastungsfähigkeit der Pflegebedürftigen dar. Abzüglich jener mit zuvorderst diagnostischem Abklärungsbedarf konnten in der Studie mehr als drei Viertel aller Bewohner*innen mit festgestellter Rehabilitationsbedürftigkeit als belastbar für mindestens eine Form der Durchführung eingestuft werden.

Die Analyse machte jedoch deutlich, dass insbesondere der Frage der Motivierbarkeit für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme eine entscheidende Rolle im Feststellungsprozess zukam. Nicht die nur unmittelbar zum Ausdruck gebrachte Motivation war entscheidend, sondern mit Bezugspflege und Zugehörigen wurde eingeschätzt, wie weit und mit welchen Zielen diese aufgebaut werden könnte. Dies ging in die Prognose ein, da nicht zu erwarten ist, dass Personen, die die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme explizit ablehnen bzw. sich diese nicht vorstellen können - und diese Einschätzung von den Bezugspersonen geteilt wird - Rehabilitationsziele erreichen wollen und können. Für die Hälfte der nicht nur als rehabilitationsbedürftig, sondern auch als rehabilitationsfähig beurteilten Personen wurde diese Frage der Motivierbarkeit negativ beantwortet.
Eine positive Prognose wurde letztlich für 23 % der Untersuchten gesehen. Nur in einem Fall war keine Rehabilitationsempfehlung gegeben, weil eine frühere Rehabilitation innerhalb des Vier-Jahres-Zeitraums lag.

Der Selektionsprozess bis zur Rehabilitationsindikation bezogen auf die Studienpopulation der Langzeitpflege ist in Tabelle 5 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 5 Stufen des Feststellungsprozesses in der Langzeitpflege

	LaP (n=622)	
Kriterium	Anzahl	Prozent
Rehabilitationsbedürftig	367	59 %
Diagnostische Abklärung vorrangig	12	1,9 %
Rehabilitationsfähig (BR 2016)*	275	45,6 %
Positive Prognose	142	22,8 %
Indikation für Rehabilitation	141	22,7 %

* für n=19 wurde diese Stufe nicht im Einzelnen dokumentiert, der Prozentanteil bezieht sich hier auf die vollständigen Fälle

Wesentlich für die verschiedenen Stufen der Feststellung in der Studie ist jedoch die Berücksichtigung somatischer und psychischer Anforderungen im Zusammenhang mit der Durchführungsform. Diese ergab gravierende Differenzierungen.
19 Fälle sind in dieser Frage unvollständig bearbeitet worden und fallen aufgrund fehlender Werte heraus. Damit liegt für 348 Bewohner*innen, die als rehabilitationsbedürftig erkannt wurden, eine differenzierte Einschätzung jeweils für den ambulanten, vollstationären oder mobilen Modus einer Durchführung vor (Tabelle 6). Nach dem Urteil der Fachärzt*innen war nur die Hälfte dieser Bewohner*innen ausreichend belastbar für eine stationäre Rehabilitation. Eine ambulante Form der Rehabilitation war für die Klientel stationärer Langzeitpflege in den wenigsten Fällen geeignet; rund ein Viertel brachte die erforderliche Mobilität dafür mit und 16 % die somatische und psychische Belastbarkeit. Die Mehrheit aber hätte eine mobile Rehabilitation bewältigen können.

Tabelle 6 Rehabilitationsfähigkeit und Motivation nach Durchführungsform, Langzeitpflege n=348

	Durchführungsform i.v.H.		
Kriterium	Ambulant	Stationär	Mobil
Ausreichend mobil	24,1	61,6	90,1
Belastbar (somatisch u. psychisch)	16,3	50,5	82,3
Motivierbar	8,4	12,0	46,4

Von insgesamt 275 als rehabilitationsfähig beurteilten Bewohner*innen waren 40 % dies jedoch nicht in Bezug auf Belastungen und Mobilitätserfordernisse der ambulanten oder stationären Rehabilitation. Nur weil die Bewältigung der Anforderungen im Rahmen einer mobilen Durchführung angenommen wurde, blieben diese im Feststellungsverfahren und hatten die Chance auf eine Indikationsstellung.

Die vielleicht größten Unterschiede im Hinblick auf die Durchführungsform zeigten sich in der Motivation und Motivierbarkeit der Pflegebedürftigen (ebenso Tabelle 6). Eine ambulante oder vollstatio-

näre Form, bei der die Einrichtung und das Lebensumfeld verlassen werden müssten, stieß hier deutlich an Grenzen zu erwartender Mitwirkung. Nach der dargestellten Beurteilung wären zwar rund 50 % der Pflegebedürftigen der Langzeitpflege, bei denen eine Heilmittelversorgung nicht ausreichend zur Versorgung wäre, aus medizinischer Sicht fähig zu einer stationären Behandlung. Die Motivierbarkeit dafür, eine Rehabilitation außerhalb der vertrauten Umgebung zu machen, und damit die Erfolgschancen, wurden aber eher gering eingeschätzt. Selbst für die aufsuchende mobile Rehabilitation konnte in weniger als der Hälfte der Fälle von dieser Voraussetzung für eine positive Prognose ausgegangen werden. Dabei sind die Indikationskriterien aus der Rahmenempfehlung Mobile Geriatrische Rehabilitation die Grundlage der Beurteilung.

In dieser Stufe des Beurteilungsprozesses fand auch die Schwere kognitiver Beeinträchtigung ihre Berücksichtigung. So lässt sich feststellen, dass bei zwei Drittel der für eine Mitwirkung als nicht motivierbar eingeschätzten Bewohner*innen eine Demenzerkrankung im Hintergrund steht; bei knapp 30 % lag eine weitere psychische Erkrankung wie eine Angststörung oder Depression vor.

Responsebias in der Bedarfsfeststellung

Um zu erfahren, wie selektiv die Teilnahme an der Untersuchung war, wurden Bezugspflegende nachträglich um eine Einschätzung zu den ausgewählten aber nicht teilnehmenden Bewohner*innen gebeten. Diese globale Einschätzung konnte für 245 Nichtteilnehmende aus zehn der beteiligten Einrichtungen vorgenommen werden. An einem Standort wurde eine solche Nonresponse-Erfassung nicht vorgenommen, weil es nur eine Nichtteilnahme gab. An einem weiteren Standort, der früh in die Erhebungen zur Bedarfsfeststellung gestartet war, lag keine ausreichende Dokumentation vor und die Erhebung lag so lange zurück, dass ein relevanter Anteil der Betroffenen bereits verstorben war und die Gefahr eines Recall-Bias als zu hoch beurteilt wurde.

Für die drei Standorte, an denen eine Nonresponse-Analyse geboten und möglich war, lag der Anteil bereits verstorbener Nichtteilnehmer*innen zum Zeitpunkt dieser Nachfrage bereits bei 19 %. Für verstorbene Nichtteilnehmer*innen wurde keine Einschätzung der Pflege mehr abgegeben, sie werden in der Auswertung wie eine negative Einschätzung behandelt - auch wenn die kurze Überlebenszeit nach Durchführen der fachärztlichen Beurteilung alleine, noch nicht gegen einen potentiellen Rehabilitationsbedarf zum Begutachtungszeitpunkt sprechen muss.

Das Ergebnis der Einschätzungen durch die Pflege falsifiziert zunächst, dass nur Bewohner*innen einbezogen waren, für die sich die Fachpflege eine Rehabilitation vorstellen oder wünschen würde. Die Einschätzung für Nonresponder bewegte sich sogar in überraschender Nähe zum Anteil fachärztlicher Rehabilitationsindikationen. So hielten beispielsweise Bezugspflegende am Standort S5 bei 29,4 % der 51 nicht teilnehmenden „Verweigerer“ einen Rehabilitationsbedarf für „durchaus möglich“. Die fachärztliche Beurteilung hatte für 28,4 % der 74 Teilnehmenden aus dieser Einrichtung eine Rehabilitationsindikation gesehen. Und auch wo mehr Pflegebedürftige einbezogen waren, eine unterstellte Zufallsschwankung also geringer ausfallen wird, liegen die beiden im Grundsatz doch verschiedenen Beurteilungen erstaunlich nahe beieinander (siehe im Detail Tabelle 7).

Tabelle 7 Bias durch Teilnahmeverweigerung in der Langzeitpflege, drei Studienstandorte

	Teilnehmende (Feststellungsverfahren Facharzt)		Nicht-Teilnehmende (1-Item Einschätzung Fachpflege)	
Standort	Anzahl	Reha-Indikationen	Anzahl	„Durchaus möglich“
S5	N=74	28,4 %	N=51	29,4 %
S4	N=72	26,4 %	N=13	23,0 %
S1	N=296	22,6 %	N=181	24,3 %

6.1.3 BEDARF IN DER KURZZEITPFLEGE

Mit der Studie wurden 138 Personen erfasst. 48 Personen kamen aus vorbestehender ambulanter Pflege in stationäre Kurzzeitpflege[7]. Der größere Teil der Untersuchten aber (65 %) befand sich nach einem Krankenhausaufenthalt (nachstationär) in Kurzzeitpflege. Diese Aufteilung mag sich so ergeben haben, weil einige der beteiligten Einrichtungen in unmittelbarer Nähe zu einem Krankenhaus liegen. In den meisten Fällen brachten auch jene eine vorbestehende Pflegebedürftigkeit mit; 20 Kurzzeitpflegegäste kamen jedoch aus dem Krankenhaus, ohne dass eine Pflegestufe (14,5 %) festgestellt war.

Die gemeinsame Quote der Rehabilitationsindikationen für die Kurzzeitpflege lag mit 32,6 % (95 % CI 25-40,4 %) deutlich höher als in der Langzeitpflege. Entscheidend sind aber die Anlässe der Kurzzeitpflege, die eine undifferenzierte Betrachtung nahezu verbieten. Für aus ambulanter Pflege Kommende wird nämlich eine mit 10,4 % (95 % 2,1 - 18,8 %) geringere Quote festgestellt. Für Gäste in nachstationärem Aufenthalt liegt der Indikationsanteil jedoch bei 44,4 % (95 % CI 34,1 - 54,9 %). Aufgrund der bescheidenen Fallzahlen kann dieser Prozentsatz nicht sehr genau eingeschätzt werden, er könnte zufällig auch bis zu zehn Prozent höher oder niedriger liegen. Doch auch mit dem niedrigsten wahrscheinlichen Wert liegt der Bedarf deutlich höher als bei Gästen in Verhinderungspflege oder aus der Langzeitpflege. Nur bei 13 der 45 festgestellten Indikationen in der Kurzzeitpflege war bereits eine Rehabilitation eingeleitet oder lag ein Antrag vor. Weitere 10 % der Kurzzeitpflegegäste erhielten eine Empfehlung zur Ausweitung der Heilmittelversorgung, wenn solche bisher nicht oder nicht ausreichend gegeben war (siehe Tabelle 8).

Die mobile Rehabilitation stellt auch in diesem Kollektiv die häufigste empfohlene Allokation dar (siehe hierzu Tabelle 8). Erhebliche Einschränkungen kognitionsbezogener Art begründeten bei 62,5 % die Allokation, erhebliche Einschränkungen verhaltensbezogener Art galten für 54 %, beides häufig in Kombination. Eine erhebliche Seh- oder Hörschädigung kam mit 12,5 % ähnlich häufig wie in der Langzeitpflege zur Geltung, eine Schädigung der Stimm-Sprech-Sprach-Funktion seltener (8 %). In zwei Prozent der Fälle wurde die Notwendigkeit eines angepassten Lebensumfeldes für die Durchführung abweichend von den spezifischen Kriterien begründet.

[7] Bei der stationären Kurzzeitpflege wurde in dieser Studie nicht unterschieden, ob es sich um „feste“ oder „eingestreute“ Plätze der Kurzzeitpflege handelte.

In der Kurzzeitpflege konnten mehr Empfehlungen für eine stationäre oder teilstationäre Form ausgesprochen werden. Die stationäre geriatrische Rehabilitation stellt die zweithäufigste Allokation dar (8,7 %), eine Rehabilitation in der geriatrischen Tagesklinik wurde 5 % der Untersuchten empfohlen. Der Anteil fachspezifischer Rehabilitationen lag bei 1,4 %. Damit kann fast die Hälfte des Bedarfs aus der Kurzzeitpflege durch die klassischen Rehabilitationsformen ohne mobile Rehabilitation versorgt werden.

Tabelle 8 Allokationsempfehlungen in der Kurzzeitpflege, n=138

	Gesamt N=138	Zugangsweg			
		Ambulante Pflege N=48	Nach-stationär N=90	*davon:*	
				mit Pflege-stufe N=70	ohne Pflege-stufe N=20
Indikation	32,6 %	10,4 %	44,4 %	40,0 %	60,0 %
Davon entfallen auf:					
MoGeRe regulär	15,2 %	4,2 %	21,1 %	20,0 %	25,0 %
MoGeRe abweichend RE*	2,2 %	0,0 %	3,3 %	2,9 %	5,0 %
stationär geriatrisch §111	8,7 %	2,1 %	12,2 %	11,4 %	15,0 %
Teilstationär geriatr. §109	5,1 %	2,1 %	6,7 %	5,7 %	10,0 %
ambulant geriatrisch §111	0 %	-	-	-	-
Fachspezifisch stationär	1,4 %	2,1 %	1,1 %	0,0 %	5,0 %
Daneben:					
Ausweiten von Heilmitteln	10,1 %	14,6 %	7,8 %	2,8 %	25 %

*RE= Rahmenempfehlung

Das Ausmaß des Rehabilitationsbedarfs in der Kurzzeitpflege ist also im Wesentlichen auf die Pflegebedürftigen im Übergang nach einer Krankenhausbehandlung zurück zu führen, die den größeren Teil der untersuchten Gäste ausmachten. Hier wurde ohne vorbestehende Pflegestufe ein nochmals höherer Rehabilitationsbedarf erkennbar, geringe Fallzahlen lassen dazu jedoch keine verlässliche Aussage zu. 24,4 % wurden in eine mobile Rehabilitation empfohlen, davon 3,3 % als MoGeRe außerhalb der Rahmenempfehlung.

Unter den Gästen der Kurzzeitpflege, die aus der ambulanten Pflege kamen, wurde mit 10,4 % der geringste Rehabilitationsbedarf festgestellt. Dabei wurden gleich viele Empfehlungen für eine MoGeRe wie für eine stationäre Rehabilitation ausgesprochen. So liegt der Anteil für eine fachspezifische stationäre Rehabilitation gleichauf mit einer geriatrischen. In dieser Population der Verhinderungspflege kommt bei insgesamt niedrigeren gefundenen Bedarfszahlen, relativ gesehen der stationären Rehabilitation eine höhere Bedeutung zu als in den anderen Studienkollektiven.

Auch für die Kurzzeitpflege und ihre Gäste aus den beiden Lebenssituationen beruht der dargestellte Bedarf auf der sukzessiven Überprüfung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Prognoseaussage. Im Vergleich zur Langzeitpflege zeichnete sich die Kurzzeitpflegepopulation

durch eine geringere Krankheitslast und vorbestehende Pflegebedürftigkeit aus, doch durchaus mit Unterschieden in den beiden Subgruppen.

Tabelle 9 Beeinträchtigungen in Aktivitäten/Teilhabe in der Kurzzeitpflege

Domäne nach ICF	Nachstationär i.v.H. n=90				Ambulante Pflege i.v.H. n=48			
	Nicht möglich	Person. Hilfe	Verlangsamt oder mit Hilfsmittel	keine	Nicht möglich	Person. Hilfe	Verlangsamt oder mit Hilfsmittel	keine
Mobilität	5,6	42,2	41,1	11,1	2,1	27,7	55,3	14,9
Kommunikation	5,6	5,6	33,3	55,6	0,0	8,5	38,3	53,2
Selbstversorgung	6,7	68,9	15,6	8,9	2,1	72,3	19,1	6,4
Häusliches Leben	18,9	52,2	17,8	11,1	8,5	66,9	21,3	4,3
Kontakte u. Beziehungen	14,4	38,9	25,6	21,1	0,0	68,1	17,0	14,9
Soziales Leben	20,2	43,8	24,7	11,2	2,1	72,3	14,9	8,5
Wissensanwendung	13,3	24,4	23,3	38,9	4,3	31,9	36,2	27,7

Die nachstationäre KuP-Gruppe brachte erhebliche Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Teilhabe mit (Tabelle 9). Betroffen waren insbesondere die Domänen interpersonelle Beziehungen, das häusliche und das soziale Leben. Kurzzeitpflegegäste aus der ambulanten Pflege waren nicht in gleichem Ausmaß in ihren Aktivitäten und Teilhabe eingeschränkt. Der geringer ausfallende Rehabilitationsbedarf im Vergleich zur nachstationären Subgruppe wie auch im Vergleich zur Langzeitpflege findet hier eine erste Entsprechung.

Angesichts der Schädigungen und Beeinträchtigungen und bei Nichtgenügen einer Heilmittelversorgung wurde für 71 % der Kurzzeitpflegegäste nach einem Krankenhausaufenthalt Rehabilitationsbedürftigkeit erkannt (so Tabelle 10). Ganz überwiegend waren die Betroffenen auch ausreichend belastbar, Einschränkungen je nach Durchführungsform waren jedoch vorhanden. In dieser Gruppe fand sich der höchste Anteil mit einer anschließend positiven Prognose. In einer kleinen Zahl von vier Gästen der Kurzzeitpflege war eine weitere diagnostische Abklärung vor jeder Feststellung erforderlich.

Dagegen wurden aus der Verhinderungspflege mit knapp 46 % deutlich weniger Pflegebedürftige als rehabilitationsbedürftig erachtet. Auch in dieser Gruppe war die Rehabilitationsfähigkeit weit überwiegend für mindestens eine Form der Rehabilitation gegeben. In der zahlenmäßig kleinen Gruppe konnte im Vergleich jedoch seltener eine positive Prognose gestellt werden als bei einer Kurzzeitpflege nach Krankenhausbehandlung.

Zusammenfassend ist der Selektionsprozess zur Rehabilitationsindikation für die beiden Subgruppen der Kurzzeitpflege in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10 Stufen des Feststellungsprozess in der Kurzzeitpflege

	KuP nachstationär n=90		KuP ambulante Pflege n=48	
Kriterium	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Rehabilitationsbedürftig	64	71,1 %	22	45,8 %
Diagnostische Abklärung vorrangig	2	2,2 %	2	4,2 %
Rehabilitationsfähig (BR 2016)	55	61,1 %	19	39,6 %
Positive Prognose & Indikation	40	44,4 %	5	10,4 %

Die unterschiedlichen Anforderungen der Durchführungsform spielen bei Gästen der Kurzzeitpflege ebenfalls eine wesentliche Rolle für die Rehabilitationsfähigkeit. Für 62 KuP-Gäste nachstationär und 20 aus ambulanter Pflege liegt eine differenzierte Einschätzung für den ambulanten, vollstationären oder mobilen Modus vor. Wie viele der Pflegebedürftigen für die jeweilige Form geeignet waren, wird in Tabelle 11 ausgewiesen. Wiederum sind Mehrfachnennungen möglich, wenn bei Personen sowohl eine wie auch eine weitere Rehabilitationsform durchführbar gewesen wäre.

Die Rehabilitationsfähigkeit ist unter rehabilitationsbedürftigen Gästen der Kurzzeitpflege in höherem Maße gegeben als in der Langzeitpflege. In der Nebeneinanderstellung der Tabelle 11 (Mehrfachangaben bei der Durchführungsform möglich) wird deutlich, dass in beiden KuP-Gruppen zwei Drittel zu einer stationären Durchführung in der Lage wären (belastungsfähig: 66 % bzw. 65 %). Ähnlich fallen auch die Ergebnisse für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation aus (belastungsfähig: 21 % bzw. 25 %). Unter dem hohen Anteil, der auf jeden Fall mit einer mobilen Maßnahme versorgt werden könnte (Kurzzeitgäste aus der ambulanten Pflege immerhin 90 %) sind jedoch auch 13 von 54 Rehabilitationsbedürftigen nach einer Krankenhausbehandlung, für die keine andere Durchführungsform als eine MoGeRe möglich gewesen wäre (siehe Tabelle 11 – Differenz stationär zu mobil); mit 24,1 % (mobil belastungsfähig) liegt dieser Anteil ausschließlich mobil angemessen zu versorgender Personen aber deutlich niedriger als in der Langzeitpflegepopulation (siehe Tabelle 6).

Tabelle 11 Rehabilitationsfähigkeit und Motivation nach Durchführungsform, Kurzzeitpflege n=82

Kriterium	KuP nachstationär n=62			KuP ambulant n=20		
	Durchführungsform, n (%)			Durchführungsform, n (%)		
	Ambulant	Stationär	Mobil	Ambulant	Stationär	Mobil
Ausreichend mobil	19 (30,6)	51 (82,3)	59 (95,2)	9 (45,0)	15 (75,0)	18 (90,0)
Belastungsfähig	13 (21,0)	41 (66,1)	54 (87,1)	5 (25,0)	13 (65,0)	18 (90,0)
Motivierbar	13 (21,0)	24 (38,7)	39 (63,9)	9 (45,0)	4 (20,0)	18 (90,0)

Auch die vorfindbare Motivation für eine Rehabilitation fällt zweifellos in der nachstationären KuP-Gruppe höher aus als in der Langzeitpflege. Für eine mobile Rehabilitation war diese bei nahezu 64 % gegeben. Für eine stationäre Durchführung ist die Motivierbarkeit auch in der Kurzzeitpflege nach dem Krankenhausaufenthalt etwas geringer (38,7 %), eine ambulante Durchführung können sich noch 21,3 % vorstellen (zur Frage der Motivation, ihrer Herstellbarkeit – siehe vor).

In der kleinen KuP-Gruppe der Rehabilitationsbedürftigen aus der ambulanten Pflege könnten sich gar 90 % eine Rehabilitation zuhause vorstellen. Nur noch die Hälfte wäre zu einer ambulanten nicht mobilen Durchführung zu motivieren, und eine große Barriere besteht, falls für die Rehabilitation eine stationäre Durchführung in Betracht gezogen würde; nur vier der zwanzig Teilnehmenden wären dazu eventuell bereit (siehe Tabelle 11).

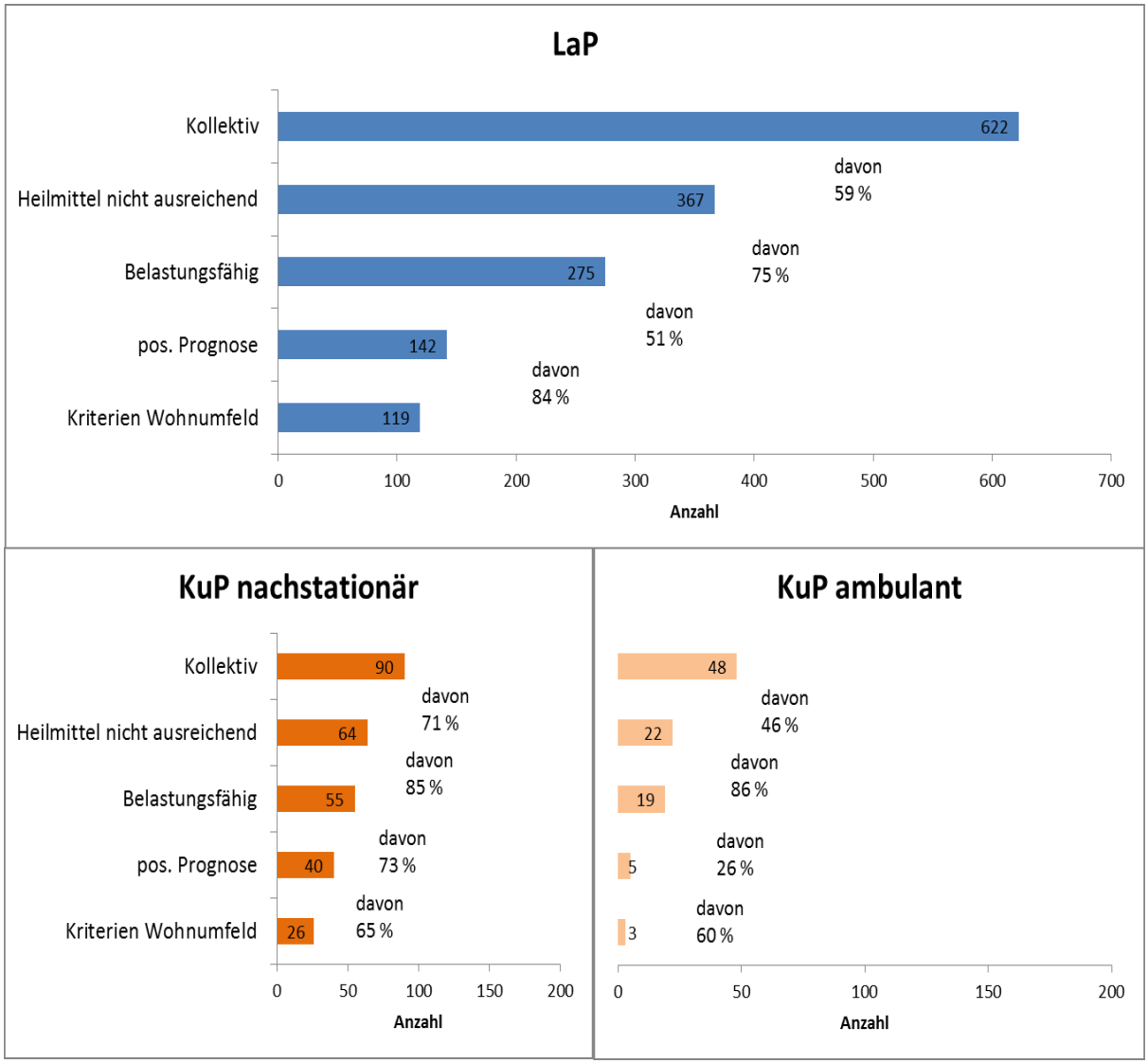
Resümee zur Filterung in der Bedarfsfeststellung

Stellt man die Auswirkung der Stufen des Feststellungsprozesses in der Langzeitpflege und den beiden Gruppen der Kurzzeitpflege nebeneinander (Abbildung 8), werden die Unterschiede in diesen Kollektiven deutlich. Der höchste Behandlungsbedarf, bei dem eine Heilmittelversorgung nicht ausreichend ist, besteht in der Kurzzeitpflege nach einen Krankenhausaufenthalt: bei 71 % der Untersuchten sind Heilmittel nicht ausreichend, sie sind rehabilitationsbedürftig (Fenster unten links). Doch, wie zuvor ausgeführt, sind für einen Teil dieser Patient*innen bereits Vorkehrungen zur Weiterbehandlung getroffen, wenn auch nicht in dem benötigten Ausmaß. In der Langzeitpflege sind es demgegenüber 59 % im Mittel, bei KuP-Gästen aus der ambulanten Pflege noch 46 %.

Eine Rehabilitationsfähigkeit ist unter den Gästen der Kurzzeitpflege, nachstationär oder aus ambulanter Pflege, häufiger gegeben als in der Langzeitpflege, wo einem Viertel – auch wenn die mobile Durchführung berücksichtigt wird - aufgrund mangelnder Belastbarkeit keine Rehabilitation möglich sein wird.

Für eine positive Prognose, die auch die Motivierbarkeit oder, anders ausgedrückt, das Rehabilitationsbedürfnis der Personen zu berücksichtigen hat, ergibt sich die beste Wahrscheinlichkeit (73 %) nach einem Krankenhausaufenthalt. Bei ausreichender Belastbarkeit kann in der Hälfte der Fälle aber auch in der Langzeitpflege eine Verbesserung in Schädigung, Aktivitäten oder Teilhabe erwartet werden. Dieser Anteil liegt deutlich über dem, was die bisherige Realisierung erwarten ließe. Eine wesentliche Rolle aber kommt den Durchführungsbedingungen der Rehabilitationen zu. Der überwiegende Teil (n=119 von n=142, 84 %) aus der Langzeitpflege erfüllt die spezifischen Kriterien für eine mobile geriatrische Rehabilitation und wäre angewiesen auf eine Durchführung im vertrauten Wohnumfeld, um erfolgversprechend zu sein. In der Kurzzeitpflege betrifft diese Anforderung bei einer positiven Prognose noch 60 % bzw. 65 % (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8 ..Stufen bis zur Rehabilitationsindikation nach Kollektiv, Langzeitpflege und Kurzzeitpflege



6.1.4 UNTERSCHIEDE NACH GESCHLECHT

Frauen bilden in Einrichtungen stationärer Pflege die Mehrheit. Dabei lag, neun Personen ausgenommen zu denen kein Geschlecht angegeben wurde, der Anteil des Rehabilitationsbedarfs in der Langzeitpflege bei Männern, gemessen an ihrer Beteiligung in der Studie, etwas höher (p=0.028). In der Kurzzeitpflege dagegen lag der Anteil niedriger und zwar für beide Versorgungsgruppen, nachstationär wie aus der ambulanten Pflege. Auch in der Versorgung mit Heilmitteln wurden Männer in der stationären Pflege oftmals besser berücksichtigt.

Differenziert nach Altersgruppen (Tabelle 12) nahm eine Rehabilitationsindikation bei weiblichen Pflegebedürftigen mit zunehmendem Alter ab zugunsten der Heilmittelversorgung. Dieser Zusammenhang mit dem Alter ist signifikant (p=0.024). In den jüngsten Jahrgängen ergab sich noch eine

vergleichbare Bedarfsquote, im Alter ab circa 80 Jahren lag sie für Männer jeweils rund 10 Prozent höher.

Tabelle 12 Rehabilitationsbedarf in der Langzeitpflege nach Geschlecht und Alter

	Frauen			Männer		
Alter	n	Reha-Indikation	Heilmittel	n	Reha-Indikation	Heilmittel
unter 70 Jahren	13	30,8 %	7,7 %	24	29,2 %	20,8 %
70-74 Jahre	16	31,3 %	12,5 %	14	35,7 %	14,3 %
75-79 Jahre	58	22,4 %	12,1 %	34	23,5 %	2,9 %
80-84 Jahre	92	18,5 %	17,4 %	24	29,2 %	16,7 %
85-89 Jahre	135	17,8 %	17,8 %	28	28,6 %	21,4 %
90-94 Jahre	104	25,0 %	15,4 %	19	36,8 %	21,1 %
ab 95 Jahre	51	13,7 %	21,6 %	3	-	-
Gesamt	470	20,4 %	16,8 %	148	29,1 %	14,9 %

Bezüglich Schwere der Pflegebedürftigkeit sowie Schädigungen und nicht nur vorübergehender Beeinträchtigungen sind keine auffälligen Unterschiede zu erkennen. In der Summe zeigte sich auch keine Differenz hinsichtlich einer Rehabilitationsbedürftigkeit. Doch waren neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall, Hemiparese, Dysphagie und Sprechstörungen unter den Männern in der Langzeitpflege häufiger vertreten; diese stehen mit einer Rehabilitationsindikation in Zusammenhang (vgl. vordem). Daneben waren sowohl eine vorliegende Demenzdiagnose als auch Schmerzen bei Frauen häufiger angegeben als bei Männern (siehe auch Tabellenanhang A 1a).

Tabelle 13 Selektionsprozess der Feststellung in der Langzeitpflege, nach Geschlecht

	Frauen n=470		Männer n=148	
Kriterium	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Rehabilitationsbedürftig	275	58,5 %	90	60,8 %
Diagnostische Abklärung vorrangig	10	2,1 %	2	1,3 %
Rehabilitationsfähig (BR 2016)	198	42,1 %	75	50,7 %
Positive Prognose	97	20,6 %	43	29,1 %
Indikation	96	20,4 %	43	29,1 %

Zum anderen erfüllten Bewohner die Stufen im Feststellungsverfahren jeweils besser als Bewohnerinnen, wie Tabelle 13 zu entnehmen ist. Das galt für die Rehabilitationsfähigkeit wie für die nötige Motivierbarkeit; unabhängig von einer Durchführungsform (ambulant, stationär oder mobil) ließen sich vergleichbare Relationen finden. Darüber hinaus gelang es anders als bei den Männern nicht für

alle der betroffenen Frauen, gemeinsam ein Ziel möglicher Rehabilitation zu formulieren. Eine dabei relevante Größe, die dementielle Erkrankung, war wie angeführt in unterschiedlichem Ausmaße präsent. Die notwendige Motivierbarkeit und Mitarbeit bei der Rehabilitation vor diesem Hintergrund wurde bei 53 % der jeweiligen Männer, aber nur bei 41,5 % der Frauen erwartet.

In der Kurzzeitpflege jedoch verhielt es sich mit der Motivation umgekehrt. Frauen brachten diese eher mit, sowohl als Gäste nach einem Krankenhausaufenthalt (Frauen: 82 %, Männer 78 %) wie aus der ambulanten Pflege (Frauen: jede Dritte, Männer: 1 von 6 Fällen). Ebenso verhielt es sich in Bezug auf die Rehabilitationsfähigkeit. Wie in der Langzeitpopulation lässt sich eine Assoziation mit der Betroffenheit von demenziellen Erkrankungen feststellen, die unter männlichen Gästen stärker gegeben war. Lediglich in der Kurzzeitpflege „nach Krankenhausaufenthalt“ wurde eine höhere Rehabilitationsbedürftigkeit unter den männlichen Patienten festgestellt (78 % versus 68 %).

6.1.5 REHABILITATIVE MASSNAHMEN UND BEREITSCHAFT ZUR INANSPRUCHNAHME

In dem Assessment zur Bedarfsfeststellung war ein kurzer Frageblock zur Bereitschaft der Teilnahme an einer Rehabilitation eingebettet. Die Fragen waren in der Durchführung meist verbunden mit einer Aufklärung über Rehabilitation und die möglichen Formen der Durchführung verbunden. Die Erkenntnisse zu den Pflegebedürftigen flossen auch in den weiteren Beurteilungsprozess ein.

Nichtmedikamentöse Therapien (Heilmittelversorgung)

Rehabilitative Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe können unter anderem die Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln nach § 32 SGB V oder Behandlungen durch Rehabilitationseinrichtungen nach § 40 SGB V beinhalten. 36,5 % der Untersuchten erhielten im Quartal vor der Befragung Heilmittel, davon 6 % mehr als ein Heilmittel. Wobei Männern (12,2 %) in der Studie drei Mal häufiger neben Physiotherapie noch eine andere Form der Therapie erhielten als Frauen.

15 % der Bewohner*innen hatten im Quartalszeitraum vor der Untersuchung eine stationäre Behandlung im Krankenhaus, weitere 1,3 % wurden akutstationär geriatrisch behandelt.

An einer Rehabilitation hatten in den letzten drei Monaten 10 Bewohner*innen teilgenommen (1,6 %), davon sieben in Form einer mobilen Rehabilitation (siehe Tabelle 14). Auch hier lag die Beteiligung der Bewohner höher als der Bewohnerinnen und in Anspruch genommene stationäre Rehabilitationen entfielen nur auf Männer.

Unter den Kurzzeitpflegegästen lag der Gesamtanteil genutzter Heilmittel etwas höher (43,5 %). 77 % der Gäste kamen aus akutstationärer Behandlung, davon 20 % aus einer akutstationär geriatrischen.

Tabelle 14 Quartalsprävalenz Nichtmedikamentöser Therapien (Heilmittelversorgung)

	LaP n=622		KuP n=138	
	gesamt	Männer	gesamt	Männer
Physiotherapie	35,4 %	39,9 %	41,2 %	37,5 %
Ergotherapie	5,3 %	10,1 %	6,5 %	12,5 %
Logopädie	2,9 %	6,8 %	0,7 %	0 %
Heilmittel gesamt	36,4%	41,2 %	43,5 %	42,5 %
davon 1 Heilmittel	29,9 %	28,4 %	37,7 %	35,0 %
2 Heilmittel kombiniert	4,7 %	8,1 %	4,2 %	7,5 %
3 Heilmittel kombiniert	1,4 &	4,1 %	0,7 %	0 %
Verordnetes Funktionstraining	1,1 %	2,0 %	1,4 %	0 %
Psychotherapie	0,5 %	1,4 %	0,7 %	0 %
Ambulante Rehabilitation	0 %	0 %	0 %	0 %
Stationäre Rehabilitation	0,5 %	0 %	5,1 %	10,4 %
Mobile Rehabilitation	1,1 %	3,4 %	0 %	0 %
Rehabilitation gesamt	1,6 %	3,4 %	5,1 %	10,4 %

Überraschend war das Ergebnis, dass auch der Einsatz von Heilmitteln bei Heimbewohner*innen offensichtlich nicht den Effekt hat, dass der Rehabilitationsbedarf sinkt. In der Langzeitpflege hatten die Pflegebedürftigen der Studie, die Heilmittel erhalten hatten, eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit der Indikationsstellung. Dieses Ergebnis ist hochsignifikant auch unter Kontrolle personenbezogener Merkmale wie Altersgruppe, Geschlechts und Vorliegen einer Demenzdiagnose (Odds Ratio 1.94 (95 % CL 1.31-2,86), p=0.001). Das häufig vorgebrachte Argument, Heilmittel könnten bis zu einem gewissen Grad Rehabilitation ersetzen oder überflüssig machen, wird nach diesen Daten nicht unterstützt.

