



Neue Finanzierung der geriatrischen Reha

Mehr Rehabilitation für Pflegebedürftige?

Yvonne Ehmen, Antje Schwinger, Chrysanthi Tsiasioti

Die Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ wird häufig gleichgesetzt mit der Neuordnung der Finanzierung der Reha. Fragen nach Bedarf und Wirksamkeit der Maßnahmen werden durch den Fokus auf finanzielle Aspekte verstellt. Was sind im Sinne der Pflegebedürftigen die richtigen Lösungskonzepte und wie können rehabilitative Maßnahmen verstärkt in den Pflegeprozess integriert werden?



Hintergrund der Diskussion um die Neuordnung der Finanzierung der geriatrischen Reha ist die organisatorische Trennung in der Absicherung von pflegerischen und gesundheitlichen Lebensrisiken durch die soziale Pflegeversicherung (SPV) einerseits und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) andererseits. Während die SPV aufgrund eines vollständigen Ausgabenausgleichs zwischen den Pflegekassen nur einen eingeschränkten Kassenwettbewerb kennt, herrscht in der GKV Kassenwettbewerb.

1 Einführung

Kritisiert wird deshalb, dass die verschiedenen Steuerungsstrukturen an den Schnittstellen von GKV und SPV zu ökonomischen Fehlanreizen führen. Dies führt unter anderem dazu, dass das Rehabilitationspotenzial bei Pflegebedürftigen und Menschen, die von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, nicht ausgeschöpft wird, da durch rehabilitative Maßnahmen bewirkte Einsparungen bei den Pflegeausgaben für die SPV finanziell nicht von Bedeutung sind. Einen empirisch abgesicherten Befund, bei welchen Personen, die kurz vor einer Pflegebedürftigkeit stehen oder diese bereits aufweisen, in welchem Umfang gebotene Rehabilitationsmaßnahmen nicht erfolgen, gibt es heute aber nicht (Rothgang et al. 2014, Lübke 2015). Als Indiz hierfür wird unter anderem auf den geringen Anteil Pflegebedürftiger hingewiesen, der im Rahmen der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine Rehabilitationsempfehlung erhält.

Dieser hat nach Einführung eines wissenschaftlich fundierten, strukturierten und einheitlichen Verfahrens (Rothgang et al. 2014) zur Erhebung der Rehabilitationseinschätzung (des sogenannten optimierten Begutachtungsstandards (OBS)) zwar deutlich zugenommen, lag im Jahr 2016 aber dennoch nur bei 2,2 Prozent (GKVS 2017). Abzuwarten bleibt,

ob die systematischere Erfassung des Rehabilitationsbedarfs über das Begutachtungsinstrument ab dem Jahr 2017 diesen Anteil noch einmal positiv verändern wird.

Als Lösungsansatz für eine verbesserte Versorgung von Pflegebedürftigen mit rehabilitativen Leistungen wird deshalb in der Fachöffentlichkeit immer wieder für eine veränderte Finanzierungszuständigkeit geworben (Jahn et al. 2009; Hoberg et al. 2013; Rothgang/Jacobs 2013; SVR 2014; Paquet/Jacobs 2015; Rothgang 2015 und Rothgang 2016). Auch politisch ist diese

Drei Kernaussagen

Fragen nach Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit von pflegevermeidenden oder -verzögernden Maßnahmen – und nicht Finanzierungsfragen – sollten Ausgangspunkt der Diskussion um eine Neuordnung der Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit sein.

Es bedarf neuer Strukturen und Versorgungsansätze, um die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten von Pflegebedürftigen zu erhalten. Vor diesem Hintergrund sollten die Entwicklung und Erprobung neuer Ansätze wie des hier vorgestellten Rahmenkonzepts „Pflege-Plus“ an erster Stelle stehen.

