

Implikationen und Folgerungen aus den Studienergebnissen

Forschungsprojekt Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes und Evaluation mobiler geriatrischer (MoGeRe) in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege

Matthias Schmidt-Ohlemann

Forschungsvorhaben
Mobile Geriatrische Rehabilitation
(MoGeRe)

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Implikationen und Folgerungen: Bedarfsanalyse

1. Der ungedeckte Rehabilitationsbedarf bei Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen der Langzeit- und der Kurzzeitpflege ist mit ca. 22,7 % bzw. 32,6 % (stichtagsbezogen) unerwartet hoch.

- Erhoben nach gültigen und anerkannten Kriterien (Reharichtlinie, MDK/MDS-Standards, Facharztstandard)
- Bislang gibt es keine entsprechende Untersuchung: Die Studie liefert erstmals Zahlen
- Größenordnung aus fachlicher Sicht plausibel, bislang gibt es nur Vermutungen einzelner Experten
- Im letzten Jahr vorher wurde in der Regel keine Rehaleistung bezogen, falls ja: keine Rehaindikation. Ausnahme: Dringlicher Bedarf (4 Jahresregel)
- In der poststationären Kurzzeitpflege liegt der Bedarf deutlich höher: 44,4 %. Dies legt den Schluss nahe, dass Kurzzeitpflege statt Reha durchgeführt wird.
- Die Reha XI Studie hatte in der Referenzgruppe bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit immerhin einen Bedarf von ca. 18 % gefunden.
- Der Bedarf bildet sich bei der Rehabegutachtung des MDK bei Bewohnern von Pflegeeinrichtungen bislang nicht ab (ca. 0.7 % der Begutachtungen von Heimbewohnern (mdl. Mitteilung Breuninger, MdS). Die Ursachen hierfür sind unklar.

Implikationen und Folgerungen: Bedarfsanalyse

2. Berücksichtigt man die Rehafähigkeit, die Prognose, und die Motivation eingehend, und das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten ist die Deckung des Bedarfes in ca. 90 % (Langzeit in 18,7%, KZP in 21,1%) nur mittels MoGeRe möglich. D.h. die Form der Reha bzw. die Allokation ist für die Rehaprognose und das Inanspruchnahmeverhalten der Bewohner von erheblicher Bedeutung. Diese Erkenntnis ist neu und unerwartet, dennoch plausibel.
 3. Wird MoRe bei der Indikationsprüfung für Rehabilitation nicht (ernsthaft) in Betracht gezogen, wird der Rehabedarf wahrscheinlich systematisch unterschätzt.
1. Das Angebot an Mobiler Rehabilitation ist sukzessive bedarfsgerecht und flächendeckend aufzubauen.

Implikationen und Folgerungen: Inanspruchnahme und Zugang

- 4. In der überwiegenden Zahl der Untersuchten mit Rehabedarf z. Zt der Untersuchung waren keine laufenden Anträge auf Rehaleistungen bekannt, auch nicht auf MoRe, obwohl in der Region Mobile Rehabilitation angeboten wird.**
- 5. Bei 118 Klienten mit Rehabedarf und entsprechender schriftlicher Empfehlung wurde in den folgenden 6 Wochen in deutlich weniger als 10 % ein Rehaantrag gestellt, wobei Daten dazu nur für die Vergleichsgruppe vorliegen, die weiter verfolgt wurde (T2 und 3).**

Dies verweist auf erhebliche Probleme

- bei der Bedarfserkennung
- Bei der Antragstellung, wobei hier enttäuschende Erfahrung bei Voranträgen eine Rolle spielen dürften
- Es handelt sich nicht um Ablehnungen, da es gar nicht zum Antrag kommt. (Antizipierte Ablehnung?)
- Dieses Ergebnis deckt sich mit der Zahl der Umsetzung von Rehaempfehlungen des MDK bei der Pflegebegutachtung (AOK Nord: < 15 %)

Implikationen und Folgerungen: Verbesserung des Zugangs

6. Damit erweist sich die mangelnde Erkennung des Rehabedarfes und die mangelnde Beantragung bei bekanntgewordenem Bedarf als zentrale Problemstellung.

Es besteht ein erheblicher Forschungsbedarf bzgl. der Bedarfserkennung und der Einleitung des Rehaantragsverfahrens im Hinblick auf die Ursachen für die geringe Zahl der Antragsstellungen.

Dennoch lassen sich erste Anregungen formulieren:

- Information und Überzeugung „Reha ist möglich, sinnvoll und (gerade) als MoRe erfolgreich“, ist zu verstärken
- Hausärzte und Fachärzte sind zu schulen und zu motivieren
- Pflegekräfte (Einrichtungen), Therapeuten, Angehörige und Patienten sollten ein Empowerment erfahren zur Bedarfserkennung und Einleitung einer Rehaleistung und könnten das Recht auf Anregung gegenüber den Vertragsärzten, ggf. sogar das der Antragsstellung beim Rehaträger erhalten. (Jetzt schon möglich im Rahmen des SGB IX?!) und z.B. durch ein anerkanntes Assessment ihre Anregung untermauern können.