Bereitschaft an einer Maßnahme der Rehabilitation teilzunehmen

Alle Teilnehmenden, bei denen eine Rehabilitationsbedürftigkeit festgestellt wurde, wurden gefragt, inwieweit sie sich vorstellen könnten eine Rehabilitation zu nutzen. Doch bei 139 der 436 Personen liegt im Zusammenhang mit einer kognitiven Beeinträchtigung bzw. Demenzdiagnose keine eindeutige Aussage zu einer Inanspruchnahme-Bereitschaft vor. Die so entstehende Informationslücke (siehe Tabelle 15: „keine Angabe bei kognitiver Beeinträchtigung“) fällt im Kollektiv der Langzeitpflege größer aus als in der Kurzzeitpflege (Tabelle 15).

Tabelle 15 Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation, nach Pflegekollektiv

	LaP n=354		KuP n=82	
Bereitschaft	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	90	25,4	20	23,8
Ja	114	32,2	43	52,4
Weiß nicht	25	7,1	5	7,3
Keine Angabe bei kognitiver Beeinträchtigung	125	35,3	14	18,3

Eine Ablehnung von Maßnahmen der Rehabilitation wurde von Bewohner*innen sowohl der Langzeitpflege wie der Kurzzeitpflege in vergleichbarem Umfang, von etwa jedem Vierten geäußert.

Eine positive Einstellung fand sich je nach Kollektiv zwischen 32 % und 52 % (Tabelle 15). Bemerkenswert ist, dass innerhalb der Kurzzeitpflege-Population eine noch größere Differenz aufscheint. Jene aus der ambulanten Versorgung zeigten mit 22,7 % die geringste Neigung, eine empfohlene Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. In Übergangspflege nach einem Krankenhausaufenthalt befindlich äußerten sich dagegen zwei von drei der Betroffenen positiv.

Deutliche Unterschiede in der Bereitschaft ließen sich auch an Geschlecht und Alter festmachen. Das Alter steht nicht in einem linearen Zusammenhang mit der Haltung zu einer Behandlung, doch fand sich die höchste Bereitschaft unter den jüngsten Befragten und eine im Vergleich geringere bei den hochaltrigen Pflegebedürftigen. Ebenso äußerten sich rehabilitationsbedürftige Männer eher positiv (42,4 %) als Frauen mit lediglich 28,5 %.

Nach den Gründen einer mangelnden Inanspruchnahme-Bereitschaft befragt, wurden von 93 Personen[8] Nennungen gemacht (siehe Übersicht 1). In rund 15 % hat man keine näheren Auskünfte erhalten. Am häufigsten (17,2%) lag einer ablehnenden Haltung zugrunde, dass die bisherige Versorgung, mit oder ohne Heilmittel, und die Art wie man sich kümmert, als ausreichend bewertet wurde. Häufig vertreten war auch die Befürchtung, dass ein Mehr zur Überlastung führe und nicht bewältigt werden könne, das Zutrauen in die eigenen Kräfte fehlte. Eine bedeutsame Gruppe aber hatte bereits resigniert, entweder hatten sie mit dem Leben abgeschlossen oder aus Enttäuschung, weil bisherige Maßnahmen keine Erfolge brachten (oder auch nicht bewilligt wurden). Zu beachten ist jedoch unbedingt, dass die hier betrachtete fehlende Bereitschaft nicht gleichzusetzen ist mit einer fehlenden Motivation. Sie kann unterschiedliche, situative, vorübergehende und auflösbare Ursachen haben.

Übersicht 1 Gründe einer mangelnden Inanspruchnahme-Bereitschaft, n=93 Nennungen

17,2 %	bisherige Versorgung reicht aus, nichts verändern
14,0 %	will nichts mehr (vom Leben)
8,6 %	Belastung zu viel, fühlt sich überfordert
7,5 %	enttäuscht, weil bisherige Therapien ohne Erfolge waren

[8] Anmerkung: Hier einschließlich der Aussagen von Angehörigen und/ oder der stationären Pflege im Heim

7,5 % bringt nichts mehr (altersbedingt)
7,5 % zufrieden mit Status quo, kommt gut zurecht
6,4 % depressive Stimmung, psychisch labil
4,3 % Schmerzen
3,2 % nach akutstationärer Behandlung erst mal ausruhen, nach Hause (spezielle KuP)
3,2 % selbst aktiv oder andere Interessen
3,2 % Ängste, ohne Unterstützung
3,2 % auf keinen Fall hier weg
2 % fühlt sich unsicher (bei Bewegung)
2 % erst Klären des Gesundheitszustands
2 % komplett ablehnend, wollen nicht beübt werden
1 % Rehabilitation wurde abgelehnt
1 % jetzt zu spät vor dem Pflegeheimeinzug ja

121 Empfehlungen für eine mobile Rehabilitation aus der Langzeitpflege und 24 aus der Kurzzeitpflege, regulär oder außerhalb der Rahmenempfehlungen, wurden im Rahmen der Studie ausgesprochen. 14 % aus der Langzeitpflege fanden sich in der Mobilen Rehabilitation wieder: 15 als Teilnehmer an der Verlaufsstudie, eine Person außerhalb der Studie und eine Person verstarb vor Aufnahme der Therapien. 40,5 % verblieben als Vergleichsgruppe ohne eine Rehabilitation in der Studie. Zu den übrigen Fällen waren nur wenige Informationen erhältlich. Für einen Großteil ist nicht bekannt, ob alternative Leistungen in die Wege geleitet oder kein Behandlungsinteresse verfolgt wurde. Exemplarisch konnten an einem Standort die Fälle eruiert werden: von 22 Empfehlungen nahmen 3 eine MoRe auf, 2 wurden nicht bewilligt, für die übrigen wurden keine Anträge gestellt (77 %).

6.2 STUDIENBLOCK II EVALUATION

6.2.1 ERGEBNISSE ZUR MOBILEN GERIATRISCHEN REHABILITATION IN DER STATIONÄREN PFLEGE: VERLÄUFE MIT UND OHNE REHABILITATION (B1A)

Merkmale der Rehabilitanden: Ausgangsstatus

Rekrutiert wurden die Teilnehmenden der Rehabilitationsgruppe aus dem regulären Betrieb der Mobilen Rehabilitation, nach einer Bewilligung durch die Krankenkassen. Insgesamt acht von 124 angesprochenen und rekrutierten Personen (6,5 %) konnten die Rehabilitation dann nicht antreten und entfielen für die Studie. In zwei Fällen wurde eine bereits von der Krankenkasse zugesagte mobile Rehabilitation durch den MDK zurückgenommen. Vier Personen waren bereits vor Beginn verstorben, u.a. den Wartezeiten von der Bewilligung bis zur Aufnahme in den therapeutischen Prozess geschuldet, und zwei weitere erwiesen sich zu dem Zeitpunkt des geplanten Beginns der MoGeRe als nicht rehabilitationsfähig.

Von den 116 Teilnehmenden mit MoGeRe befanden sich 17 zu Beginn (T0) in der Kurzzeitpflege. 12 Personen kamen mit einer Bewilligung durch die Krankenkasse aus der Teilstudie A in die Interventionsgruppe. Der größte Teil der Patient*innen kam nach einem akutstationären Aufenthalt als Anschlussrehabilitation (AR) in die mobile Rehabilitation (Tabelle 16). Knapp 20 % der Rehabilitationen

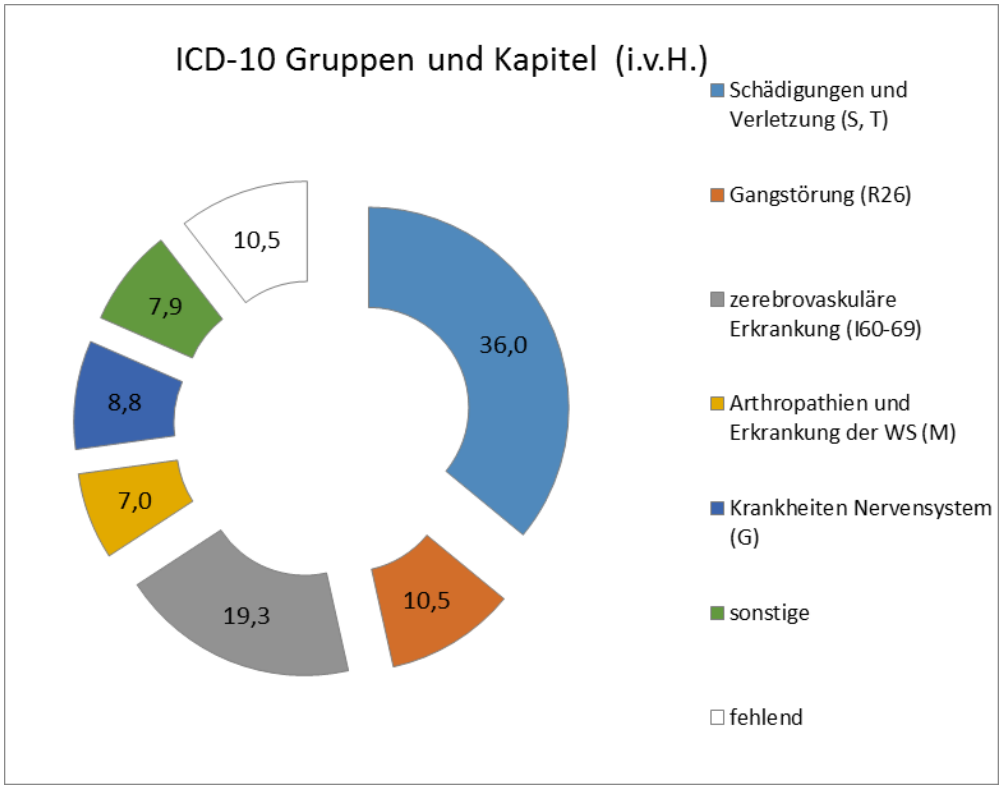
wurden von niedergelassenen Ärzt*innen veranlasst, und ein Patient wurde aus vorheriger (Früh-) Rehabilitation übernommen.

Tabelle 16 Zuweisungspfade der Teilnehmenden mobiler Rehabilitation

Zuweisungspfad	N	i.v.H
Allgemeinkrankenhaus	45	38,8
Geriatrisch stationäre Behandlung	43	37,1
Geriatrisch teilstationär /Tagesklinik	2	1,7
Vertragsärztliche Versorgung	23	19,8
Rehabilitation	1	0,9
Keine Angabe	2	1,7
Gesamt	116	100

Die der Zuweisung zugrunde liegenden Hauptdiagnosen zeigt Abbildung 9 gruppiert nach ICD-10 Kapiteln. Die häufigsten Diagnosen entfielen auf Verletzungen, überwiegend eine Femurfraktur (S72), zerebrovaskuläre Erkrankungen, meist ein Hirninfarkt, und Gangstörungen (R26). Zusammen machten diese zwei Drittel der genannten rehabilitationsrelevanten Diagnosen aus. Dass die Zuordnung einer Hauptdiagnose für die geriatrische Rehabilitation nicht immer gelingt, macht der 10 %-ige Anteil ohne Angabe deutlich.

Abbildung 9 Rehabilitationsrelevante Hauptdiagnosen, n=116



Zwischen den Zuweisungspfaden zeichneten sich gewisse Unterschiede ab, wobei die kleinen Fallzahlen zu bedenken sind (Tabelle 17). So waren beispielsweise Störungen des Ganges von Niedergelassenen seltener angeführt als aus dem klinischen Bereich. Muskuloskelettale Diagnosen kamen vermehrt aus geriatrischer Akutversorgung, Erkrankungen des Nervensystems lagen bei vertragsärztlichen Zuweisungen häufiger zugrunde.

Entsprechende exakte Informationen können aus der Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation (VG) nicht geliefert werden. Eine Krankenhausbehandlung hatten nur 20 % dieser Pflegebedürftigen im Quartal vor der Indikationsstellung erfahren. Vergleicht man stattdessen die vorhandenen Anamnesedaten, fällt eine dreifach höhere Zahl an Frakturen der oberen und unteren Extremitäten in der MoGeRe-Gruppe auf. Schlaganfall und Hemiparese sowie neurodegenerative Erkrankungen gingen in der VG sogar häufiger aus der Krankengeschichte hervor. Aussagen zu deren Aktualität für vorhandene weitreichende Beeinträchtigungen liegen nicht vor; es ist aber abzunehmen, dass eher ein Status der (Mal)Adaption oder Remission gegeben war als bei Patienten in Anschlussrehabilitation. In allen anderen rehabilitationsrelevanten Bereichen, auch Gangstörungen, lagen die beiden Gruppen nicht weit auseinander.

Tabelle 17 Rehabilitationsrelevante Hauptdiagnosen nach Zuweisungspfad

		Allgemein- KH		Vertragsarzt		Sonstige	
ICD-Gruppe	gesamt	n	%	n	%	n	%
Verletzungen S-T	41	18	40,0	7	30,4	16	34,8
Zerebrovaskulär I 60-69	22	10	22,2	4	17,4	8	17,4
Symptome R 26 Gang/Mobilität betreffend	12	6	13,3	1	4,3	5	10,9
Nervensystem G	10	1	2,2	6	26,1	3	6,5
Muskel-Skelett-System M	8	2	4,4	1	4,3	5	10,9
Pul. Herzkrankheit I 26-28	2	-		-		2	4,3
Sonstige	7	2	4,4	1	4,3	4	8,7
Keine Angabe	12	6	13,3	3	13,0	3	6,5
Gesamt*	114	45		23		46	

*Bei zwei Rehabilitanden lagen keine Angaben zu Zuweisungspfad und Diagnose vor

Demografische und anamnestische Beschreibung der Kollektive

Wie aus Tabelle 18 ersichtlich, unterschieden sich die eingeschlossenen Personen der Rehabilitations- und der Vergleichsgruppe nicht hinsichtlich des mittleren Alters (82 Jahre vs. 83,4 Jahre); die Altersspanne in der Rehabilitationsgruppe (RG) fiel etwas breiter aus. In der Rehabilitationsgruppe waren mehr Männer eingeschlossen als in der Vergleichsgruppe (36,2 % gegenüber 22,4 %). Die Studienpopulation zeigt somit eine Abweichung gegenüber dem in der Basisdokumentation niedergelegten weiblichen Nutzungsvorsprung (vgl. Pippel et al 2016).

Die Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe unter den Teilnehmenden der mobilen Rehabilitation lag etwas unter dem Durchschnitt der typischen Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Der Anteil ohne Pflegestufe oder mit Pflegestufe 0 lag, vor allem durch Patient*innen aus der Kurzzeitpflege, bei 7 % (zum Zeitpunkt der Rekrutierung wurde noch mit dem 3-stufigen System der Pflegestufen gearbeitet). In der Vergleichsgruppe (VG) hatten alle Teilnehmenden eine vorbestehende Pflegestufe, die Pflegebedürftigkeit war durch höhere Anteile mit Pflegestufe 2 oder 3 ausgeprägter (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18 Beschreibung der Kollektive der Verlaufsstudie

Merkmal	MoGeRe n=116	Ohne Rehabilitation n=49
Geschlecht, männlich i.v.H.	36,2	22,4
Alter, Mittelwert +-SD (min; max)	83,2 +- 8,9 (55;102)	83,4 +-7,0 (65;94)
Pflegebedürftigkeit, i.v.H. Pflegestufe 1	48,2	40,8
Pflegestufe 2	35,7	45,9
Pflegestufe 3	8,9	14,3
nicht eingestuft/Pflegestufe 0	7,2	0
Barthel, Mittelwert +-SD (min; max)	36,5 +-19,5 (0;75)	39,4 +-20,1 (0;75)
weitgehend pflegeabh. BI <=30 Pkte[1], i.v.H.	42,2	34,7
Demenzdiagnose, i.v.H.	55,7	59,2
MMST, Mittelwert +-SD	16,5 +-10,5	17,3 +-6,5
schwere Kognitive Beeinträchtigung (MMST < 11)[2], i.v.H.	21,3	16,7
Kurzzeitpflege, i.v.H.	14,7	0
Spezifische Kriterien MoGeRe, i.v.H. *(mit Mehrfachnennung):*		
Kognition u. Aufmerksamkeit	59,8	69,4
Verhalten	39,3	38,8
Stimme, Sprache, Sprechen	23,4	18,4
Hören, Sehen	29,9	4,1
fehlend	7,0	10,2

[1] Einteilung Barthel-Index angelehnt an KCG, Assessments in der Geriatrie (online Abruf 14.2.2018)

[2] Einteilung nach S3-Leitlinie Demenz; 8 missing values

Hinsichtlich der funktionalen Beeinträchtigung waren die Studiengruppen im Mittel nicht auffällig verschieden, wie die Ausgangswerte im Barthel-Index zeigen (RG: 36,5 +- 19,5; VG: 39,4 +- 20,1). Darunter war eine starke Einschränkung der Selbstversorgungsfähigkeit, gemessen mit einem Barthel-Wert bis maximal 30 Punkte, in der Rehabilitationsgruppe jedoch signifikant häufiger gegeben.

Geringfügige Unterschiede gab es in der Zahl Teilnehmender mit vorliegender Demenzdiagnose wie auch der Schwere der kognitiven Beeinträchtigungen. Allerdings weist die höhere Varianz zum durch-

schnittlichen Wert in der MoGeRe-Gruppe bereits darauf hin: schwere kognitive Beeinträchtigungen, angezeigt durch ein Mini-Mental-Status (MMST) Wert unter 11 Punkten, spielten in dieser Gruppe eine größere Rolle.

In beiden Studiengruppen war die kognitionsbezogene Begründung der Zuweisung überwiegend. Auffallend ist der höhere Anteil einer Indikation bezogen auf erhebliche Schädigungen in den Sinnesfunktionen unter den realisierten Rehabilitationen. Sowohl in der Rehabilitations- wie in der Vergleichsgruppe wurden MoGeRe-Fälle außerhalb der spezifischen Kriterien gemäß Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation eingeschlossen.

Rehabilitations- und Teilhabeziele

Aus den entwickelten 27 Teilhabesicherungskonzepten (TSK) zu Problemkreisen, die eine Teilhabe erschweren (wie in Abbildung 3 aufgelistet), wurden 24 mindestens einmal als Rehabilitationsziel gewählt. In beiden Studiengruppen wurden zwischen zwei bis 21 TSK angegeben, in Mittel jeweils 6,8 TSK. Die patientenorientierte Auswahl zeichnet Hauptbedürfnisse und Probleme einer geriatrischen Population in stationären Pflegeeinrichtungen nach.

Dem Verlust eigenständiger Beweglichkeit kommt in der Wahl höchste Priorität für die Rehabilitation zu, weit vorne rangieren Mobilität, Lokomotion und Transfertechniken. Bereits an vierter Stelle folgt mit der Vorbeugung und Bewältigung von Hautschäden ein häufiges Pflegeproblem bei langen Sitz- und Liegezeiten. Persönliche Beziehungen und Netzwerke finden sich dagegen in den unteren Rängen ausgewählter zu bearbeitender Problemkreise (Abbildung 10).

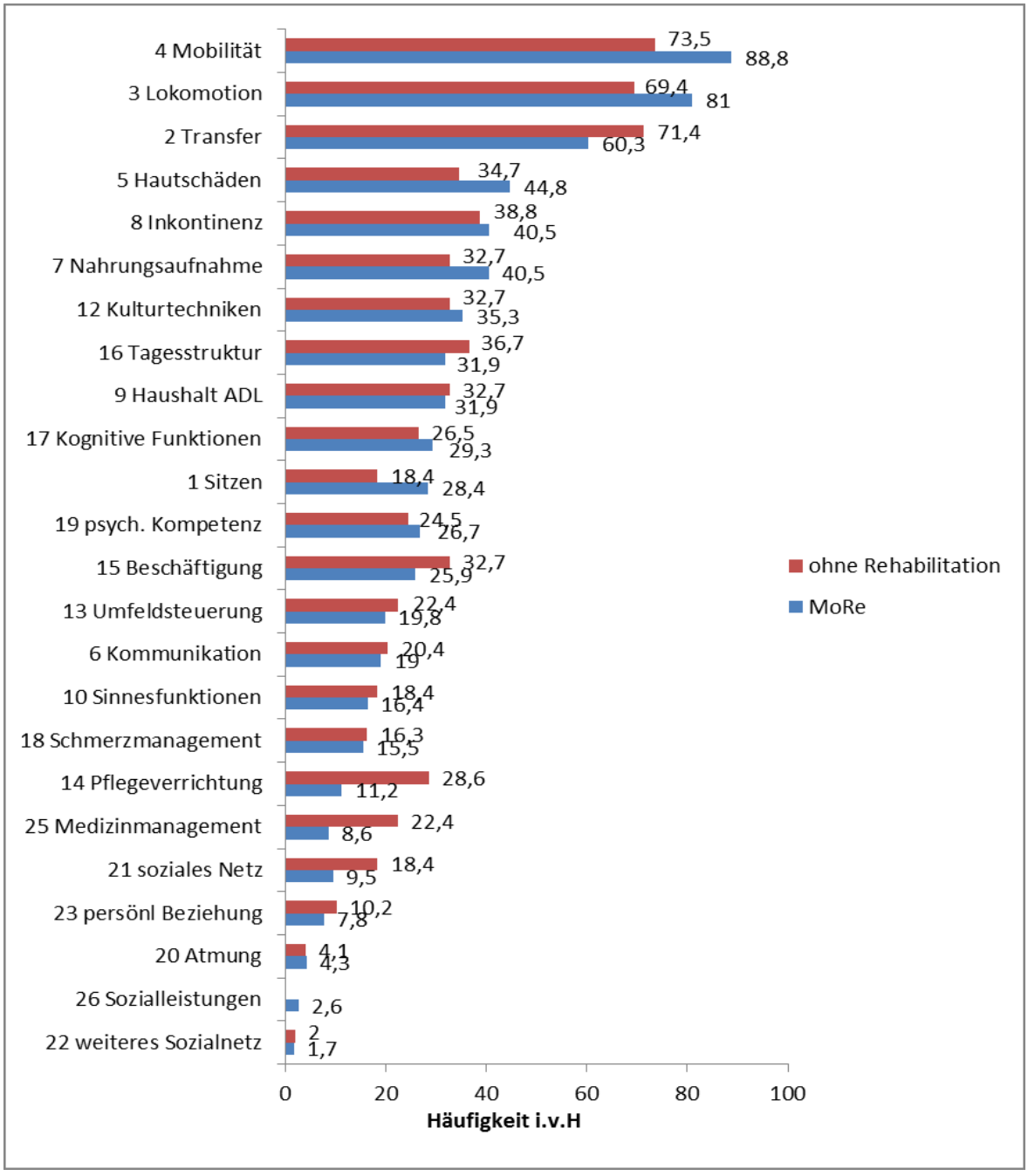
In der Vergleichsgruppe (ohne Rehabilitation) findet sich die Bedeutung einzelner Problemkreise weitgehend bestätigt (siehe die Häufigkeiten in Abbildung 10). Kleine Verschiebungen im Einzelnen sind jedoch bemerkenswert. Mobilität und Lokomotion sind etwas geringer ausgeprägt als Zielfokus, ebenso das Ermöglichen von Sitzen und Vermeiden von Hautschäden; dafür bekamen Transferleistungen mehr Gewicht. Auffälliger Weise sind Kontrollkompetenz in Pflegeverrichtungen und teilhabeförderndes medizinisches Management, wie auch die Unterstützung sozialer Kontakte und Beziehungen bei Nicht-Rehabilitanden häufiger als Ziele formuliert worden.

Unter den Geschlechtern gab es wenig Abweichung in der Auswahl und Häufigkeit von Problemkreisen. Sie entsprechen weitgehend unterschiedlichen somatischen und verhaltensbezogenen Belastungen. So wurden Ziele bezüglich der Handlungskompetenz im häuslichen Umfeld (Männer 21,4 %, Frauen 37,8 %), Tagesstrukturierung (Männer 26,2 %, Frauen 35,1 %) und Kompensation von Sinnesfunktionen (Männer 11,9 %, Frauen 20,3 %) bei Rehabilitandinnen öfter gewählt. Für Männer wurden etwas häufiger Problembewältigung orofazialer Dysfunktion und Nahrungsaufnahme genannt (Männer 45,2 %, Frauen 36,5 %).

Neben den Teilhabesicherungskonzepten wurden auch ganz persönliche Teilhabeziele abgefragt. In den identifizierten persönlichen Teilhabezielen spielten Lokomotion und Mobilität zur Sicherung von Teilhabe ebenfalls eine große Rolle. Am häufigsten vertreten war Fortbewegung mit oder ohne Hilfsmittel und dafür mehr Sicherheit zu erlangen, weitere Strecken zu bewältigen und den Bewegungs- und Aktionsradius insgesamt erweitern zu können. Zum Ermöglichen und Verbessern von Teilhabe sollten auch bessere Transferleistungen incl. PKW-Transfers und Schmerzlinderung beitragen. Andere große Bereiche der persönlichen Ziele bezogen sich auf mehr Selbständigkeit in den alltäglichen Verrichtungen sowie die Teilnahme an bestimmten Aktivitäten und Ausflügen. Bessere

Artikulation, Schreiben können, Inkontinenz zu bewältigen, Gedächtnis erhalten, körperliche Belastungsfähigkeit und Kraft und zahlreiche andere individuelle Ausformulierungen wurden genannt. Nicht von allen Teilnehmenden konnten solche Ziele der Teilhabe zum Ausdruck gebracht werden, überwiegend aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen. Doch für 67 % der Rehabilitationsgruppe und für 60 % der Vergleichsgruppe lagen ein bis fünf solcher Zielorientierungen vor.

Abbildung 10 Häufigkeiten gewählter Teilhabesicherungskonzepte



Eine inhaltliche Beschreibung der Schlagworte für die Problemkreise enthält Abbildung 3

Für 67 % der Rehabilitationsgruppe und für 60 % der Vergleichsgruppe lagen ein bis fünf solcher Zielorientierungen vor.

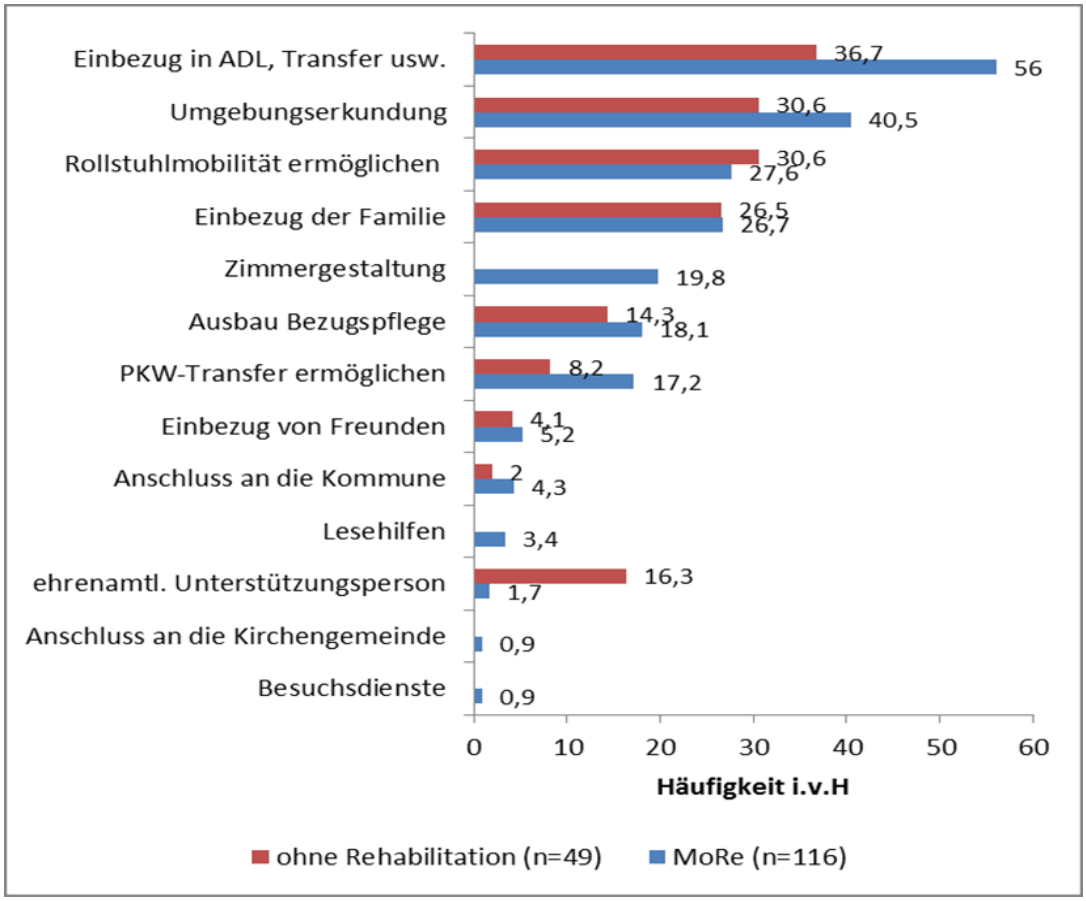
Kontextfaktoren

Mit dem dritten Zugang zu Teilhabe und Teilhabesicherung wurden medizinische Behandlungsziele und Ressourcen im Lebensumfeld betrachtet, die zur Förderung von Teilhabe aktiviert werden können. Dazu wurde eine Reihe von Auswahlmöglichkeiten im Erhebungsbogen formuliert, wie in Abbildung 11 dargestellt (vergleiche auch Erhebungsbogen im Anhang).

Für drei Viertel der Patient*innen in der Rehabilitation wurden solche Kontextfaktoren identifiziert, die als Ressourcen zur Realisierung der Teilhabeziele aktiviert werden können oder müssen (Abbildung 11). Auch hier dominierten Umwelt- und personenbezogene Ressourcen im Zusammenhang mit der Förderung von Mobilität und Kontrollkompetenz. Bei mehr als der Hälfte beispielsweise werden diese in einem stärkeren Einbezug in Pflegeleistungen bei ATL, Transfer und ähnlichem gesehen. Für 40 % werden die Rahmenbedingungen für die Erweiterung des Bewegungsradius über den Wohnbereich hinaus und insbesondere die Möglichkeiten für eine Mobilität mit dem (Elektro-)Rollstuhl (27 %) als wesentliche Kontextfaktoren ausgemacht. Für jeden Vierten werden Ressourcen im Einbinden der Familie gesehen, dem Gemeinwesen kam hier geringere Bedeutung für die Teilhabeziele zu.

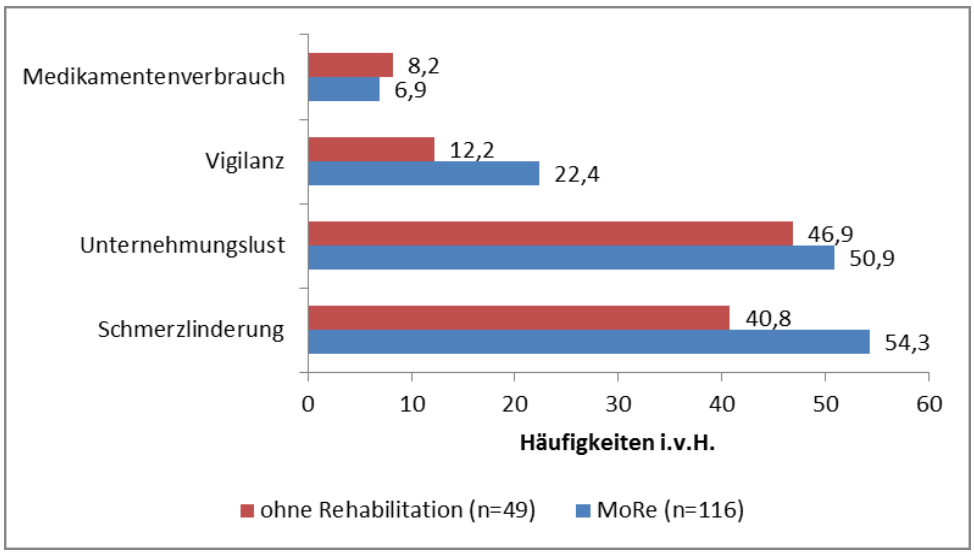
Der Beitrag von Kontextfaktoren wird in der Teilhabesicherung für die Pflegebedürftigen ohne Rehabilitation insgesamt geringer eingeschätzt. Teilhabeziele und ihre unterstützenden Kontexte scheinen etwas anders gelagert wie in der Vergleichsgruppe. Parallel zu den im Bereich Beziehungen und Kontakte gewählten Teilhabesicherungskonzepten (siehe Abbildung 11) können in dieser Gruppe neben der Familie ehrenamtliche Unterstützungspersonen häufiger einen Beitrag zur Aktivierung leisten.

Abbildung 11 Aktivierung von Kontextressourcen zur Teilhabesicherung, Häufigkeiten



Als weitere symptombezogene Ziele wurden die Beeinflussung von Polypharmazie, mangelnder Vigilanz und Unternehmungslust sowie die Linderung von Schmerzen zur Erreichung von Teilhabezielen quantifiziert. Bei mehr als der Hälfte in der Rehabilitationsgruppe (54,3 %) spielen Schmerzen eine Rolle für die Teilhabe. Der Anteil wird in der Vergleichsgruppe mit 40 % deutlich geringer eingeschätzt. Auch persönliche Energie und Unternehmungslust stellt für (beinahe) jeden zweiten der Pflegebedürftigen eine wesentliche Voraussetzung dar. Dem Medikamentengebrauch kommt in beiden Studiengruppen ein Anteil unter zehn Prozent zu (Abbildung 12).

Abbildung 12 Medizinische Faktoren, die Teilhabechancen beeinflussen



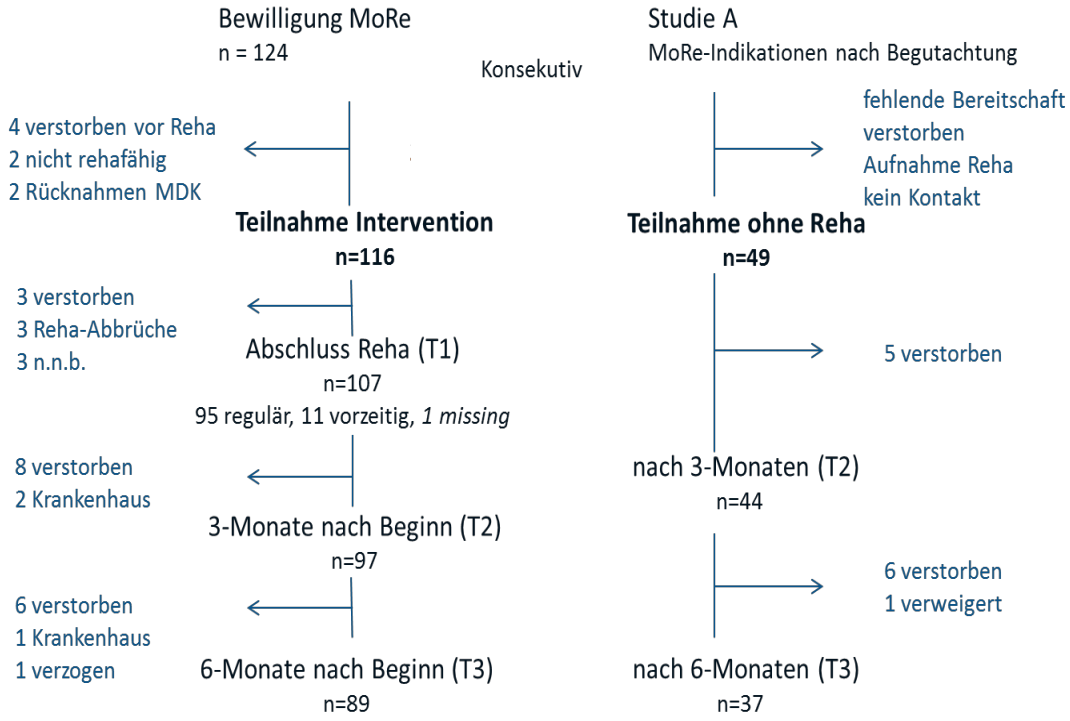
Studienverbleib und Drop-out

Die Ausfälle in der prospektiven Studie lagen über die Beobachtungszeit hinweg bei über 20 % und in der Vergleichsgruppe (24,5 %) nur geringfügig höher als in der Rehabilitationsgruppe (23,3 %). Fast alle Ausfälle in der Vergleichsgruppe waren durch Versterben der Teilnehmenden bedingt, nur in einem Fall lag es an der Motivation der betreffenden Person. Auch in der Interventionsgruppe war der größere Teil der Ausfälle auf ein Versterben zurückzuführen. In Relation zur Gesamtzahl fiel der Anteil Verstorbener jedoch signifikant niedriger aus als in der Vergleichsgruppe. Einen weiteren bedeutsamen Ausfallgrund stellten Krankenhausaufenthalte dar. Bereits während der Rehabilitationsphase waren einige der Teilnehmenden (7 %) ausgeschieden. Bei drei Personen führte der Abbruch der Rehabilitation auch zum Ausstieg aus der Studie, 11 Personen wurden mit vorzeitig beendeter Rehabilitation weiter in ihrer Entwicklung verfolgt.