Das „Pflege-Plus“-Konzept bietet einen Lösungsvorschlag, der einen kontinuierlichen Zugang zur aktivierenden Pflege mit Unterstützung durch medizinisch-therapeutisches Personal sicherstellt und knüpft an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff an. Es bietet die Chance, die Kurzzeitpflege zur Rückkehr der Pflegebedürftigen in die eigene Häuslichkeit zu nutzen. Die Regelversorgung Pflegebedürftiger könnte hierbei durch ein spezialisiertes ambulant-geriatrisches Versorgungsteam ergänzt werden, um rehabilitative und aktivierend-therapeutische Maßnahmen in den Pflege- und Versorgungsprozess zu integrieren.

Forderung seit Längerem auf der Agenda (siehe u. a. Bundesregierung Legislaturperiode 18; CDU-Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege 2017; SPD-Bundestagsfraktion 2017).

Vor diesem Hintergrund reflektiert dieser Beitrag die Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit im Status quo. Argumentiert wird, dass Fragen nach Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit von pflegevermeidenden oder verzögernden Maßnahmen Ausgangspunkt einer Diskussion sein sollten – und zwar erst einmal unabhängig von leistungsrechtlichen Gesichtspunkten und Finanzierungsaspekten.

Im Fokus sollten darüber hinaus die Verbesserung der Steuerung und Vernetzung der Versorgung stehen. Mit dem komplementären Rahmenkonzept „Pflege-Plus“ stellt dieser Beitrag einen alternativen Lösungsansatz zur Neuordnung der Finanzierungszuständigkeit von geriatrischer Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit vor. Der Ansatz zielt auf eine verbesserte Koordination bereits bestehender Angebote und auf eine Ergänzung dieser mit setting- und lebensphasengerechten, niedrigschwelligen Leistungen.

2 Geriatrische Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit – heutiger Stand

2.1 Leistungsrechtliche Ausgestaltung der geriatrischen Rehabilitation

Gesetzlich Versicherte haben bei Bedarf alle vier Jahre einen Anspruch auf Rehabilitation, sofern sie die Anspruchsvoraussetzungen – „Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose“ (G-BA 2016; GKVS und MDS 2016) – erfüllen. Eine Reha kann im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V oder im Zuge einer Frührehabilitation im Krankenhaus nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V erfolgen (Tabelle 1). Medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V kann als Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 SGB V) spätestens 14 Tage (maximal jedoch sechs Wochen, nach der Krankenhausbehandlung) oder als sogenannte allgemeine Rehabilitation erfolgen.

Sowohl die Leistungen der Anschlussrehabilitation als auch die der übrigen allgemeinen Rehabilitation können im Rahmen einer stationären oder

Tab. 1: Übersicht über die Formen der verschiedenen Rehabilitationsleistungen

| | | Versorgungssetting | | | |
|--|------------------------------------|--|--|--|------------------------------------|
| | | stationär | teilstationär | ambulant | mobil |
| Frührehabilitation § 39 (1) Satz 3 SGB V | nach § 108 SGB V | Geriatrische, neurologische und fachübergreifende Reha nach OPS | Geriatrische, neurologische und fachübergreifende Reha nach OPS | | |
| Anschluss- rehabilitation § 40 (6) SGB V | nach § 111/ § 111 c SGB V | 20 Indikationen + geriatrische Reha | | 20 Indikationen + geriatrische Reha | vorwiegend geriatrische Reha |
| Allgemeine Rehabilitation § 40 SGB V | nach § 111/ § 111 c SGB V | 20 Indikationen + geriatrische Reha | | 20 Indikationen + geriatrische Reha | vorwiegend geriatrische Reha |

verwendete Abkürzung: OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel

Quelle: eigene Darstellung WiDO 2017

ambulanten Rehabilitation oder seit 2007 auch als mobile Rehabilitation erfolgen. Die stationäre Rehabilitation stellt aber die weitaus häufigste Versorgungsform dar. Von den rund 2,3 Milliarden Euro, die im Jahr 2015 in der GKV für stationäre Anschlussrehabilitation und stationäre Rehabilitationsleistungen, Anschlussrehabilitation und stationäre Rehabilitationsleistungen für Kinder sowie ambulante Reha-Maßnahmen aufgewendet wurden, entfielen 1,8 Milliarden Euro – das heißt rund 80 Prozent – auf die stationäre Anschlussrehabilitation (siehe BMG 2016).