Inanspruchnahme und Zugang zu Rehaleistungen

- II. Der Zugang zur Rehabilitation, insbesondere auch zur Mobilien Rehabilitation ist zu verbessern und zuverlässig zu gewährleisten. Nur durch eine verbesserte Bedarfserkennung und konsequente Antragsstellung können die Rehapotentiale erschlossen werden. Dies setzt allerdings ausreichende Kapazitäten voraus.

- III. Die Barrieren für eine sachgerechte Bedarfserkennung und Antragsstellung sollten wissenschaftlich untersucht werden. Durch Empowerment auch der nichtärztlichen Akteure sollte der Zugang zur Rehabilitation verbessert werden.

Implikationen und Folgerungen: Erfolg der MoRe

7. Mit der MoRe steht ein Rehamethode/-form zur Verfügung, die im Heim durchführbar und im Hinblick auf die Erreichung relevanter Ziele erfolgreich ist. Sie, und derzeit nur sie, ist geeignet, den gesetzlichen Anspruch nach § 40 Abs. 1 Satz 2 der Versicherten auf Rehabilitation in den Einrichtungen, zu erfüllen. Die Studie zeigt eindrucksvoll die Durchführbarkeit in stationären Pflegeeinrichtungen, und dass relevante Teilhabeziele erreicht werden können.
8. Die Studie zeigt, dass sich bei MoRe versorgten BewohnerInnen deutliche Verbesserungen bei den Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe i. S. der ICF erreichen lassen, insbesondere im Vergleich zu einer Gruppe mit Rehaindikation aber ohne Rehaleistung, auch 6 Monate nach Rehaabschluss. MoRe kann als wirksame Rehaform wie die anderen Formen der geriatrischen Reha angesehen werden, sogar im Pflegeheim.
- Die Verbesserungen betreffen u.a.
- ADL, Mobilität, Transfer
 - Individuelle Teilhabeziele
 - Teilhabesicherungskonzepte
 - Lebensqualität, Kontextfaktoren und medizinische Parameter
- Die Ergebnisse waren im Ggsatz zur Vergleichsgruppe konstant: Nachhaltigkeit!**

Implikationen und Folgerungen: Bedeutung der MoRe für die Teilhabe

9. Erstmals wurden in einer solchen Studie auch einige teilhabebezogene Ziele und deren Umsetzung ermittelt. In den meisten Fällen wurden diese zumindest teilweise erreicht. Grenzen der Teilhabe finden sich in den Heimstrukturen und fest gefügten Erwartungen aller Akteure.

IV. MoGeRe ist eine erfolgreiche und nachhaltige Form der Rehabilitation auch im Pflegeheim. Sie kann unmittelbar Teilhabeziele artikulieren und verwirklichen helfen.

V. Möglichkeiten der Teilhabe in stationären Pflegeeinrichtungen erscheinen generell derzeit nicht ausreichend genutzt. Hier besteht ein Forschungs- und konzeptioneller Entwicklungsbedarf unter Einschluss des primären sozialen Netzwerkes der Bewohner.

Implikationen und Folgerungen: Bedeutung der MoRe

10. **Wie im ambulanten Setting zu Hause auch wird mit MoRe eine besondere Personengruppe erreicht, die für die anderen Rehaformen stationär/ambulant nicht geeignet ist und ohne MORE ohne Reha-chancen wäre.**
- Mit More werden auch Betroffene mit schweren und sehr schweren Beeinträchtigungen erreicht, die in häuslichen Kontexten nicht mehr versorgt werden können.
 - Auch demente Patienten konnten von der MoGeRe profitieren.
11. **Für die Rückführung in die Häuslichkeit kommen die Rehaleistungen jedoch meistens zu spät. Dies ist in nur wenigen Fällen gelungen, (abgesehen von der Kurzzeitpflege), wurde aber auch nicht als Ziel angegeben: Subjektive Akzeptanz der Heimsituation und die Akzeptanz „objektiver“ Kontextfaktoren (aufgegebene Wohnung, zurückgezogenes primäres soziales Netzwerk etc.) Dies gilt nicht für die Kurzzeitpflege: Hier erweist sich die MoRe als wesentlicher Förderfaktor für eine verbesserte Teilhabe in der Häuslichkeit.**

Implikationen und Folgerungen: Bedeutung der MoRe

VI. MoRe ist für einen bestimmten schwerbetroffenen Personenkreis, der sich in Heimen findet, das einzige regelhaft wirkende Angebot.

VII. Um Heimaufnahmen zu verhindern und den Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen muss Reha und insbesondere auch MoRe früher ansetzen, nämlich zu Hause. Die Heimaufnahme ist derzeit nur in seltenen Fällen rückgängig zu machen.