Die Drop-out-Fälle des Verlaufs unterschieden sich von Teilnehmenden mit kompletter Beobachtungszeit in folgenden Merkmalen: es waren tendenziell häufiger Männer, häufiger aus der Gruppe der 90-94-jährigen, häufiger aus der Kurzzeitpflege und damit korreliert befanden sie sich eher in Pflegestufe 0 oder 1. Keine Unterschiede gab es bezüglich der Selbstversorgungsfähigkeit (Barthel-Index) zu Beginn. Auch das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung war nicht häufiger mit einem Ausscheiden verbunden.

Die Mortalität in der Rehabilitationsgruppe betrug über den Beobachtungszeitraum im Mittel von sechs Monaten 14,7 % (bei 116 Teilnehmenden, siehe Abbildung 13), in der Vergleichsgruppe lag der Anteil signifikant höher bei 22,4 % (bei 49 Teilnehmenden, siehe Abbildung 13).

Abbildung 13 Flow-Chart zur Entwicklung der Studienpopulation



Ergebnisse der durchgeführten Rehabilitationen

116 Personen nahmen an einer mobilen Rehabilitation im Rahmen der Studie teil. Knapp 18 % der Rehabilitationen wurden vorzeitig beendet. In der Hälfte der Fälle geschah dies auf Veranlassung der Rehabilitationseinrichtung (n=9). Jeweils drei Teilnehmende schieden durch Tod und einen Abbruch seitens der Behandelten aus. 95 Rehabilitationen wurden regulär beendet, ein Drittel nach Verlängerung (Tabelle 19). Behandlungen ohne Verlängerung umfassten im Mittel 31 Therapieeinheiten, mit einer Spanne von 8 bis 55 Einheiten; mit Verlängerung wurden durchschnittlich 48 Therapieeinheiten erbracht.

Tabelle 19 Prozessdaten zur mobilen Rehabilitation, n=116

Merkmal	N (%)
Behandlungsunterbrechung	10 (8,6 %)
Behandlungsende+ vorzeitig (incl. drop-out)	20 (17,2 %)
regulär	95 (81,9 %)
Bewilligte Verlängerung	34 (29,3 %)
Therapieeinheiten im Mittel	MW (Spanne)
mit Verlängerung	48 (23-80)
ohne Verlängerung	31 (8-55)

+ zu einem Fall fehlt die Angabe

Die mit der mobilen Rehabilitation erreichten Ergebnisse für die drei Domänen von Endpunkten sind für 107 Probanden, für die T1 erhoben werden konnte, in Tabelle 20 ausgewiesen. Dargestellt wer-

den die Mittelwerte zu Beginn (T0) und zum Abschluss (T1) sowie der Differenzwert (Delta). Die erreichten Mittelwerte sind bezogen auf die Skalierung des jeweiligen Parameters, für den Barthel-Index bspw. reicht dieser von 0 bis 100 möglichen Punkten. Bei 73 Probanden konnten individuelle Rehabilitationsziele und bei 107 mindestens ein Teilhabesicherungskonzept aus Abbildung 4 erfragt werden. Angaben für die Verbesserung der Ressourcen liegen für 81 Probanden vor.
Für die Messung dieser drei Teilhabemaße gibt es keinen Ausgangswert bzw. dieser entspricht null, da die Angaben auf Ziele in der Zukunft gerichtet sind und der Status quo bei T0 nicht erhoben werden konnte. Gemessen wird der Grad der Zielerreichung über alle unter einem Konzept zusammengefassten Nennungen. Ein Wert zwischen 2 und 3 markiert die Mitte der Skala bis zur vollständigen Erreichung der Ziele durch alle Rehabilitand*innen. Konkrete Teilhabeziele und unmittelbar dazu fokussierte Teilhabesicherungskonzepte werden dabei etwas besser erfüllt, als die Aktivierung von Ressourcen im Umfeld der Pflegebedürftigen.

In den funktionalen Maßen, der Selbstversorgungsfähigkeit und der Transferleistung sowie im Bewegungsradius wurden signifikante Steigerungen im Umfang einer Standardabweichung festgestellt. Für den Barthel-Index wird im Mittel eine Verbesserung von zu Beginn (T0) 35,4 Punkte um 12,1 Punkte erreicht (bei einer Streubreite von plus oder minus 12,7 Punkte). Bei der Messung der Transferskala bedeuten höhere Werte mehr Hilfestellung, der Wert 4 steht für eine Unterstützung mit mehreren professionell ausgebildeten Kräften. Eine negative Differenz entsprechend einem Rückgang im Unterstützungsbedarf, der Wert von -1 entspricht einer Verbesserung um eine Stufe auf der Skala. In der dritten untersuchten Domäne übertreffen die Gewinne einer zum Ausdruck gebrachten Lebenszufriedenheit nach der Rehabilitation ebenfalls vorkommende Einbußen um ein mehrfaches. Die Zielerreichung wurde mittels Likertskalierung erfasst (siehe vor). In Tab. 20 stehen die Zahlen in Klammern jeweils für die Standardabweichung. Um ein Maß für die Veränderung nach der Rehabilitation zu erhalten, wurde die Differenz der Werte zwischen T0 (vor der Rehabilitation) und T1 (nach der Rehabilitation) im Mittel berechnet, auch hier einschließlich der Standardabweichung (letzte Spalte in Klammern). Da für die Teilhabemaße keine Anfangsmaße vorliegen, kann hier keine Signifikanzberechnung erfolgen. In den Funktionsmaßen sind die Ergebnisse signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit < 0.05).

Tabelle 20 Ergebnisparameter zum Abschluss der Rehabilitation (T1), n=107

	n	Skalierung	T0	T1	Δ(SD)
Persönliche Teilhabeziele	73	0-4	0	2,3 (1,2)	2,3 (1,2)
Teilhabesicherungskonzepte	107	0-4	0	2,5 (0,9)	2,5 (0,9)
Ressourcen	81	0-4	0	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)
Barthel-Index	106	0-100	35,4 (19,6)	47,5 (23,7)	12,1 (12,7)*
Esslinger Transferskala	106	4-0	2,1 (1,3)	1,1 (1,3)	1,0 (1,0)*
Bewegungsradius	104	0-5	2,1 (1,1)	3,2 (1,1)	1,1 (1,2)*

*gepaarter t-Test, chi²-Test, signifikant p<0.05; Δ = Differenz im Mittel, SD= Standardabweichung

Die Lebenszufriedenheit als Ergebnisparameter konnte für 103 Personen zum Ende der Rehabilitation erhoben werden. Zu T0 gaben 56,3 % eine positive Nennung an; zu T3 waren es insgesamt 63,2 %. Gegenüber dem Ausgangszustand hatten nun 27 % eine positive Bewertung ihrer Lebenszufriedenheit angegeben. 9 % die vor der Rehabilitation zufrieden waren, waren es zu T3 nicht mehr.

Ergebnisse zur Nachhaltigkeit der Rehabilitation

Durchschnittlich 4,7 Monate später, individuell zwischen drei bis sechseinhalb Monate später, konnte der aktuelle Status für noch 85 Rehabilitand*innen evaluiert werden (Tabelle 21). Es waren keine signifikanten Einbußen hinsichtlich der Rehabilitations- und Teilhabeziele zu vermerken, bei den Kontextfaktoren (Ressourcen) wurde sogar eine weitere Steigerung im Mittel erreicht. Allerdings war die globale Lebenszufriedenheit wieder gesunken, wenn auch nicht bis auf das Ausgangniveau zurück.

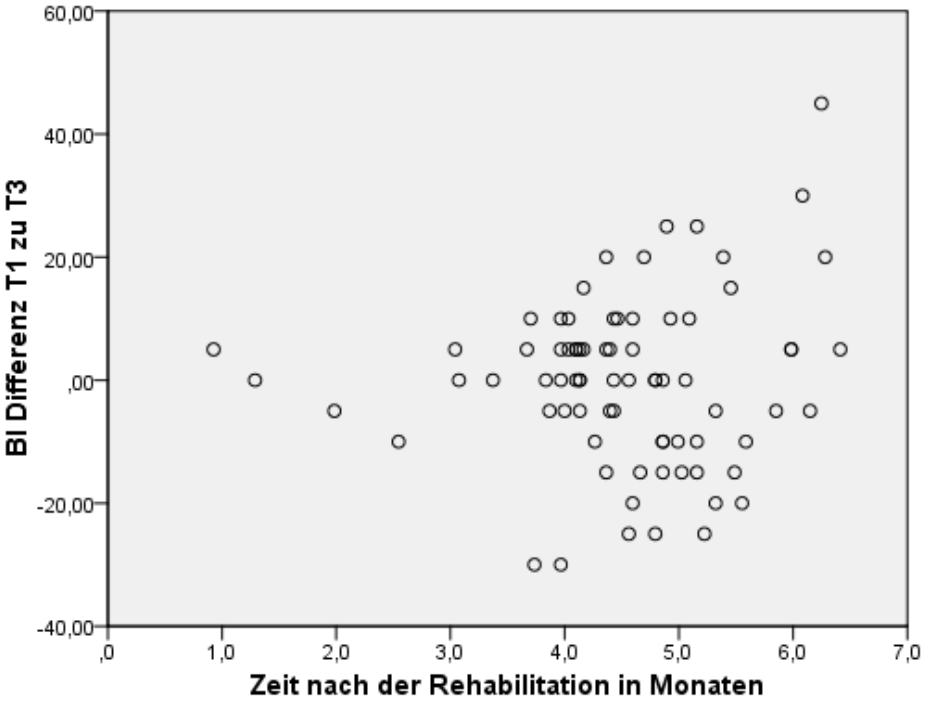
Tabelle 21 Ergebnisparameter zum Abschluss der Rehabilitation, n=85

Endpunkt	n	Skalierung	Rehabilitationsende (T1)	Katamnese (T3)	Δ(SD)	Signifikanz
Persönliche Teilhabeziele	61	0-4	2,3 (1,1)	2,3 (1,4)	0 (1,4)	n.s.
Teilhabesicherungskonzepte	89	0-4	2,5 (0,9)	2,5 (1,0)	0,0 (0,8)	n.s.
Ressourcen	63	0-4	2,1 (1,0)	2,4 (1,2)	0,3 (1,1)	0.046
Barthel-Index	84	0-100	48,9 (23,9)	48,8 (25,4)	-0,1 (14,4)	n.s.
Esslinger Transferskala	84	4-0	1,1 (1,3)	1,2 (1,3)	-0,1 (0,9)	n.s.
Bewegungsradius	83	0-5	3,2 (1,1)	3,3 (1,2)	0,1 (1,2)	n.s.

*gepaarter t-Test, signifikant $p<0.05$, n.s. = nicht signifikant; Δ = Differenz im Mittel, SD= Standardabweichung Katamnese

Auch die Lebenszufriedenheit konnte für 82 Personen im Mittel fünf Monate nach Ende der Rehabilitation erhoben werden. Die Rehabilitanden, die bis dahin in der Studie verblieben waren, hatten sich unmittelbar nach der Rehabilitation zu 73 % positiv zu ihrer allgemeinen Zufriedenheit geäußert. Bei der Katamnese waren es insgesamt noch 68 % der Untersuchten. Darunter wiesen 13,4 % eine positive Veränderung in der Lebenszufriedenheit gegenüber dem Zeitpunkt zum Ende der Rehabilitation auf. Bei 18,3 % hatte die Zufriedenheit nach der Rehabilitation in der Katamnese wieder abgenommen.

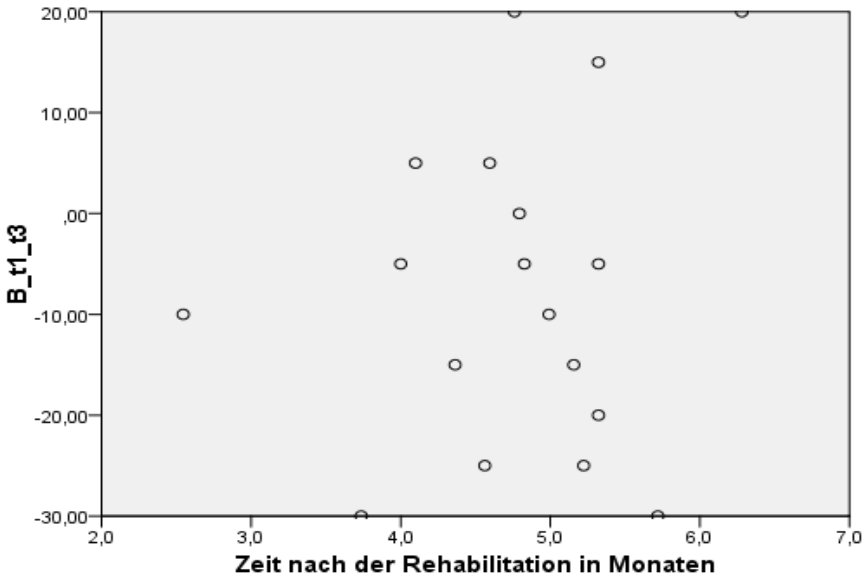
Abbildung 14 Plot von Zeitdauer nach der Rehabilitation und Veränderung des Barthel-Index nach Rehabilitationsabschluss, regulär beendete Fälle (n=77)



Der Katamnesezeitraum variiert allerdings bis zu drei Monaten, das Gros wurde vier bis sechs Monaten nach der Rehabilitation nachuntersucht. Wie der folgende Plot für regulär beendete Rehabilitationen zeigt (Abbildung 14), wird aber kein linearer Zusammenhang erkennbar zwischen der Länge des Katamnesezeitraums und der Entwicklung des Barthelwertes nach der Rehabilitationsphase. Das spricht dafür, dass auch – zumindest in diesem Ergebnisparameter – über einen längeren Katamnesezeitraum die Resultate erhalten bleiben und zeitunabhängige Faktoren eine Rolle für das Resultat spielen.

So wurde in der Katamnese jeweils nach Akutereignissen gefragt und in einigen Fällen (n=22) wurde ein solches angegeben. Betrachtet man den gleichen Plot nur für diese Rehabilitand*innen mit Ereignis, sieht man, dass diese in der Regel deutliche Verluste nach der Rehabilitation bedeuten, aber noch nicht alle negativen Entwicklungen nach der Rehabilitation erklären (Abbildung 15).

Abbildung 15 Plot von Zeitdauer nach der Rehabilitation und Veränderung des Barthel-Index bei Akutereignissen nach Rehabilitationsabschluss , (n=22)



Einfluss organisationsbezogener Interventionen

Während der Erhebungen zur Verlaufsstudie im Studienblock II wurde parallel in sechs Pflegeeinrichtungen ein Organisationsentwicklungsprojekt zur Zusammenarbeit von Reha-Team und Pflege durchgeführt. 27 der teilnehmenden Rehabilitand*innen (23,3 %) lebten in diesen Einrichtungen. Ob die erprobten OE-Maßnahmen sich auf die Nachhaltigkeit der Rehabilitation auswirken, kann in der Studie nicht abschließend beantwortet werden. Dafür wurden nicht ausreichend Teilnehmer*innen aus den Interventionseinrichtungen eingeschlossen. Es zeigte sich aber in einigen Ergebnisparametern, insbesondere im Barthel-Wert eine Tendenz, dass Verluste in der Katamnese geringer ausfallen können, wenn Zusammenarbeit und Nachsorge verbessert werden (Tabelle 22).

Aus der Vergleichsgruppe lebten 22 von 49 Teilnehmenden in Einrichtungen mit Maßnahmen zur Entwicklung der Zusammenarbeit. Ein Spill-over-Effekt ließ sich nicht nachweisen.

Tabelle 22 Differenzwerte Rehabilitationsende und Katamnese, nach Zusammenarbeit mit der Pflege

	Einrichtungen mit OE n=21	Einrichtungen ohne OE n=62
Endpunkt	Δ(SD)	Δ(SD)
Persönliche Teilhabeziele	0,5 (1,1)	-0,2 (1,6)
Teilhabesicherungskonzepte	0,1 (0,7)	0,0 (0,8)
Ressourcen	0,2 (0,1)	0,3 (1,3)
Barthel-Index	2,4 (12,4)	-1,0 (15,1)
Esslinger Transferskala	0 (1,1)	0,2 (0,9)
Bewegungsradius	0,1 (1,1)	0,1 (1,3)

gepaarter t-Test, signifikant $p<0.05$; Δ = Differenz im Mittel, SD= Standardabweichung;
OE=Organisationsentwicklung wie in Kapitel 6.3 dargestellt

Entwicklungen in der Gruppe ohne Rehabilitation (T0 zu T3)

Unter den Pflegebedürftigen mit einem festgestellten Rehabilitationsbedarf aber ohne MoGeRe hatte über sechs Monate (Mittelwert 6,1 Monate; Spanne 5,1-6,7 Monate) ein signifikanter Abbau in den Fähigkeiten der Selbstversorgung und der Transferleistung eingesetzt (Tabelle 23). Mehr als 20 % hatten parallel auch an Lebenszufriedenheit verloren, gegenüber nur knapp 3 %, die sich zufriedener als vordem äußerten. In der Summe hatten sich 78,4 % der Vergleichsgruppe zu Beginn positiv geäußert, sechs Monate gaben insgesamt nur noch 59,5 % an, zufrieden oder sehr zufrieden zu sein.

Für die Ergebnisparameter zur Teilhabe und Teilhabesicherung ist der Wert zu T3 identisch mit einem Differenzwert. Kleine Verbesserungen hatten sich hinsichtlich der angestrebten Teilhabesicherungskonzepte und Kontextfaktoren ergeben. Mit einem Wert zwischen 1 und 2 lag der Grad der Zielerreichung zwischen 25-50 % des Gewünschten. Neben Messfehlern (es gibt keine negativen Werte) und spontanen Entwicklungen können sich hier auch Studieneffekte auswirken. Allein dass ein Teilhabeziel identifiziert und zur Kenntnis gebracht wird, kann diesem neue Aufmerksamkeit zukommen lassen.

Tabelle 23 Status in den Ergebnisparametern 6 Monate nach Beginn

		Ohne Rehabilitation N=37		
Endpunkte	Skalierung	T0	T3	Δ(SD)
Persönliche Teilhabeziele[a]	0-4	0	0,7 (0,8)	0,7 (0,8)
Teilhabesicherungskonzepte	0-4	0	1,3 (1,1)	1,3 (1,1)
Kontextressourcen[b]	0-4	0	1,3 (1,4)	1,3 (1,4)
Barthel-Index	0-100	40,6 (20,7)	32,1 (20,3)	-8,5 (14,3)*
Esslinger Transferskala	4-0	1,6 (1,4)	2,1 (1,3)	0,5 (1,1)*
Bewegungsradius	0-5	2,8 (1,3)	2,8 (1,4)	0,0 (1,3)

*gepaarter t-Test, signifikant p<0.05, n.s. = nicht signifikant
[a] n=22 [b] n=23

Stellt man die Entwicklung der MoGeRe-Teilnehmer*innen in einem Zeitraum von im Mittel 6,3 Monaten (Spanne 5,5-9,4 Monate) mit den Ergebnisparametern daneben (Tabelle 24), wird augenfällig, dass sich die beiden ungleich versorgten Gruppen über diesen Zeitraum gegenläufig entwickelt haben. Das gilt für alle betrachteten Parameter. Hinsichtlich der konkreten Teilhabeziele sowie der Ressourcen und Konzepte zur Sicherung der Teilhabe fallen die Unterschiede etwas höher aus, wobei hier mit der Zielerreichung nur positive Veränderung gegenüber dem Ausgangsstatus gemessen wird. In den funktionalen Parametern, dem Barthel-Index und dem Bewegungsradius, hat sich die Gruppe ohne Rehabilitation insgesamt verschlechtert über die beobachteten sechs Monate. Jene, die in der Zeit an einer mobilen Rehabilitation teilgenommen hatten, zeigen in den funktionalen Ergebnisgrößen Steigerungen von mehr als einer halben Standardabweichung, was hohe Effektstärken ausweist. So wird bspw. im Transfer mit -0.8 Punkten im Mittel eine Verbesserung um nahezu eine Stufe (p-Wert<=0.001) erreicht. So haben Verläufe in der Bewertung der Maßnahme eine starke Aussagekraft.

Tabelle 24 Status 6 Monate nach Beginn je Studienarm

		Ohne Rehabilitation N=37	MoGeRe N=89
Endpunkte	Skalierung	Δ(SD)	Δ(SD)
Persönliche Teilhabeziele	0-4	0,7 (0,8)	2,3 (1,4)
Teilhabesicherungskonzepte	0-4	1,3 (1,1)	2,5 (1,0)
Kontextressourcen	0-4	1,3 (1,4)	2,4 (1,2)
Barthel-Index	0-100	-8,5 (14,3)	12,5 (14,5)
Esslinger Transferskala	4-0	0,5 (1,1)	-0,8 (0,9)
Bewegungsradius	0-5	0,0 (1,3)	1,1 (1,3)

In der Bewertung ihrer Lebensqualität äußerten sich 13,4 % der Rehabilitand*innen nach sechs Monaten zufriedener, aber 18,3 % weniger zufrieden als vorher. Unter den Pflegebedürftigen, die keine Rehabilitation erhalten hatten, waren dagegen zeigten nur 2,7 % eine positive Veränderung und 21,6 % waren weniger zufrieden als sechs Monate zuvor.

6.2.2 FALLBEISPIEL 1: HERR F. 82 JAHRE, BEWOHNER EINES PFLEGEHEIMS MIT SCHWERER UROSEPSIS

Dieses Fallbeispiel zeigt einen überwiegend positiven Verlauf einer MoGeRe nach einer schweren Akuterkrankung mit deutlichen Verbesserungen sowohl auf der funktionellen Ebene als auch der Ebenen Aktivitäten und soziale Teilhabe. Der Patient erreichte letztlich sogar einen besseren Status als vor der Akuterkrankung; dies bestätigten auch die Ehefrau und die Fachpflegekräfte vor Ort. Die Ermittlung und Formulierung der konkreten Dimensionen der sozialen Teilhabe von Anfang an und deren Erarbeitung im Rahmen der MoGeRe erwiesen sich als der entscheidende Leitfaden für die gesamte rehabilitative Behandlung und bildeten den Kern des Erfolgs, der vor allem in der Nachhaltigkeit der Zielerreichung zum Ausdruck kommt.

FALLBEISPIEL 1 MOGERE: Herr F. 82 Jahre

Anamnese:

Herr F. lebte seit 4 Monaten in einem Pflegeheim, Pflegestufe 1; Hintergrund für die Heimunterbringung waren eine langjährige Alkoholerkrankung mit ausgeprägter Polyneuropathie und spinaler Ataxie, eine Herzinsuffizienz NYHA III –IV und ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus.; alle Transfers konnte er selbständig bewältigen; Gehen am Rollator bis zu 50 m mit mehreren Stehpausen, es bestand eine Urininkontinenz (mehrmals pro Woche) bei geringer Restharnbildung. Es haben allenfalls geringe kognitive Defizite bestanden, die sich im Alltag kaum bemerkbar machten. Er brauchte Hilfe beim Ankleiden der unteren Extremitäten und beim Duschen. Er nahm an Gemeinschaftsaktivitäten im Heim teil und war im Heimbeirat aktiv.

Akutes Krankheitsgeschehen:

Von 8 – 9/2016 5-wöchige akutinternistische Krankenhausbehandlung, davon 8 Tage Intensivstation wegen schwerer Urosepsis mit septischer Enzephalopathie und anhaltenden Verwirrtheitszuständen; Komplikationen waren vor allen rezidivierende kardiale Dekompensationen, u.a. bei 2-maliger (Aspirations-)Pneumonie. Herr F. wurde direkt in seine Pflegeeinrichtung entlassen und ein Antrag auf MoGeRe gestellt.

Beginn der MoGeRe Anfang 11/2016

(der sich verzögert hatte: Kostenübernahme erst nach Widerspruch gegen eine erste Ablehnung, dann 14-tägige Wartezeit wegen fehlender Behandlungskapazitäten der MoGeRe)

Wesentliche rehabilitationsrelevante Diagnosen:

M96.9 Immobilität und Verlust der Alltagsselbstständigkeit bei schwerem akuten Krankheitsverlauf:

G93.4 Septische Enzephalopathie bei Urosepsis durch Staph. aureus (A41.1) mit
-kognitiven Defiziten (nur basale Orientierung)

-Beinschwäche rechts
-Intermittierende Schluckstörungen mit Aspirationspneumonie
-Mundastschwäche links mit leichter Dysarthrie (R47.1) und Hypersalivation
..-Chronische Myokardinsuffizienz bei Hypertonie (NYHA III - IV)
-Intermittierende Dekompensation mit Lungenödem und Pleuraerguss rechts
-Zustand nach rezidivierenden Pneumonien
..-Typ-2-Diabetes mellitus, insulinpflichtig und anamnestisch Alkoholkrankheit

Status bei Beginn der MoGeRe:

Patient wird passiv von 2 Personen im Rollstuhl mobilisiert, wo er bis zu 3 Stunden sitzen kann; mit ihm kann er in langsamen Tempo kurze Strecken auch außerhalb seines Zimmers rollern. Mit Hilfe und Strukturierung kann er sich das Gesicht waschen incl. Rasieren und den Oberkörper ankleiden; Urininkontinenz; kognitiv deutlich beeinträchtigt, MMSE kann anfangs nicht erhoben werden, allerdings nach knapp 3 Wochen 29/30 Punkten. Es besteht eine orofaziale Dysfunktion bei einer leichten Mundastschwäche links mit Hypersalivation und Dysarthrie; bei der Nahrungsaufnahme verschluckt er sich gelegentlich, die Schutzreflexe sind aber ausreichend, so dass er in langsamen Tempo vorbereitetes Essen zu sich nehmen kann.

Patient ist verheiratet; die Ehefrau lebt in der früher gemeinsamen Wohnung und besucht ihn mehrmals in der Woche.

Vom Patienten formulierte Ziele:

Anfangs nennt der Patient nur Rückkehr in die eigene Wohnung; im Verlauf: wieder sicher am Rollator im Heim laufen können; wieder belastbarer werden.

Ziele aus Sicht der Fachpflege:

(Mehr) Selbständigkeit in den ADL, sicheres Gehen am Rollator, Verringerung des Sturzrisikos.

Vom MoGeRe-Team formulierte Ziele in Hinsicht auf Aktivitäten und Teilhabe:

a) In Hinblick auf Kontextfaktoren der Teilhabe:

Einbezug in ADL, Rollstuhlmobilität, Umgebungserkundigung (in und außerhalb des Heims)

b) Ziele in Hinblick auf Aktivitäten und Teilhabe (Sicherungskonzepte zur Teilhabe, siehe Abbildung 3)

3 – Optimierte Lokomotion: *selbständiges Fortbewegen im Zimmer*
4 – Mobilität von A nach B: *im Wohn- und Außenbereich selbständig,*
7 – Realisierung des Essens und Trinkens/Nahrungsaufnahme mit Wunschessen allein oder in Gesellschaft auch bei orofazialer Dysfunktion*: Beseitigung /Besserung von Schluckstörungen, Besserung/Beseitigung der Hypersalivation und Dysarthrie.*
15 – Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag: *wieder Engagement im Heim, eventuell Wiederaufnahme der Tätigkeit im Heimbeirat.*
16 – Ermöglichung einer persönlichen strukturierten Tagesgestaltung: *mehr Aktivitäten im Heim, Teilnahme an Festen.*
17 – Lernen, Wissensanwendung und Aktivitäten der kognitiven Funktionen: *Verbesserung, Konzentration und Merkfähigkeit*
19 – Bewältigung psychischer Probleme, Verbesserung der Stimmungslage:.*Angstabbau, vor allem vor Stürzen.*

20 – Bewältigung von Atmungsproblemen:.*Weniger Luftnot, selbständiges Erkennen von Luftnot und Belastungsgrenze.*

Therapie-Einheiten, Arztbesuche:

Physiotherapie:	27
Ergotherapie:	16
Rehabilitationspflege:	4
Logopädie:	9
Arztbesuche:	3
Gesamt:	59

Dauer der MoGeRe-Behandlung – (vom 1.Arztbesuch bis zum ärztlichen Abschlussbesuch) : 8 Wochen.

Unterbrechung der Behandlung durch Krankenhausbehandlung (Lungenödem): 7 Tage

Zusammenfassung/ Abschluss der MoGeRe:

Der initial weitgehend immobile Patient konnte am Ende der Behandlung die Transfers wieder selbstständig ausführen. Das Gehen auf Zimmer- und Flurebene war ohne Begleitung am Rollator bis ca. 200m mit Pausen möglich. Mit Unterstützung konnte Herr F. mit Handstock wieder 2 Etagen Treppe steigen (mit Pausen). Rückenschmerzen traten nur noch selten auf. Die Sturzgefährdung konnte deutlich reduziert werden.

Bezüglich der ATL wäscht sich Herr F. wieder Gesicht und Oberkörper selbstständig und zieht sich, außer im Bereich der unteren Extremitäten, alleine an und aus, wobei er geringe Hilfestellung benötigt. Eine Strumpfanziehhilfe wurde verordnet. Die Toilettengänge und -verrichtungen können selbstständig ausgeführt werden. Limitierend wirkt sich im Alltag die kardiale Belastungsgrenze aus, so dass Herr F. bei anstrengenderen Verrichtungen Hilfe durch die Pflegekräfte erhält. In der Logopädie wurde die orofaziale Dysfunktion bei leichter Mundastschwäche links mit Speichelfluss und Dysarthrie behandelt. Es konnten eine Kräftigung der Mundmuskulatur, eine Verbesserung der Artikulation und ein Rückgang des Speichelflusses erreicht werden. Die Alltagskommunikation verbesserte sich. Alltagsrelevante kognitive Defizite konnten bis auf Konzentrationsstörungen und Schwierigkeiten bei komplexeren Tätigkeiten am Ende der Behandlung nicht mehr festgestellt werden.

Die psychische Verfassung hat sich deutlich verbessert. Herr F. wirkt am Ende der Therapie selbstbewusst und zuversichtlich. Er überlegt, die Pflegeeinrichtung zu verlassen und mit seiner Ehefrau in eine Erdgeschosswohnung zu ziehen. Aus der Sicht des Teams erscheint diese Option bei Unterstützung durch die Ehefrau und eine Hauskrankenpflege realistisch.

Verlaufsbeobachtung:

T1: 8. Woche
T2: 13. Woche
T3: 33. Woche

Ergebnisse der Assessments in der Verlaufsbeobachtung:

	T0	**T1**	**T2**	**T3**
Bewegungsradius	2	2	4	4
Esslinger Transfer	H2	H0	H0	H0
Barthel –Index (gesamt)	40	80	85	90
Barthel- Essen	10	10	10	10
Barthel- Transfer	5	15	15	15
Barthel- Waschen	0	5	5	5
Barthel- Toilettengang	5	10	10	10
Barthel- Baden	0	0	0	0
Barthel- Gehen	5	10	10	10
Barthel- Treppe	0	5	5	10
Barthel- Ankleiden	5	10	10	10
Barthel- Stuhlkontinenz	10	10	10	10
Barthel- Urinkontinenz	5	5	10	10
Lebensqualität	2	3	4	4
MMSE	29*	-	-	30

*Ende der 3. Woche erhoben

Die vom Patienten formulierten Ziele wurden mit Ende der MoGeRe (Zeitpunkt T1) erreicht; sie blieben auch im weiteren Verlauf erhalten; sein anfänglich und auch im Verlauf geäußerter Wunsch, das Heim zu verlassen und wieder in seine eigene Wohnung zurückzukehren, realisierte sich nicht. Das Team der MoGeRe erhielt diese Möglichkeit für realistisch und durchführbar; der Patient fand diesbezüglich aber keine Unterstützung bei seiner Ehefrau. Die Ziele aus Sicht der Fachpflege und die Ziele bezüglich der Kontextfaktoren der Teilhabe wurden im Rahmen der MoGeRe, also zum Zeitpunkt T1 erreicht und blieben im Weiteren erhalten.

Vom MoGeRe-Team „übersetzte“ Ziele in Hinsicht auf Aktivitäten und Teilhabe:	T0	T1	T2	T3
3 – Optimierte Lokomotion: *selbständiges Fortbewegen im Zimmer*	x	4	4	4
4 – Mobilität von A nach B: *im Wohn- und Außenbereich selbständig*	x	3	4	4
7 – Realisierung des Essens und Trinkens/Nahrungsaufnahme auch bei orofazialer Dysfunktion*: Beseitigung /Besserung von Schluckstörungen, Besserung/Beseitigung der Hypersalivation und Dysarthrie.*	x	3	4	4
15 – Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag: *wieder Engagement im Heim, Wiederaufnahme der Tätigkeit im Heimbeirat*	x	2	2	1

16 – Ermöglichung einer persönlichen strukturierten Tagesgestaltung:.*mehr Aktivitäten im Heim, Teilnahme an Festen.*	x	3	4	4
17 – Lernen, Wissensanwendung und Aktivitäten der kognitiven Funktionen: *Verbesserung Konzentration und Merkfähigkeit*	x	3	4	4
19 – Bewältigung psychischer Probleme, Verbesserung der Stimmungslage:.*Angstabbau, vor allem vor Stürzen*	x	3	3	4
20 – Bewältigung von Atmungsproblemen:.*Weniger Luftnot, selbständiges Erkennen von Luftnot und Belastungsgrenzen*	x	3	4	4

Im Rahmen der MoGeRe erreichte der Patient bei allen 8 vom MoGeRe-Team formulierten Zielen in Hinsicht auf Aktivitäten und Teilhabe deutliche Verbesserungen (3 =*überwiegend* oder bei Item 3 4=*voll und ganz*). Während der ca. 6-monatigen Verlaufsbeobachtung nach der MoGeRe (von der 8. – 33. Woche) kam es zu weiteren Verbesserungen, so dass zum Zeitpunkt T3 alle Ziele ohne Einschränkungen erreicht waren – mit einer Ausnahme: Item 15 - Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag. Der Patient konnte nicht mehr an seine vor dem Akutereignis möglichen Aktivitäten anknüpften; so engagierte er sich auch nicht mehr im Heimbeirat. Er erreichte bis zum Ende der Rehabilitation nur Grad „2=*teilweise*“, zum Zeitpunkt T3 war ein Abfall auf Grad „1=*etwas*“ zu beobachten, also nur sehr eingeschränkte Aktivitäten. Als wahrscheinlichster Grund für das Ausbleiben einer weiter gehenden Verbesserung wurde im Team zum Ende der MoGeRe, also bei T1, kognitive Einbußen des Patienten vor allem in Hinblick auf Konzentration und Bewältigung komplexer Anforderungen diskutiert.

6.2.3 FALLBEISPIEL 2: FRAU L. 89 JAHRE, BEWOHNERIN EINES PFLEGEHEIMS MIT KOMPLEXEM STURZTRAUMA UND FORTGESCHRITTENER DEMENZ

Dieses Fallbeispiel zeigt den Verlauf einer MoGeRe nach einem komplexen Sturztrauma bei einer fortgeschritten dementiell erkrankten, hochbetagten Pflegeheimbewohnerin. Sie erreichte mittelgradige, zweifelsfrei alltagsrelevante Verbesserungen auf der funktionellen und der Ebene von Aktivitäten und sozialer Teilhabe. Dieses Niveau hielt sich bis zum Zeitpunkt T2 = 14.Woche, um dann bis zum Zeitpunkt T3 = 28. Woche teilweise abzufallen. Aber auch 22 Wochen nach Ende der MoGeRe waren die positiven Effekte der rehabilitativen Behandlung noch deutlich über dem Ausgangsniveau nachvollziehbar.

FALLBEISPIEL 2 MOGERE: Frau L., 89 Jahre (Kurzbericht)

Frau L., 89 Jahre, Bewohnerin eines Pflegeheims mit subduralen Hämatom, Humerusfraktur und Luxation des Schultergelenkes.

Akutes Krankheitsgeschehen: Bei einem Sturz in ihrer Pflegeeinrichtung, dort seit >1 Jahr lebend, erleidet Frau L. Mitte 10/2016: subdurales Hämatom (> Entlastungstrepanation in Neurochirurgie), Humerusfraktur (> operative Versorgung Anfang 11/2016) und Schulterluxation links (> Reposition). Nach Abschluss der operativen Versorgung knapp 2 Wochen akutgeriatrische Behandlung mit wenigen Fortschritten. Daher Einleitung einer MoGeRe im Heim.

MoGeRe ab Ende 12/2016

Wesentliche rehabilitationsrelevante Diagnosen:

S06.5 Traumatischem subduralen Hämatom (Trepanation 10/2016),
S42.3 Humerusfraktur (11/2016)

Luxation des Schultergelenkes (konservative Reposition)
Akute Belastungsreaktion
Fortgeschrittene Demenz mit kognitiver Dysphasie

Status bei Beginn der MoGeRe:

Patientin wird weitgehend passiv in Rollstuhl transferiert. Sie ist zu allen Qualitäten nicht orientiert (MMSE <10 Punkte), klagt über Schmerzen in der linken Schulter. Die linke Hand hat keine sichere Haltefunktion. Einfache Aufforderungen werden adäquat befolgt. Aufstehen aus dem Rollstuhl ist mit Abstützen rechts nur sehr mühsam möglich. Sie steht kurzzeitig mit Festhalten am Tisch und Stützung. Mit Hilfe und Aufsicht geht sie im Zimmer am Rollator wenige Meter. Das Gangbild ist schmalspurig und kleinschrittig. Sicherungsstrategien werden nicht umgesetzt > hohe Sturzgefährdung.

