



Rehabilitationsbedarf im Pflegeheim

Forschungsvorhaben Mobile Geriatrische Rehabilitation (MoGeRe)

Symposium der BAG Mobile Rehabilitation e.V., Berlin, den 26. Januar 2017

Gefördert durch:



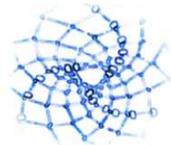
Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Projektverbund

Projektleitung

Prof Dr public health Heinz Janßen
Institut für Gesundheits- und
Pflegeökonomie (IGP) - Hochschule
Bremen, 28199 Bremen



IGP
Institut für Gesundheits-
und Pflegeökonomie

Projektkoordination

Frau Leonore Köhler, Hochschule Bremen,
28199 Bremen

Im Projektverbund mit

Prof Dr phil Johann Behrens

Universitätsklinikum Halle (Saale) Medizinische Fakultät, ISIS-Institut Frankfurt
(wissenschaftliche Begleitung)

ISIS



Dr med Matthias Schmidt-Ohlemann

Mobiler Rehabilitationsdienst der kreuznacher diakonie, 55543 Bad Kreuznach



Dr med Rudolf Siegert

Mobile Reha Bremen GmbH 28325 Bremen



Dr med Frank Naumann

Evang. Krankenhaus Woltersdorf, 15569 Woltersdorf



Dr med Martin Warnach

Evangelisches Johannesstift - Wichernkrankenhaus gGmbH, 13587 Berlin



Prof Dr med Johannes W. Kraft

Klinikum Coburg GmbH, 96450 Coburg



Teilprojekt A

Merkmale der Studie zur Bedarfsanalyse

- Multizentrisch an fünf Standorten der MoRe in Ost, West, Nord und Süd
- Langzeit- und Kurzzeitpflege (Zielgrößen n=600 bzw. n=150)
- Auswahlverfahren:
 - Gelegenheitsstichprobe mit kooperierenden Einrichtungen zugunsten eines sehr guten Zugangs zu Bewohnerschaft und Pflege
 - Zufallsauswahl oder alle Bewohner/-innen einer Einrichtung
- Insgesamt wurden 16 Pflegeeinrichtungen einbezogen
- Begutachtung erfolgt durch 12 rehaerfahrene Fachärztinnen und Fachärzte der Standorte
- Bearbeitung eines Assessments orientiert an Muster 61 (Erhebungsbogen) durch Gespräch mit den Teilnehmenden und Informationen seitens der Pflegekräfte

Teilprojekt A

Hier: Beschreibung der Studienpopulation

Von n=759 Teilnehmenden waren

Bei Erhebung
 in Dauerpflege (Median) 25 Monate
 in Kurzzeitpflege (Median) 11 Tage

Frauenanteil 75,1 %

Alter	unter 75	11,4 %
	75-79	16,1 %
	80-84	18,4 %
	85-89	26,5 %
	90-94	19,8 %
	ab 95 J.	7,8 %

Pflegestufe 0 EA	4,2 %
1	41,5 %
2	35,7 %
3	17,4 %
nicht eingestuft	1,2 %

zum Vergleich einige Daten zur vollstationären Pflege aus der Pflegestatistik

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Deutschlandergebnisse

Alter	unter 75	18,3 %
	75-79	13,4 %
	80-84	18,8 %
	85-89	25,2 %
	90-94	19,1 %
	ab 95 J.	5,0 %

Pflegestufe 0 EA	1,5 %
1	38,1 %
2	39,6 %
3	20,5 %
nicht eingestuft	0,2 %

Teilprojekt A

Hier: Bereitschaft für eine Inanspruchnahme

Auftrag: Die Feststellung des „Rehabilitationsbedarfs und der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen“ und Vergleich des Bedarfs mit der tatsächlichen Nutzung (Inanspruchnahme) von Rehabilitationsmaßnahmen.

