

Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen

Unter-, Fehl- und Überversorgung

14. Juno 2017 sagt Bundesgesundheitsminister Gröhe:

„Pflegebedürftige Menschen brauchen Rehabilitation !“

Hindernisse und Förderfaktoren zu beantworten für jede der drei Phasen

- 1) **Zugang** Pflegebedürftiger zur Rehabilitation
- 2) **Durchführung** spezieller rehabilitativer Maßnahmen über die therapeutische Erbringung von Heilmitteln hinaus
- 3) **Nachhaltigkeit** und Nachsorge der Rehabilitation Pflegebedürftiger (gesetzeskonforme outcomes in der Katamnese)

Quellen: DFG–Sonderforschungsbereiche 186 (Bremen) und 580 (Halle–Jena), Frankfurter Institut für Supervision, Institutionsanalyse und Sozialforschung, BMG–Projekt MoGeRe Bremen, Woltersdorf, Bad Kreuznach, Coburg, Berlin

Daten: a) produzierte Verlaufsdaten der Sozialversicherung
b) Klinisch epidemiologische Reihenuntersuchungen und Verläufe
c) Organisationsentwicklungs–Verläufe in 9 Bundesländern (OE–Projekte)



OE-Verlaufsstudie:Methode

Methode entwickelt – gefördert in zwei Sonderforschungsbereichen der DFG – von Prof. Dr. Michael Wolf, Psychoanalytiker, und Prof. Dr. J. Behrens, Therapie- und Pflegewissenschaftler, Medizinische Fakultät Halle

- 1) Begehung stationärer Pflegeeinrichtungen in fünf Bundesländern
- 2) Gruppendiskussion aller Fälle mit Fachpflegenden sowie angestellten Ergotherapeuten der Pflegeeinrichtung und dem MoRe-Team
- 3) OE-Vorhaben (Verbesserungsvorschläge) definitiv beschlossen zur Erprobung in den kommenden 12 – 18 Monaten
- 4) Fazit der OE-Projekte (Gruppendiskussion), gelungene werden best practise Beispiele

Frage: **Repräsentativität** der Einrichtungen für alle Einrichtungen? Vermutung: Eher die an Reha interessierten Einrichtungen beteiligten sich als die an Reha völlig desinteressierten Einrichtungen. Schlussfolgerung: **Bias in Richtung interessierter Einrichtungen**: (Bei den Desinteressierten ist die Kooperation mit MoRe nicht besser, sondern eher schlechter.)

In drei Phasen hängt der Erfolg der MoRe nicht unwesentlich an der Fach- und Bezugspflege: 1. beim Zugang zur MoRe 2. bei der Durchführung 3. bei der Nachhaltigkeit



Vorab: Was wir bisher wussten: Fünf Basiserkenntnisse

- 1) Der Gesetzgeber war klüger als die Pflegewissenschaft: § 1 SGB IX benennt als Ziel (outcome) **Selbstbestimmte Teilhabe (Autonomie), nicht Selbständigkeit (Autarkie)**. Selbständigkeit in der Verrichtung von Aktivitäten ist lediglich eins unter mehreren Mitteln zur Erreichung selbstbestimmter Teilhabe. Dieses Mittel „Selbständigkeit“ ist für viele Menschen gar nicht mehr verfügbar und nachweisbar von den meisten Menschen auch gar nicht gewollt (siehe folgende Abbildung ICF)
- 2) Selbstbestimmte Teilhabe ist etwas individuell Konkretes (z.B.. Kirchgang oder gerade Befreiung vom Kirchgang). Ohne ein konkretes motivierendes Ziel selbst-, nicht fremdbestimmter Teilhabe hat Reha keinen Erfolg: Ein fachlich diagnostizierter Rehabedarf muss in aller Regel ein individuelles Rehabedürfnis werden, damit ein Effekt der Reha eintreten kann.
- 3) Selbstständigkeitsmaße wie Barthel, FIM u.a. messen das Erreichen des gesetzlichen Rehazieles nicht. Messen lässt sich das gesetzliche Rehaoutcome am Erreichen des jeweils konkreten selbstbestimmten Teilhabeziels.
- 4) Für sehr viele (nicht alle) rehabedürftige Pflegebedürftige birgt ein Klinikaufenthalt die vier Risiken der Verwirrung, der Angst, des Hospitalismus und der mangelnden Übertragbarkeit der in der Klinik erworbenen Fähigkeiten in den häuslichen Alltag.
- 5) Überversorgung schadet wie Fehlversorgung.



Die drei Hauptdimensionen der ICF



Eine Person kann große selbstbestimmte Teilhabe erlangen, auch wenn Körperfunktionen und Körperstrukturen nicht mehr zu bessern sind und Aktivitäten kaum noch.
Daher lautet das gesetzliche Rehaziziel (§ 1 SGB IX) nicht: ‚Fähigkeit zu selbstständig ausgeübten Aktivitäten‘, sondern „selbstbestimmte Teilhabe“.