Patientin ist geschieden, keine Kinder. Sie steht unter Betreuung. Nur sehr gelegentlich erhält sie Besuch von einer Nichte.

Die Patientin kann aufgrund ihrer dementiellen Erkrankung **keine Ziele** angeben.

Ziele aus Sicht der Fachpflege: Selbständige Nahrungsaufnahme incl. Brotschmieren, Schneiden u.a.; selbständiger in den ADL Waschen und Ankleiden; sicheres Gehen am Rollator in Begleitung, Sturzvermeidung.

Dauer der MoGeRe-Behandlung: 6 Wochen

38 Therapieeinheiten (Physiotherapie 16, Ergotherapie 13, Rehabilitationspflege 6, Logopädie 3) **und 2 Arztbesuche**.

Zusammenfassung / Abschluss der MoGeRe:

Zum Ende der Therapie braucht die Patientin für die Transfers nur Aufsicht, tagsüber hält sie sich über 6 Stunden außerhalb des Bettes, meist in den Gemeinschaftsräumen auf. Sie geht in Begleitung am Rollator bis zu 200 m auf Flurebene. Begleitung ist erforderlich, da die Patientin Sicherungsstrategien nicht beachtet und somit hochgradig sturzgefährdet bleibt. Zum Schutz der Patientin befindet sich eine Klingelmatratze vor dem Bett. Den Rollstuhl benutzt sie nur ungerne.

Aufgrund ihrer Demenz benötigt die Patientin bei allen Aktivitäten externe Anleitung. Sie geht in Begleitung zur Toilette und führt unter verbaler Anleitung die Toilettenverrichtungen durch. Das Waschen von Gesicht und Oberkörper ist mit wenig Korrektur gut möglich. Die Beweglichkeit der frakturierten Schulter hat sich gut gebessert. Die linke Hand wird im Alltag funktionell eingesetzt. Halte- und Stützfunktion ist wieder vorhanden. Die Bewegungen sind weitgehend schmerzfrei. Es besteht eine Harn- und Stuhlinkontinenz. Die Patientin ist mit Pants versorgt.

In der Logopädie wurden sprachliche Kommunikation und Schreiben geschult. Eine adäquate Gesprächsführung gelang der Patientin aufgrund ihrer fortgeschrittenen Demenz nicht, doch zeigten

sich ein relativ gutes Sprachverständnis und Freude an kreativer Beschäftigung. Die soziale Teilhabe besserte sich, da die Patientin wieder in der Lage war, in Begleitung die Gemeinschaftsräume zu erreichen, wo sie sich gerne aufhält.

Verlaufsbeobachtung:

T1: 6. Woche
T2: 14. Woche
T3: 28. Woche

Ergebnisse der Assessments in der Verlaufsbeobachtung:

	T0	**T1**	**T2**	**T3**	
Bewegungsradius	2*	2	2	2	*Im Rollstuhl passiv aus Zimmer
Esslinger Transfer	H2	H1	H1	H1	
Barthel–Index (gesamt)	**20**	**40**	**40**	**30**	
Lebensqualität	2	2	2	3	
MMSE	<10	-	-	<10	

Vom MoGeRe-Team in Hinsicht auf Aktivitäten und Teilhabe dokumentierten Ziele

	T0	**T1**	**T2**	**T3**
3 – Optimierte Lokomotion: *Rollstuhlmobilität im Zimmer selbständig*	x	2	2	2
4 – Mobilität von A nach B: *in Begleitung am Rollator täglich in Speiseraum / Gemeinschaftsraum laufen können.*	x	3	3	3
7 – Realisierung des Essens und Trinkens/Nahrungsaufnahme auch bei orofazialer Dysfunktion*: Wünsche äußern können bei Essensauswahl, vorbereitetes Essen selbständig zu sich nehmen könne.*	x	3	3	3
12 – Praktische Ausübung von Kulturtechniken im Alltag: *wieder Fernsehen können.*	x	0	0	0
13 – Umfeldsteuerung und Umfeldkontrolle : *Klingel angemessen betätigen können*	x	2	2	0
17 – Lernen, Wissensanwendung und Aktivitäten der kognitiven Funktionen: *bessere Konzentration und Merkfähigkeit vor allem bei Gemeinschaftsaktivitäten*	x	3	3	2

Im Rahmen der MoGeRe erreichte die dementiell erkrankte Patientin bei 5 von 6 vom MoGeRe-Team formulierten Zielen in Hinsicht auf Aktivitäten und Teilhabe mittlere bis gute Verbesserungen (2= *teilweise*, 3 =*überwiegend*). Ziel-Item 12 (*wieder Fernsehen können)* realisierte sich nicht. Dies Ergebnis hielt sich auch bei T2 (nach 14 Wochen), während es bis T3 (ca. 22 Wochen nach Ende der MoGeRe) teilweise zu einem Abfall kam. Die Ergebnisse blieben aber auch dann über dem Ausgangsniveau vor der MoGeRe. Parallel dazu verlief auf der funktionellen Ebene die Entwicklung der Barthel-Indices von 20 auf 40 (T1) und 40 (T2), um schließlich bei T3 auf 30 Punkte abzufallen.

6.2.4 ERGEBNISSE DER GESUNDHEITSÖKONOMISCHEN ANALYSE MOBILER REHABILITATION (B1B)

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analyse sind inhaltlich über drei Verfahren dokumentiert:

1) Kosten-Analyse
2) Kosten-Wirksamkeits-Analyse
3) Betriebswirtschaftliche Analyse der MoRe

Eine gesundheitsökonomische Analyse hat das Ziel, die Verwendung der finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen transparent zu machen. Sie hat insbesondere die finanziellen Aufwendungen aller Akteure (Krankenkassen, Versicherte, Staat etc.) zu erfassen, die für bestimmte Leistungen, hier die MoRe, benötigt werden. Sie kann ferner versuchen, mögliche Wirkungen auf andere Leistungen und deren finanzielle Dimensionen zu erfassen. Sie kann insofern dazu beitragen, qualitativ gleiche Leistungen, die in verschiedenen Organisationsformen oder Prozessen erbracht werden, im Hinblick auf ihren Ressourcenverbrauch miteinander zu vergleichen. Bei gleicher Wirksamkeit im Hinblick auf identische Ziele könnte dann eine ökonomische Grundlage für Entscheidungen für eine bestimmte Leistungserbringungsform erstellt werden, die es gestattet, sich für eine Leistungserbringungsform zu entscheiden.

Geht es um die Einführung neuer Leistungen bzw. Leistungserbringungsformen kann es hilfreich sein, ökonomische Folgen aufzuzeigen wie etwa Einsparungen bei anderen Leistungen, um deren Etablierung zu befördern. Dabei können ökonomische Aspekte dann nicht entscheidend sein, wenn es um die Frage geht, ob ein gesetzlicher Anspruch von Versicherten auf eine Leistung befriedigt wird oder nicht: Sie können lediglich einen Beitrag dazu leisten, vergleichbare Leistungen in ihrem Ressourcenverbrauch zu unterscheiden.

Für die Mobile Rehabilitation besteht Einigkeit, dass mit dieser Rehabilitationsform eine Personengruppe erreicht werden soll (und erreicht wird), die auf andere Weise keine Chance auf medizinische Rehabilitation hat, MoRe also die einzige Rehabilitationsform darstellt, mit Hilfe derer die gesetzlichen Ziele nach § 4 SGB IX erreicht werden können, insbesondere bei Heimbewohner*innen. Dies hat den Gesetzgeber dazu veranlasst, MoRe ausdrücklich in § 40 Abs. 1 SGB V zu erwähnen und zudem einen Anspruch auf Rehabilitation im Pflegeheim *(„Leistungen … sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen … zu erbringen“.* § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB V) vorzusehen, der derzeit nur mit Hilfe von MoRe gedeckt werden kann.

Insofern kann (und soll) eine gesundheitsökonomische Analyse von Mobiler Rehabilitation nicht zur Begründung herangezogen werden, ob es Angebote Mobiler Rehabilitation geben soll oder nicht. Entscheidend für die Leistung MoRe ist, ob es gelingt, mit Hilfe Mobiler Rehabilitation die gesetzlichen Ziele zu erreichen. Ist dies der Fall, kommt es auf weitere Wirkungen bei anderen Leistungen nicht an, so wünschenswert sie auch sein mögen.

Die folgenden Analyseschritte sollen helfen, wirtschaftliche wie finanzielle Aspekte bei MoRe transparenter zu machen, mögliche Wirkungen auf andere Leistungen aufzuzeigen und modellhaft durchzurechnen.

Kosten-Analyse

Methodisch liegt hier der Fokus auf der Berechnung der Kosten einer Behandlung (vgl. Vauth et al 2006). In der Kosten-Analyse als Input-Faktor konnten die Kostensätze der GKV Kostenerstattung über die fünf Standorte für das Jahr 2016 ermittelt werden. Hier steht demnach die Frage, „wie hoch ist die GKV-Kostenerstattung einer mobilen geriatrischen Rehabilitation“ im Mittelpunkt. Daraus ergibt sich im erheblichen Maße der Erlös des MoRe-Unternehmens.

Die Vergütung für die einzelne MoRe-Therapie oder Leistung ist länderspezifisch und daher an den Standorten unterschiedlich geregelt. Die in Übersicht 2 genannten Sätze beziehen sich auf das Jahr 2016. Die Vergütung ist Teil des Versorgungsvertrages und es ist zu erkennen, dass hier „Besonderheiten vor Ort“ jeweils eine Rolle spielen. Der höhere Satz in Standort S1 erschließt sich zudem aus einem indikationsübergreifenden Versorgungsangebot der dortigen Einrichtung. So werden hier nicht nur geriatrische Patienten mobil versorgt, sondern auch jüngere, mehrfach Behinderte.

Übersicht 2: Übersicht der GKV-Kostenerstattung MoRe 2016 an den Standorten

GKV Kostenerstattung für 2016	Standorte MoRe				
	S1	S2	S3	S4	S5
Therapie- und Leistungseinheit		72,00	72,67		64,30
Fahrtkosten je Einheit		11,00	11,18		13,46
Gesamt GKV Erstattung je Einheit	88.06	83,00	83,85	116,50 (je Behandlungstag mit 2 Einheiten)	77,76

Entsprechend der Zielpopulation ergibt sich eine Mischkalkulation. Vergleichbar und ähnlich aufgestellt sind die Standorte in S2 und S3. Eine abweichende Kalkulation am Standort S5, wohl begründet mit dem Lohngefälle im Osten Deutschlands, hebt eine geringere Kostenerstattung je Einheit hervor. Gleichzeitig versorgt dieser Standort verstärkt im ländlichen Raum, womit erhöhte Fahrtkostensätze verbunden sind. In der Regel wird eine Therapieeinheit mit 45 Minuten vergütet, plus Pauschalsatz für die Anfahrtskosten. Für den Standort S3 sind dies bspw. 72,67 Euro pro Therapieeinheit plus 11,18 Euro an Fahrtkosten und damit insgesamt 83,85 Euro als Gesamterlös bei einer Therapie- (z.B. Physiotherapie) oder Leistungseinheit (z.B. Arztkonsultation). Laut den Rahmenempfehlungen sollten am Tag zwei Therapieeinheiten und in der Woche mindestens sechs Therapieeinheiten realisiert werden. Dies ergibt eine GKV Kostenerstattung von 167,50 Euro am Tag und 502,50 Euro in der Woche je Rehabilitand*in, bei Durchführung der Therapie.

Die Vergütungsvereinbarungen in Bayern unterscheiden sich von den anderen Bundesländern. In Bayern wird die Therapiekonzeption laut Vertrag anders umgesetzt. Hier wird in Vereinbarung mit den Kostenträgern eine (doppelte) Behandlungseinheit pro Tag realisiert. „Die Behandlungsdauer beträgt flexibel je nach Belastungsfähigkeit des Patienten durchschnittlich bis zu 2 Behandlungseinheiten an bis zu 5 Tagen in der Woche“ (Auszug aus der Vergütungsvereinbarung). Dadurch und mit den geringeren Fahrtkosten sind die Kosten je Tag insgesamt im Vergleich günstiger. Hier kann der

Wochensatz bei einem belastbaren Patienten jedoch bei 582,50 Euro liegen. Eine Therapieeinheit sind bis zu zwei Behandlungseinheiten mit jeweils 45 Minuten. Maximal können 20 Therapieeinheiten je Fall erstattet werden, jedoch ist auch eine begründete Verlängerung möglich. Bei 20 Therapieeinheiten liegt das Erlösvolumen hier bei 2.330 Euro je Rehabilitand*in. Aus den Gesprächen vor Ort konnten wir erfahren, dass die Therapieeinheiten in S4 im Zeitvolumen nicht mit den Therapieeinheiten bspw. in S2 vergleichbar sind. Während die Therapieeinheiten in S4 laut Vertrag eine individuelle Gestaltbarkeit mit bis zu zwei Behandlungseinheiten (demnach bis zu zwei mal 45 Minuten) haben, sind die Therapieeinheiten in S2 auf 45 Minuten terminiert und entsprechen hier einer Behandlungseinheit.

An den Standorten in S2 bis S5 werden die Daten zur Basisdokumentation durch KCG Hamburg (MDK) erhoben[9]. Für das Jahr 2016 sind die Prozessdaten der Tabelle 25 zu entnehmen.

Tabelle 25 Prozess der MoRe, standortbezogene Daten aus der Basisdokumentation KCG 2016

Kennziffer / Variable	Standort			
Daten für das Jahr 2016	S2	S3	S4	S5
Anzahl der Teilnehmer MoGeRe, GKV	157	168	130	123
… davon männlich in %	31,8	40,5	48,5	42,3
MoGeRe regulär beendet, Anzahl	121	122	86	91
MoGeRe vorzeitig beendet in %	22,9	27,4	33,8	26,0
Behandlungstage für MoGeRe regulär beendet, im Mittel	22,0	23,4	19,5	20,9
Anzahl Therapieeinheiten* pro Patient (über alle), im Mittel	35,1	32,0	33,0	31,4

* Im Mittel über alle regulär beendeten Fälle (n=420) wurden 3,2 Leistungseinheiten (Arzt, Sozialarbeit) erbracht

Im Mittel lassen sich 36,1 Therapie- und Leistungseinheiten pro Rehabilitationsfall berechnen (nach Tabelle 25). Bei 145 Rehabilitationsfällen im Jahresmittel (über alle vier Einrichtungen) und einem durchschnittlichen Kostensatz von 83,17 (siehe Übersicht 2, hier: ohne S4) errechnet sich ein Gesamterlös nach GKV Kostenerstattung von 435.353 Euro. Zu diesem Gesamterlös im Mittel sind ggfs. die Erlöse über die PKV Rehabilitanden hinzu zu fügen.

Über die jeweiligen Standorte ist zu erkennen, dass die hier untersuchten MoRe Einrichtungen eine ökonomisch relevante Anzahl an Rehabilitationsmaßnahmen in 2016 ausweisen. Insgesamt ist der Anteil der männlichen Rehabilitanden vergleichsweise der Grundstruktur der Bewohnerschaft in Pflegeeinrichtungen hoch und sehr hoch (siehe S4 in Tabelle 25). Was darauf schließen lässt, dass männliches Klientel eher eine Rehabilitation erhält bzw. in Anspruch nimmt (siehe vor).

[9] Es werden nur Daten der gesetzlich versicherten Rehabilitanden erfasst.

Bei mehr als jedem Vierten (22,9 - 33,8 %, siehe Tabelle 25) wird die Maßnahme vorzeitig beendet. Bekannt für Therapieausfälle sind die Gründe des Versterbens oder eine Krankenhauseinweisung. Die durchschnittliche Anzahl der Therapie- und Leistungseinheiten (siehe Tabelle 25) je Rehabilitand*in gibt Aufschluss über die gesamte GKV Kostenerstattung für 2016 und damit über den jeweiligen GKV Erlös. Dieser liegt zwischen 300.000 Euro und 460.000 Euro.

Ein Studium der personellen Ausstattung vor Ort legt nahe (Anmerkung: Daten nach Rücksprache pseudonymisiert), dass nicht alle für die Dienstleistung erforderlichen Arbeitskräfte hier ausgewiesen sind, was auf eine Mischkalkulation im Gesamtunternehmen verweist. In der Regel sind MoRe Unternehmen an größere Klinikverbünde „angedockt". Management- und Verwaltungsaufgaben werden dann vom Unternehmensverbund getragen und sind mitunter nicht in der Kosten-Leistungs-Rechnung der MoRe Betriebe (adäquat) erfasst.

Das Therapiespektrum zeigt Unterschiede zwischen den Standorten, aber auch Übereinstimmungen. So ist der pflegerisch-therapeutische Korridor mit Rehabilitationspflege, Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie ein Kernbereich und etwa gleich besetzt. Zu erkennen ist, dass mit diesem Korridor ein transdisziplinärer Ansatz therapeutisch vor Ort relevant ist und eine streng abgegrenzte „Therapiedisziplin" nicht realisiert wird bzw. werden kann. Dies ist sicherlich den Anforderungen einer geriatrischen Klientel, aber auch dem Setting „mobile" Form der Rehabilitation geschuldet.

Kosten-Wirksamkeits-Analyse

In der Kosten-Wirksamkeits-Analyse werden die klinischen und therapeutischen Effekte den Kosten gegenübergestellt. Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse gibt Auskunft über die Wirtschaftlichkeit von Interventionen. Die Wirkung wird dabei nicht monetarisiert, sondern über Outcomes und Parameter ausgewiesen. Aus der Literatur und insbesondere den Studien des Kompetenzzentrums für Geriatrie (KCG) in Hamburg geht resümierend hervor, dass der mobilen geriatrischen Rehabilitation eine generelle Wirksamkeit zugewiesen werden kann (vgl. Pippel et al 2016, Meinck et al 2016, Knauf et al 2016, MDK-KCG 2015, Meinck 2014). Ebenso wird davon ausgegangen, dass die mobile Rehabilitation in ihren Ergebnissen nicht schlechter ist als die stationäre Rehabilitation.

In der hiesigen Studie konnten Effekte der mobilen geriatrischen Rehabilitation im Vergleich von Interventions- und Vergleichsgruppe erstmalig ermittelt werden. Dabei zeigt sich, dass über relevante Parameter und Skalen zur Messung der Funktionalität (Barthel-Index, Bewegungsradius, Esslinger Transferskala) und der Lebenszufriedenheit, die Wirkungen bei Teilnahme an einer Rehabilitation deutlich besser waren als bei Nicht-Teilnahme. Im Barthel-Index zeigt sich hier ein deutlicher Unterschied (mit Rehabilitation +15 BI-Punkte im Halbjahreszeitraum; ohne Rehabilitation -9 BI-Punkte) mit einer Differenz von 24 BI-Punkten bei Teilnahme versus Nicht-Teilnahme. Ebenso bei der Esslinger Transferskala, hier ist die Differenz 1,4 Punkte auf der Skala 0-4 bei +0,9 Verbesserung mit Rehabilitation und 0,5 Verschlechterung ohne Rehabilitation (siehe Tabelle 26). Ebenfalls sind die Effekte bei der Messung der Teilhabe (Teilhabesicherungskonzept) besser als bei Nicht-Teilnahme (siehe vor – Ergebnisse der Verlaufsstudie)

Tabelle 26 Effekte der MoGeRe* über ausgewählte Indikatoren im Vergleich

	Mit Rehabilitation (n=78)*		Ohne Rehabilitation (n=37)	
Indikator	Beginn der Rehabilitation	Nach sechs Monaten	Beginn der Untersuchung	Nach sechs Monaten
Barthel-Index	37	52	41	32
Bewegungsradius (0-5)	2,2	3,4	2,9	2,8
Esslinger Transferskala (4-0)	2,1	1,2	1,6	2,1
Lebenszufriedenheit in %	61	70	78	60

*Die Daten sind zu den regulär beendeten Fällen (n) berechnet

Im Bundesland Rheinland Pfalz erhebt der dortige MDK eigene Daten zur Qualitätssicherung und Evaluation der mobilen Rehabilitation (siehe hierzu: Eva-Reha, Qualitätsbericht 2016, MDK 2017). Gemessen werden die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) mit der FIM Messskala, jeweils zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme. Für das Jahr 2016 verbessert sich der FIM bei Teilnahme an einer mobilen Rehabilitation um 16 Punkte auf insgesamt 75,4 Punkte auf der Skalierung (siehe Tabelle 27). Der Wert „ES“ gibt die Effektstärke nach Cohen an. Diese liegt hier im mittleren bis erhöht mittleren Bereich. Eine Effektstärke von 0,8 gilt als „starker“ Effekt. Es gilt anzumerken, dass das hier untersuchte Klientel nur zu einem Drittel im engen Sinne geriatrische Patienten bei zugleich hohem Durchschnittsalter ist. Die mobile Rehabilitation an diesem Standort ist wie erwähnt indikationsübergreifend.

Tabelle 27 Effekt der MoRe über ATL-18 (FIM) mit Effektstärke

ATL – 18 Messskala (FIM)	2015, n = 133	2016, n= 138
Beginn der Rehabilitation	59,1	59,4
Ende der Rehabilitation	73,1	75,4
Differenz	14,0 Effektstärke 0,67	16,0 Effektstärke 0,76

(Quelle: Qualitätsbericht 2017, MDK Rheinland-Pfalz)

Bundesweit werden verschiedene Rehabilitationsprogramme angeboten: Stationär / Ambulant und Mobil nach 111 SGB V; sowie Teilstationär nach 109 SGB V. Ein Vergleich der mobilen Rehabilitation mit den Aufwendungen einer stationären oder ambulanten Rehabilitation im Sinne einer Kosten-Minimierungs-Analyse ist aufgrund der Ausschlusskriterien zur mobilen Rehabilitation nicht durchführbar (siehe die Rahmenempfehlungen). Die mobile Rehabilitation versorgt ein Klientel, welches von den anderen Rehabilitationsangeboten nicht erreicht wird bzw. dieses nicht in Anspruch nehmen kann. Dennoch ist anzumerken, dass die mobile Rehabilitation mit etwa 3000 Euro GKV-Kostenerstattung (für die Datenlage in 2016) und mehr, vergleichsweise nicht weniger Ressourcen benötigt als eine ambulante oder eine stationäre Rehabilitation, auch wenn es insbesondere in der stationären Versorgungsoption u.U. höhere Erstattungsbeträge gibt (in Abhängigkeit von Dauer und Tagessatz).

Alternativ zur mobilen Versorgung steht jedoch oft die Behandlung und Einweisung in ein Krankenhaus. In Expertengesprächen wurde dieser Zusammenhang bestätigt. Das Angebot der mobilen Rehabilitation kann einen geriatrisch indizierten Krankenhausaufhalt verkürzen oder gar vermeiden helfen. Beispielhaft für einen kardiologisch indizierten Fall, kann folgende GKV Kostenerstattung aufgezeigt werden: Landesbasisfallwert Krankenhaus 2016 Land Bremen = 3.378,67 Euro. Geriatrische Komplexbehandlung (z.B. DRG F48Z) = 2,240 Bewertungsrelation. Gesamtwerterlös stationäre Versorgung = 7.568,22 Euro.

Eine Kosten-Minimierungs-Analyse geht von einer gleichen Wirkung der Behandlungswege aus. Dies kann hier nicht nachgewiesen werden. Jedoch können die erheblichen Kostenunterschiede in den Behandlungssettings (stationär-mobil) herausgestellt werden, dies auch bei einer Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes. Aus der gesundheitsökonomischen Perspektive (siehe Abbildung 5) der GKV Kostenanalyse sind Kostenverbesserungen in der Altersmedizin denkbar, wenn eine integrierte bzw. vernetzte Versorgung von stationär und mobil an einem Standort realisiert werden kann. Je nach Bedarfsanforderung kann hier ein umfassendes Versorgungssetting die Qualität und Quantität (Kosten) kontrollieren und verbessern helfen. Hierfür bedarf es einer sogenannten „Öffnungsklausel“ bzw. einer Auflösung der „Fragmentierung der Versorgungssektoren“ stationär/ambulant (mobil), welche integrativ ein stationäres und mobiles Versorgungssetting miteinander verbindet. Der Gedanke sequentieller Versorgungswege ist für die Rehabilitation nicht neu und kann Auswirkungen auf eine Verbesserung der Nachhaltigkeit haben.

Ein weiteres Argument ist die Versorgung mit Heilmitteln, die alternativ zu einer Rehabilitation erfolgen könnte, diese jedoch als Einzelmaßnahme nicht ersetzen kann. Die Heilmittelversorgung kann kostengünstiger sein – je nach Dauer und Inanspruchnahme -, die Wirkungen sind allerdings nicht hinreichend erfasst und somit ist ein Vergleich zur mobilen Rehabilitation nicht möglich. Im Rahmen dieser Studie wurde dokumentiert, dass Bewohner*innen ohne Rehabilitation aber mit Indikation (Vergleichsgruppe) in erheblichem Umfang mit Heilmitten versorgt wurden, zu Beginn der Untersuchung (T0) 57 % und zum Ende nach 6,2 Monaten noch 46 % (siehe die Daten der Verlaufsstudie). Das bedeutet, jeder zweite Teilnehmer wurde mit Heilmitteln (Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie) versorgt und bekam damit ebenfalls therapeutische Leistungen, jedoch keine komplexe Rehabilitation. Die oben ausgewiesenen Ergebnisse zur Wirkung der mobilen Rehabilitation werden hiermit im Vergleich zum Einsatz von Heilmitteln nochmals unterstrichen.

Mit der Wirkung der Rehabilitation auf die Pflege und den Grad der Selbstversorgung ergeben sich analog die Berechnungsoptionen, wie sie in der Leistungsfinanzierung der Pflegebedürftigkeit abgebildet sind. Mit der mobilen Rehabilitation könnte - mit der Annahme einer Wirkung (siehe vor die Ergebnisse der Verlaufsstudie) - die Pflegebedürftigkeit bedingt bzw. begrenzt vermieden oder hinausgezögert werden. Mit dieser Annahme können unter Vorbehalt tatsächlicher Auswirkungen auf den Status der Pflegebedürftigkeit Berechnungen für Einspareffekte ausgewiesen werden (siehe modellhaft Übersicht 3). Auch sollen hierbei mögliche „Leistungskonflikte“ vor Ort nicht unerwähnt bleiben, jedoch in dieser Modellbetrachtung außen vor bleiben.

Übersicht 3 Leistungsbetrag in Pflegeeinrichtungen nach Pflegegrad ab 2017

Pflegegrad	Leistungsbetrag vollstationär in Euro
1: Geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)	125
2: Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte)	770
3: Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte)	1.262
4: Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (70 bis unter 90 Punkte)	1.775
5: Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).	2.005

(Quelle: Pflegestärkungsgesetz 2017 – Bundesministerium für Gesundheit)

Aus rein volkswirtschaftlicher Perspektive würde eine Rehabilitation dann eine ökonomisch sinnvolle Intervention darstellen, wenn die eingesparten Kosten aus verringerter Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und Pflegegraden die zusätzlichen Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich intensiver Leistungsinanspruchnahmen (z.B. Hilfsmittel) überkompensieren. Kommt es aufgrund der Effekte mobiler geriatrischer Rehabilitation nicht oder verzögert zu einer Inanspruchnahme einer höheren Stufe des Pflegegrades, dann amortisieren sich die Kosten der mobilen Rehabilitation nachhaltig bzw. zeigen sich deutliche Kosteneinsparungen, wie die nachstehenden Berechnungen im Kontext einer Modellberechnung aufzeigen (siehe Tabelle 28).

Für das Jahr 2016 sind die GKV Kosten einer mobilen geriatrischen Rehabilitation mit etwa 3000 Euro ausgewiesen. Dieser Betrag wird von der Krankenversicherung erstattet. Bewirkt die Rehabilitation eine Stabilisierung oder Verbesserung des Pflegezustandes des Bewohners, dann kann in einer Modellannahme von Vermeidung oder Verringerung von Kosten für die Pflege ausgegangen werden. In diesem Zusammenhang kommt die Forderung „Rehabilitation vor Pflege“ (BMG 2017) kostentechnisch zum Tragen. In der Tabelle 28 sind diese Annahmen berechnet. Demnach amortisieren sich die Kosten der Rehabilitation bereits nach weniger als fünf Monaten im Leistungsunterschied Pflegegrad 1 zu 2. Hier ist der Kosteneinsparfaktor 2.6, was bedeutet, dass mit einem Euro Investition in eine Rehabilitationsmaßnahme, 2,60 Euro erspart werden können. Dieser Einsparsatz erhöht sich, wenn der Pflegegrad weiter stabil bleibt auf bis zu 5,20 Euro je Euro.

Es ist unter Experten unbestritten, dass Rehabilitationsmaßnahmen in der Regel nicht zu einer Reduktion des Pflegegrades führen. Das hat verschiedene Gründe, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Die Wirkungen von MoGeRe auf die leistungsrelevanten Bedarfe von Pflegebedürftigen (Selbständigkeit und Teilhabeverbesserung bleiben hier außen vor) lassen sich hypothesenhaft, ohne dass dies untersucht worden wäre, als Verringerung des Bedarfes an Art und Umfang der Pflegeleistungen, die durch Angehörige, durch Pflegedienste oder durch Mitarbeiter in Heimen erbracht werden müssen, vermuten. Dies wird v.a. bei der MoGeRe in der häuslichen Umgebung beobachtet. Aber auch die Beanspruchung des Pflegepersonals kann durch die Steigerung der Selbständigkeit vermindert werden.

Ferner kann als Wirkung eintreten, dass eine Verschlimmerung des Pflegegrades hinausgezögert werden kann. Darauf bezieht sich unsere Modellrechnung. Von der hier ausgewiesenen Einsparung mit Rehabilitation vor Pflege könnten u.a. die Pflegekassen profitieren.

Weitere Wirkungen können angenommen und nach den bisherigen praktischen Erfahrungen wahrscheinlich gemacht werden:

- eine Verringerung von Komplikationen, die einen Behandlungsbedarf bedeuten können wie Decubitus oder Lungenentzündung,
- Verringerung der Sturzgefahr und damit Vermeidung von Knochenbrüchen, insbesondere Schenkelhalsfrakturen, u.a. durch motorisches Training, Verbesserung des Transfers, optimierte Umfeldgestaltung
- Verbesserung des Inkontinenzmanagements und Vermeidung von Sekundärkomplikationen (bei verbesserter Teilhabe)
- Optimierter Einsatz von Hilfsmitteln, Vermeidung von Unter- und Überversorgung
- Verbesserung der Hautpflege und Hygiene mit Vermeidung von Komplikationen
- Durch verbessertes Gesundheitsmanagement, u.a. auch Medikamenteneinnahme, Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, auch durch bessere Information und Kompetenzerweiterung der Pflegenden, v.a. bei Laienpflege in häuslicher Umgebung.

Insofern sind auch Wirkungen wahrscheinlich, die zu einer verminderten Beanspruchung des Gesundheitssystems, hier insbesondere der Krankenkassen führen können.

Eine quantitative Bewertung würde ein anderes, umfassendes Studiendesign erfordern.

Die Überprüfung der Nachhaltigkeit der mobilen Rehabilitation ist in dieser Studie auf maximal ein halbes Jahr begrenzt. Da die mobile Rehabilitation stark kontextbezogen (siehe Studienblock III, Zusammenarbeit) leistet und therapeutisch aktivierend ist, sollte die Wirksamkeit auch über einen längeren Zeitraum stabil bleiben, was die vorgenannte Berechnung zur Kostenersparnis im Pflegeleistungsbereich weiter hervorhebt.

Tabelle 28 Möglichkeiten der Kosteneinsparung durch Vermeidung oder Verzögerung eines höheren Pflegegrades - Modellberechnungen

Kapitaleinsatz (GKV-Kostenträger)	Unterschied im Leistungsbetrag vollstationär Pflegegrad 1 zu 2	Amortisationszeit	Faktor der Kosteneinsparung
3.002,44 Euro (GKV -Kostenerstattung MoGeRe im Mittel für 2016)	Für 1 Jahr= 7740 Für 2 Jahre = 15480	4,6 Monate	2,6 5,2
	Unterschied im Leistungsbetrag vollstationär Pflegegrad 2 zu 3		
	Für 1 Jahr = 5904 Für 2 Jahre = 11808	6,1 Monate	2,0 4,0
	Unterschied im Leistungsbetrag vollstationär Pflegegrad 3 zu 4		
	Für 1 Jahr = 6.156 Für 2 Jahre = 12.312	5,8 Monate	2,1 4,1

In der Kosten-Wirksamkeits-Analyse lassen sich Einsparpotentiale sowohl für die Pflegekassen als auch für die Krankenkassen wahrscheinlich machen. Ebenso kann begründet angenommen werden, dass die Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahme mit einer volkswirtschaftlichen Entlastung in der Pflegeleistungsfinanzierung verbunden sein kann. Letztlich kann durch mobile Rehabilitation die gesetzgeberische Vorgabe bzw. der gesetzlich festgelegte Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ erfolgreich umgesetzt werden. Dessen Begründung bezieht sich aber nicht in erster Linie auf Einsparungsmöglichkeiten, sondern auf die Verminderung der Krankheitslast und die Verbesserung von Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe der Pflegebedürftigen.

Betriebswirtschaftliche Analyse der MoGeRe

Die Rahmenempfehlungen zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation (2007) und die Umsetzungshinweise (2010)[10] geben vor, dass die mobile Rehabilitation als Unternehmen betriebswirtschaftlich eigenständig agiert. „Ist die Erbringung mobiler geriatrischer Rehabilitation an eine andere Einrichtung (z.B. Arztpraxis, Rehabilitationsklinik, Krankenhaus) angebunden, so muss eine wirtschaftliche und organisatorische Trennung gegeben sein“ (Seite 12 der Rahmenempfehlungen). Die Unternehmen der mobilen geriatrischen Rehabilitation sind in der Regel Teil eines Unternehmensnetzwerkes bzw. an bestehende größere Gesundheitsbetriebe „angedockt“. In der betriebswirtschaftlichen Or-

[10] Die Mobile Rehabilitation ist seit 2007 gesetzlich verankert. Bei der Umsetzung dieser Maßnahme haben sich in der Praxis einige Probleme gezeigt (Indikationsstellung, Leistungsbewilligung, Zulassung, Vergütung), die mit den Umsetzungshinweisen aus 2010 „ausgeräumt“ werden sollen. Die Umsetzungshinweise wurden vom GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst und unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Mobile Rehabilitation e. V. (BAG MoRe) erstellt.

ganisationsgestaltung ist eine sogenannte Mischkalkulation zu finden, wo z.B. Leistungen des Managements, der Organisation, der Verwaltung u.a. nicht oder nur geringfügig in der MoRe Kalkulation aufgenommen sind (siehe vor). In den Umsetzungshinweisen (2010) wird den MoRe Anbietern eine Übergangszeit von zwei Jahren zugestanden, in der unterstützende Aufbauleistungen durch den Unternehmensverbund mit aufgenommen werden können.

Für die hier untersuchten fünf Einrichtungen an den genannten Standorten trifft es zu, dass eine Mischkalkulation bzw. interne Mischfinanzierung zu Gunsten des Mo(Ge)Re Unternehmens eine Rolle spielt. Dennoch profitiert auch der Konzern von dem Leistungsangebot der MoRe im Rahmen des jeweiligen Portfolio-Managements, jedoch ist anzunehmen, dass mehr Ressourcen in den MoRe Betrieb hineingegeben werden, als tatsächlich betriebswirtschaftlich ausgewiesen wird. Zwar ist es nicht die Aufgabe dieser Studie, eine innerbetriebliche Revision vorzunehmen, jedoch ist die Fragestellung der Attraktivität des Leistungsangebotes MoRe hier aufgegriffen, wenn letztlich keine ausreichende Kostendeckung und damit dem Leistungsangebot MoRe auch letztlich der Anreiz fehlt. Dies wäre eine Begründung, warum auch 10 Jahre nach GKV Öffnung mobiler Rehabilitation das Angebot in Deutschland sehr überschaubar ist und sich auf wenige Dienstleister konzentriert. Es ist so, dass mit der MoRe nicht nur kein Geld verdient wird (unternehmerische Perspektive), sondern eine Vielzahl von Problemstellungen, das Ganze auch zu „... einer fragilen Geschichte“ (Expertengespräch) machen. Vor diesem Hintergrund wurde in Gesprächen mit den leitenden Kräften der MoRe Faktoren im Angebot herausgearbeitet, die auf teilweise erhebliche unternehmerische Risiken hinweisen, jedoch in der Kalkulation und dann weiter in der GKV Kostenerstattung keine Berücksichtigung finden (siehe die Übersicht 4).