6 Bereitschaft zur Inanspruchnahme

Findet aktuell eine Rehabilitationsmaßnahme statt oder ist beantragt für Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls Ja ... In welcher Form.....	
Wenn jetzt eine Rehabilitationsmaßnahme für Sie durchgeführt werden könnte, würden Sie diese in Anspruch nehmen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
Falls Nein oder Weiß nicht ... Warum nicht, was lässt Sie zögern?	
Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen?	

Auszug
aus der
Begutachtung

Teilprojekt A

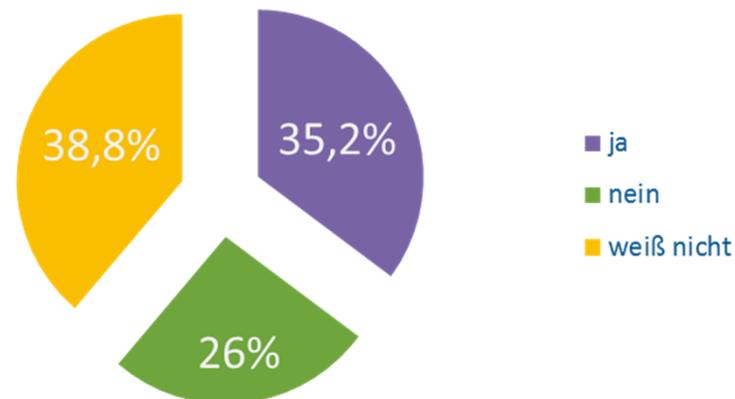
Hier: Bereitschaft für eine Inanspruchnahme

Bei allen Teilnehmenden, deren Beeinträchtigung in Aktivitäten und Teilhabe grundsätzlich einer Rehabilitation zugänglich wäre (n=451), verteilt sich die Bereitschaft wie folgt:

35,2 % würden eine rehabilitative Maßnahme in Anspruch nehmen wollen

26 % lehnen dies ab

38,8 % unentschlossen oder keine Angabe



Dabei liegt die Bereitschaft für eine Inanspruchnahme unter den Gästen der Kurzzeitpflege im Mittel deutlich höher (46,5 %).

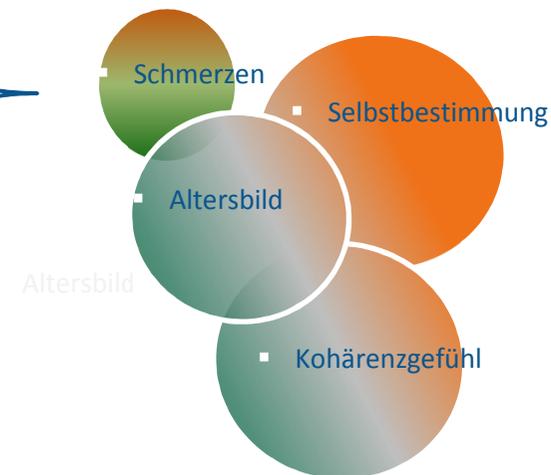
Teilprojekt A

Hier: Bereitschaft zur Inanspruchnahme

Genannte Gründe für Ablehnung oder Zögern (nach Häufigkeit geordnet)

- will nicht weg aus dem gewohnten Umfeld
- Kann alles, was er/sie braucht
- zufrieden mit Status quo
- Belastung zu groß
- „zu alt“
- bestehende Therapie ausreichend
- wenig erfolgreiche Versuche
- Schmerzen
- Das mir Wichtige ist irreversibel / Zeitpunkt verpasst
- mit dem Leben abgeschlossen
- Angst vor Fremdem
- Autonomie („nicht beübt werden“)
- Keine Vorstellung, was eine Rehabilitation ist
- Rehabilitation nicht bewilligt

Kategorisierung in Themenfelder
z.B.