Phase 1: Zugang Pflegebedürftiger zur Rehabilitation: deuten Versicherungsdaten auf Unter-, Fehl- oder Übersversorgung hin?

15% der Pflegebedürftigen (i.S. der Pflegeversicherung) über 65 Jahren bekommen im Jahr vor der Anerkennung der Pflegebedürftigkeit eine Reha, fast doppelt so viele wie gleichaltrige Gleichdiagnostizierte ohne Eintritt in eine Pflegestufe. Über-, Unter- oder Fehlversorgung?

“Unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und einer Vielzahl von Diagnosen wurde dabei der Effekt einer Rehabilitation auf den Pflegeeintritt betrachtet. Auch unter Kontrollen der genannten Variablen zeigt sich aber eine höhere Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, wenn zuvor eine Rehabilitation angetreten wurde“ (Rothgang 2013, S. 15 f.[12]).

Zwei mögliche Hypothesen:

- 1) Reha erhöht das Risiko der Pflegebedürftigkeit
- 2) Ärztliche Diagnosen sind nicht hinreichend geeignet, gleich schwer Erkrankte, gleich schwer Reha- und Pflegebedürftige zu identifizieren.

Klinisch epidemiologische Reihenuntersuchungen sind zusätzlich zu Versichertendaten nötig, um zwischen diesen Hypothesen zu entscheiden.



Phase 1: Zugang Pflegebedürftiger zur Rehabilitation: Wer erkennt und regt an?

Sobald jemand in einer Pflegestufe ist, bekommt sie oder er nur noch halb so oft Reha wie gleich diagnostizierte ohne Pflegestufe (GEK-Barmer-Daten).

Wann wurde Reha bei Pflegestufe genutzt:

Vor allem nach Krankenhausaufenthalt als ‚Anschlußheilbehandlung‘, kaum Rehaempfehlungen ohne Krankenhausaufenthalt.

Kein Bedarf oder Unterversorgung?

Klinisch epidemiologische Reihenuntersuchung (nächste Folie) : 16–20 %

Muss man sich als Rehabedürftige erst den Oberschenkelhals brechen, um die schon vorher sinnvolle Rehamassnahme zu bekommen? Das ist weder der Pflegebedürftigen, noch der Versichertengemeinschaft zumutbar.

Wem obliegt die rechtzeitige Rehaindikation und Antragsformulierung?

a) Hausärztinnen und Hausärzten.

Sie stellen oft keinen Anträge, da „er ohnehin nicht bewilligt würde“ – Bewilligungsquote liegt aber über 75 %. Also Anträge werden weniger abgelehnt als gar nicht erst gestellt.

b) Fachpflegende als Anregende einer Reha-Prüfung (Screening)

OE: Zu unklare Wege für pflegerische Initiativen



Phase 1: Zugang Pflegebedürftiger zur Rehabilitation: Der vierstufige Filter von „rehabedürftig“ zu „Reha indiziert“

vorläufige Schätzungen aus DFG-SFB und OE-Projekten

Stufe 1 „Rehabedürftig“ :waren 60 – 80 % der Bewohner*innen

gemäß der GKV/MDS-Richtlinie (2016), d.h. nach (!) der Erkenntnis, dass
medizinische Behandlung einschließlich therapeutischer Erbringung von Heil-
und Hilfsmitteln nicht hinreichen

Stufe 2 Refähig (belastbar)

Ausprägungen:

Überhaupt nicht refähig, jede Form der Reha ist zu belastend: 15 – 23 %

Auch zu einer stationären Reha fähig: 0,2 – 5 %

Eher nur zu einer mobilen Reha in der Pflegeeinrichtung fähig: 45 – 55 %

Stufe 3 Realisierbares Rehaziel (selbstbestimmtes Teilhabeziel) vorhanden

Ausprägungen:

Nicht vorhanden (z.B. nur unrealisierbare Ziele vorhanden) 10 – 15 %

Realisierbares Ziel vorhanden 35 – 40 %

Stufe 4 Rehabedürftige möchte Reha (Rehamotivation)

Ausprägungen

Nein (gibt sich zufrieden mit dem, wie es jetzt ist) 15 – 20 %

Ja: 16 – 21 %

*Also stark abhängig von Kontext (wegen Belastbarkeit) und pflegerisch-
therapeutischer Bewältigung von Resignation (wegen Rehamotivation)*



***Phase 2: Durchführung* spezieller rehabilitativer Maßnahmen über die therapeutische Erbringung von Heilmitteln hinaus**

Selbstverständlichkeit: Familienangehörige zu Hause sollten Rehamassnahmen nicht konterkarieren, sondern stärken. Das gilt selbstverständlich entsprechend in der stationären Pflegeeinrichtung, so sehen es Pflege und Reha „im Prinzip“

Überraschung zu Beginn der OE-Projekte in **allen** Pflege- und Rehaeinrichtungen:

Rahateam kannte nicht Pflegeplanung
Pflegeteam kannte nicht Rehaplanung

Hindernisse Schichtdienst und Krankheit lassen in der Pflege bis zu 18 Personen denselben Pflegebedürftigen versorgen – anders als im Privathaushalt

OE-Massnahmen zur Integration beider Planungen.