Übersicht 4 (Unternehmerische) Risikofaktoren im Angebot MoRe

Risikodimension	Merkmale
Personal	Schwierige Marktlage für neues, qualifiziertes Personal im ärztlichen und zunehmend auch im therapeutischen Bereich Berufserfahrung erforderlich Anforderung der Schulung und kontinuierlichen Weiterbildung Teamorientierung und Teamarbeit Personale Qualifikation erforderlich („Standing“) Interprofessionelle wie transdisziplinäre Kompetenzen (u.a. Arbeit mit dementiellen Rehabilitanden)
Kostenträger	Verzögerte Kostenzusagen Keine Gewissheit der Mengenangaben, teilweise nur stückweise Bewilligung (10, 20 Therapieeinheiten) Geringe Akzeptanz der Versorgungsform Hoher Verwaltungsaufwand für MoRe Betriebe
Rehabilitand (Kunde)	(Hohe) Abbruchquote (bis zu 33 %) Unsicherheiten im Therapieverlauf, Termintreue Verschlechterung des Gesundheitszustandes (u.a. aufgrund der Multimorbidität, Hochbetagte) Abhängigkeiten vom sozialen/familiären Umfeld (weitere Faktoren sind im

	Therapieprozess relevant) Unvorhersehbarer Mehraufwand durch das Umfeld und die sich verändernde Patientensituation
Gesundheitspolitik	Unsicherheiten in der tatsächlichen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben – mangelnde Anreize
Durchführbarkeit	Herausforderungen in der Logistik vor allem auch bei der Bewältigung der städtischen Verkehrssituation Innovative Konzepte erforderlich (z.B. E-Bike im städtischen Raum) Hoher Kosten- und Zeitaufwand im ländlichen Raum (lange Fahrtzeiten) Angewiesenheit auf das sich ständig verändernde Umfeld (z.B. unsicherer Support in der häuslichen Situation, in Pflegeeinrichtungen)
Personenorientierung	Hoher „Pioniergeist“ überdurchschnittliches Engagement für die Versorgungsform erforderlich

In den Rahmenempfehlungen zur Durchführung mobiler geriatrischer Rehabilitation sind die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität formuliert, hier über die personelle Ausstattung bzw. die Personalschlüssel, wie folgt:

Ärzte 1:20 • Pflegekräfte 1:10 - 1:40 • Physiotherapeut*innen 1:10 - 1:15 • Ergotherapeut*innen 1:10 - 1:15 • Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeut*innen 1:20 - 1:40 • Sozialarbeiter*innen 1:30 - 1:80 • Klinische Psychologen/Neuropsycholog*innen 1:40 -1:100 • Ernährungsberater*innen (Diätassistenz/ Diplomökotrophologie) 1:100 (siehe Rahmenempfehlungen, Seite 20 ff.).

Mit dieser Grundlage lässt sich die Anzahl der zu versorgenden Patient*innen errechnen. Dies sind über ein Jahr 150 Rehabilitand*innen und wöchentlich im Mittel 20 Rehabilitand*innen, unter Berücksichtigung der vorgenannten Personalschlüssel. In Tabelle 29 sind die Kosten für das Angebot einer MoRe bei 150 Patienten im Jahresverlauf kalkuliert. Der Sachkostenanteil ist mit 7% pauschal kalkuliert (hier einschl. des variablen Kostenanteils für Mobilität), die Personalkosten sind auf der Basis des aktuellen Tarifs für den öffentlichen Dienst (TVÖD) berechnet, welcher für Pflege- und Therapieberufe relevant ist. Bei 150 Patient*innen liegen demnach die Kosten der Versorgung bei 585TEuro.

In Anbetracht evidenter unternehmerischer Risiken ist es betriebswirtschaftlich angemessen, kalkulatorische Kosten (wie Wagnisse, Risiken) von mindestens 5% mit zu berechnen, ebenso ist ein Gewinnaufschlag von 5% unternehmerisch adäquat. Das so errechnete Finanzvolumen zum Leistungsangebot einer MoRe liegt dann bei 690TEuro für 150 Patient*innen im Jahr (siehe ausführlicher Tabelle 29). Tabelle 29 gibt eine auf Expertengesprächen basierende Modellberechnung für die aufwandsausgleichende GKV-Kostenerstattung mobiler geriatrischer Rehabilitation an. Gleichsam ist die Modellberechnung in dieser Studie eine Annäherung an das tatsächliche Kostenfeld.

In den Rahmenempfehlungen werden 40 Therapieeinheiten je Rehabilitation als Versorgungsstandard ausgewiesen, zuzüglich ärztlicher Konsultation und Beratung mit 2 Einheiten und einer Einheit für sozialarbeiterische Aufgaben/Sozialberatung oder Case Management Aufgaben. Dies sind insgesamt 43 Einheiten, die für eine Rehabilitation nach Standardversorgung zu kalkulieren sind. Dies entspricht einem Kostensatz von 107 Euro je Therapie- und Leistungseinheit (Behandlungseinheit), einschl. der Kosten für die Anfahrten.

Diese Kalkulation berücksichtigt betriebswirtschaftliche Standardfaktoren und ist eher defensiv angelegt, so könnten sowohl Personalkosten (z.B. Management, Verwaltung) wie auch Wagniskosten höher ausfallen; ebenso liegen die Sachkosten im Mindestbereich. Die Berechnung geht von einem komplett selbständig betriebswirtschaftlich aufgestellten und agierenden Mo(Ge)Re Unternehmen aus (siehe hier die Anforderungen aus dem Rahmenempfehlungen).

Tabelle 29 Betriebswirtschaftliche Modellkalkulation* eines MoRe Unternehmens

Personal- und Sachkosten (bei 20 Patienten im konstanten Durchlauf = ca 150 Patienten pro Jahr), kalkulatorische Kosten	Jahresgehälter, Arbeitgeberbrutto, nach TVÖD 2017
Arzt 1 VK	103.000,00
Therapeuten (Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Pflege) 6 VK – EG 9bSt4	330.000,00
Diagnostisches / beratendes Personal (Soz. Arb., Neuro-Psychologie, Ernährungsberatung) 0,5 VK – EG14bSt4	35.000,00
Koordinator und Einsatzplanung 1,0 VK – EG11bSt4	64.000,00
Zwischensumme Personalkosten	532.000,00
Management und Geschäftsführung (10% Anteil Personalkosten)	53.200,00
Gesamt Personalkosten	585.200,00
+ Sachkosten (7% Anteil)	40.964,00
Gesamt Personal- und Sachkosten	626.164,00
Unternehmerische Kostenkalkulation	
+ 5% Kalkulatorische Kosten (siehe nachstehende Risiken, Wagnisse)	31.308,20
Zwischensumme	657.472,20
+ 5% Gewinnzuschlag	32.873,61
Gesamt Kosten	**690.345,81**
Kalkulation der GKV-Kostenerstattung je Therapie-/Leistungseinheit (einschl. der Fahrtkosten)	
Einnahmen bei 150 Patienten	
150 mal 40 Einheiten mal **107,00**	642.000,00
Zzgl. 3 Einheiten je Patient (Arzt, Beratung)	48.150,00
Gesamteinnahmen	**690.150,00**

*Anmerkung zu Tabelle 29: Modellberechnungen auf der Basis von Expertengesprächen vor Ort und im Kontext der Empfehlungen durch Durchführung mobiler geriatrischer Rehabilitation nach den Rahmenempfehlungen von 2007 (hier bei 150 Rehabilitanden im Jahr)

Die oben vorgestellte Modellberechnung mit der Ausweisung des Kostensatzes für eine Behandlungseinheit unterstreicht, dass eine mobile geriatrische Rehabilitation nicht kostengünstiger ist (siehe vor) als die stationäre oder teilstationäre rehabilitative Versorgung des geriatrischen Klientels. Ein „Verschieben“ rehabilitativer stationärer Leistungen in einen „ambulant-mobilen“ Sektor ist nicht nur von der Indikation her, auch gesundheitsökonomisch wenig sinnvoll, geht man davon aus, dass keine qualitativen Versorgungsabstriche angestrebt werden.

Eine Analyse der derzeitigen GKV Kostenerstattungen legt demnach eine deutliche Unterfinanzierung der mobilen geriatrischen Rehabilitation nahe von etwa 20% und gar mehr (vergleiche Übersicht 2 und Tabelle 29). Für den Aufbau und Betrieb einer stabilen Dienstleistung ist eine Verbesserung der GKV Basisfinanzierung erforderlich, womit denn auch ein nicht unwesentlicher Anreiz zum Angebot einer mobilen geriatrischen Rehabilitation gegeben wäre. Die angesprochenen Synergieeffekte (Stichwort: Mischkalkulation), die derzeit die MoRe möglich machen, lassen sich auf Dauer voraussichtlich nicht ohne weiteres fortführen, da der finanzielle Rahmen für die Krankenhäuser deutlich enger wird.

Werden in der Richtung einer angemessenen Kostenerstattung keine Anpassungen an die tatsächliche Finanzsituation vorgenommen, bleibt die MoRe eine “fragile Geschichte“ und wird weiter nur vereinzelt ein Angebot sein. Dies wäre vor dem Hintergrund der hier ausgewiesenen Kostenersparnisse volkswirtschaftlich nachteilig, denn es lässt die Vorteile der Leitlinie des Gesetzgebers mit „Rehabilitation vor Pflege“ ungenutzt bzw. ins Leere laufen für die hier untersuchte Population der geriatrisch zu Versorgenden.

6.2.5 EMPFEHLUNGEN ZUM MORE-MONITORING (B3)

Alle MoRe-Standorte (mit Ausnahme des Standortes Bad Kreuznach) melden regelmäßig das von ihnen unterstützte Rehabilitationsgeschehen an das Kompetenzcentrum Geriatrie (KCG) in Hamburg, einer Einrichtung der MDK-Gemeinschaft. Inzwischen liegen Angaben zu mehr als 2000 Rehabilitand*innen beim KCG vor. Es erscheint sehr sinnvoll, vor dem Hintergrund und in Ergänzung der Primärerhebungen diese Routine-Daten, die auch in Zukunft für ein Monitoring routinemäßig von den MoRe-Standorten gesammelt und berichtet werden, auf ihre Aussagefähigkeit im Hinblick auf die Studienfragen hin zu analysieren. In diesem Endbericht werden die abschließenden Empfehlungen zur Fortentwicklung der Basisdokumentation zusammengefasst.

Hauptempfehlung

Um das gesetzliche Ziel der Rehabilitation zu erfassen, ist in der Basisdokumentation in Zukunft das konkrete individuell selbstbestimmte Teilhabeziel (Rehabilitationsziel nach §1 SGB IX) und seine Erreichung nach der MoRe-Maßnahme likertskaliert zu erfassen, wie es sich in der Verlaufsuntersuchung mit geringem Aufwand als erfassbar erwies.

Der Barthel-Index misst das gesetzliche Rehabilitationsziel ebenso wenig wie der FIM. Der Barthel misst bestenfalls ein Mittel für das Rehabilitationsziel, nämlich einen Zuwachs an Selbstständigkeit in einigen, keineswegs allen Aktivitäten des täglichen Lebens. Selbständigkeit ist etwas anderes als Selbstbestimmung. In Deutschland ist explizit (§1 SGB IX) nicht Selbständigkeit das Rehabilitationsziel, sondern Selbstbestimmung in der Teilhabe. Zuwächse an Teilhabe und Selbstbestimmung sind auch dann möglich, wenn Selbständigkeit nicht mehr zu erreichen ist. Gemäß §1 SGB IX erlischt das

Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe nicht, wenn man zur selbständigen Verrichtung alltäglicher Aktivitäten (z.B. Duschen) nicht mehr allein in der Lage ist.

Wie die Verlaufsanalyse dieses Projekts zeigte, lässt sich die Erreichung des Rehabilitationsziels ebenso „objektiv“ likertskaliert erfassen wie der Barthel-Index. Zusätzlich sollten auch andere umfassendere Teilhabekomplexe erfasst werden (siehe nachstehend).

Neben dieser Hauptempfehlung für die Basisdokumentation sind noch weitere Empfehlungen zur Weiterentwicklung festzuhalten:

Zu erörtern ist, ob ein Teilhabesicherungskonzept mit erhoben werden soll. Die vorliegenden Teilhabesicherungskonzepte sind, wie der Name sagt, Listen von Mitteln, die Teilhabe fördern und sichern sollen, z.B. Mobilität oder die Fähigkeit, länger als drei Stunden am Tisch sitzen zu können. Sie erfassen nicht Teilhabe, sondern mögliche Mittel zur Teilhabe. Allerdings werden sie in einen unmittelbaren Bezug zur Teilhabe gestellt und nicht als isolierte Merkmale erhoben. Der Barthel-Index hat als Mittel eine solche Bedeutung. Das in diesem Projekt verwendete „Kreuznacher Teilhabesicherungskonzept“ geht ansatzweise über eine Mittelanalyse hinaus. Es handelt sich um eine ausführliche Checkliste über die Bereiche und Fähigkeiten, die für die unmittelbare Teilhabesicherung konkret nützlich und erforderlich sind. Die Kreuznacher Checkliste ist nicht abschließend gemeint. Sie ist auch kein teststatistisch und faktorenanalytisch auf Validität geprüftes Instrument. Ihre große Stärke liegt darin, dass sie bei Fallbesprechungen als Checkliste und als Suchanregung hilfreich ist und jeweils den Teilhabebezug unmittelbar herstellt. Auch in Bad Kreuznach werden keineswegs bei jedem einzelnen Rehabilitanden alle Dimensionen des Kreuznacher Teilhabesicherungskonzepts erhoben und dokumentiert, sondern nur die, die in der Fallbesprechung hilfreich erscheinen.

Auch beim Barthel-Index fragt sich, ob er für die Basisdokumentation erhoben werden sollte, da er ja das Rehabilitationsziel gar nicht erfasst. Solange aber alle anderen Rehabilitationseinrichtungen Deutschlands Veränderungen auf dem Barthel-Index erheben und dokumentieren, spricht einiges dafür, ihn auch in der MoRe neben der Erhebung des eigentlichen gesetzlichen Rehabilitationsziels mitzuführen.

Es ist gerade ein Vorteil der MoRe im Vergleich zur stationären Rehabilitation, dass sie sich flexibel nach den Rehabilitand*innen richten kann. Daher ist zu unterstreichen, dass Frequenz und zeitliche Intervalle der Leistungseinheiten dokumentiert werden müssen.

Wünschenswert wäre, dass auch die Basisdokumentation erfassen kann, ob die Rehabilitationsplanung der Pflegeeinrichtung bekannt war und die Pflegeplanung dem MoRe-Team.

6.3 STUDIENBLOCK III ZUSAMMENARBEIT

6.3.1 ORGANISATIONSVERLAUFSSTUDIEN: METHODISCHE KERNPUNKTE UND VORGEHENSWEISE

Im Teilprojekt B2 wurden sowohl konzeptionelle Anforderungen als auch organisatorische Lösungen einer Umsetzung der mobilen Rehabilitation in den pflegerischen und rehabilitationsmedizinischen Alltag eruiert, entwickelt und 12 – 20 Monate erprobt. Dazu wurden zu Anfang der Organisationsentwicklungs-Projekte (OE) in jeder der fünf stationären Pflegeeinrichtungen nach einer Begehung alle mobilen Rehabilitationen der letzten fünf Jahre retrospektiv durchgegangen – und zwar in Gruppendiskussionen von 12 Teilnehmenden, die das MoRe-Team und Fachpflegende sowie andere soziale Dienste (z.B. Ergo-Therapeut*innen) der Pflegeeinrichtungen umfassten. In diesen Gruppendiskussionen wurden zahlreiche Hindernisse und Förderfaktoren herausgearbeitet und pro Einrichtung 11 - 13 OE-Maßnahmen konzipiert und beschlossen, die die zahlreichen Hindernisse bewältigen sollten. Die OE-Maßnahmen pro Einrichtung, die hinreichend Ähnlichkeiten zwischen den fünf Einrichtungen für gemeinsame Schlussfolgerungen aufwiesen, wurden 12-20 Monate erprobt und in ihrer Umsetzung bewertet und aktualisiert.

Da es sich um ein sehr aufwändiges neues Verfahren der Kombination von Gruppendiskussionen und OE-Maßnahmen in Organisationsverlaufsstudien handelt, sei kurz auf einige methodische Kernpunkte und ihre methodische Realisierung hingewiesen, die für die zusammenfassenden Schlussfolgerungen wesentlich sind.

1. Teilnehmende und Fallbesprechungen: Für das Verfahren ist es wesentlich, Vertreter*innen nicht nur der Berufsgruppen eines MoRe-Teams (also Koordinator*in (u.a. für Logistikaufgaben, Termine, Dokumente und Dokumentationen, Beratungen, Informationen), Therapeut*innen, Ärzt*innen, ggf. Leitung), sondern auch der Berufsgruppen, die in der stationären Pflegeeinrichtung bereits in der direkten Pflege von pflegebedürftigen Rehabilitanden tätig waren, einzubeziehen. Diese Berufsgruppen waren nicht nur Fachpflegende, sondern in drei der Einrichtungen auch angestellte Ergotherapeutinnen (meist als sogenannte „Sozialfrauen“ in Beschäftigungsangeboten eingesetzt), Stations- und Hausleitungen. Für das Verfahren wesentlich ist auch, dass die Teilnehmenden des MoRe-Teams und des Pflegeteams dieselben Personen pflegerisch oder medizinisch rehabilitativ in den vergangenen etwa drei Jahren betreut hatten. Denn dadurch konnten an denselben „Fällen“ Hindernisse und Förderfaktoren der Kooperation besprochen werden. Das verband den Vorteil der Gruppendiskussion – mindestens 90 Minuten ohne Unterbrechung über die Kooperation reflektieren zu können, das hatten viele der Kooperierenden vorher noch nicht erlebt – mit dem Vorteil der Besprechung von „Fällen“. Die „Fallbesprechungen“ hielten gewissermaßen auf dem Boden der Tatsachen. Die vorherige ausführliche Begehung der pflegerischen Einrichtung vermittelte auch dem Moderator einige Kenntnisse, um besser zu verstehen, worüber geredet wurde. In allen Fällen waren die stationären Pflegeinrichtungen Gastgeber.

2. Gemeinsames Produkt und Transparenz: Wichtiger als die empirischen Aufzeichnungen (Tonbandaufnahmen) ist in diesem Verfahren, kritische Punkte und vor allem Verbesserungsvorschläge für alle sichtbar an Flipcharts zu dokumentieren und solange zu berichtigen, bis alle mit der Darstellung übereinstimmen. Darauf kommt es vor allem bei der Formulierung organisatorischer Vorhaben an, die in den kommenden Monaten umgesetzt werden sollen. Nach den Sitzungen wurden PPT (Power-

Point)-Protokolle erstellt, die allen Teilnehmenden zur Prüfung zugingen. In diesen Protokollen wurden wörtliche Formulierungen beibehalten, die auch in der hier folgenden Darstellung – soweit es die Pseudonymisierung gestattet – möglichst übernommen wurden. Auf der Basis dieser Protokolle wurden die organisatorischen Fort- und Rückschritte in den nächsten Sitzungen der beiden Teams analysiert, wobei alle inzwischen neu betreuten Fälle mobiler Rehabilitation mitbesprochen wurden. Dieses Vorgehen erwies sich als sehr berechtigt. Denn in der Atmosphäre einer gemeinsamen Gruppendiskussion wurden viele OE-Maßnahmen beschlossen, die unter Zeitdruck und Personalfluktuation dann doch nicht realisiert wurden. In der Tat waren fast ein Drittel der beschlossenen OE-Maßnahmen nach einem Jahr nicht umgesetzt. Dabei entschieden sich die Einrichtungen nicht explizit gegen diese OE-Projekte, sie versandeten einfach. Dass mehr als zwei Drittel der OE-Maßnahmen umgesetzt wurden, ist allerdings bemerkenswert viel – zumal in fast allen Einrichtungen einzelne Fachpflegende, die zu Beginn die OE-Projekte mitbeschlossen und mitbegonnen hatten, nach 16 bis 20 Monaten nicht mehr in diesem Bereich tätig waren.

3. Auswahl-Bias und Richtung der Verzerrung: Schon der erhebliche zeitliche und sonstige Aufwand, den die stationären Pflegeeinrichtungen für das Projekt unentgeltlich leisteten, lässt einen Auswahl-Bias vermuten: An dem Projekt nahmen keineswegs die am wenigsten rehabilitativ interessierten stationären Einrichtungen teil. Vermutlich waren die beteiligten Einrichtungen nicht nur MoRe-erfahrener als der Durchschnitt aller stationären Einrichtungen der fünf Bundesländer, sondern auch rehabilitativ interessierter. Diese Verzerrung ist aber für das Projekt kein Nachteil. Hemmende Faktoren, die in diesen besonders interessierten Einrichtungen auftraten, scheinen besonders hartnäckig zu sein. Auf den Verzerrungseffekt führen wir auch zurück, dass unter den vielen Verbesserungsvorschlägen kein einziges Mal der Vorschlag einer Vergütung für die Pflegeleistungen kam, die die Einrichtungen die Rehabilitation begleitend und Nachhaltigkeit sichernd erbringen müssen.

Die Ergebnisse zu Hindernissen und Förderfaktoren und die OE-Maßnahmen, die sich nach 16 bis 20 Monaten bewährt hatten, können als *Beispiele guter Praxis* weiterempfohlen werden. Sie stellen zugleich, da sie in die Routine eingingen, gelungene Verwertungen und Umsetzungen des Projekts dar.

6.3.2 ERGEBNIS 1: ERUIEREN KONZEPTIONELLER ANFORDERUNGEN

Zeitlich lassen sich drei Phasen unterscheiden, in denen der Zugang zu und der Erfolg einer mobilen medizinischen Rehabilitation wesentlich von der Kompetenz der Fachpflege gewinnen kann. Diese werden vorab, die Projekte in den fünf Bundesländern zusammenfassend, analysiert, bevor die Ergebnisse der Gruppendiskussionen in den Organisationsverläufen im Originalton berichtet werden.

Diese drei Phasen sind:

1 Der Zugang und die Indikationsstellung zu einer rehabilitativen Maßnahme

2 Die Durchführung einer rehabilitativen Maßnahme in einer pflegerischen Einrichtung

3 Die Nachhaltigkeit einer rehabilitativen Maßnahme

Zur Veranschaulichung der Herausforderungen in Phase 1, dem Zugang und der Indikationsstellung: Die klinisch epidemiologische Reihenuntersuchung im Projektteil A hat viele Rehabilitationsindikationen bei Bewohner*innen ergeben, die schon Monate in einer pflegerischen Einrichtung leben und

die nicht wegen eines Unfalls ins Krankenhaus kamen, wo ihr Rehabilitationsbedarf festgestellt wurde. Wer soll den Rehabilitationsbedarf dieser Bewohner*innen feststellen oder zumindest vermuten können, wenn es nicht die Hausärzte tun? Es bleibt die Fachpflege. Die Fachpflege erwies sich in unserer Untersuchung (ansatzweise) in der Lage einen möglichen Rehabilitationsbedarf zu vermuten. Ihr waren aber die gesetzlich vorhandenen Möglichkeiten meist gar nicht bekannt und ihr standen die Verfahren nicht zur Verfügung, um den Weg vom vermuteten Bedarf zum Antrag zu erleichtern. Hier ist regelmäßig, z.B. einmal jährlich, eine halbtägige bezahlte Fortbildung der direkt Pflegenden in den Chancen rehabilitativer Verfahren, in den Anzeichen eines möglichen Bedarfs und vor allem in den Verfahren der Antragstellung angezeigt. Noch ertragreicher als jede Fortbildung ist bekanntlich Teilnahme an der Praxis, so dass Beteiligungen an Rehabilitationsverfahren auch Pflegeeinrichtungen kompetenter machen (lernende Organisationen).

Noch deutlicher als der Zugang zu Rehabilitation erwies sich die fachärztliche Indikationsstellung als recht abhängig von der Fachpflege als Bezugspflege. Es zeigte sich nämlich in den mehr als 700 fachärztlichen Reihenuntersuchungen, dass auch eine einstündige fachärztliche Anamnese kaum ausreicht, alle Informationen zu erheben, die für eine Indikationsstellung gebraucht werden. Die Fachärzt*innen griffen nicht nur auf die Pflegedokumentation zurück, sie waren in der Regel auf ein Gespräch mit der Fachpflege als Bezugspflege angewiesen. Das gilt bereits für relativ einfache Instrumente wie die Esslinger Transferskala oder den Barthel-Index. Hier vergewisserten sich die fachärztlichen Gutachter*innen möglichst bei der Fachpflege, ob die Angaben der Bewohner*innen realistisch waren. Das gilt erst recht bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele. Damit eine Rehabilitation gelingt, muss eine Rehabilitandin erheblich mitwirken – was fast nur möglich ist, wenn sie konkrete individuelle Teilhabeziele für sich sieht, die mit der Rehabilitation erreichbar scheinen. Um diese zu finden und als Fachärzt*in zu verstehen, bedarf es oft mehr als einer Stunde Zeit. Die Bezugspflege kennt die Bewohner*innen meist länger und kann Hinweise auf konkrete Bedürfnisse der Bewohner*in geben, selbst wenn der Pflege die Terminologie der Teilhabediskussion aus ihrer früheren Ausbildung weniger bekannt sein sollte. Den Fachärzt*innen blieb die Aufgabe, die Kohärenz der verschiedenen diagnostischen und anamnestischen Angaben, auf die sie angewiesen waren, aus ihrer Sicht zu prüfen. Diese Abhängigkeit von der Bezugspflege birgt selbstverständlich Risiken. Damit es zu dem wichtigen Austausch zwischen der Fachpflege und der MoRe-Ärztin überhaupt kommt, müssen viele eigentlich triviale organisatorische Bedingungen erfüllt sein. Diese in den OE-Vorhaben umzusetzen, machte doch einige Mühe (siehe nächster Abschnitt). Darüber hinaus ist eine pflegerische Fortbildung in die Logik eines teilhabeorientierten Pflegeplanes oder gar eines Teilhabeplans (im Zusammenhang mit der oben genannten Fortbildung) zu empfehlen, wenn Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger in Betracht kommen sollten. Etwa seit 1994 sind zunächst die ICIDH und dann die ICF der WHO Gegenstand grundständiger Pflegeausbildungen (wenn auch nicht flächendeckend).

Zur Phase 2, der Durchführung der Rehabilitation in der stationären Pflegeeinrichtung, ist eines offensichtlich: Wie ein Ehepartner die MoRe zu Hause in ihrer Wirkung stark einschränken kann, wenn er sie nicht gleichsinnig unterstützt, so kann die Pflege die Ansätze der MoRe unterstützen oder zunichte machen. Daher ist es wichtig, Pflegeplanung und Rehabilitationsplanung wechselseitig zu kennen und vereinbar zu halten. Das ist erstaunlich selten der Fall (siehe nächster Abschnitt). In unseren Untersuchungen ergab sich, dass die Fachpflege die MoRe keinesfalls als Konkurrenz ansah oder als überflüssig. Fachpflegende wie übrigens auch Angehörige waren, wie sie zu Protokoll gaben, ganz erstaunt, wie sich Pflegebedürftige in der MoRe entwickelten. Sie wollten lernen, mit welchen Maßnahmen das erreichbar sei. Die MoRe widerlegte erfolgreich fürsorglich bevormundende Bedenken

sowohl der Fachpflegenden als auch der Familienangehörigen, was die Potentiale der Rehabilitanden anging. Von daher hatte die MoRe eine große Anerkennung in den untersuchten Pflegeeinrichtungen. Dass die Fachpflege aber zeitlich an der MoRe teilnehmen konnte, erwies sich als große organisatorische Herausforderung (siehe nächster Abschnitt). Die Herausforderung besteht schon in einer ganz trivialen Tatsache: Während Ehepartner fast immer anwesend sind, wenn MoRe in einen privaten Haushalt kommt, sind für eine pflegebedürftige Bewohner*in einer stationären Pflegeeinrichtung bis zu 18 Personen für die Pflege teilzuständig. Sich terminlich mit der Bezugspflegenden abzustimmen, ist eine Herausforderung.

Ein anderes Bedenken konnte indessen völlig zerstreut werden. Die Fachpflegenden unterschieden sich positiv von vielen medizinischen Expert*innen: Fachpflegende wenden den Begriff ‚austherapiert' nicht auf die Teilhabe an. Selbstverständlich war den Fachpflegenden bewusst, dass für die weitaus meisten Bewohner*innen die stationäre Einrichtung die letzte Wohnung ihres Lebens war und sie hier voraussichtlich sterben würden. Gerade deshalb war ihnen aber klar, dass in dieser letzten Phase des Lebens es umso wichtiger ist, mit Familienmitgliedern am Tisch sitzen und möglichst Verantwortung für Bereiche des sozialen Lebens wahrnehmen zu können (siehe die Beispiele im nächsten Abschnitt). In dieser letzten Lebensphase – deren Ende oft niemand genau vorhersagen kann – wird die Frage der noch möglichen individuellen Teilhabe wesentlich wichtiger als die Frage, ob man austherapiert ist oder noch nicht. Gerade in dieser Lebensphase geht es um Selbstbestimmung und Teilhabe. Das sahen alle Pflegenden in den Gruppendiskussionen so, wenn ihnen auch die spezifischen Fachtermini des SGB IX nicht zur Verfügung standen. Dass eine ganze Reihe von Personen, denen eine Rehabilitationsindikation fachärztlich bescheinigt worden war, diese nicht in Anspruch nahmen, spricht daher keinesfalls gegen die Richtigkeit der Rehabilitationsindikation. Wenigstens sahen das die Fachpflegenden in der Gruppendiskussion so. Allerdings kann man aus den Beiträgen der Pflegenden in den Gruppendiskussion nicht schließen, dass alle Pflegenden der Einrichtungen sich den Grundideen der (Mobilen) Rehabilitation anschließen und diese dann auch praktisch umsetzen würden.

Zur Phase 3, der Nachhaltigkeit der Rehabilitation: Da die MoRe wie alle Rehabilitationen eine zeitlich befristete Maßnahme ist, ist es völlig offensichtlich, dass die Fachpflege die Maßnahmen der MoRe soweit möglich und sinnvoll in den Alltag übernehmen muss, zumindest nicht konterkarieren darf, soll die MoRe nachhaltig sein. Das gelingt auch in vielen Fällen, wie die Ergebnisse der Verlaufsstudie zeigen, zumindest ansatzweise. Die ‚Übergabe' von der MoRe an die Fach- und Bezugspflege gelingt umso besser, je mehr die Pflege schon in die Durchführung der MoRe einbezogen war. Auf alle Fälle verlangt die Übergabe zeitliche und organisatorische Ressourcen der Pflegeeinrichtungen, die nicht einfach vorauszusetzen sind, sondern organisiert werden müssen (siehe den nächsten Abschnitt).

Die in den Gruppendiskussionen identifizierten Problembereiche, die gemeinsam an allen Standorten bzw. Pflegeeinrichtungen angesprochen wurden, seien hier (nur) tabellarisch aufgelistet. Sie werden mit Lösungsansätzen für die zeitlichen und organisatorischen Erfordernisse, die sich daraus ergeben, im nächsten Abschnitt aufgenommen und ausgeführt.

Tabelle 30 In den Gruppendiskussionen (n=10) aufgetretene Problembereiche

- Unklarheit: Was kann Pflege tun bei (vermutetem) Rehabilitationsbedarf
    - Rechtsunsicherheit: gesetzlich vorhandene Möglichkeiten, auch für Pflegepersonen, sind wenig bekannt
- Verfahren der Antragstellung und Unterstützung bei Widerspruch sind kaum bekannt
    - Nach Schulung fühlten sich die Bezugspflegenden hier sicherer

- Potentiale und Anzeichen eines Bedarfs erkennen, d.h. auch Chancen rehabilitativer Verfahren kennen: wo kann angesetzt werden, was kann erreicht werden, wie wird gearbeitet?

- Je mehr MoGeRe-Verfahren die Fachpflegenden begleitet hatten, umso eher erkannten sie Potentiale eines Bedarfs

- Das MoRe-Team kennt zu Beginn der MoGeRe die Fähigkeiten, konkreten Bedürfnisse und motivierende Teilhabeziele der Rehabilitanden nicht. Die fachärztliche Indikationsstellung bedarf der Informationen aus der (Bezugs-)pflege und/oder Angehöriger für die Anamnese sowie der in der Dokumentation der stationären Pflegeeinrichtung aufgeführten Diagnosen von Hausärzten. Das betrifft bereits die Informationen zum Barthel-Index und zu körperlichen Fähigkeiten (insbesondere bei Pflegebedürftigen mit Demenzen; insbesondere bei Depression oder Resignation der potentiellen Rehabilitand*innen und generell bei allen Informationsbedarfen der MoGeRe, die nicht durch eine einstündige Untersuchung erhebbar sind)

- In der Pflege eines Rehabilitanden sind mehrere Fachpersonen beteiligt, die jeweiligen Ansprechpartner waren dem MoRe-Team anfänglich nicht bekannt oder wegen Zeitmangel nicht kontaktierbar

- Abläufe in der Pflege u.a. zur terminlichen Abstimmung sind dem MoRe-Team zu wenig bekannt: wer ist die verantwortliche Pflegeperson, mit wem sind Termine abzustimmen

- Veränderungen im gesundheitlichen Status oder in den Kontexten des Rehabilitanden erfordern Anpassung in der Rehabilitations- und Pflegeplanung, die das jeweilige andere Team, also MoRe- und Pflegeteam, wissen müssen

- Wenn Bezugspflegende auch aus ihrer langen teilnehmenden Beobachtung individuelle Teilhabebedürfnisse Pflegebedürftiger gut identifizieren können, sind sie mit der Fachterminologie oft wenig vertraut: Was heißt teilhabeorientiert arbeiten? Was erfordert ein Teilhabeplan? Ein Grund dafür ist, dass in der Pflege der Terminus ‚aktivierende Pflege' als Mindeststandard gut bekannt ist, nicht aber der Bezug zwischen ‚aktivierender Pflege' und ‚Teilhabe' im Sinne des SGB IX. Zwar ist in allen deutschen primärqualifizierenden Pflege-Studiengängen Teilhabeförderung im Sinne des SGB IX seit Jahren Hauptgegenstand, aber das gilt noch nicht für alle Ausbildungen in allen Pflegeeinrichtungen

- Verantwortungsübernahme der Pflege für den Rehabilitationserfolg. Die Mobile Rehabilitation zuhause nutzt die unterstützende Rolle der Angehörigen und leitet diese an

- Gegenseitige Kenntnis und Abgleich von Pflegezielen und -planung und Rehabilitationsplanung

- Pflege weiß zu Anfang nicht und ist sehr interessiert daran, wie der Rehabilitationsprozess z.B. durch Handlungen, Übungen, Kontextressourcen unterstützt werden kann
- Wie bei Angehörigen, so treten auch in der Fachpflege Überfürsorglichkeit und Sicherheitsbedenken (auch haftungsrechtlicher Art) auf
- Frage der Nachhaltigkeit und Übergabe von Maßnahmen der MoRe am Ende der Rehabilitation
  - an die Pflege
  - an die weiterversorgenden Therapeut*innen
- Fortführen von Methoden, Techniken und Maßnahmen aus der Rehabilitation braucht Anleitung in der Überleitung

Die Tabelle 30 fasst nochmal die zentralen Ergebnisse in der Übersicht zusammen. Hierzu wurden nun die folgenden Organisationsentwicklungsmaßnahmen angegangen.

6.3.3 ERGEBNIS 2: ERPROBTE ORGANISATIONSENTWICKLUNGSMASSNAHMEN ZU HINDERNISSEN UND FÖRDERFAKTOREN MOBILER GERIATRISCHER REHABILITATION

Die Empfehlungen der Teilnehmenden der Gruppendiskussionen, die nun unter Verwendung von Zitaten zusammengefasst werden, lassen sich drei hauptsächliche Problembereiche – also den empirisch erhobenen Hindernissen und Herausforderungen - zuordnen:

- Komplementarität von Fachpflege und MoRe, Koordination und Wissenstransfer zwischen ihnen zur Sicherung der Nachhaltigkeit
- Selbstbestimmte Teilhabeziele bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Resignation
- Zugang zur Rehabilitation und Antragstellung

Kursiv sind im folgenden Abschnitt die in den Organisationsentwicklungsprojekten der fünf stationären Pflegeeinrichtungen mindestens ein Jahr lang *erprobten Lösungen (Förderfaktoren)* beschrieben. Es handelt sich also um mehr als bloße Forderungen und Vorschläge. Nur in ganz wenigen Ausnahmefällen, die als solche gekennzeichnet sind, handelt es sich um noch nicht mindestens ein Jahr lang umgesetzte Vorschläge, z.B. Nr. 13.

Komplementarität von Pflege und MoRe, Koordination und Wissenstransfer

Generell kann man für alle medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, die ja immer – ob als stationäre, mobile oder ambulante Rehabilitation - befristet sind, feststellen: Medizinische Rehabilitation kann nur dann nachhaltig wirken, wenn auf Seiten der Rehabilitand*innen, der Angehörigen, der Betriebe, auf Seiten der Pflege und übrigen Versorgung die angemessenen Strukturen und Qualifikationen kompetent vorhanden sind oder systemisch aufgebaut werden, die die Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme sichern können. Ohne diese Qualifikationen und Strukturen bleibt Rehabilitation in ihrer Nachhaltigkeit gefährdet. Die besondere Anforderung an Nachhaltigkeit ergibt sich schon aus der Befristung aller Maßnahmen medizinischer Rehabilitation. Mobile medizinische Rehabilitation ist eine befristete systemische Therapie.