Für die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen sind 21 Indikationen definiert (z. B. Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs, neurologische Erkrankungen und Erkrankungen der Stimmorgane, entzündliche rheumatische Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen). Die geriatrische Rehabilitation ist eine dieser 21 Indikationen der medizinischen Rehabilitation.

Allgemein gesprochen fokussiert eine indikationsspezifische Rehabilitation auf die Wiederherstellung der Fähigkeiten und die Selbstständigkeit nach Akuterkrankungen oder bezieht sich auf spezifische chronische Erkrankungen. Die indikationsübergreifende oder geriatrische Rehabilitation richtet sich hingegen an Rehabilitanden mit geriatrischer Multimorbidität und höherem Lebensalter (in der Regel älter als 70 Jahre). Im Fokus steht hier der Erhalt

oder die Wiederherstellung der Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten (siehe hierzu auch GKVS und MDS 2016).

2.2 Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen durch Pflegebedürftige

Um die Versorgungssituation von Pflegebedürftigen mit rehabilitativen Leistungen zu beschreiben, wurden anonymisierte AOK-Daten alters- und geschlechtsbezogen auf alle GKV-Versicherten adjustiert und ausgewertet. Die Analysen beziehen sich jedoch ausschließlich auf stationäre Rehabilitationsleistungen.

Jeder zehnte (10,6 Prozent) gesetzlich Versicherte über 70 Jahre, der im Laufe des Jahres 2015 pflegebedürftig war oder wurde, hatte im gleichen Jahr eine stationäre rehabilitative Maßnahme erhalten, und zwar am häufigsten in Form einer Frührehabilitation (6 Prozent) (Abbildung 1). Vergleicht man dies mit nicht Pflegebedürftigen der gleichen Altersgruppe, wird deutlich, dass diese – mit einer Quote von 3,5 Prozent – weitaus seltener eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben (Abbildung 1).

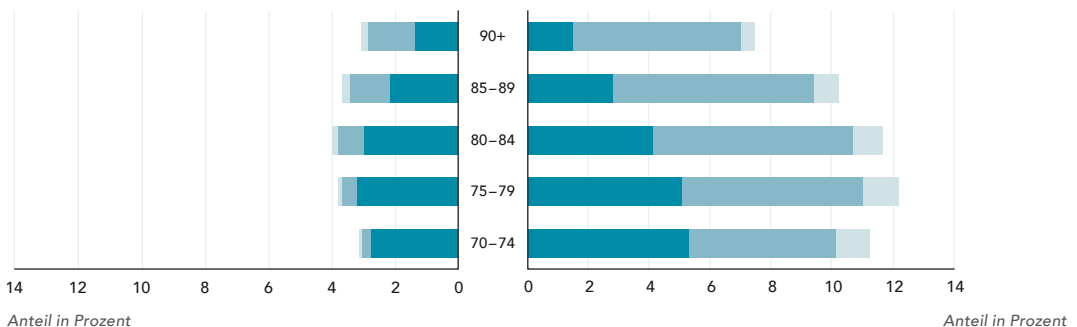
Abb. 1: Anteil Versicherter ab 70 Jahren mit mindestens einer Rehabilitationsmaßnahme, aufgeschlüsselt nach Art der Maßnahme (2015)

Nicht Pflegebedürftige

- nur medizinische Reha = 2,9 Prozent
- nur Frühreha = 0,5 Prozent
- med. Reha und Frühreha = 0,1 Prozent