Teilprojekt A

Hier: Bedarfsfeststellung

Algorithmus der Begutachtung

Die Überprüfung eines Rehabilitationsbedarfes erfolgt nach der BR Vorsorge und Rehabilitation*, ergänzt durch Vorgaben der Rahmenempfehlung MoGeRe* mit den Beurteilungsstufen:

- Besteht eine Rehabilitationsbedürftigkeit?
Eine nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Aktivitäts- und eingetretene oder drohende Teilhabe-Beeinträchtigungen und kein Ausreichen anderer Maßnahmen
- Ist Rehabilitationsfähigkeit gegeben?
notwendige Belastbarkeit somatisch und psychisch und Motivation (Stand 2015)
- Können Rehazielle formuliert werden, realistisch und alltagsrelevant?
- Gibt es eine positive Rehaprognose?

Durchgeführt wurde die Begutachtung durch 12 in der Rehabilitation erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte

* Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation, hrsg. MDS, Stand Februar 2012;
Rahmenempfehlung zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation. Spitzenverbände der Krankenkassen 2007

Teilprojekt A

Hier: Beurteilungsstufen zur Reha-Indikation

Zentrale Ergebnisse der Bedarfs-Studie

	Gesamt	Langzeitpflege	Kurzzeitpflege
n =	759	626	133
Rehabedürftigkeit	451 (59,4 %)	367 (58,6 %)	84 (63,2 %)
Rehafähigkeit (Stand bis 03/2016)	206 (27,1 %)	155 (24,8 %)*	51 (38,3 %)
Rehafähigkeit (Stand seit 1.4.2016)	351 (46,2 %)	278 (44,4 %)*	73 (54,9 %)
Rehaziele	189 (24,9 %)	146 (23,3 %)*	43 (32,3 %)
Positive Prognose	188 (24,8 %)	145 (23,2 %)	43 (32,3 %)

* Missing values für n=31

Teilprojekt A

Hier: Teilhabeziele, Mittel

Rehaziele zur Realisierung gesellschaftlicher Teilhabe werden **mit einem eigenen Instrument** standardisiert erfasst. Die zehn am häufigsten genannten Ziele (aus einer Liste von 27 Zielen) für die 189 rehabilitationsbedürftig und -fähigen Bewohner/-innen in der Langzeitpflege sind :

	n	(%)	
Lokomotion	174	(91,6)	Zielangaben durch Facharzt/-ärztin Funktionsziele prioritär
Sicherstellen der Mobilität	148	(77,9)	
Alltagsaktivitäten ADL's	145	(76,3)	
Handlungskompetenz	112	(58,9)	
Transfertechniken	107	(56,3)	
Inkontinenzmanagement	105	(55,3)	
Beschäftigung im Alltag	99	(52,1)	
Tagesstrukturierung	96	(50,5)	
Bewältigung von Hautschäden	78	(41,1)	
Kognitive Funktionen	76	(40,0)	

Teilprojekt A

Hier: Rehabilitationsempfehlung und Zuweisung

Abschliessende Empfehlung zur Rehabilitation

Auszug
aus der
Begutachtung

Es ist eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert ...

stationär, fachspezifisch

stationär, geriatrisch

teil-stationär

ambulant, fachspezifisch

ambulant, geriatrisch

mobile Rehabilitation nach Kriterien der
Rahmenempfehlung MoGeRe

mobile Rehabilitation abweichend von den
Rahmenempfehlungen MoGeRe

Dieses Angebot ist wohnortnah / in der Region....

Vorhanden

Nicht vorhanden

Eine Rehabilitationsmaßnahme ist nicht indiziert, statt dessen werden empfohlen.....

Hilfsmittelversorgung

Heilmittel als Einzelmaßnahme

Es wird keine Empfehlung ausgesprochen.