Damit wird die Fachpflege zu einem entscheidenden förderlichen oder aber hemmenden Faktor der mobilen geriatrischen Rehabilitation in Wohneinrichtungen. Das setzt bei MoRe und in der Fachpflege eine sehr weitgehende Verantwortungsübernahme und Kooperation voraus. Diese Einschätzung teilten in den Gruppendiskussionen MoRe- und Pflegeteams: „Wie jeder Ehepartner Erfolg und Nachhaltigkeit der MoRe zu Hause fördern oder zunichte machen kann, so kann die Pflege Erfolg und Nachhaltigkeit jeder MoRe in der Wohnresidenz fördern oder zunichte machen".

Vor diesem Hintergrund erstaunt, „dass die Pflege zu Anfang in die Planung der Rehabilitationsziele nicht wirklich eingebunden ist, diese manchmal gar nicht kennt. Das MoRe-Team kennt die Pflegepläne nicht und die Pflege nicht die Rehabilitationspläne. Am Ende vereinbaren MoRe und Pflegeeinrichtung keinen Nachhaltigkeitsplan". Dieses organisatorische Hindernis fand sich zu Beginn der Projekte an allen fünf Standorten. Trotz großen Interesses der Fachpflege und der sozialen Dienste an der mobilen Rehabilitation der von ihnen betreuten Bewohner*innen kennen diese zu Beginn der OE-Projekte die Rehabilitationsziele nicht, und die MoRe kannte nicht die Pflegeziele, die an selbstbestimmter Teilhabe orientiert sind. Das ist für die Rehabilitation hinderlich. Nachhaltigkeit der MoRe setzt ferner voraus, dass Fachpflege, Familie und Freunde sowie Therapeut*innen die Handlungen und Übungen nach Ende der MoRe fortführen. Das ist weniger ein Problem als eine Chance. Denn die Fachpflege bzw. viele Pflegekräfte (für die hier untersuchten Pflegeheime) sind sehr daran interessiert, von MoRe Neues zu lernen. Auch die Therapeut*innen, die während der MoRe ihre Rezepte nicht weiter abarbeiten können, seien sehr daran interessiert, nach Abschluss der MoRe wieder beauftragt und einbezogen zu sein. Aus den erprobten Lösungen (Förderfaktoren) leiten sich die folgenden Empfehlungen ab.

1. *An der Vereinbarung von selbstbestimmten Teilhabezielen mit der Bewohnerin (Rehabilitationsplan) ist die Bezugspflegende bzw. ihre Vertretung beteiligt (20 Minuten beim Aufnahmegespräch). In vielen Fällen ist eine Anamnese ohne die Beobachtungen der Pflege gar nicht gut möglich. Datenschutzrechtlich ergeben sich aus der Kooperation von MoRe und Fachpflege keine Probleme, wenn die Bewohner*in bzw. Betreuer*in ihr Einverständnis erklärt hat (das gilt auch für alle folgenden Empfehlungen).*
2. *Der Rehabilitationsplan wird von der Bezugspflegenden in der Dienstbesprechung zur Sprache gebracht. Das MoRe-Team erhält umgekehrt Einsicht in die Pflegepläne ihrer Rehabilitanden. Im folgenden Jahr wurden im Übergabekalender Pflegeprozessziele und Rehabilitationsziele kurz aufgeführt, besonders bei Änderungen und Fortschritten. Eine Notiz im Fach ergänzt die persönliche Kommunikation. An einzelnen Standorten erwies sich auch das folgende anspruchsvolle OE-Vorhaben als praxistauglich: Zur wöchentlichen Fallbesprechung im MoRe-Team kommt die Bezugspflege, wenn ihre Klient*in im MoRe-Team besprochen wird. Die Bezugspflege nimmt an der MoRe-Besprechung auch nur zum Fall ihrer Klient*in teil. Das setzt Zeitdisziplin und kurze Wege voraus.*
3. *Am Ende der MoRe wird in einer kurzen Übergabe mit der Pflege ein Nachhaltigkeitsplan vereinbart (Übergabe wird der Pflege ggf. gesondert vergütet). Die Fachpflege lässt sich von MoRe zeigen, welche Handlungen und Übungen am besten den Rehabilitationsprozess unterstützen.*

Damit MoRe nicht erst einmal einen Ansprechpartner suchen und dann erklären muss, was MoRe braucht, wurden Maßnahmen zu besserer Information im Vorfeld entwickelt. Schriftliche Informatio-

nen an die Pflegedienstleitung bedeuten nicht immer, dass auch die Bezugspfleger*innen einbezogen sind und Bescheid wissen. Daraus resultieren folgende Empfehlungen.

4. *Die MoRe-Koordination faxt der Einrichtung vor dem Besuch von MoRe ein Blatt mit den gewünschten Informationen, Unterlagen, Vorgehen etc., und nicht nur Namen und Ankunftszeit der MoRe-Mitarbeiter*in.*
5. *Die MoRe-Koordinator*in versucht, Name und Telefonnummer der Bezugspfleger*innen in Erfahrung zu bringen, mit denen Absprachen direkt – unter Einbezug der Leitung – getroffen werden.*

In der Kooperation mit Familienangehörigen hat es die MoRe manchmal mit Ehepartnern zu tun, die überfürsorglich sind, und manchmal sogar mit Pfleger*innen, die den Bewohner*innen nichts zutrauen. Rehabilitation ist aber systemische Therapie. Es konnte öfters helfen, Ehepartnern und der Pflege während der Maßnahme der Mobilen Rehabilitation, aber auch darüber hinaus zu zeigen, dass der Bewohner etwas kann und gern tut, was Ehepartner und manchmal Pflege ihm nicht zutrauen wollten. Empfehlung:

6. *Ein bewährtes Verfahren schon im Interesse der Nachhaltigkeit von MoRe ist es, Ehepartner und die Fachpflege zu Beteiligten im Rehabilitationsprozess zu machen.*

Selbstbestimmte Teilhabeziele bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Resignation

Viele Bewohner*innen haben kognitive Einschränkungen oder sind resigniert. Dann können sie ihre Rehabilitationsteilhabeziele nicht während einer 40-minütigen Anamnese nennen. Bei Bewohner*innen mit einer Demenz kommt dieses Problem häufig vor. Die MoRe-Ärztin und das MoRe-Team allein können es in der Eingangsuntersuchung/Aufnahmegespräch nicht lösen. Die Fachpflege stellte jedoch an allen 5 Standorten überzeugend dar, dass eine Fachpflegerin die Teilhabebedürfnisse körpersprachlich gut aus den Bewegungen erkennen kann, wenn sie den Rehabilitanden aus der Pflege länger kennt. Auch Familienmitglieder sind, sofern erreichbar, hilfreich. Die gemeinsame Einschätzung lautet: „Für die Pflegenden ist jedes Erreichen des Rehabilitationsziels, jede glücklich verbesserte selbstbestimmte Teilhabe einer Bewohnerin die wichtigste Bestätigung und Belohnung der eigenen Arbeit."

Beispiele solcher genannter, individueller selbstbestimmter Teilhabe sind:

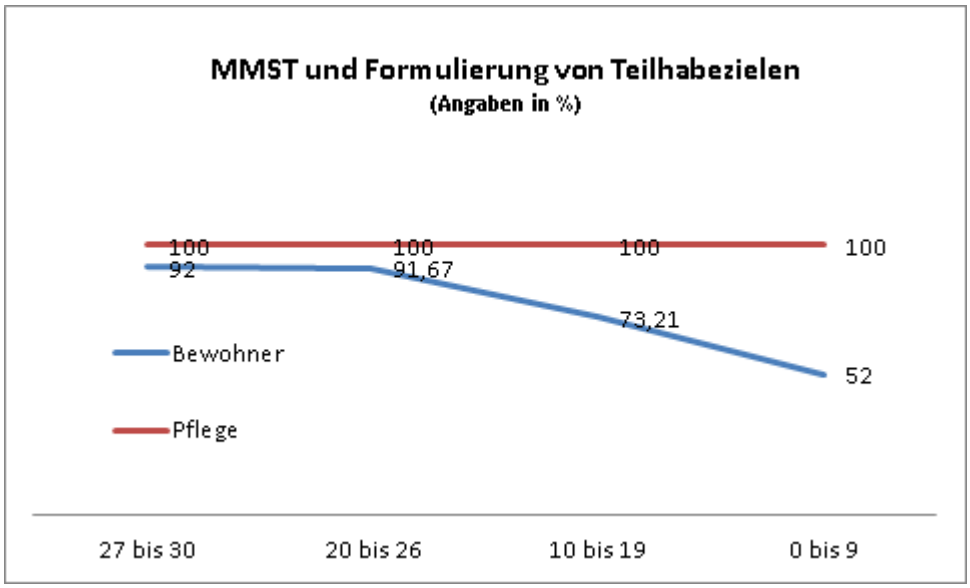
Voliere versorgen können/ Im Park in der Sonne sitzen können/ Pflanzen versorgen können /
Auf die Toilette gehen können /Mit Familie und Freunden feiern können, u.a.

7. *Ohne die Fachpflege kann das MoRe-Team z.B. bei kognitiven Beeinträchtigungen motivierende Rehabilitationsziele nicht erarbeiten. Erst diese mobilisieren aber die Kräfte, die für das Durchstehen und die Nachhaltigkeit der Rehabilitation nötig sind. Eine Fachpflegerin kann die Teilhabebedürfnisse körpersprachlich gut aus den Bewegungen erkennen, wenn sie den Rehabilitanden aus der Pflege länger kennt.*

‚Mangelnde Motivation' ist oft schwer zu unterscheiden von einer Form der Depression oder auch der Resignation. Doch Resignation, selbst Depression, sind Phänomene, die in einer Rehabilitation bearbeitet werden können, sie sprechen also nicht gegen eine Rehabilitation. Ohne Input der Bezugspflege hätte das Rehabilitationsziel in vielen Fällen nur schwer gefunden werden können (vgl. Abbildung 16), was zu folgender Empfehlung führt.

8. *Sehr bewährt hat sich die Zusammenarbeit von Fachpflege und MoRe bei der Rehabilitationszielfindung, also der Identifikation des selbstbestimmten Teilhabeziels (gemäß §1 ff. SGB IX), das die Rehabilitationsbedürftigen überhaupt erst motiviert*.

Abbildung 16 Formulierung von Teilhabezielen und kognitive Beeinträchtigung



(siehe unter Punkt 11. Promotion: N. Martin und J. Behrens)

Der Abbildung 16 ist zu entnehmen, dass die Fachärztinnen (aus den Promotionsvorhaben im Projekt, siehe Punkt 11) der klinisch-epidemiologischen Reihenuntersuchung (Teilprojekt A) bis zu einem Minimental-Status (MMST) von 20 Teilhabeziele noch zu 92 % von den Bewohner*innen selber im Gespräch erfahren konnten (blaue Linie). Bei einem MMST von 10 bis 19 konnten die Fachärztinnen dies noch zu 73,21 %, bei einem MMST von 0 – 9 zu 52 %. Die Pflege konnte auf Grund ihrer langen und intensiven teilnehmenden Beobachtung der Bewohner*innen in 100 % aller dokumentierten Fälle Teilhabeziele identifizieren (braunrote Linie). Das heißt, bei einem MMST von 0 bis 9 übernahmen die Fachärztinnen bei der Hälfte aller Bewohner*innen von den teilnehmend beobachtenden Pflegenden die Teilhabeziele der Bewohner*innen.

Das größte Teilhabebedürfnis der meisten Bewohner*innen ist es, am Leben der Familie und der Freunde teilzunehmen wie vordem. Doch die Erfahrung in der Pflege ist: „Weihnachten gibt es hier eigentlich die meisten Tränen. Wir laden immer die Angehörigen zu unseren Veranstaltungen und Festen ein. Die wenigsten Angehörigen kommen, weniger als 20 %." Eine Lösung ist schwierig. Vielleicht passen die Termine und Festgestaltungen den Familienangehörigen nicht so richtig? Eine Einrichtungsleitung hat begonnen, Vereinen Räume zur Verfügung zu stellen, wenn die Vereine Bewohner*innen an den Vereinsaktivitäten teilnehmen lassen. Das bewährte sich in den beiden beobachteten Jahren. Die MoRe, die ja viel Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Familien und Freunden hat, kann versuchen, in der Rehabilitation Familie und Freunde einzubeziehen.

9. *Die MoRe sollte bei der Rehabilitationsplanung individuell Familie oder Freunde einbeziehen - soweit möglich -.*

10. *Die Pflegeeinrichtung kann durch Öffnung z.B. für Vereine, die Bewohner*innen an den Vereinsaktivitäten teilnehmen lassen, zu Kontaktmöglichkeiten und sozialer Einbindung beitragen.*

Immer wieder steht der richtige Umgang mit der Tatsache an, dass sich Rehabilitations- und Teilhabeziele im Laufe des Rehabilitationsprozesses regelmäßig ändern können. Sie können sich erweitern, aber auch verengen. Sie erweitern sich z.B. nach Schlaganfall, wenn auf die Wiedergewinnung elementarer Funktionen das Ziel folgt, in der stationären Einrichtung an die frühere Tätigkeit teilweise anknüpfen zu können. Ziele verengen oder verändern sich andererseits, wenn eine körperliche oder psychische Funktion nicht mehr zurückzugewinnen ist. Dann ist selbstbestimmte Teilhabe auf andere Weise zu verwirklichen. Diese andere Art und Weise wird das neue Rehabilitations- und Pflegeziel.

11. *MoRe und Bezugspflege bleiben gemeinsam verantwortlich für die Anpassung des Rehabilitationsziels.*

Zugang zur Rehabilitation und Antragstellung

Obwohl die Pflege und oft die sozialen Dienste der Pflegeeinrichtungen bei einer Reihe von Bewohner*innen den Nutzen einer MoRe zu erkennen meinen, war aus den teilnehmenden Einrichtungen bisher so gut wie niemand auf Empfehlung der Fachpflege in MoRe gekommen. Fast alle bisherigen MoRe-Rehabilitanden kamen nach bzw. durch einen Krankenhaus-Aufenthalt in MoRe. Ein Grund für diese Diskrepanz war, dass in der Pflegeeinrichtung die gesetzlich mögliche Prozedur der MoRe-Beantragung nicht bekannt ist. Das MoRe-Team konnte Aufklärung und Unterstützung bei der Antragstellung anbieten. Von den Hausärzt*innen wurde dieses Angebot in den vergangenen beiden Jahren nur selten angenommen.

12. *Die MoRe informiert die Einrichtung per Flyer über die Beantragungs-Prozedur und unterstützt die Hausärzt*innen beim Ausfüllen der Formulare, falls diese das wünschen.*

Denkbar (am Standort Bad Kreuznach seit vielen Jahren erprobt und bewährt) ist es dass die Hausärzte die Möglichkeit haben sollten, den Bedarf an Rehabilitation, an noch unausgeschöpften Behandlungsmaßnahmen oder an anderen Maßnahmen außerhalb der medizinischen Rehabilitation durch den Arzt eines Mobilen Rehabilitationsteams ermitteln zu lassen. Dies erfolgt in Bad Kreuznach so, dass der Haus- oder Facharzt auf einem eigens entwickelten Formular (1-seitig) die Durchführung eines Rehabilitationskonsils durch die MoRe-Einrichtung bei der Krankenkasse beantragt. Nach Genehmigung durch die Krankenkasse ermittelt der Arzt der MoRe im Rahmen eines Hausbesuches (ggf. im Pflegeheim) umfassend den Bedarf und erstellt bei entsprechendem Bedarf einen Antrag auf MoRe für die GKV (unter Benachrichtigung des Hausarztes) oder verfasst einen umfassenden Befundbericht mit Vorschlägen für weitere Maßnahmen, z.B. Heil- und Hilfsmittelversorgung, medikamentöse Therapie, Änderung der pflegerischen Maßnahmen, der Raumgestaltung etc.. Dieses Verfahren stellt sicher, dass der Hausarzt bei Unsicherheit über das Bestehen einer Rehabilitationsindikation einschlägige Expertise in Anspruch nehmen kann und ggf. einen umfassenden Vorschlag für weitere Maßnahmen erhalten kann. Dies wird in Bad Kreuznach in 40-60 Fällen im Jahr genutzt. Dafür wurde eine Vergütungsvereinbarung getroffen. Diese Lösung könnte ohne weiteres auf andere Standorte der MoRe, aber auch auf andere Einrichtungen der Rehabilitation übertragen werden.

13. *Die Einrichtung der MoRe sollte die Möglichkeit haben, den Rehabilitationsbedarf (oder Alternativen) abzuklären, z.B. in Form eines Rehabilitationskonsils.*

Darüber hinaus sollten die Möglichkeiten für GKV-Versicherte so verbessert werden, dass ihre Rehabilitationsbedürftigkeit ambulant vor einer Antragsstellung ermittelt wird. Daher wird ein Vorschlag zu Anregungsrecht und Anregungspflicht, Unterstützungsrecht und Unterstützungspflicht der Pflege und der Therapeut*innen entwickelt. Dieses Vorgehen ist gesetzeskonform, es war nur in den Pflegeeinrichtungen nicht bekannt.

14. *Stationäre Pflegeeinrichtungen informieren rehabilitationsbedürftige Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen, dass jeder das Recht hat, für sich selber einen Rehabilitationsantrag zu stellen. Auf Wunsch unterstützt die Pflege bei der Formulierung des Rehabilitationsantrags, unabhängig vom Hausarzt (gem. § 19 SGB IV).*
15. *Auch hat jedes Mitglied eines Gesundheitsberufs nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, den Betroffenen bei einem auf Grund einer Behinderung vermuteten Bedarf an Teilhabeleistungen einer Ärzt*in, einer Anspruchsstelle für Rehabilitation oder der „Unabhängigen Teilhabeberatung (§ 60, § 61 SGB IX), vorzustellen.*

MoRe-Anträge sind kompliziert, oft werden sie erst im ebenfalls komplizierten Widerspruchsverfahren genehmigt. Auch hierbei kann die MoRe-Koordination unterstützend tätig werden.

16. *Auf Wunsch der Antragsteller*innen hilft die MoRe-Koordination bei der Antragstellung und dem Widerspruchsverfahren.*
17. *Der MDK sollte verstärkt eine persönliche Begutachtung durchführen und sollte nicht nur nach Aktenlage urteilen bzw. lediglich bei einem Vertragsarzt Unterlagen erbitten (entspricht mittlerweile gesetzlicher und untergesetzlicher Regelung). Die Prüfung des Antrags sollte durch den MDK erfolgen, nicht allein auf der Sacharbeiterebene der Krankenkasse.*

Während die Ziele der Pflege durch MoRe unterstützt werden, besteht mit niedergelassenen Therapeuten und Hausärzten insofern möglicherweise eine partielle Konkurrenzsituation, als Therapeuten während der Dauer einer MoRe-Maßnahme keine Leistungen abrechnen können. Niedergelassene Therapeut*innen haben in den untersuchten Pflegeeinrichtungen eine große Bedeutung, einige kommen fast täglich in die Einrichtung. Bei dem großen Bedarf an Therapien machte sich die objektiv partielle Konkurrenzsituation über den Zeitraum nicht oft bemerkbar.

18. *Vor allem sind die Therapeuten bei der Nachhaltigkeitsplanung einzubeziehen, von der an sie ihre MoRe-Kolleg*innen ja wieder ablösen.*

Ein Problem wurde eruiert, dass Hausärzt*innen oft lieber mit MoRe-Ärzt*innen sprachen als mit Therapeut*innen und der Fachpflege. Das konnte durch MoRe behoben werden.

19. *MoRe achtet darauf, wenn Hausärzt*innen lieber mit MoRe-Ärzt*innen als mit Therapeut*innen oder der Fachpflege sprechen möchten, diese dennoch einbezogen werden.*

In fast allen stationären Einrichtungen gehörten zum Team Betreuungskräfte nach § 43 b SGB XI. In der Hälfte der einbezogenen Einrichtungen handelte es sich zumeist um Ergotherapeut*innen, die auch Ehrenamtliche betreuten (vgl. Richtlinie nach § 53 c SGB XI). Sie sorgten zusammen mit Geistlichen und Ehrenamtlichen nicht nur für das Gruppen-Programm (Malen, Singen, Gymnastik, (Stuhl)tanz, Lesen, Vorlesen von Zeitungen und Prosastücken, Spiele, Gottesdienste), sondern boten diese Programme auch individuell an. Diese Tätigkeit gewinnt in Zukunft noch an Bedeutung.

Eine mögliche unerwünschte ‚Nebenwirkung' wurde eruiert: Die Anwesenheit von Betreuungskräften könnte dazu führen, dass sich die Pflegekräfte umso mehr auf Verrichtungen reduzieren, sich also von teilhabeorientierten Betreuungen und Unterstützungen entlastet oder ausgeschlossen fühlen. Diese Gefahr besteht bei jeder Funktionstrennung zwischen Berufsrollen und Personen. In den untersuchten stationären Einrichtungen realisierte sich diese Gefahr nicht. Die Anwesenheit fest angestellter Ergo-, aber auch Physiotherapeutinnen im Pflegeteam kann die rehabilitative Kompetenz des Pflegeteams fördern und war nicht zu kritisieren.

20. *Die Integration der sozialarbeiterisch, ehrenamtlich, ergotherapeutisch oder angelernt durchgeführten zusätzlichen Betreuung unter pflegerischer Leitung sollte gefördert werden, insbesondere im Hinblick auf die Verwirklichung von Teilhabezielen.*

7 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs entspricht die erreichte Bewohnerschaft in der Verteilung von Alter, Geschlecht und Pflegestufen ziemlich gut den Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege laut Pflegestatistik (Frauenanteil 71,8 %, Altersmedian 85 Jahre, Pflegestufe I 38,8 %, II 39,6 %, III 20,5 % und ohne Zuordnung 1,1 %)[11], auch wenn die Stichprobe keine repräsentative Auswahl darstellt.

Die Vorbereitung wie auch die Durchführung der Begutachtungen setzte eine weitreichende Mitarbeit der Pflegekräfte in den Einrichtungen zwingend voraus. In der Regel wurden Einrichtungen für die Teilnahme gewonnen, zu denen bereits gute Kontakte der Studienzentren bestanden, die die notwendige Kooperationsbereitschaft erwarten ließen. Dies wurde durch eine überwiegend hohe Akzeptanz der Studie bestätigt, die die Durchführung erst möglich machte. Im Hinblick auf die Zugänge zu therapeutischer bzw. rehabilitativer Versorgung kann die erfolgte Clusterwahl aber bedeuten, dass die beteiligten Pflegeeinrichtungen eine Positivauswahl mit besonderem Interesse an rehabilitativen Maßnahmen darstellen. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Bewohnerschaft von Pflegeeinrichtungen im Allgemeinen ist somit nicht gegeben und wurde auch nicht als realisierbar angestrebt.

Bedeutsam sind die Resultate zu den Stufen des Feststellungsprozesses. Die Untersuchung kann deshalb zeigen, dass die Rehabilitationsempfehlung wesentlich abhängig von Kontext (hier vor allem Verfügbarkeit medizinischer Rehabilitation zu Hause bzw. in stationären Pflegeeinrichtungen, wo der geringen Belastbarkeit der potentiellen Rehabilitand*innen eher Rechnung getragen werden kann) und abhängig von der pflegerisch-therapeutischen Bewältigung von Resignation (hier Rehabilitationsmotivation) ist. Angesichts dieser Gemengelage stellt sich die Frage, ob die Schwellen bis zur Indikationsstellung bei dieser Klientel ggf. niedriger oder anders zu definieren wären. Kann beispielsweise erwartet werden, dass langfristige Verordnung von Heilmitteln bei chronischen Patient*innen nutzen, wenn Kontexte dabei nicht berücksichtigt und beeinflusst werden können? Die systematische Überprüfung relevanter Umwelt- oder Kontextfaktoren wäre anzuraten.

[11] Pflegestatistik 2015. Hrsg. Statistischen Bundesamt, Wiesbaden Jan 2017

Sind Unterschiede im Bedarf Untersucher*innen-Effekte?

Die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte waren standortweise eingesetzt und jeweils Beschäftigte der Kliniken bzw. der Mobilen Rehabilitation. Eine allgemeine Verzerrung kann vermutet werden aufgrund der Erfahrung und spezifischen Kenntnis der Möglichkeiten mobiler Rehabilitation. Darüber hinaus können unterschiedliche Handhabung des Instrumentariums unterschiedliche Ergebnisse bewirken.

Die klinisch-epidemiologische Untersuchung lässt z.T. deutliche Unterschiede in der Häufigkeit von Rehabilitationsbedürftigkeit bis zur Rehabilitationsindikation in den unterschiedlichen Erhebungsebenen (Pflegeeinrichtungen, Standorte) zu. In der Analyse war zu klären, ob es sich dabei eher um eine Verzerrung durch die Person der ärztlichen Fachgutachter*in handele oder um einen tatsächlichen Unterschied. Da die Unterschiede auch zu beobachten waren, wenn dieselbe Untersucher*in die Feststellung in verschiedenen stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt hatte, kann eine Verzerrung durch den Untersucher*innen-Effekt eher ausgeschlossen werden. Es spricht daher viel dafür, dass es sich um tatsächliche Unterschiede zwischen den Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen handelte. Über Erklärungen für diese Unterschiede soll hier nicht spekuliert werden. Unterschiede zwischen Einrichtungen zu bemerken, ist der Grund, warum multizentrische Studien unternommen werden.

Über die Laufzeit der Teilstudie lassen sich auch Lerneffekte unter den Untersucher*innen feststellen, die auf Maßnahmen zur Vereinheitlichung und Validierung zurückzuführen sind (Schulung zu Beginn, Diskussion erster erhobener Fälle im Teilprojekt B1a). Beides, eine Verzerrung mit wahrscheinlicher Unterschätzung wie eine Überschätzung, trat in Einzelfällen zu Beginn auf. In der internen Qualitätskontrolle durch Diskussion von Beispielsfällen gab es Hinweise, dass an einigen Entscheidungspunkten Erfahrungswissen und Bewertung einzelner in die Betrachtung eingehender Informationen eine große Rolle spielen. Durch den standardisierten, modular aufgebauten Erhebungsbogen wird dieser Umstand nur limitiert erfasst. Untererfasste Informationen und Begründungen sind aber im Diskurs oder einer ausformulierten Synthese vermittelbar und nachvollziehbar, wie das Validierungsverfahren zeigte (siehe dort).

Überschätzung des Bedarfs durch Non-Response?

Die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie zeigte sich höchst heterogen zwischen den einzelnen Einrichtungen. Natürlich war es möglich, dass eine Zustimmung durch die Bevollmächtigte bzw. gesetzliche Betreuer nicht gegeben wurde. Beobachtet wurde das insbesondere für nicht einwilligungsfähige Bewohner*innen in einer Einrichtung mit einer Realisierungsquote von lediglich 49 %. Oder die Pflegebedürftigen selbst versprachen sich nichts von einer Teilnahme.

Der Umfang der Nichtteilnahme erhöht die Wahrscheinlichkeit einer selektiven Stichprobe, doch bedauerlicherweise sagt er nicht viel darüber, ob und in welchem Ausmaß diese Ausfälle ergebnisrelevant sind. Um einen möglichen Bias, der zur Verfälschung der Ergebnisse führen könnte zu ermitteln, wurde ein Verfahren eingesetzt, das zumindest Hinweise auf das Rehabilitationspotential der Nichtteilnehmenden und eine mögliche Selektivität liefern konnte. Da den Ärztinnen und Ärzten keine differenzierte Beurteilung möglich war, wurden Pflegekräfte, die mit den Bewohner*innen vertraut sind, gebeten, eine allgemeine Einschätzung zu geben. Für die eingeschätzten Personen wurde das Votum „Rehabilitation durchaus möglich“ in jedem vierten Fall vergeben (24 %) und war in der

Größenordnung der ärztlichen Feststellung vergleichbar (wie in Kapitel 6.1 ausgeführt). Auch in der genannten Einrichtung mit der geringen Realisierungsquote fand diese Überprüfung statt, mit ähnlichem Ergebnis.

Wenn die Güte der erhaltenen Aussagen auch nicht vergleichbar ist, muss man insgesamt nicht davon ausgehen, dass generell von einer Verzerrung durch Positivselektion (jene, die sich etwas erwarten von der Untersuchung, nehmen bevorzugt teil oder werden gefragt) und Überschätzung des Rehabilitationsbedarfs auszugehen ist.

Studiendesign und Vergleichsgruppe

Das Design einer CCT für die Verlaufsstudie resultierte aus juristischen, ethischen und auch praktischen Gründen, die bereits der Sachverständigenrat als methodisches Problem der Evidenzbasierung in der Rehabilitationsforschung erkannte. Limitationen für die Aussage der Studie wurden in den ersten Diskussionen mit dem Projektbeirat offengelegt (s.u.). Beobachtete Veränderungen in der Rehabilitationsgruppe können zwar nicht kausal der Mobilen Rehabilitation zugeschrieben werden, aber plausibel gemacht werden.

In der Bildung der Vergleichsgruppe ist alleine durch die fehlende Antragstellung und Bewilligung bereits systematisch ein Unterschied gegeben. Die Gründe, warum keine MoRe aufgenommen wurde (Antragsstellung, Ablehnung, Nicht-Inanspruchnahme) konnten wegen des hohen Aufwandes nicht systematisch für alle Untersuchten mit einer MoRe-Empfehlung eruiert werden. An einem Standort gelang es, in allen Fällen, in denen eine Indikation gestellt wurde, die aber später an keiner MoRe teilnahmen, zu prüfen, ob bei ihnen ein Antrag abgelehnt oder gar nicht erst gestellt worden war. Hier wurde gar nicht erst ein Antrag gestellt. Das ist wichtig festzustellen, weil der systematische Unterschied damit nicht generell auf das sozialmedizinische Gutachten zurückzuführen ist, oder die Zuverlässigkeit der Bedarfsfeststellung in der Studie relativiert wird. Auch zeigten sich in den personenbezogenen Eigenschaften der Pflegebedürftigen Unterschiede, die mit multivariaten Verfahren nur limitiert kontrolliert werden können.

Inwieweit ist Teilhabe als Outcome messbar?

Eine Intention der Studie bestand darin, zu erproben, ob Teilhabe, das gesetzliche Ziel mobiler Rehabilitation, als Outcome messbar ist. Der Vorschlag bestand darin, dass jede Person sich über ihr höchst individuelles Teilhabeziel klarwerden und es körpersprachlich oder verbal erkennen lassen sollte. Standardisiert wird die Erfassung ihres Erreichens gemessen mit einer fünfstufigen Skala (O = gar nicht erreicht, 4 = voll und ganz erreicht). Kognitive Einschränkungen machten die Identifikation individueller Teilhabeziele nicht unmöglich. Selbst wenn verbale Äußerungen nicht mehr verständlich möglich waren, waren doch körpersprachliche Äußerungen zu deuten. Allerdings verlangen sie geduldige Beobachtung dieser körpersprachlichen Äußerungen durch die Pflege, sowie die Berücksichtigung biographischer Aspekte, vorhandener reflektierter Alltagserfahrungen sowie des Krankheitsverlaufes. Dieses Verfahren setzt bei Bezugspflege viel Zeit voraus, die nicht in allen Fällen für die Zieldefinition aufgebracht werden konnte. Bei genügend Zeit wäre sie in allen Fällen möglich gewesen. Auch stellen die individuell formulierten Ziele in der Regel nur einen Teilhabeaspekt heraus, wenngleich den mit der wahrscheinlich höchsten individuellen Relevanz

Auch wurde keineswegs immer die höchste Stufe der Skala, also Teilhabeziel „voll und ganz erreicht“, am Ende der MoRe eingenommen. Der durchschnittlich erreichte Wert 2,3 lässt erkennen: Die Ziele

waren so dokumentiert, dass sie nur teilweise erreicht werden konnten. Zusammenfassend lässt sich daher: Das sehr kappe Instrument einer offenen Abfrage individueller Teilhabeziele und die likertskalierte Erfassung ihres Erreichens kann weiterempfohlen werden. Es ersetzt aber keine Instrumente, die ‚output' und ‚input' (vgl. Behrens et al 1997) erfassen.

8 GRENZEN DER STUDIE

Das Forschungsvorhaben zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation ist mit einem Methodenmix und Instrumentenwahl empirisch mehrdimensional und breit aufgestellt. Gleichsam wird in einigen Messdimensionen Forschungsneuland betreten. Naturgemäß zeigen sich Begrenzungen in der Aussagestärke dieser Studie, die bereits schon punktuell erwähnt wurden, hier jedoch nochmal zusammenfassend aufgelistet und erörtert werden. Damit gewinnt die Thematik der Grenzen dieser Studie eine Beachtung, die für die weitere Rehabilitationsforschung genutzt werden kann.

1. Bedarfsanalyse

Der Rehabilitationsbedarf wird auf Grund festgelegter Kriterien und mehr oder weniger festgelegter Prozesse ermittelt.

Die Kriterien für einen Bedarf an einer Leistung der medizinischen Rehabilitation sind teilweise gesetzlich, teilweise durch Rahmenempfehlungen und teilweise durch Begutachtungsempfehlungen normiert. Diese beziehen wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen ein. Ein Bedarf an einer Leistung setzt voraus, dass die Leistung vorhanden und geeignet ist, diesen Bedarf zu decken.

Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes wird zudem seit Inkrafttreten des BTHG in Teil I des SGB IX stärker als bisher reglementiert, u.a. durch § 13 SGB IX. In diesem werden in Abs. 1 systematisierte Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel gefordert, in Absatz 2 die Inhalte einer funktionsbezogenen und individuellen Bedarfsermittlung, die nachprüfbar sein und dokumentiert werden müssen.

Für die Bedarfsermittlung an Leistungen medizinischer Rehabilitation bei Pflegebedürftigen fehlt ein allgemeiner Referenzstandard. Weder erscheinen die haus- bzw. fachärztliche Verordnung von Rehabilitationsleistungen im ambulanten Sektor, die Beantragung von Anschlussrehabilitationsleistungen noch die Beurteilung des Rehabilitationsbedarfes im Rahmen der Pflegebedürftigkeitsbegutachtung zuverlässig das Rehabilitationspotential zu erkennen und in ein Antragsverfahren zu überführen. Insofern erscheint auch das in der Studie gewählte Verfahren willkürlich bzw. als forschungsmethodische Setzung, für die gute Gründe angeführt werden müssen, die aber dennoch nicht beanspruchen können, das Referenzverfahren zu sein.

Das hier gewählte Verfahren besteht in einer fachärztlichen Begutachtung durch in der geriatrischen Rehabilitation erfahrene Fachärzt*innen unter Beachtung der Rahmenempfehlung mobile geriatrische Rehabilitation, der Rehabilitationsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses und der Begutachtungsempfehlungen des MDS „Vorsorge und Rehabilitation" in Form einer persönlichen Befragung in der häuslichen Umgebung (hier Pflegeheim) und Auswertung der von Hausärzten dokumentierten Diagnosen und vor allem der von der Bezugspflege übernommenen Beobachtungen, sowie einer Analyse der Pflegedokumentation und ggf. vorhandener Arztbriefe und der Erhebung der

Fremdanamnese von Bezugspersonen und/oder Pflegekräften. Dieser Plausibilitätsprüfung gegenüber blieben Anteile einer klinischen Untersuchung gering (Fragen aus der Anamnese, Gesprächsverhalten des Patienten, Beobachtung der Spontanmotorik etc.). Damit unterscheidet es sich vom Verfahren beim Hausarzt, der in der Regel die Krankengeschichte, die Persönlichkeit und das Umfeld des Patienten kennt, jedoch meist über keine umfassende Kenntnis über die Möglichketen der Rehabilitation verfügt. Auch der Zugang des Pflegegutachters ist unterschiedlich, da er umfassende Ermittlungen zum Pflegebedarf unternimmt, häufig weitere medizinische Unterlagen zur Verfügung hat und in der Regel die häusliche Umgebung des Patienten kennenlernt, wobei ihm in der Regel eigene Kenntnisse über die Rehabilitationsmöglichkeiten fehlen und die Untersuchungssituation durch die Begutachtung eines für den Betroffenen finanziell relevanten Sachverhaltes geprägt ist. Auch das Vorgehen des Stationsarztes bei der Veranlassung von Anschlussrehabilitationsleistungen hat andere Eigenschaften: Er kennt in der Regel die aktuelle Krankheit des Betroffenen sehr gut, oft auch weitere Diagnosen, jedoch nicht die Patientengeschichte, nicht das Umfeld und meist auch nicht das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit vor der akuten Krankenhausbehandlung. Nicht allen Akteuren sind zudem die Indikationskriterien hinreichend bekannt, ebenso nicht die Erfolgswahrscheinlichkeiten für eine Maßnahme medizinische Rehabilitation.