Die Chancen der MoRe in Kooperation mit der Kurzzeitpflege sollten auch dazu genutzt werden.

Implikationen und Folgerungen: Ökonomische Aspekte

12. Die ökonomischen Wirkungen der MoRe konnten anhand von Modellrechnungen nur geschätzt werden. Hier besteht ein weiteres interessantes Forschungsfeld, übrigens für die gesamte geriatrische Reha. Wirkungen können für die Entwicklung des Pflegebedarfes aber insbesondere auch im Hinblick auf die Krankenbehandlung wahrscheinlich gemacht, jedoch noch nicht quantifiziert werden. Ein gesundheitsökonomischer „Gewinn“ durch MoRe lässt sich wahrscheinlich machen.

13. Die Finanzierung der MORE ist bei Vollkostenrechnung derzeit in der Regel nicht ausreichend. Träger müssen über Querfinanzierung Ressourcen beisteuern. Dies wirkt als Barriere für den Aufbau. Nur teilweise lassen sich die unzureichende Finanzierung durch Synergieeffekte oder immateriellen Nutzen ausgleichen. Modelle einer leistungsgerechten Vergütung sind zu erproben.

Implikationen und Folgerungen: Ökonomische Aspekte

VII. Die gesundheitsökonomischen Effekte von MoRe sind weiter zu erforschen. Dies gilt auch für alle anderen Rehaformen. Es ist davon auszugehen, dass MoRe gesundheitsökonomisch sinnvoll ist, insbesondere im Hinblick auf die Aufgabe, die Teilhabe von Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedarf zu verbessern.

VIII. Für die MoRe ist als eine Voraussetzung für einen flächendeckenden Ausbau ein Modell für eine die Vollkosten deckende Vergütung zu entwickeln.

Implikationen und Folgerungen: Zusammenarbeit

14. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und dem Rehateam der MoRe wurde als erheblich verbesserungsbedürftig und - würdig ermittelt.

Unzureichend erwiesen sich insbesondere

- Mitwirkung der Pflege bei der Identifikation von Rehazielen
- Abstimmung von Reha- und Pflegeplanung
- Umsetzung der Anregungen und des Erreichten im pflegerischen Alltag
- Absprachen im Hinblick auf Nachhaltigkeit
- Bereitstellung von personellen und zeitlichen Ressourcen für die Kooperation seitens der Pflegeeinrichtungen, aber auch der Rehateams

15. Auch unter begrenzten Ressourcen konnten Verbesserungen der Kooperation in den genannten Bereichen vereinbart und erprobt werden.

16. Die Fachpflege spielt bei der Bedarfserkennung, der Durchführung und der Sicherung der Nachhaltigkeit eine bedeutende Rolle. Jedoch kommt auch der konzeptionellen Ausrichtung des Heimes offenbar eine hohe Bedeutung zu. Hier erwies sich der Einfluss der MoRe-Teams als begrenzt.

Implikationen und Folgerungen: Kooperation

- IX. Die rehabilitativen Kompetenzen der Pflegekräfte sind durch die Kooperation mit der MoRe auszubauen, ihre Kenntnisse im Rahmen fester Kooperationsabsprachen zu nutzen.

- X. Eine konzeptionelle Ausrichtung der stationären Einrichtungen an der Teilhabe kann nicht allein durch MoRe erreicht werden. Sie bedarf zumindest für die Zusammenarbeit zusätzlicher Ressourcen.

Implikationen und Folgerungen: Perspektiven der MoRe

- 14. Die Ergebnisse legen nahe, die MORe flächendeckend zu etablieren. Würden nur 5 % des ermittelten Bedarfes von Heimbewohnern realisiert, würden ca. 40000 Leistungen der MoGeRe im Jahr nur für diese Gruppe benötigt. Das bedeutet ca. 200 Einrichtungen der MoRe für die BRD. Der erforderliche Finanzbedarf würde sich bei dieser Zahl auf ca. 140 Mio € belaufen. Dem würden wahrscheinlich deutliche Kosteneinsparungen entsprechen, deren Höhe durch weitere Forschungen zu klären sind. Diese sind aufwändig. Der Bedarf an MoRe in häuslicher Umgebung ist mindestens in gleicher Größenordnung zu vermuten.**
- 15. Die Untersuchungsergebnisse ergeben eine deutliche Verbesserung der Teilhabe und der Lebensqualität bei MoRe im Vergleich zur Gruppe ohne Reha auch im Pflegeheim. Die positiven Ergebnisse wurden unter weitgehender Beibehaltung der vorhandenen Heimstrukturen und herkömmlichen Abläufe erzielt.**

XI. Ein Ausbau Mobiler Rehabilitationseinrichtungen zur Versorgung nicht nur von Heimbewohnern ist geboten. Nur so ist der Rechtsanspruch auf medizinische Leistungen zur Teilhabe im Sinne des SGB IX einzulösen.