OE-Massnahmen zum Fähigkeiten-Transfer vom Rehateam zum Pflegeteam
(Vergütung noch zu klären)



Phase 3: Nachhaltigkeit und Nachsorge in der Rehabilitation Pflegebedürftiger: Organisatorische Anforderungen und Lösungen

Reha ist eine befristete Maßnahme,

Wenn die erworbenen Fähigkeiten zur selbstbestimmten Teilhabe nicht von den Fachpflegenden weiter „trainiert“, unterstützt und anerkannt werden, verkümmern sie schnell. Der Erfolg mobiler Rehabilitation in der privaten Wohnung hängt ja auch von der kompetenten Unterstützung durch Familienmitglieder ab.

Ist-Stand zu Beginn der OE-Projekte

In **allen** untersuchten Pflegeeinrichtungen äußerten alle Fachpflegende ein großes Interesse daran, vom Rehateam nicht nur informiert, sondern regelhaft angeleitet zu werden – ob das nun zu ihren gesetzlichen Aufgaben gehörte oder nicht.

In **keiner** der untersuchten Pflegeeinrichtungen fand diese Anleitung und vor allem Einübung der Fachpflege durch das Rehateam rechtzeitig und in einer Übergabesitzung regelhaft statt.

Ist-Stand zum Ende der OE-Projekte

Je mehr die Einrichtungen Bezugspflege realisierten, umso besser funktionierte die regelhafte Anleitung.. Eine Übergabesitzung des Rehateams mit Pflegebedürftigen, Fachpflege und möglichst Familienangehörigen empfiehlt sich.

Unklar ist Vergütung und rechtliche Pflicht (Kirchgangurteil).



Phase 3: Nachhaltigkeit und Nachsorge in der Rehabilitation Pflegebedürftiger: Outcome-Messung mit und ohne Reha

Zugewinne im Barthel-Index sind bei MoGeRe mit Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen vergleichbar MoRe in Privathaushalten und der stationären Reha (Lübke et al, kcg, 2016).

Aber: 1. Was besagt Barthel Index? 2. Was besagt ein Vergleich verschiedener Rehaformen, wenn man nicht mit Null-Reha vergleichen kann?

- 1) Der Barthel-Index, aber auch andere Assessments messen eher die *Selbständigkeit* bei vorgegebenen Alltagsverrichtungen als die *Selbstbestimmung*. Beides unterscheidet sich deutlich (Behrens et. al. 2016 a). *Selbstbestimmung und selbstbestimmte Teilhabe sind auch dann noch möglich, wenn Selbständigkeit nicht (mehr) erreichbar ist.* Selbstbestimmung ist vielen Menschen nachweislich wichtiger als Selbständigkeit. Direkte Feststellung der Teilhabegewinne (gesetzliches Rehaziel) sind möglich. Und nötig.
- 2) Erstmalsiger Vergleich von Rehabilitanden mit der Entwicklung von Personen mit Reha-Empfehlung, aber ohne Reha zeigt: Auch letztere machen Fortschritte, aber nicht so eindeutige wie Rehabilitanden.



Fazit: Was benötigen gute Rehabilitationsmaßnahmen für pflegebedürftige Menschen?

Förderfaktoren, Hindernisse und Empfehlungen aus pflege- und rehawissenschaftlicher Perspektive

- 1) Alltagsnahe Rehaangebote in der eigenen Wohnung
- 2) Bezugs-Pflegende, die Rehabedarf rechtzeitig vermuten (nicht diagnostizieren) können und Indikationsstellungen auslösen können
- 3) Bezugs-Pflegende, die Teilhabebedürfnisse auch bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen wahrnehmen und übersetzen können.
- 4) Integration von Pflege- und Rehaplanung (OE-Herausforderung)
- 5) Fähigkeitentransfer vom Rehateam zum Pflorgeteam – z.B. während der MoGeRe -Durchführung und vor allem in der Rehanachsorge
- 6) Messung der Erreichung des gesetzlichen Rehaziels am Erreichen der Teilhabeziele, nicht nur an Maßen der selbständigen Verrichtung
- 7) Trägerschaften und Finanzierungsverantwortungen müssen koordiniert werden:

**Von der fürsorglichen Bevormundung
über die organisierte Unverantwortlichkeit
zur professionsgestützten *selbstbestimmten Teilhabe*.**

(Transformation des Gesundheits- und Sozialsystem nach 1989, Budrich-Verlag 2012, EbN: Methoden und Ethik der Versorgungsforschung, Verlag Hogrefe 2016, Sozial ungleich behandelt? Verlag Hogrefe 2017)