Pflegebedürftige

- nur medizinische Reha = 3,7 Prozent
- nur Frühreha = 6,0 Prozent
- med. Reha und Frühreha = 0,9 Prozent



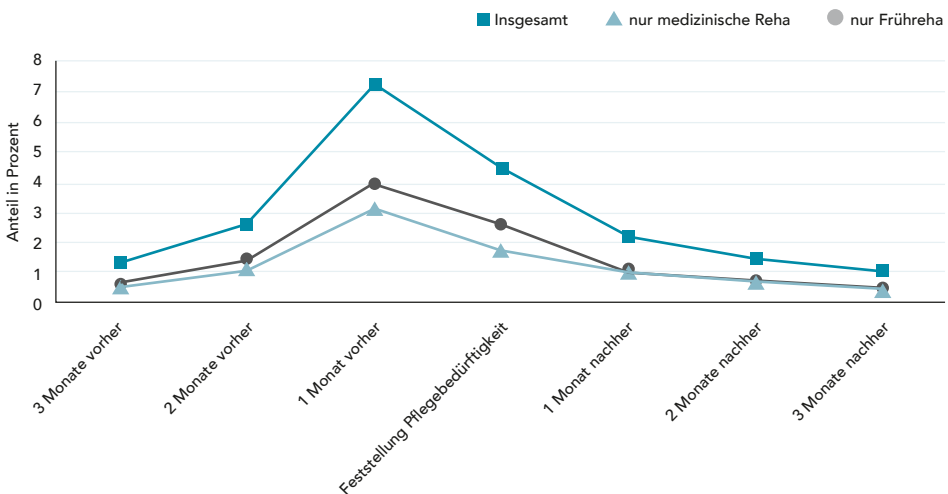
Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6, 2015)

WiDO 2017

Grenzt man die Betrachtung auf einen Zeitraum von drei Monaten vor bis drei Monaten nach Feststellung der erstmaligen Pflegebedürftigkeit ein, so zeigt sich, dass rund 14 Prozent der erstmals Pflegebedürftigen ab 70 Jahren eine Rehabilitationsmaßnahme innerhalb dieses Zeitraums in Anspruch nahmen (Abbildung 2) – 2,6 Prozent zwei Monate vorher, 7,3 Prozent einen Monat vorher und 4,5 Prozent im Monat des Pflegebeginns. Die Inanspruchnahme von Rehabilitation ist folglich im Zeitraum der erstmaligen Feststellung der Pflegebedürftigkeit deutlich höher. Wiederum überwiegt aber auch bei den neu Pflegebedürftigen die Frührehabilitation als Versorgungsform.

Differenziert man die Analysen zudem nach Art und Indikation, so zeigt sich folgendes Bild: Erhalten Pflegebedürftige ab 70 Jahren eine medizinische Rehabilitation, erfolgt dies zum überwiegenden Teil im Anschluss an einen akutstationären Aufenthalt (d.h. in Form einer Anschlussrehabilitation, § 40 Abs. 6 SGB V; vgl. Tabelle 2). Nur bei rund 57 Prozent der Fälle handelt es sich bei der medizinischen Rehabilitation um eine geriatrische Rehabilitation. Auch bei den über 70-jährigen Pflegebedürftigen ist dies keineswegs die ausschließliche Versorgungsform (Tabelle 2).

Abb. 2: Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme vor und nach erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit; erstmals Pflegebedürftige ab 70 Jahren (2015)



Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6, 2015)

Tab. 2: Anteil Pflegebedürftiger ab 70 Jahren mit medizinischer Rehabilitation nach Art und Indikation (2015)

| Medizinische Rehabilitation | Alle Indikationen | Geriatrische Rehabilitation | Anteil Geriatrische Reha |
|--|-------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Anschlussrehabilitation (§ 40 (6) SGB V) | 4,08 % | 2,35 % | 57,62 % |
| Allgemeine Rehabilitation (§ 40 SGB V) | 0,43 % | 0,20 % | 47,42 % |
| Beide Rehabilitationsmaßnahmen | 0,03 % | 0,02 % | 65,18 % |
| Insgesamt | 4,54 % | 2,6 % | 56,70 % |

