

Forschungsvorhaben

„Allgemeiner Rehabilitationsbedarf und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“

Abschlussstagung am 16. Mai 2018 in Berlin

Kurzberichterung

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 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 Reha-Team 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

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

stationäre Pflegeeinrichtungen aus den Regionen der Einrichtungen der Mobilien 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 (Rehabilitations)Bedarfsfeststellung wurde durch Fachärzte der Einrichtungen der Mobilien 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 Beispielfällen 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 stationärer 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 Rehaprognose - erheben ließ. 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 %. Das häufig vorgebrachte Argument, Heilmittel könnten bis zu einem gewissen Grad Rehabilitation ersetzen oder überflüssig machen, wird nach den Daten dieser Studie nicht

gestützt. So hat der Einsatz von Heilmitteln nicht den Effekt, dass der Rehabilitationsbedarf sinkt. Ein Rehabilitationsbedarf lässt sich demnach nicht mit der Anwendung von Heilmitteln hinreichend decken.

Zur Evaluation der Mobilen Rehabilitation in Pflegeheimen wurde in einer halbjährigen Verlaufsstudie mit vier Messzeitpunkten (vor der Reha, am Ende der Reha, 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 Rehaindikation, bei denen jedoch keine Rehabilitationsleistung beantragt wurde, gewonnen werden (Verfahren in Abstimmung mit der Ethikkommission). 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 Berücksichtigung 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 Reha 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 Reha 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 Reha 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 un behandelter Fälle mit eindeutiger Rehaindikation parallel zu einer Rehabilitationsmaßnahme untersucht werden konnte. Damit kann die Wirkung von MoRe im Vergleich zu einer Gruppe, die ohne eine Rehamassnahme zu bekommen ebenfalls

an der Studie teilnahm, plausibel gemacht werden. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Gruppe ohne MoRe-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. Erstmals 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 MoRe 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 MoRe) wurden Hemmnisse und Förderfaktoren der MoRe in der Zusammenarbeit zwischen Pflege- und MoRe-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, Rehaziell, 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 MoRe, aber auch für die Nachhaltigkeit erwies sich darüber hinaus ein deutlicher Fortbildungsbedarf und Fortbildungswunsch der Pflegekräfte. Auch die zeitlichen Ressourcen müssen in den Pflegeeinrichtungen gegeben sein. So wird die Kooperation zwischen Fachpflege und MoRe-Team zu einem entweder förderlichen oder hemmenden Faktor für die Zielerreichung der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Rehamassnahmen in Pflegeeinrichtungen sind trotz der organisatorischen Hemmnisse mit den hier gezeigten Ergebnissen verbunden; die in fünf Pflegeeinrichtungen erprobten Maßnahmen der kooperativen Zielfindung (Reha- 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.

Offen bleibt, warum trotz Indikationsstellung für eine MoRe (in der Teilstudie zur Bedarfserhebung) und trotz vorhandenem MoRe-Angebot nur vereinzelt Rehabilitationsleistungen beantragt wurden. Hier liegt eine bedeutende Forschungsaufgabe.

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 „Reha 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 Reha z. T. 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. MoRe kann dadurch nicht nur Pflegebedarfe vermindern oder ihre Entstehung oder Erhöhung hinauszögern, sondern Selbstbestimmtheit und Teilhabe im letzten Abschnitt der Biographie alter und pflegebedürftiger Menschen realisieren helfen.

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 Forschungsneuland in einem nicht nur medizinisch komplexen Untersuchungsfeld. Gleichsam kann eine Verbesserung der Teilhabe durch die Intervention „Mobile Rehabilitation“ plausibel aufgezeigt werden.