Die Aussagekraft der Studie ist insofern limitiert, als auch das gewählte Verfahren nicht alle relevanten und wünschenswerten Informationen ermitteln kann. Allerdings sind bei den Gutachtern der Studie die Indikationskriterien gut bekannt und auch die Möglichkeiten, durch medizinische Rehabilitation bestimmte Ziele zu erreichen. Die eigene praktische Rehabilitationserfahrung und der tägliche Umgang mit pflegebedürftigen Rehabilitanden sowie die zusammenfassende Beurteilung eines Rehabilitationsverlaufes bedeuten eine hohe Qualifikation für eine sachgerechte Beurteilung. Insofern ist der in der Studie verwendete Ansatz durch eine hohe rehabilitationsmedizinische Expertise der Untersucher und eine unmittelbare Fokussierung allein auf den Rehabilitationsbedarf geprägt. Dies kann zumindest zum Teil erklären, warum hohe Bedarfsquoten gefunden wurden.

Eine externe Validierung von 20 Fällen mit Experten des MDK hat zudem eine hohe Übereinstimmung der Beurteilungen ergeben. Insofern spricht vieles dafür, dass das Erhebungsverfahren sachgerecht ist: Dennoch ist das Ergebnis nicht auf jede andere Begutachtungssituation zu übertragen. Da ausdrücklich auch die Teilhabeziele des Betroffenen einbezogen und sämtliche vorhandenen Begutachtungskriterien (GBA-Richtlinie und MDS-Leitlinien) erfüllt wurden, ist aber die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine gesetzeskonforme und valide Beurteilung handelt, hoch. Eine umfassende Validierung müsste die Überprüfung der Erfüllung der Rehabilitationsprognose sowie der weiteren Wirkfaktoren umfassen. Dies kann mit dem Studiendesign nicht umgesetzt werden.

Dies ist in der Studie auch deshalb nicht möglich, da die Gruppe der MoRe-Rehabilitanden nicht dem Kollektiv der Bedarfsanalyse entstammt, so dass Einschätzungen des Rehabilitationserfolges bei den Personen, bei denen der Rehabilitationsbedarf festgestellt wurde, nicht erhoben werden konnten. Immerhin handelt es sich bei der Gruppe der Rehabilitanden um solche, bei denen ein Antrag auf MoRe genehmigt wurde.

Das untersuchte Kollektiv ist zwar multizentrisch zusammengesetzt und bezieht insgesamt 16 verschiedene Pflegeeinrichtungen in 5 Bundesländern ein. 622 Pflegebedürftige in der Langzeitpflege und 138 in der Kurzzeitpflege wurden persönlich fachärztlich untersucht. Das bedeutet, dass die Ergebnisse aus epidemiologischer Sicht nicht als streng repräsentativ anzusehen sind. Da jedoch die Auswahl der Pflegeheime nicht nach inhaltlichen Kriterien vorgenommen wurde und auch die sozio-

demographischen Daten der Untersuchten sich nicht wesentlich vom Gesamtkollektiv der Pflegebedürftigen in Heimen unterscheiden, dürfte der Bias gering sein. Allerdings kann die Bereitschaft zur Teilnahme und die Tatsache, dass in fast allen Heimen auch bislang schon MoRe in Einzelfällen stattfand, eine Selektion darstellen. Dies ist möglicherweise v.a. für den Versorgungsgrad mit Heilmitteln und Hilfsmitteln von Bedeutung. Auch kann dies bedeuten, dass besonders günstige Bedingungen für die Durchführung der MoRe vorhanden waren, die bei anderen Heimen so nicht gegeben sein könnte. Dieser positive Bias relativiert aber nicht die Bedarfsanalyse, im Gegenteil: In stationären Pflegeeinrichtungen ohne Erfahrung mit und Orientierung an Rehabilitation ist die Zahl rehabilitativ Unversorgter eher größer als in den untersuchten Pflegeeinrichtungen.

2. Evaluation der MoRe-Intervention

Die Interventionsgruppe ist verhältnismäßig klein und durch zahlreiche „Drop outs“ gekennzeichnet. Dies schränkt den qualitativen Gehalt der Studie nicht ein, ist jedoch bei der Beurteilung der Übertragbarkeit der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Des Weiteren weist die Vergleichsgruppe ohne Mobile Rehabilitation einige Unterschiede zur Interventionsgruppe auf und ist zudem zu klein, um als Kontrollgruppe statistische Schlüsse zuzulassen. Insofern kann diese Studie nicht den Anspruch erheben, die Wirksamkeit mobiler Rehabilitation zu beweisen. Immerhin können Veränderungen der MoRe-Gruppe gegenüber der Vergleichsgruppe plausibel gemacht werden, auch wenn nur ein semiquantitativer Vergleich möglich ist.

Die Studie unternimmt erstmals den Versuch, auch Teilhabeziele zu verfolgen und deren Umsetzung zu erfassen. Das Design der Studie und die vorhandenen Ressourcen geben nur die Möglichkeit, die Teilhabe und deren Verbesserungen näherungsweise zu erfassen. Eine umfassende Konzeption von den grundsätzlichen Möglichkeiten der Teilhabe in stationären Pflegeeinrichtungen ist erst an einigen Universitäten entwickelt worden und noch nicht in allen stationären Pflegeeinrichtungen verbreitet. Auch konnten nicht alle Teilhabesicherungskonzepte konsequent erfasst und im Verlauf beobachtet werden. Das hier gewählte Verfahren, sich an den Interessen des Bewohners zu orientieren, ermöglicht aber für die jeweilige Lebenssituation relevante Teilhabeaspekte zu erfassen. Die genutzten Instrumente sind erstmalig eingeführt und noch nicht ausführlich getestet wurden. Diese stellen aber zumindest eine Strukturierung des Diskurses zum Thema Teilhabe im jeweils einzelnen Rehabilitationsfall dar. Insofern sind Limitierungen vorhanden, indem wesentliche Aspekte der Teilhabe untersucht wurden, nicht aber die Teilhabe insgesamt. Hier sind weitere Forschungen erforderlich. So steht weltweit ein Instrument zur Messung der Teilhabe im biopsychosozialen Modell der ICF nicht zur Verfügung.

3. Zusammenarbeit von MoRe und Pflege

Der hier gewählte qualitative Zugang mit Organisations- und Entwicklungsprojekten erbrachte zahlreiche Erkenntnisse, die Probleme wie Herausforderungen und mindestens ein Jahr bewährte und tragfähige Lösungen bzw. Förderfaktoren in der Zusammenarbeit beschreiben. Auch die Einbindung der Pflegefachkräfte findet Berücksichtigung. Allerdings war es in der Studie nur in den untersuchten fünf stationären Pflege-Einrichtungen möglich, Modelle einer besseren Zusammenarbeit zu implementieren und zu evaluieren. Hier besteht ein weiterer Umsetzungs- und Forschungsbedarf. Insbesondere ist es nicht möglich, den Ressourcenbedarf bei Rehabilitationsteam und Pflegeeinrichtung für eine Optimierung der Zusammenarbeit abschließend zu quantifizieren. Dennoch lassen sich wich-

tige Hinweise für die Zusammenarbeit gewinnen. Von besonderer Bedeutung für die künftige Praxis und Forschung könnte sein, die rehabilitativen Kompetenzen von Pflegefachkräften zu erheben und Möglichkeiten von deren Verbesserung zu entwickeln, sowohl im Hinblick auf den Zugang als auch die unmittelbare Unterstützung der Rehabilitationsmaßnahme sowie im Heimalltag nach der Rehabilitation, aber auch ohne vorherige MoGeRe.

4. Gesundheitsökonomische Analyse

Die Möglichkeiten für eine ökonomische Analyse in dieser Studie waren sehr begrenzt. Um die ökonomischen Wirkungen von MoGeRe im Vergleich zu anderen Behandlungspfaden zu erfassen, müsste man verschiedene Kollektive nicht nur im Hinblick auf die Kosten der Maßnahme sondern insbesondere auf die gesamten Krankheitskosten sowie die individuellen privaten Kosten analysieren. Dazu bedürfte es neben der Möglichkeit, entsprechende Kollektive zu identifizieren, was ethische Probleme mit sich bringen kann, vor allem sämtliche Daten personenbezogen zu erfassen, die Krankheitskosten betreffen. Dies ist unseres Wissens noch für keine komplexe Intervention, wie sie eine Rehabilitationsmaßnahme darstellt, im Gesundheitswesen gelungen.

Die betriebswirtschaftliche Analyse basiert auf den erhobenen Kosten der beteiligten MoRe-Einrichtungen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass andere Träger andere Kosten ermitteln würden, sei es auf Grund regionaler Unterschiede (Fahrzeiten), sei es auf Grund anderer Personalkosten (z.B. bei Einrichtungen ohne Tarifbindung).

5. Implementation der MoRe im Gesundheitswesen

Hier muss sich die Studie auf die Darstellung von Optionen und Modellrechnungen beschränken. Insbesondere bleibt offen, in welchen Fällen mit festgestelltem Rehabilitationsbedarf es auch bei optimalen Prozessgestaltungen tatsächlich zur Einleitung und Durchführung einer MoRe kommen würde. Insofern kann aus dem Bedarf nicht die Folgerung gezogen werden, dass entsprechend dem ermittelten Bedarf 1:1 bedarfsdeckend Einrichtungen der MoRe errichtet werden müssen. Die Studie zeigt, dass in jeder Region MoRe angeboten werden sollte, gerade auch für Heimbewohner, da zweifellos eine Personengruppe existiert, die ohne MoRe keine Chancen auf Verbesserung der Teilhabe hätte. Deshalb beschränkt sich die Darstellung zunächst auf eine Modellrechnung, die als Minimallösung anzusehen ist. Eine exakte Zahl benötigter Einrichtungen der MoRe kann jedenfalls aus der Studie nicht ermittelt werden.

9 GENDER MAINSTREAMING ASPEKTE

In der angewandten Forschung bedeutet die Berücksichtigung von Genderaspekten, die vielfältigen Lebensrealitäten von Frauen und Männern und die daraus entstehenden unterschiedlichen Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Im Untersuchungsfeld stationärer Pflege war zu erwarten, dass mehrheitlich Frauen zum Untersuchungskollektiv zählen. In der Studie zur Bedarfsfeststellung wurden entsprechend der Verteilung mehr pflegebedürftige Frauen eingeschlossen. In der Verlaufsstudie des zweiten Studienblocks nahmen relativ gesehen zufällig mehr Männer an einer mobilen Rehabilitation teil. Eine Überrepräsentation eines Geschlechts (Schichtung in der Auswahl) wurde für keine der Teilstudien erwogen.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und wurde neben Persönlichkeitsfaktoren durch weitere Faktoren wie bspw. das Vorliegen einer Betreuung beeinflusst. Die Auswahl erfolgte unabhängig von Person und Geschlecht. Es ist nicht auszuschließen, dass Selbstselektion die Geschlechter in unterschiedlicher Form und Ausmaß betraf. Ein Vergleich mit der Statistik zur stationären Pflege zeigt jedoch, dass die geschlechtertypische Verteilung der in der Wirklichkeit vorfindlichen sehr nahe kommt und eine adäquate Repräsentation für gendersensitive Auswertungen gegeben ist.

Der spezifische Fokus der Studie auf individuelle Teilhabeziele als Ergebniskriterium, die sich nicht nur nach Geschlecht, sondern auch nach biographischen Relevanzstrukturen und biographischen Ressourcen sowie nach familialem Kontext sehr unterscheiden können und deren Erfassung in teilstandardisierter Form mindert die Gefahr von Stereotypisierung erheblich.

In der Auswertung fand Gender durchgängig als differenzierende Größe Berücksichtigung und wurde zu anderen Merkmalen in Beziehung gesetzt, um Scheinzusammenhänge zu entlarven. So wurde in der Bedarfsfeststellung zunächst ein höherer Anteil der Rehabilitationsindikationen für pflegebedürftige Männer festgestellt. Es konnte aber gezeigt werden, dass dieser sich auf unterschiedliche Lebenssituationen zurückführen lässt und auf einen mit dem Alter differierenden gesundheitlichen Status. Mit den Ergebnissen lässt sich anschließen an die Beobachtung aus der Pflegestatistik, dass die Pflegeprävalenzen von Männern und Frauen mit zunehmendem Alter mehr differieren und für Frauen höher ausfallen als für Männer. Die Analyse unterschiedlicher Auswirkungen einer Rehabilitation oder der Verläufe ohne Rehabilitation werden auf diese Zusammenhänge Bezug nehmen.

10 VERBREITUNG DER PROJEKTERGEBNISSE UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Bei der Nennung der Aktivitäten zur Dissemination werden die an der Studie beteiligten Kolleginnen und Kollegen jeweils als *et al.* involviert. Die Liste ist nach Datum aufwärts sortiert.

J. Behrens et al.: Wie kann man überhaupt die Zielerreichung selbstbestimmter Teilhabe, wie die Wirkung mobiler Rehabilitation, wie die Kooperationserfordernisse von Pflege und MoRe feststellen? DGG-Kongress Frankfurt 2015

H. Janßen et al.: Gesundheitsökonomie und mobile geriatrische Rehabilitation (MoRe), DGG-Kongress 7.-10.9.2016 , Stuttgart

F. Naumann, J. Behrens et al.: Förderliche und hemmende Faktoren: Zusammenarbeit zwischen Mobiler Geriatrischer Rehabilitation und stationärer Pflegeeinrichtung oder Wohngemeinschaft, DGG-Kongress 7.-10.9.2016 , Stuttgart

J. Behrens et al.: RCT und (Selbst-)Auswahlbias: Die Wirksamkeit von Rehabilitation am Beispiel Mobiler geriatrischer Rehabilitation von Bewohnerinnen stationärer Pflegeeinrichtungen. DGSMP-Kongress 14.-19.9.2016 Essen

J. Behrens et al.: Die Verwechslung von Zielen und Mitteln: Kein Assessment misst das Erreichen des gesetzlichen Rehabilitationszieles, oder? DGSMP-Kongress 14.-19.9.2016, Essen

H. Janßen et al.: Mobile geriatrische Rehabilitation (MoRe) - Gesundheitsökonomische Aspekte. DGSMP-Kongress 14.-19.9.2016, Essen

H. Janßen et al.: Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation - Bedarfsanalyse und Inanspruchnahme, Verlaufsanalyse, Zusammenarbeit mit der Pflege und Handlungsempfehlungen. 15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 5.-7.10.2016, Berlin

L. Köhler, J. Behrens, J.W. Kraft, F. Naumann, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, M. Warnach, H. Janßen: Versorgung mit Heilmitteln und rehabilitativen Maßnahmen im Pflegeheim. 15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 5.-7.10.2016, Berlin

L. Köhler, H. Janßen: Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation. Lehre und Forschung im Dialog, Hochschule Bremen, 2016

H. Janßen, L. Köhler: Rehabilitationsbedarf im Pflegeheim – Forschungsvorhaben Mobile Geriatrische Rehabilitation. Vortrag im Rahmen des Symposiums der BAG Mobile Rehabilitation *200 Standorte für Mobile Rehabilitation – Aufbruch in die Fläche?!,* Berlin 26.1.2017

J. Behrens et al.: Nur etwa einem Drittel der Rehabilitationsbedürftigen in der stationären Pflege kann zurzeit eine Rehabilitation empfohlen werden - Die Filter zwischen Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsempfehlung. DRV Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 20.-22.3.2017 Frankfurt a.M.

J. Behrens: Ergebnisse der OE-Verlaufsstudien und Fallbesprechungen des MoRe-Projekts. Bad Kreuznach 2017

L. Köhler et al.: Unterschiedliche Rehabilitationsbedarfe im Pflegeheim: eine Frage des Geschlechts? DGGG Sektionstagung 2017, Fulda

H. Janßen et al.: Eine Verlaufsanalyse mobiler geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen. Vortrag DGG-Kongress 9.9.2017, Frankfurt a.M.

H. Janßen et al.: Analyse des Rehabilitationsbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen. Vortrag DGG-Kongress 9.9.2017, Frankfurt a.M.

H. Janßen et al.: Bedarf, Inanspruchnahme und Wirkung mobiler geriatrischer Rehabilitation in der Langzeitpflege. Posterbeitrag DGG-Kongress, Frankfurt a.M. 2017

H. Janßen et al.: Untersuchung zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der mobilen geriatrischen Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen. Vortrag DGSMP Lübeck 2017

L. Köhler, J. Behrens, J.W. Kraft, F. Naumann, M. Pflug, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, S. Thiel, M. Warnach, H. Janßen: Bedarf und Inanspruchnahme mobiler geriatrischer Rehabilitation in der Langzeitpflege. Posterbeitrag DGSMP Lübeck 2017

H. Janßen et al.: Wie leistungsstark ist die mobile geriatrische Rehabilitation? Bedarf und Verlaufsanalyse einer neuen Versorgungsform. Vortrag 16. Kongress DNVF Berlin 2017

H. Janßen et al.: Mobile geriatrische Rehabilitation (MoRe) – Gesundheitsökonomische Analysen. Vortrag im Rahmen des Workshops der BAG Mobile Rehabilitation, Hannover 2017

H. Janßen, L. Köhler: Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation. Fachtagung *Aktuelle Diskurse und Forschungsergebnisse zum Thema Lebensqualität - Zum Wohlbefinden in den Bereichen Arbeit, Freizeit und Gesundheit.* Forschungscluster Lebensqualität Hochschule Bremen, 2018

H. Janßen et al.: Allgemeiner Rehabilitationsbedarf und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation in der Langzeitpflege. Vortrag DRV Rehabilitation-Kolloquium München 2018

J. Behrens et al.: Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation (MoRe) in stationären Pflegeeinrichtungen. Ergebnisse klinisch-epidemiologischer Reihenuntersuchungen und Organisationsverlaufs-Studien. Vortrag DRV Rehabilitation-Kolloquium München 2018

S. Thiel, J. Behrens: Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeheimen und Kurzzeitpflege. Vortrag DRV Rehabilitation-Kolloquium München 2018

J. Behrens: Die Nutzung externer Evidence setzt den Aufbau interner Evidence voraus. Belegt am Aufbau interner Evidence mit kognitiv Eingeschränkten im MoGeRe-Projekt des BMG. Symposium des kcg (Norbert Lübke), des IQWiG (Jürgen Windeler), des MDS (Gronemeyer), des Instituts für Public health der Universität Bremen und des Frankfurter Institutes für Supervision, Institutionsanalyse und Sozialforschung (ISIS e.V., Johann Behrens) auf dem Evidence based Medicine Kongress, Graz 2018

Projektgruppe „Forschungsvorhaben (Mobile) Geriatrische Rehabilitation“: Abschlusstagung zum Forschungsvorhaben „Rehabilitationsbedarf und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation. Berlin, 16. Mai 2018

11 VERWERTUNG DER PROJEKTERGEBNISSE: HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Die im Folgenden ausformulierten Handlungsempfehlungen (Teilprojekt C), Implikationen und Transferanregungen beziehen sich unmittelbar auf die Ergebnisse der Teilstudien A und B. Die mobile geriatrische Rehabilitation greift am Ende einer geriatrischen Versorgungskette mit einer vorrangigen Zielstellung der „Rehabilitation vor Pflege“ sowie der „Verbesserung der Lebenschancen“ mit der (aktiven) Teilhabe der Betroffenen am sozialen Leben und der Gesellschaft. Die Ausführungen zur Verwertung der Projektergebnisse widmen sich dem Bedarf und Fragen der Bedarfsdeckung, dem Zugang zur mobilen Rehabilitation, der Durchführung der Rehabilitation, der Überleitung und Nach-

sorge, den strukturell relevanten Aspekten der geriatrischen Versorgungsstruktur und der Finanzierung mobiler geriatrischer Rehabilitation, sowie abschließend Empfehlungen in der Weiterentwicklung der Basisdokumentation der Mobilen Rehabilitation.

11.1 REHABILITATIONSBEDARF

Erstmalig wurde nach anerkannten Kriterien auf der Basis des gesetzlich normierten Anspruchs von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf eine empirische Analyse des Bedarfes an Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Bewohnern und Kurzzeitpflegegästen in Einrichtungen der stationären Pflege durchgeführt. Diese erbrachte einen Bedarf bei 22,7 % der Dauerbewohner*innen und bei 32,6 % der Kurzzeitpflegegäste. Dieser Rehabilitationsbedarf wurde auf der Grundlage einer fachärztlichen Untersuchung für den Untersuchungstag festgestellt, wobei Erkenntnisse aus der individuellen Vorgeschichte zum bisherigen Verlauf einbezogen wurden. Dabei fand sich in einer nur ganz geringen Zahl ein laufender Rehabilitationsantrag. Die gefundene Größenordnung unterscheidet sich deutlich von den Bedarfen, die mit ca. 6 % im Rahmen der Reha XI Studie (vgl. Rothgang et al 2014) bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen gefunden wurde. Allerdings wurde bei der Referenzbegutachtung durch einen rehabilitationserfahrenen Facharzt mit erneutem Hausbesuch eine Quote von 18 % rehabilitationsbedürftiger Personen gefunden. Deshalb wurde in der Reha XI Studie die Frage einer gültigen Referenzbegutachtungsmethode aufgeworfen.

Auch die hier vorgelegte Untersuchung kann nicht beanspruchen, in jedem Falle den Anforderungen an eine mögliche Referenzmethode der Begutachtung zu entsprechen. Allerdings wurden die Beteiligungen durch rehabilitationserfahrene Fachärzte und Begutachtungen nach den gültigen Kriterien der Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS sowie der Rahmenempfehlung mobile geriatrische Rehabilitation einschl. der Ergänzungen vorgenommen und extern exemplarisch durch erfahrene MDK-Gutachter überprüft. Eine der beteiligten Fachärztinnen hat zudem eigene Erfahrungen aus der Begutachtung aus ihrer früheren Tätigkeit beim MDK Rheinland-Pfalz eingebracht. Dies und die Ergebnisse des Referenzverfahrens der Reha XI Studie legen insofern nahe, dass zumindest die Größenordnung des Rehabilitationsbedarfes korrekt und sachgerecht ermittelt wurde, auch wenn die untersuchte Population nicht mit der der Reha XI Studie identisch ist.

Dabei wurden nur dann Rehabilitationsindikationen gestellt, wenn Rehabilitationsziele realistisch erreichbar erschienen und der Patient für sich eine Rehabilitationsmaßnahme akzeptiert hat. Hat der Patient eine Teilnahme abgelehnt und schien nicht dazu motivierbar zu sein, wurde auf Grund der dann zu erwartenden ungünstigen Rehabilitationsprognose keine Rehabilitationsindikation ausgesprochen.

Die Besonderheit der Studie liegt nun darin, dass ausdrücklich die Frage der Allokation, d.h. der Rehabilitationsform bei der Indikationsstellung berücksichtigt wurde. Hier zeigte sich das Ergebnis, dass bei 18,7 % der Bewohner*innen in der Langzeitpflege nur eine Mobile Rehabilitation in Betracht kam. Dies kann zum einen mit den konkret formulierten Teilhabezielen zusammenhängen, die nur für den konkreten Wohnkontext, also der Pflegeeinrichtung, benannt wurden. Zum anderen beruht diese Einschätzung auf einer Übereinstimmung zwischen der subjektiven Einschätzung des/der Bewohner*in mit der fachlichen Einschätzung des Gutachters. Erwartungsgemäß ist der Anteil der Rehabilitationsindikationen für stationäre, ambulante oder fachspezifische Rehabilitation bei Kurzzeitpflegegästen mit 15,2 % (bei 17,4 % für Mobile Rehabilitation; gesamt 32,6 %) deutlich höher.

Geprüft wurde auch eine Ausweitung der Heilmittelversorgung gegenüber einer Rehabilitationsmaßnahme. Diese wurde bei 6,9 % der Langzeitbewohner und bei 10,1 % der Kurzzeitgäste als indiziert angesehen. (Versorgungsquote mit Heilmitteln in der Langzeitpflege: 1 Heilmittel = 29,9 %, 2 Heilmittel = 4,7 % , 3 Heilmittel 1,4 %; in der Kurzzeitpflege: 1 Heilmittel = 37,7 %, 2 Heilmittel = 4,2 %, 3 Heilmittel = 0,7 %).

Daraus lässt sich schließen, dass es im Bereich der Pflegeeinrichtungen einen erheblichen bislang unerkannten Bedarf und daraus folgend eine deutliche Unterversorgung der Bewohner*innen mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt.

Dieser bezieht sich vorwiegend auf die Mobile Rehabilitation, d.h. einen Personenkreis, der mit den herkömmlichen Angeboten der medizinischen Rehabilitation nicht angemessen versorgt werden kann. Überraschend ist dieser Befund auch deshalb, weil in allen untersuchten stationären Pflegeeinrichtungen eine Mobile Rehabilitation regional verfügbar ist. Von diesen Einrichtungen ist aber nicht berichtet worden, dass etwa aus Kapazitätsgründen genehmigte Anträge auf Mobile Rehabilitation nicht hätten bearbeitet werden können. Das bedeutet, dass selbst in den wenigen Regionen, in denen MoRe verfügbar ist, es noch einen unentdeckten und ungedeckten Bedarf gibt. Dieser könnte in Regionen, in denen bislang keine MoRe zur Verfügung steht, womöglich noch größer sein.

Aus der Verfolgung einzelner Fälle mit Rehabilitationsindikation (in Bad Kreuznach) wurde ermittelt, dass nur in etwa 20 % dieser Fälle tatsächlich eine Rehabilitationsmaßnahme beantragt wurde, obwohl die Betroffenen und die Pflegeeinrichtung über das Ergebnis schriftlich informiert wurden. Leider konnte diese Nachverfolgung nicht an allen Standorten durchgeführt werden.

Aus diesen Erfahrungen und Ergebnissen lässt sich schließen, dass es bislang nicht gelungen ist, Rehabilitationsbedarfe bei Heimbewohner*innen bedarfsgerecht zu erkennen und ein Antragsverfahren einzuleiten. Dies deckt sich mit Erfahrungen aus der Nachverfolgung der Fälle, bei denen ein Rehabilitationsbedarf im Rahmen der Pflegebegutachtung festgestellt wurde. Auch hier erfolgt in höchstens 20 % die tatsächliche Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme.

Somit ist eindeutig festzustellen, dass ein flächendeckender Ausbau und erhöhte regionale Kapazitäten der MoRe in der Bundesrepublik erforderlich sind. Gleichzeitig scheint ebenso eindeutig zu sein, dass ein erhöhtes Angebot an MoRe zwingend mit einer erhöhten Beantragung und dann Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen, auch der Mobilen Rehabilitation, verbunden sein muss.

Dies lässt sich z.T. mit den individuellen Krankheitsverläufen erklären: Immerhin verstirbt ein erkennbarer Anteil derjenigen, bei denen eine Rehabilitationsindikation gestellt oder eine Maßnahme der MoRe begonnen wurde. Auch können Krankheitsverläufe oder andere persönliche Umstände zum Verlust der Rehabilitationsfähigkeit oder zur Verschlechterung der Rehabilitationsprognose führen. In der vorliegenden Studie fielen diesbezügliche Ausfälle noch gering aus im Vergleich zu den aus der Basisdokumentation des KCG berichteten Zahlen.

11.2 ZUGANG ZUR MOBILEN GERIATRISCHEN REHABILITATION

In der Regel wird eine mobile Rehabilitation nach Akutereignis und Krankenhausaufenthalt in Anspruch genommen. Die meisten der in dieser Studie ärztlich Begutachteten (siehe Teilstudie A) erhielten eine Indikation zur Rehabilitation nicht unmittelbar nach Krankenhausaufenthalt, sondern während der Monate des „normalen“ Aufenthalts in der stationären Pflegeeinrichtung. Dies ist –

nach jetzigem Stand – eine für den Zugang zur mobilen Rehabilitation ungewöhnliche Ausgangssituation.

Wiederholt kann an dieser Stelle auf die Forderung: „Rehabilitation vor Pflege“, hingewiesen werden. Es erspart Kosten und vermeidet oder vermindert Beeinträchtigungen der Teilhabe, wenn bei vorhandenem Rehabilitationsbedarf nicht mit der Rehabilitation gewartet wird, bis ein Krankenhausaufenthalt eintritt. Dennoch konnten sich die Fachpflegenden an den fünf Standorten bei der Fallbesprechung aller Rehabilitationen der letzten sechs Jahre nur an ganz wenige Rehabilitationen erinnern, die nicht erst nach Krankenhausaufenthalt zustande kamen (Ergebnis der Gruppendiskussionen vor Ort, siehe Studienblock III)

Damit ein Zugang für einen Antrag zur mobilen geriatrischen Rehabilitation geschaffen werden kann, sind die Betroffenen bzw. deren Angehörigen und in dieser Studie insbesondere die Pflegefachkräfte und (Haus)Ärzte besser und umfassender über die Option mobiler Rehabilitation zu informieren. Es fehlt also insgesamt das Wissen und die Information vor Ort, so dass die Option der mobilen Rehabilitation in der „Alltagsversorgung“ nicht beachtet wird.

Der Zugang zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation wird weiterhin durch ein eher mühsames Verfahren erschwert. Hier sollten Überlegungen zu einer Vereinfachung des Verfahrens und analoger Unterstützung sowie Schulung des fachkompetenten Umfeldes (Fachpflege, Pflegestützpunkte, Therapeut*innen, Angehörige, u.a.) bedacht werden. Auch hat jedes Mitglied eines Gesundheitsberufs nicht nur das Recht, sondern nach SGB IX (§§ 60, 61) auch die Pflicht, einen vermuteten Bedarf einer zuständigen Stelle vorzustellen. Ob die „unabhängige Teilhabeberatung“ nach § 32 SGB IX als Modell auch von pflegebedürftigen Personen in Heimen brauchbar ist, ist eher zweifelhaft. Vielmehr sollte die Erkennung von Rehabilitationsbedarf bei pflegebedürftigen Heimbewohner*innen und die Einleitung eines Antragsverfahrens in den Versorgungsalltag für die stationäre Fachpflege, Therapeut*innen und Haus- und Fachärzte integriert werden. Das bedeutet, dass die Bedarfserkennung und eine erste Bedarfsermittlung im Hinblick auf Leistungen der med. Rehabilitation durch alle an der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung beteiligten Akteure als regelhaftes, gemeinsames und stets erneut zu prüfendes Element der alltäglichen Arbeit etabliert werden sollte.

Ein wichtiges Element der Bedarfsermittlung für Rehabilitations- und andere Maßnahmen (z.B. der Heil- und Hilfsmittelversorgung) stellt die Pflegebegutachtung mit dem neuen Pflegebegutachtungsinstrument dar. Es findet sowohl bei der Erstbegutachtung als auch bei der Folgebegutachtung Anwendung. Verbindlicher Teil ist die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes (vgl. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Juli 2017). Dort heißt es auf S. 89*: „Es ist in jedem Einzelfall im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob eine Indikation für diese Leistung besteht, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten“* (§ 18 Abs. 1 und 6 SGB XI, § 8 Abs. 1 und 3 SGB IX). Der MDK hat eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu erstellen und an die Pflegekasse zu übersenden. Die Pflegekasse informiert unverzüglich die versicherte Person und mit deren Einwilligung die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung der antragstellenden Person die entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu (§ 31 Abs. 3 SGB XI). In diesen Fällen ist ein gesonderter Antrag der antragstellenden Person oder eine Verordnung durch die Vertragsärztin bzw. den Vertragsarzt mit Muster 61 im Weiteren nicht erforderlich (§ 31 Abs. 3 SGB XI).

In den Richtlinien ist auch ausdrücklich auf die Mobile Rehabilitation Bezug genommen. Während in den früheren Jahren Rehabilitationsbedarf nur in wenigen Fällen im Rahmen der Pflegebegutachtung festgestellt wurde, konnte durch Schulungs- und prozessoptimierende Maßnahmen (sog. Reha XI Projekt) eine deutliche Steigerung der Rehabilitationsempfehlungen erreicht werden. Nach wie vor werden jedoch bei Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen besonders wenige Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen. Nach Auskunft des MDS (Mitteilung auf Anfrage) wurden 2015 bei 2, 5 % der Begutachtungsfälle im ambulanten Bereich Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen, 2016 bei 3,1% und 2017 bei 3,6%. Im stationären Bereich (Pflegeheime) wurden jedoch in allen 3 Jahren lediglich in 0,7 % Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen. Als Hauptgrund für die geringe Rate wird die pflegebegründende Hauptdiagnose Demenz genannt. Die Ergebnisse der MoRe-Interventionen zeigen aber, dass auch bei Demenz Rehabilitationsleistungen erfolgreich sein können. Insofern ist unklar, wie es zu dieser geringen Zahl von Rehabilitationsempfehlungen kommt. Dieser Frage wird auf Ebene des MDS und der Krankenkassen bereits nachgegangen (mdl. Mitteilung). Die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen dieser Studie mit einem Rehabilitationsbedarf von im Mittel 22,7 % (Langzeitpflege) der Pflegeheimbewohner*innen und dem vom MDK identifizierten Bedarf von 0,7% (siehe vor) erscheint evident, ist gleichwohl quantitativ nicht exakt zu beziffern, da man dazu die Häufigkeit der Begutachtungen in Pflegeheimen (einschl. Wiederholungsbegutachtungen) sowie den Zeitpunkt der Begutachtung kennen und in Beziehung setzen müsste. Das ist nicht Aufgabe der vorliegenden Untersuchung.

Für den Zusammenhang dieser Studie ist im Hinblick auf die Verbesserung des Zugangs zur Rehabilitation einerseits auf die Chancen hinzuweisen, die sich durch die Rehabilitationsempfehlung anlässlich der Pflegebegutachtungen ergeben könnten, andererseits auf die offensichtlich vorhandene Unterschätzung des Rehabilitationsbedarfes durch die MDK Gutachter*innen (vgl. dazu auch die Ergebnisse des Reha XI Projektes, Diskussion unter 10.1 Rehabilitationsbedarf). Offen bleibt insbesondere auch, ob das neue Begutachtungsinstrument daran wesentliches ändern wird. Grundsätzlich sollte damit die Identifikation des Rehabilitationsbedarfes besser gelingen. Insofern sollte dem Zugangsweg zur Rehabilitation über die Rehabilitationsempfehlung der Pflegegutachter mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dazu könnten z.B. intensivierte Schulungen sowie die Beteiligung speziell erfahrener Gutachter des MDK beitragen.

Als besonderes Problem stellt sich im Hinblick auf die MoRe dar, dass diese nur selten verfügbar ist, dass also eine Rehabilitationsempfehlung für Mobile Rehabilitation an den meisten Orten der BRD ins Leere gehen würde, obwohl gerade diese Form für den größten Teil der Bewohner*innen mit Rehabilitationsbedarf die einzig mögliche Form darstellt. Es kann also sein, dass allein durch die mangelnde Verfügbarkeit von MoRe der Rehabilitationsbedarf wegen mangelnder Rehabilitationsfähigkeit verneint wird (siehe Kapitel Bedarfsermittlung).

Darüber hinaus ist zu fragen, inwieweit bei den bisherigen Verfahren der Antragsstellungen aus dem ambulanten Bereich über den Vertragsarzt mittels Muster 61 die neuen Bestimmungen des SGB IX 1. Teil bereits ausreichend umgesetzt werden. Liegen nämlich gesundheitliche Einschränkungen vor, die in Wechselwirkung mit Barrieren die Teilhabe beeinträchtigen (können), also eine Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX vorliegt, besteht ein Anspruch auf eine umfassende Bedarfsermittlung (vgl. §§ 12 ff SGB IX) und ggf. auf eine Teilhabeplanung. Ohne auf die Implikationen solcher Überlegungen grundsätzlich und detailliert einzugehen, stellt sich die Frage, ob die Verlagerung der Bedarfserkennung und -ermittlung auf die Vertragsärzte und die Begutachtung des MDK ausreichend ist. Abhilfe

könnte diesem Problem dadurch zumindest teilweise geschaffen werden, dass der Versicherte, ggf. mit Hilfe seiner Bezugspersonen und insbesondere auch der Fachpflege selbst einen Antrag auf Rehabilitation stellen kann, der eine Bedarfsermittlung durch den Rehabilitationsträger selbst, hier am ehesten den MDK auslösen könnte. Dazu wären Antragsformulare denkbar, die eine solche Beantragung mit Hilfe der Pflege oder der behandelnden Therapeuten erleichtern könnten. Bei den Pflegefachkräften kann es sich um solche aus den Einrichtungen aber auch z.B. der Pflegestützpunkte handeln. Denkbar ist auch, dass grundsätzlich vor oder bei Aufnahme in ein Pflegeheim dieses einen eventuellen. Rehabilitationsbedarf mittels eines Screeningbogens prüft. Hier besteht ein erheblicher Forschungs- und ggf. Erprobungsbedarf.

Als Zugangsbarriere erweist sich ferner nicht selten die Bearbeitung eines Rehabilitationsantrages durch die Krankenkasse. Nicht selten wird hier bereits auf der Sachbearbeiterebene ohne Einbeziehung des MDK eine Rehabilitationsmaßnahme unter Bezugnahme auf das Pflegegutachten abgelehnt. Dies geschieht offenbar auch bei der sozialmedizinischen Fallberatung, bei der Sachbearbeiter*innen den MDK Mitarbeiter*innen die Aktenlage vortragen. Solche oft nur pauschal begründeten Ablehnungen, so die Erfahrungen aus den MoRe-Einrichtungen, werden mit der Unveränderbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wegen bestehender Pflegebedürftigkeit begründet. Es ist deshalb zu überlegen, ob die Rehabilitationsanträge bei Pflegebedürftigen grundsätzlich durch rehabilitationserfahrene Ärzt*innen des MDK geprüft werden könnten. Nicht sachgerecht oder zumindest nicht einleuchtend begründete Ablehnungen tragen wesentlich dazu bei, dass Anträge bei anderen Pflegebedürftigen erst gar nicht gestellt werden.