Teilprojekt A

Hier: Indikationsstellung für die Langzeitpflege, n=626

Ergebnis Reha-Bedarf für die Langzeitpflege

Varianz Standorte

MoRe gemäß Rahmenempfehlung	17,9 %	14,3 - 22,5 %
MoRe außerhalb Rahmenempfehlung	1,6 %	
geriatrisch stationäre Reha	0,2 %	
geriatrisch ambulante Reha	0,5 %	
Geriatrische Tagesklinik	1,8 %	
fachspezifische Reha, ambulant o. stationär	0,8 %	
Indikation für Rehabilitation gesamt	22,7 %	17,5 - 28,4 %
Der Vertrauensbereich von 95% liegt bei	19 - 26 %	

Teilprojekt A

Hier: Indikationsstellung für die Kurzzeitpflege, n=133

Ergebnis Reha-Bedarf für die Kurzzeitpflege		Varianz Standorte
MoRe gemäß Rahmenempfehlung	15,0 %	11,1 – 18,8 %
MoRe außerhalb Rahmenempfehlung	1,5 %	
geriatrisch stationäre Reha	9,0 %	
geriatrisch ambulante Reha	0 %	
Geriatrische Tagesklinik	5,3 %	
fachspezifische Reha, stationär o. ambulant	1,5 %	
Indikation für Rehabilitation gesamt	32,3 %	28,6 – 44,4 %
Der Vertrauensbereich von 95% liegt bei	24 - 41 %	

→ Der Anteil für stationäre Reha und geriatrische Tagesklinik ist in der Kurzzeitpflege höher als in der Langzeitpflege, und in der mobilen Rehabilitation geringer

Teilprojekt A

Hier: Gäste der Kurzzeitpflege (n=133)

Kurzzeitpflege

Es lassen sich **drei Gruppen von Gästen in der Kurzzeitpflege** unterscheiden
in Anlehnung an Barmer GEK Pflegereport 2015

	n (%)
(1) Mit vorherigem Krankenhaus-Aufenthalt, ohne Pflegestufe (PS) oder 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz (EA)	19 (14,3)
(2) Mit vorherigem Krankenhaus-Aufenthalt und bestehender Pflegestufe	68 (51,1)
(3) Ohne vorherigen Krankenhaus-Aufenthalt	46 (34,6)

Teilprojekt A

Hier: Gäste der Kurzzeitpflege, Rehaempfehlung

Kurzzeitpflege

Die Rehabilitationsempfehlung unterscheidet sich nach dem Gästetyp in der Kurzzeitpflege

	Rehaindikation	exemplarisch:	
	gesamt	MoRe nach RE	Stat.ger.Reha
(1) KH-Aufenthalt ohne PS, n=19	57,9 %	26,3 %	15,8 %
(2) KH-Aufenthalt mit PS, n=68	39,7 %	19,1 %	11,8 %
(3) ohne KH-Aufenthalt, n=46	10,9 %	4,3 %	2,2 %

Etwa jede(r) Vierte aus dem Krankenhaus in Kurzzeitpflege gekommene ohne Pflegeeinstufung hat demnach einen MoRe-Bedarf.

Bei Gästen der Verhinderungspflege wurden im Mittel weniger Rehaindikationen gestellt als in vollstationärer Langzeitpflege

Externe Validierung

Vorgehen

Zufallsauswahl (per Zufallszahlen) von insgesamt 20 Begutachtungen mit und ohne Rehaindikation aus der Studie.

Der MDK Bremen erhielt diese Begutachtungen vorab und erstellte im peer-review sein Votum. Dabei lagen den MDK-Mitarbeitern jeweils zu einem Teil der Fälle nur das Assessment (Erhebungsbogen) oder das Assessment zusätzlich mit einer klartextlichen Falldarstellung vor.

Ergebnis

- Es gibt „eindeutige“ Fallkonstellationen (hier: 11 der 20 Fälle) und Fälle zum „Verhandeln“.
- Aus Votum und Klärungsgespräch konnte eine 90 %-ige Übereinstimmung erreicht werden.
- Als bedeutsam für das Votum wurde die Darstellung eines individuellen Teilhabeziels beurteilt.
- Es bestand Konsens, dass für den Nachvollzug von Indikation und Allokation eine klartextliche Formulierung und Falldarstellung geeigneter ist als ein Dokumentationsbogen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!