Auch hier ist zu prüfen, ob sich das neue Pflegebegutachtungsinstrument positiv auf die Beurteilung und die Genehmigungsverfahren bei Rehabilitationsanträgen bei Pflegebedürftigen auswirkt.

Weiterhin hat sich bei der externen Validierung der Rehabilitationsbeurteilungen im Projekt gezeigt, dass eine zusammenfassende klar- und freitextliche Zusammenfassung des Rehabilitationsbedarfes ergänzend zum Formularantrag äußerst hilfreich für die Beurteilung des Rehabilitationsbedarfes sein kann und in vielen Fällen die Entscheidung maßgeblich erleichtert hat.

Ein häufiger Grund eine Rehabilitationsmaßnahme nicht zu beantragen - trotz Indikation - ist die fehlende oder ungenügende Motivation des geriatrischen Patienten. Eine ‚mangelnde Motivation' ist oft, auch von Hausärzten, schwer zu unterscheiden von einer Form der Depression oder auch der Resignation. Resignation, selbst Depression sind Phänomene, die in einer Rehabilitation bearbeitet werden können, sie sprechen also nicht gegen eine Rehabilitation. Sehr bewährt hat sich auch hier die Zusammenarbeit von stationärer Fachpflege und Mobiler Rehabilitation bei der Rehabilitationszielfindung, also der Identifikation des selbstbestimmten Teilhabeziels (SGB IX), das die Rehabilitationsbedürftigen überhaupt erst motivierte -so die Erfahrung-, sich den Anstrengungen und Zumutungen einer Rehabilitation zu unterziehen. Ohne Input der stationären Fachpflege hätte dieses Rehabilitationsziel in vielen Fällen nur schwer gefunden werden können.

Es ist daher zu empfehlen, dass an der Vereinbarung von selbstbestimmten Teilhabezielen mit Bewohnern (Rehabilitationsplan) die stationäre Fachpflege bzw. ihre Vertretung beteiligt ist. In vielen Fällen ist eine Anamnese ohne die Beobachtungen der Pflege, der Familienmitglieder oder der Freunde gar nicht gut möglich. Datenschutzrechtlich ergeben sich aus der Kooperation von Mobiler Rehabilitation und Fachpflege keine Probleme, wenn die Bewohner*innen bzw. ihre Bevollmächtigten damit ihr Einverständnis erklärt haben.

Insgesamt legt die Studie in dem Zugang zur Rehabilitation einen weiteren Forschungsbedarf offen, diesen mit der zentralen Fragestellung, warum bei einem derart evidenten Rehabilitationsbedarf (siehe Bedarfsanalyse), die tatsächliche Inanspruchnahme verschwindend gering ist. Einige Punkte kann diese Studie hier beispielhaft herausstellen: die grundlegend fehlende Information auf Seiten aller Beteiligten (Betroffene, Angehörige, Fachpflege und (Haus)-Ärzte); das komplexe und anscheinend wenig attraktive Antragsverfahren; die „Besonderheiten" mit der geriatrischen Klientel (Beispiel: Motivation); ein zähes Genehmigungsverfahren mit zu verbessernder Einbeziehung des MDK; sowie die „zurückhaltende" Bewilligung von Maßnahmen durch die Kostenträger (Beispiel: „sollen dementiell Erkrankte überhaupt eine Rehabilitation bekommen?")

Der Prozess des (potentiellen) Zugangs von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen in eine (mobile) Rehabilitation wurde in dieser Studie erstmalig eruiert. Nur einige wenige, hier begutachtete Heimbewohner, nahmen nach Indikation eine Rehabilitation in Anspruch. Das Verfahren von Antrag und Inanspruchnahme bleibt so weiter zu untersuchen und der Prozess zur Inanspruchnahme transparenter zu gestalten, so dass die rehabilitationsbedürftigen Heimbewohner*innen auch tatsächlich die Chance einer Rehabilitation erhalten. Aufgefallen ist, dass Personen mit einem „starken bzw. unterstützenden" Umfeld (Angehörige, Bezugspflege) eine Rehabilitationsmaßnahme „durchboxen" konnten. Dies trifft wohl für die Mehrheit der Bedürftigen eher nicht zu. Es bedarf demnach einer erheblichen Prozessverbesserung im Zugang zur (mobilen) Rehabilitation, mit einer deutlichen Vereinfachung des Verfahrens und ebenso deutlich verbesserter Akzeptanz dieser Maßnahme im Katalog der (gesetzlichen) Versicherungsleistungen.

11.3 DURCHFÜHRUNG DER REHABILITATION IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN

Eine mobile Rehabilitation kommt dann in Frage, wenn andere Rehabilitationsoptionen nicht mehr greifen. Die Klientel mobiler Rehabilitation ist daher schon in der Ausgangssituation nicht mit andern Rehabilitand*innen zu vergleichen. Die mobile Rehabilitation wird oft abgebrochen, unterbrochen, verzögert, verschoben, sie verläuft in der Mehrzahl nicht „geradlinig" und „am Stück", wie bspw. die stationäre Rehabilitation. Diesen „Besonderheiten" gilt es konzeptionell und praktisch Rechnung zu tragen.

In der Demenzforschung wäre weiter zu untersuchen, inwieweit Menschen mit kognitiven Einschränkungen ihre jeweils individuellen Ausprägungen der gesetzlichen Rehabilitationsziele „Selbstbestimmung" und „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft" ausdrücken bzw. erkenntlich machen können. Das Verstehen der Signale kognitiv eingeschränkter Bewohner ist ein hermeneutischer Interpretationsprozess. Um sie in ihren bspw. körpersprachlichen Ausdrücken zu verstehen, sind eine gewisse Achtsamkeit der Bezugspflege und lange Erfahrungen mit den Personen nötig; auch Mitteilungen der Familie u.a. zur Biographie sind hilfreich (Auszug aus den Protokollen der Gruppendiskussion vor Ort). Auch der Krankheitsverlauf ist zu berücksichtigen. Viele Heimbewohner*innen haben kognitive Einschränkungen oder sind resigniert und können ihre Rehabilitations- und Teilhabeziele nicht während einer 40-minütigen Anamnese nennen. Die Fachärzt*innen und Therapeut*innen mobiler Rehabilitation allein können es analog in der Eingangsuntersuchung und im Aufnahmegespräch nicht lösen. Die (stationäre) Fachpflege stellte an allen fünf Standorten überzeugend dar (im Rahmen der Gruppendiskussionen vor Ort sowie vor allem in der klinisch epidemiologischen Reihenuntersuchung in allen stationären Pflegeeinrichtungen), dass eine Fachpflegerin die Teilhabebedürfnisse körpersprachlich

gut aus den Bewegungen erkennen kann, wenn sie den Rehabilitanden aus der Pflege länger kennt, einschließlich seines biografischen Hintergrundes.

Für einen erfolgreichen Verlauf der (mobilen) Rehabilitation ist eine funktionierende Zusammenarbeit von stationärer Fachpflege und Rehabilitationsdienstleistung zwingend erforderlich. Im Rahmen der Analysen vor Ort konnte die Studie herausarbeiten, dass die Rehabilitationsplanung und (stationäre) Pflegeplanung nicht aufeinander und miteinander abgestimmt waren. Zudem erfordert die Nachhaltigkeit einer mobilen Rehabilitation, dass Fachpflege, Familie und Freunde sowie Therapeuten die Handlungen und Übungen nach Ende der Maßnahme fortführen (können). Die (konzeptionelle und praktische) Einbeziehung der stationären Pflege im Heim kann für den Verlauf und die Nachhaltigkeit einer Rehabilitation relevant sein – hier sei auf einschlägige Ergebnisse der Rehabilitationsforschung verwiesen. „Wie jeder Ehepartner Erfolg und Nachhaltigkeit der mobilen Rehabilitation zu Hause fördern oder zunichte machen kann, so kann die Pflege Erfolg und Nachhaltigkeit jeder Rehabilitation in der Wohnresidenz fördern oder zunichte machen“ – so die gemeinsame Einschätzung in den Einrichtungen (aus: Protokoll der Gruppendiskussion vor Ort). Damit wird die Fachpflege zum entscheidenden förderlichen oder aber hemmenden Faktor der mobilen geriatrischen Rehabilitation in stationären Einrichtungen. Dies setzt bei MoRe und in der Fachpflege eine sehr weitgehende Verantwortungsübernahme und Kooperation voraus. Vor diesem Hintergrund erstaunt, „dass die Pflege zu Anfang in die Planung der Rehabilitationsziele nicht wirklich eingebunden ist, diese manchmal gar nicht kennt, das MoRe-Team die Pflegepläne nicht kennt und die Pflege am Ende der MoGeRe keinen Nachhaltigkeitsplan vereinbart.“ (Protokoll der Gruppendiskussionen vor Ort).

Erfolgreich erprobte Ansatzpunkte einer Verbesserung sehen wie folgt aus: Der Rehabilitationsplan wird von der Bezugspflege in der Dienstbesprechung zur Sprache gebracht. Das Rehabilitationsteam erhält umgekehrt Einsicht in die Pflegepläne ihrer Rehabilitand*innen. Im Übergabekalender könnten Pflegeprozessziele und Rehabilitationsziele kurz aufgeführt werden, besonders bei Änderungen und Fortschritten; eine Notiz im Fach ergänzt die persönliche Kommunikation (siehe: Protokoll der Gruppendiskussionen vor Ort).
Zur wöchentlichen Fallbesprechung im Rehabilitationsteam könnte die Bezugspflege eingeladen sein, wenn ihr Klient besprochen wird. Dies setzt jedoch kurze Wege und Zeitressourcen voraus. Insgesamt ist jedoch zu bedenken, dass ein Mehraufwand für die stationäre Pflege aber auch für das Rehabilitationsteam bei enger Personalausstattung und fehlendem Mittelausgleich kontinuierlich eher nicht zu realisieren ist.

Immer steht der richtige Umgang mit der Tatsache an, dass sich Rehabilitations- und Teilhabeziele im Laufe des Rehabilitationsprozesses regelmäßig ändern können. Sie können sich erweitern, aber auch verengen. Das Teilhabeziel bildete oft die Motivation dafür, sich den Mühen der Funktionsrückgewinnung überhaupt zu unterziehen. Ziele verengen oder verändern sich andererseits, wenn eine körperliche oder psychische Funktion nicht mehr zurückzugewinnen ist. Dann ist selbstbestimmte Teilhabe auf andere Weise zu verwirklichen. Diese andere Weise wird das neue Rehabilitations- und in der Regel auch Pflegeziel. Ebenso kann die Erfassung der Teilhabeziele und ihre Realisierung mit der Rehabilitationsmaßnahme dokumentiert werden (siehe unten: Basisdokumentation).

Die Teilhabeforschung im Bereich der (geriatrischen) Rehabilitation ist sicher weiter auszubauen. Das in dieser Studie angewandte „Teilhabesicherungskonzept“ kann eine Grundlage für weitere Untersuchungen und Weiterentwicklung sein.

Die Durchführung der Rehabilitation ist nicht selten (wo möglich bei jedem zweiten Fall) von Brüchen, „Störfaktoren“ und zeitlichen Verschiebungen oder Verzögerungen gekennzeichnet. Hier ist es möglich, dass Betroffene während der Maßnahme erkranken und pausieren müssen, oder dass die geriatrische Symptomatik keinen reibungslosen Ablauf gewährleistet (z.B. bei dementiell Erkrankten). Dies verlangt eine hohe situative Problemlösungskompetenz und professionelle Flexibilität vor Ort. Insbesondere jedoch sei hier die Fragestellung aufgeworfen, ob die in den Rahmenempfehlungen angegebene Versorgungsstruktur (3 Behandlungstage pro Woche, max. 2 Therapieeinheiten am Tag) der geriatrischen (mobilen) Klientel angemessen ist? Die in den Rahmenempfehlungen aufgeführte Therapiekonzeption umfasst eine ambulante Klientel einschl. der Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Die Variabilität ist bei der (geriatrischen) Klientel mobiler Rehabilitation weitaus höher. Allein die Abbruchquote einer Maßnahme liegt zwischen 22,9 - 33,8 %; teils bewilligen die Krankenkassen von sich aus zu Beginn keine komplette Maßnahme, usw.; so dass die hier zugrunde gelegte Therapiestruktur neu zu erörtern wäre. Es fehlt eine der Klientel angemessene Therapiekonzeption in der Vorgabe durch die Kostenträger.

11.4 ÜBERLEITUNG UND NACHSORGE

Die standardmäßige Überleitung in die mobile Rehabilitation (in der Regel nach Akutereignis und Krankenhausaufenthalt) sowie die Überleitung nach der Rehabilitation in die weitergehende Versorgung (in der Regel weitere (Heilmittel)-Verordnungen durch den Hausarzt), sind nur zwei Schnittstellen, mit denen eine mobile geriatrische Rehabilitation zu tun hat.

In der Überleitung vom Krankenhaus in die weiterführende Versorgung schreibt der Rahmenvertrag „Entlassungsmanagement“ (§ 39 SGB V) seit Oktober 2017 das Verfahren vor: *„Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung bestehen. Für diese Patientengruppen sind spezifische Standards vorzusehen.* (§ 3, Abs. 2, Rahmenvertrag über das Entlassmanagement). Die Umsetzung dieser Verordnung macht eine enge Kooperation und Kommunikation von Krankenhaus und nachgehender Versorgung (Rehabilitation) erforderlich. Neben den Angeboten stationärer und ambulanter Rehabilitation, sollte die mobile Rehabilitation eine gleichwertige Option sein.
Um zu gewährleisten, dass auch die Klientel der MoGeRe die Option zur Rehabilitation erhält, braucht es nicht nur ein angemessenes Angebot vor Ort, sondern auch die Integration der Konzeption der mobilen geriatrischen Rehabilitation in das vorgegebene Assessmentverfahren der Krankenhäuser. Da dies bislang eher nicht vorliegt, kann hier ein Entwicklungsbedarf formuliert werden.

Aufgrund der vielfältigen Unterbrechungen in der mobilen Rehabilitation sind (Versorgungs)-Schnittstellen ebenso im Verlauf der Maßnahme relevant. Eine entsprechend enge Verzahnung von Mobiler Rehabilitation und „weiteren“ Versorgern (Krankenhaus, Haus- und Fachärzt*in, Therapeut*innen, Pflege) sollte ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitationsmaßnahme sein. Dies erfordert interdisziplinäre und interinstitutionelle „Vernetzungsarbeit“ von den Einrichtungen der mo-

bilen Rehabilitation. Damit bspw. ein Rehabilitationsfall nicht im Verlauf „zerstückelt“ wird, sollten diese potentiellen Nahtstellen im Fokus der Rehabilitationsmaßnahme stehen. Entsprechend braucht es hier die konzeptionelle Ausweisung durch die Anbieter mobiler Rehabilitation.

Generell kann man für alle medizinische Rehabilitation, die ja immer – ob stationär, mobil oder ambulant - befristet ist, sagen: Medizinische Rehabilitation kann nur dann nachhaltig wirken, wenn auf Seiten der Rehabilitand*innen, der Familienmitglieder und Freunde, auf Seiten der Pflege und übrigen Versorgung die mindestens angemessenen Strukturen und Qualifikationen kompetent vorhanden sind oder systemisch aufgebaut werden, um die Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme zu sichern. Insofern ist fast jede gelungene Rehabilitation eine systemische Intervention auch in den Versorgungskontexten der Rehabilitand*innen. Ohne diese Qualifikationen und Strukturen bleibt Rehabilitation, ob stationär, mobil oder ambulant, sehr oft ein Beispiel gleichzeitiger Unter-, Fehl- und Überversorgung. Nachhaltigkeit der geriatrischen Rehabilitation setzt immer u.a. voraus, dass die Rehabilitierten selber, Fachpflege, Familie, Freunde sowie Therapeut*innen (Heilmittelerbringung) die Handlungen und Übungen nach Ende der Rehabilitation fortführen. Folgende These sollte daher weiter geprüft und erforscht werden: Bei der hier untersuchten (multimorbiden) Klientel ist der Kontext ein mitentscheidender Wirkfaktor und konzeptioneller Faktor zur Nachhaltigkeit.

Empfohlen wird, dass am Ende der Rehabilitation in einer Übergabe mit der Pflege ein Nachhaltigkeitsplan vereinbart wird (diese Übergabe sollte der Pflege ggf. gesondert vergütet werden), Angehörige, Nahestehende sind hier ggf. mit ein zu beziehen und zu beachten. Bei den Heimbewohner*innen kann hier das Potential der stationären Fachpflege genutzt werden. Es ergaben sich Hinweise, dass die Optimierung der Zusammenarbeit gerade im Hinblick auf die Nachsorge der Rehabilitation Effekte auf Teilhabechancen und zur Sicherung von erworbenen Kompetenzen haben kann. Ein Ausbau der (Forschungs-)Aktivitäten in diesem Punkt würde sich lohnen.

11.5 GERIATRISCHE VERSORGUNGSSTRUKTUREN – FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG

Die Auswertungen der Basisdokumentation durch das Kompetenzcentrum Geriatrie des MDK in Hamburg machen die bundesweite Versorgungslage mobiler Rehabilitation deutlich. Die mobile Rehabilitation wird nur an wenigen Orten in Deutschland angeboten. Wenn das Angebot nicht vorliegt, gibt es auch keine Dienstleistung bzw. keine Nachfrage; eine mobile Rehabilitation kann so nicht in Anspruch genommen werden. Wenn der Bedarf jedoch, wie in dieser Studie ausgewiesen, hoch ist, dann stellt sich die Frage, wo und wie die rehabilitationsbedürftigen Menschen versorgt werden. So ist neben dieser Unterversorgung insbesondere auch auf eine Fehlversorgung bspw. in Krankenhäusern naheliegend. Auf die erheblichen Kostenmehrbelastungen durch Krankenhausaufenthalte wird in dieser Studie hingewiesen.

Wie kann nun eine flächendeckende Versorgung realisiert werden? Hierzu sind konzeptionelle Überlegungen erforderlich, auch und gerade vor dem Hintergrund gesundheitsökonomischer Ressourcen und analoger Entscheidungslagen (Beispiel: Barrieren im Bewilligungsverfahren). Die mobile geriatrische Rehabilitation ist Teil einer geriatrischen Versorgungskette und könnte daher durchaus in geriatrische (regionale) Versorgungsstrukturen bzw. Versorgungsnetze eingebunden werden (siehe hier die Ausführungen des Bundesverbandes Geriatrie, diese müsste dann um das Konzept der mobilen Rehabilitation erweitert werden). Dies wäre auch eine Aufgabe der Länder in der Bearbeitung und Weiterentwicklung der jeweiligen geriatrischen Versorgungskonzepte. In diesen länderspezifischen

Konzepten ist die mobile geriatrische Rehabilitation jedoch zumeist nicht zu finden. Baden-Württemberg bspw. sieht sie als Teil der ambulanten und stationären Rehabilitation: *„Ein Ausbau der Versorgung mit Angeboten der mobilen Geriatrischen Rehabilitation durch ambulante und stationäre Geriatrische Rehabilitationseinrichtungen wird angestrebt" (Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, Seite 42).* Es bleibt die Frage, wie dies konkret umgesetzt werden soll.

Insgesamt kann die Anbindung der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation sowohl in der Versorgungskette wie auch institutionell als die zentrale Zukunftsaufgabe formuliert werden. Dabei werden der Aufbau und die Förderung regionaler Versorgungsnetze im Blickpunkt stehen (siehe hierzu auch nachstehend).

11.6 FINANZIERUNG

Die gesetzlich vorgegebenen Leistungsansprüche zur mobilen Rehabilitation (siehe §18 SGB XI oder §40 SGB V) können teilweise aufgrund eines fehlenden Angebotes nicht realisiert werden. Hier wären Überlegungen anzustellen, wie eine Ausweitung des Angebotes bedarfsgerecht erfolgen kann. Insbesondere stellt sich die Frage, ob es hier Handlungsoptionen für den Gesetzgeber gibt und welche das sein könnten.

Eine weitere zentrale Ursache der Unterversorgung kann die in dieser Studie ausgewiesene Unterfinanzierung als mangelnder Anreiz für ein unternehmerisches Handeln sein. Während die mangelnde Akzeptanz dieser Versorgungsform über schwierige Antrags- und Bewilligungsverfahren auffällt, ist andererseits die Leistungsvergütung für den Betrieb einer mobilen Rehabilitation nicht ausreichend. Betrachtet man die mobile Rehabilitation als eigenständigen Betrieb, dann ist eine Betriebsführung ökonomisch kostendeckend nicht möglich bzw. braucht ggf. Zuschüsse und Fördermittel.

Diese Punkte stellen enorme Hindernisse dar, die auch zukünftig die Versorgungslücken bestehen lassen.

Die in dieser Studie untersuchten Unternehmen der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation sind alle betriebswirtschaftlich Teil eines größeren Unternehmensverbundes und in Dienstleistung wie Unternehmensführung vernetzt. Das bedeutet, dass relevante Arbeitsleistungen von Ärzt*innen oder Führungskräften zwar in mobiler Rehabilitation erbracht werden, die Kostenverrechnung jedoch in anderen Bereichen des Unternehmensverbundes erfolgt. Ebenfalls erfolgt die Bereitstellung von Personal (z.B. bei kurzfristigen Ausfällen durch Erkrankungen, Fehlzeiten, Ausfallzeiten) auch in Unterstützung und Einbeziehung des Unternehmensverbundes. Das heißt: Die Personalkalkulation der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation ist eine Mischkalkulation, getragen (und gefördert) durch einen komplexen Unternehmensverbund. Unbestritten bietet das „kompakte" Angebot geriatrischer Rehabilitation für das Gesamtunternehmen wiederum die Vorteile mit einer Kompetenzbündelung und verbesserten Kundenbindung.

Eine Überlegung könnte daher sein, bestehende (geriatrische) Versorgungsnetze und Kompetenzzentren für das Angebot einer mobilen Rehabilitation zu motivieren, um damit das Angebot in der Fläche aus zu bauen. Hilfreich wäre jedoch auch hierfür eine betriebswirtschaftliche Anpassung der Vergütungsleistung. Auch wäre hier über Formen der Anschubfinanzierung nachzudenken, die sich ja auch in der Vergangenheit bewährt haben. Mit den so etablierten Strukturen (geriatrische Rehabilitation – stationär, ambulant, mobil) können sich komplexe wie flexible Versorgungssysteme vor Ort (regional)

etablieren und den jeweiligen Bedarf abdecken. Hierfür spricht, dass die geriatrische Rehabilitation in vielen Fällen keinen geradlinigen Verlauf hat, sondern (institutionell betrachtet) immer wieder verschiedene Bedarfslagen zeigt (von stationär bis mobil). So könnten bspw. erforderliche stationäre Aufenthalte verkürzt werden und in das mobile (geriatrische) Angebotssetting eingebaut werden (hier käme die sogenannte „Öffnungsklausel“ zum Tragen). Ist die mobile Rehabilitation hier integriert, bieten sich auch weitere komplexe (betriebswirtschaftlich) angemessene Vergütungs- und Vertragsregelungen an. Aus der Perspektive der Qualitätssicherung wäre dies gleichsam förderlich, da Fehl- und Unterversorgung vermieden werden.

In den obigen Ausführungen wird des Öfteren auf die Notwendigkeit und Verbesserung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Dienstleistern und Bezugspersonen mobiler geriatrischer Rehabilitation hingewiesen (u.a. Rehabilitationsplan – Pflegeplan, Übergabe). Die Kommunikationszeiten sind finanztechnisch adäquat zu erfassen und zu kalkulieren. Denn erfolgt hier kein finanzieller Ausgleich, werden diese „Arbeiten“ nicht vorgenommen, dies schmälert dann – so die These - die Qualität. Dieser Punkt ist weiter zu erforschen.

Mit wachsendem Versorgungsbedarf in der Altersmedizin läuft vieles auf eine Kompetenzbündelung und Vernetzung der geriatrischen Leistungen hinaus. Damit sind die Länder gefordert analoge geriatrische Versorgungskonzepte mit Integration der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation zu entwickeln, dies dann ggfs. zusätzlich gefördert über Bundesmittel.

11.7 BASISDOKUMENTATION MORE (QUALITÄTSSICHERUNG)

Die Basisdokumentation zur mobilen Rehabilitation hat sich bislang sehr bewährt und die Versorgungslage gut dokumentiert. In der Weiterentwicklung könnten die folgenden Punkte bedacht werden:
Um das gesetzliche Ziel der Rehabilitation zu erfassen, könnte in der Basisdokumentation das konkrete individuelle Teilhabeziel (Rehabilitationsziel) und seine Erreichung aufgenommen und erfasst werden. Denn der Barthel-Index erfasst nicht das gesetzliche Rehabilitationsziel. Der Barthel-Index misst bestenfalls ein Mittel für das Rehabilitationsziel, nämlich einen Zuwachs an Selbstständigkeit in einigen, keineswegs allen Aktivitäten des täglichen Lebens. Selbständigkeit ist etwas anderes als Selbstbestimmung. Denn Zuwächse an Teilhabe und Selbstbestimmung sind auch dann möglich, wenn Selbständigkeit nicht mehr zu erreichen ist. So erlischt das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe auch dann nicht, wenn man zur selbständigen Verrichtung alltäglicher Aktivitäten (z.B. Duschen) nicht mehr allein in der Lage ist. Auch mit diesen Bedingungen sollten Effekte der Rehabilitation erfasst werden (können).

Weiterhin wäre zu erörtern, ob das in dieser Studie dokumentierte „Teilhabesicherungskonzept“ (weiterentwickelt und für die breite Erhebung angepasst) mit erhoben und dokumentiert werden soll.

Zudem könnte in der Basisdokumentation die Verzahnung von Rehabilitationsplanung und Pflegeplanung (siehe vor) aufgenommen und in angemessener Form dokumentiert werden. Dies ist ein Aspekt der Qualitätssicherung und Nachhaltigkeit.

In der Basisdokumentation wird die Frequenz (Anzahl der Behandlungstage) und nicht die Gesamt-Anzahl der erbrachten (Therapie)Leistungseinheiten erhoben. Es richtet sich aber nach der Konstitu-

tion der Rehabilitanden, ob sie eine oder zwei Einheiten pro Tag und wieviel pro Woche nutzen können. Für die mobile Rehabilitation ist die Gesamt-Anzahl der erhaltenen Leistungen – anders als in der stationären Versorgung, wo in Tagen gerechnet wird – eine weitere relevante Information zur Qualitätssicherung; ggfs. kann dies mit einer Angabe ergänzt werden („Anzahl erbrachter Therapieleistungseinheiten“).

Die *zentralen Punkte zur Projektverwertung und Handlungsempfehlung* sollen hier abschließend zusammengestellt werden:

In den stationären Pflegeeinrichtungen kann ein erheblicher wie bislang unerkannter Bedarf und daraus folgend eine deutliche Unterversorgung der Bewohner*innen mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation konstatiert werden. Dies betrifft insbesondere die Leistung der mobilen geriatrischen Rehabilitation.

Der Zugang zur mobilen geriatrischen Rehabilitation wird über (zeitlich) aufwändige und „komplexe“ Antrags-, Bewilligungs- und Genehmigungsverfahren erschwert.

Den Besonderheiten der Durchführung mobiler geriatrischer Rehabilitation mit einer hoch vulnerablen Klientel ist konzeptionell Rechnung zu tragen. Ein flexibler, sektorenübergreifender Versorgungsansatz bietet sich an. Damit kann auch die Verzahnung der „Nahtstellen“ weiter optimiert werden.

Die Nachhaltigkeit der mobilen Rehabilitation sollte Teil der Rehabilitationsplanung sein (Überleitungsmanagement).

In der Versorgung mobiler geriatrischer Rehabilitation ist eine deutliche Unterversorgung in weiten Teilen des Landes evident. Wichtig wären daher flächendeckende, regionale Versorgungskonzepte und eine auskömmliche Finanzierung der Dienstleistung, so dass Anbieter auf den Markt eintreten (können).

Die Basisdokumentation als Instrument der Qualitätssicherung sollte um die Erfassung der (individuellen) Teilhabe als zentrales Rehabilitationsziel ergänzt werden. Die Teilhabeforschung geriatrischer Rehabilitation könnte hierzu weiter gefördert werden.

12 PUBLIKATIONSVERZEICHNIS

Abschlussarbeiten

Luttmann J. (2015): Strategisches Management im Gesundheitswesen am Beispiel des Geschäftsfeldes "Mobile Reha" - Bachelor Thesis. Hochschule Bremen - Internationaler Studiengang Pflege- und Gesundheitsmanagement (ISPG).

Mähr, M. (2016): Geriatrische Rehabilitation mit Diagnose Demenz - Bachelor Thesis. Hochschule Bremen - Internationaler Studiengang Pflege- und Gesundheitsmanagement (ISPG).

Rezaee, Ara S. (2016): Mobile Rehabilitation als innovatives und nachhaltiges Versorgungskonzept - Bachelor Thesis. Hochschule Bremen - Internationaler Studiengang Pflege- und Gesundheitsmanagement (ISPG).

Vor dem Abschluss stehen weiterhin drei Doktorarbeiten an der Medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg, betreut von Prof. Dr. Behrens. Die Arbeitstitel lauten:

S. Thiel: Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeheimen und in Kurzzeitpflege.

K. Grune: Katamnese nach mobiler geriatrischer Rehabilitation in fünf Zentren stationärer und Kurzzeit-Pflege. Eine multizentrische prospektive Studie.

N. Martin: Verlaufsuntersuchung rehabedürftiger Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen nach und ohne mobiler geriatrische Rehabilitation – eine Primärerhebung des Merkmals selbstbestimmte Teilhabe in fünf Zentren zu drei Zeitpunkten.

Frau Thiel wertet die klinisch-epidemiologische Reihenuntersuchung aus.

Frau Martin widmet sich der Frage, ob und wie die gesetzlichen Ziele der Rehabilitation, also ‚Selbstbestimmung' und ‚Teilhabe' gem. §1 SGB IX, auch bei kognitiv teilweise eingeschränkten Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen erhoben und erfüllt werden können, und zwar sowohl bei der klinisch-epidemiologischen Reihenuntersuchung und Indikationsstellung (Projektteil I), als auch in der Verlaufsuntersuchung (Projektteil II). Dies ist über das Projekt hinaus von wissenschaftlicher und praktischer Relevanz, weil die Erhebbarkeit und Erreichbarkeit dieser gesetzlichen Rehabilitationsziele weithin bezweifelt werden.

Frau Grune widmet sich der Frage, mit welchen Entwicklungen die mobile geriatrische Rehabilitation bei Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtung vor, während und nach (Katamnese) dieser Rehabilitationsmaßnahme einherging. Darüber hinaus prüft sie, ob auch ohne mobile geriatrische Rehabilitation jenen Bewohner*innen, bei denen die Indikation (‚Empfehlung') zu einer solchen Rehabilitation gestellt wurde, nach dieser Indikation Fortschritte machten und wie groß diese waren. Dies ist über das Projekt hinaus von wissenschaftlicher und praktischer Relevanz, da die Rehabilitationsforschung kaum Verläufe Rehabilitationsbedürftiger ohne Rehabilitation kennt, solche Verlaufsuntersuchungen aber angemahnt werden.

13 LITERATURVERZEICHNIS

Becker, S.; Kaspar, R.; Kruse, A. (2011): H.I.L.D.E.: Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Bern Huber Verlag

Behrens, J.; Westerholm, P.; Baranski, B. (1997): The New Occupational Health and Evaluation Research as its Pathbreaker. In: Behrens, J.; Westerholm, P. (eds.): Occupational Health Policy, Practice and Evaluation. WHO: Copenhagen, Geneva

Budnick, A.; Jordan, L-M; Könner, F.; Hannemann, B.; Wulff, I.; Kalinowski, S.; Kreutz, R.; Dräger, D. (2015): Welche Ausfallursachen liegen bei Pflegeheimbewohner(inne)n in einer Interventionsstudie vor? Eine Analyse der Unit-Nonresponder in zwölf deutschen Pflegeheimen. Die Pflege, 28 (1), 33-45

Buschmann-Steinhage, R. (2003): Rehabilitationsbedarf aus der Sicht der Rentenversicherung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 63, 253-258

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (2008): Mobile Rehabilitation: ein neues Konzept der Teilhabesicherung. Diakonie-Texte 14: Handreichung. Stuttgart

Dunkelberg, S.; van den Bussche, H. (2004): Bedarf und Nutzen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus hausärztlicher Sicht. Rehabilitation, 43, 33-41

Gemeinsamer Bundesausschuss (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) in der Fassung vom 16. März 2004, zuletzt geändert am 15. Oktober 2015. Berlin

GKV Spitzenverband 2010: Umsetzungshinweise / Übergangsregelung zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation 1.10.2010

Krauth, C.; Petermann, F. (Hrsg.) (2011): Gesundheitsökonomie und Reha-Ökonomie. 2. Auflage, Roderer Verlag Regensburg

Küpper-Nybelen, J., Ihle, P., Deetjen, W. & Schubert, I. (2006): Empfehlung rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der Pflegebegutachtung und Umsetzung in der ambulanten Versorgung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39, 100-108

Lübke, N. (2015): Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Festlegung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. G3 –GUTACHTEN im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). KCG Hamburg.

Martin, S.; Zimprich, D.; Oster, P. et al (2000): Erfolg und Erfolgsvariabilität stationärer Rehabilitation alter Menschen: eine empirische Studie auf der Basis medizinisch-geriatrischer und psychosozialer Indikatoren. Z Gerontol Geriat 22, 24-35

MDK Rheinland-Pfalz (2017): Eva-Reha-MoRe. Qualitätsbericht für das Jahr 2016. Alzey

Medizinischer Dienst des Spitzenverband Bund der Krankenkassen MDS (2007): Rahmenempfehlungen zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation. Essen

Meinck, M.; Lübke, N.; Polack, U. (2014): Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter. Eine Analyse anhand von Routinedaten. Rehabilitation 53, 74-80

Meinck, M. (2014): Reha vor Pflege im Alter: Praxis der GKV im Spiegel von Routinedaten. In: Welt der Krankenversicherung 12, 300-304

Meinck, M.; Pippel, K.; Lübke, N. (2016): Mobile geriatrische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung – Konzeptionelle Ausrichtung und Ergebnisse der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 1). Z Gerontol Geriat 50, 3, 226-232

Meng, K.; Holderied, A.; Vogel, H. (2007): Rehabilitationsbedarf in der sozialmedizinischen Begutachtung - Entwicklung und Evaluation eines Entscheidungsalgorithmus. Rehabilitation 46, 41-49.

Pippel, K.; Meinck, M.; Lübke, N. (2017): Mobile geriatrische Rehabilitation in Pflegeheim, Kurzzeitpflege und Privathaushalt - Settingspezifische Auswertung der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 2). Z Gerontol Geriat 50, 4, 325-331

Raspe, H. (2004): SGB IX: Bedarfsgerechte Leistung und umfassende Rehabilitation. Zeitschrift für Sozialreform 50, 4-5, 446-461

Raspe, H.; Hüppe, A. (2014): Evidenzbasierung in der medizinischen Rehabilitation: eine systematische Literaturübersicht am Beispiel der Indikation chronischer Rückenschmerz. Bericht an den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (im Bundesministerium für Gesundheit). Online verfügbar als Anlage zu Kapitel 4 des SVR-Gutachten 2014 über die Webseite (http://www.svr-gesunheit.de)

Rothgang, H. et al (2014): Reha XI – Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK. Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Runge, M.; Rehfeld, G. (1995): Geriatrische Rehabilitation im therapeutischen Team. Stuttgart: Thieme Verlag

Schulz. R.; Knauf, W.; Püllen, R. (2013): Mobile geriatrische Rehabilitation bei funktionell schwer beeinträchtigten Patienten – Untersuchung zur Effektivität. In: Z Gerontol Geriat 47, 147-152

Schuntermann, M.F. (2005): Einführung in die ICF. Ecomed MEDIZIN

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017): Pflegestatistik 2015. Wiesbaden

Van Someren, M.W.; Barnard, Y.F.; Sandberg, J.A.C. (1994): A practical guide to modelling cognitive processes. Department of Social Science Informatics, University of Amsterdam. London

Vauth, Ch.; Friedrich, M.; v.d. Schulenburg, M. (2006): Gesundheitsökonomische Evaluationen am Beispiel der Demenz. In: NeuroGeriatrie 3 (1), 1-7

Wasem, J.; Jahn, R.; Walendzik. A.; Neumann, A. (2011): Von der Gesundheitsökonomie zur Reha-Ökonomie. In: Krauth, C.; Petermann, F. (Hg.): Gesundheitsökonomie und Reha-Ökonomie. 2. Aufl., Regensburg, 23 – 38