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6, 2015)

WiDO 2017

Ferner zeigt sich, dass Art und Indikation der erhaltenen rehabilitativen Maßnahme dadurch beeinflusst ist, in welcher Region der Betroffene lebt. Nach Bereinigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden zwischen den Bundesländern beträgt der absolute Anteil an Rehabilitanden bei den Pflegebedürftigen ab 70 Jahren sieben bis 17 Prozent.

Betrachtet man nur die medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V, so schwankt die Inanspruchnahme zwischen einem und acht Prozent. Das Verhältnis von indikationsbezogener zu geriatrischer Rehabilitation variiert ebenfalls erheblich. In einem Bundesland erhalten lediglich sieben Prozent der über 70-jährigen Pflegebedürftigen eine geriatrische Rehabilitation, in einem anderen Bundesland sind es hingegen 77 Prozent.

Zu beachten ist darüber hinaus, dass neben rehabilitativen Leistungen auch Physio-, Ergo- und Logopädiemaßnahmen bei Pflegebedürftigen auf den Erhalt von Selbstständigkeit und Teilhabe sowie auf eine Verzögerung der Progredienz der Pflegebedürftigkeit hinwirken. Fast jeder dritte (30 Prozent) Pflegebedürftige erhielt 2015 mindestens eine Heilmittelbehandlung im Quartal; mit großem Abstand am häufigsten Physiotherapie (24,2 Prozent), gefolgt von Ergotherapie (5,7 Prozent) und Sprachtherapie (3,0 Prozent) (Schwinger et al. 2017).

2.3 Zwischenfazit

Der Blick auf die heutige Versorgungssituation mit rehabilitativen Maßnahmen macht deutlich, dass

- unmittelbar vor Beginn der Pflegebedürftigkeit überproportional häufig rehabilitative Maßnahmen erfolgen,
- Pflegebedürftige mehr Frührehabilitation als medizinische Rehabilitation erhalten,
- fast die Hälfte der Pflegebedürftigen mit medizinischer Rehabilitation eine indikationsbezogene und keine geriatrische Reha erhält,
- das Verhältnis von medizinischer Rehabilitation zu Frührehabilitation und auch das Verhältnis indikationsbezogener zu geriatrischer Reha zwischen den Bundesländern erheblich variiert,
- Pflegebedürftige ergänzend und/oder substitutiv neben rehabilitativen Leistungen Heilmittelleistungen (insbesondere Physiotherapie) erhalten.

Forderungen, die geriatrisch-medizinische Rehabilitation bei bereits vorliegender Pflegebedürftigkeit durch die Pflegeversicherung zu finanzieren und so zu fördern, werden damit zumindest der heutigen Versorgungswirklichkeit nicht gerecht. Mit Blick auf Fragen nach der Bedarfsgerechtigkeit der heutigen Angebote wird häufig auch ausgeblendet, dass viele Pflegebedürftige die Anspruchsvoraussetzungen der Rehabilitation nach § 40 SGB V gar nicht erfüllen können. Angeführt wird häufig, dass die Pflegebedürftigen aufgrund fehlender Refähigkeit, fehlender Reha-prognose und/oder fehlendem Rehaziel die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch nicht erreichen.

Ausschlusskriterien für eine Reha, wie beispielsweise eine fehlende oder nicht ausreichende Belastbarkeit, Begleiterkrankungen wie Desorientiertheit oder erhebliche Störungen der Hör- und Sehfähigkeit, stellen bei Pflegebedürftigen keine Seltenheit dar. Des Weiteren ist zu vermuten, dass Pflegebedürftige oder deren Angehörige eine rehabilitative Maßnahme außerhalb der eigenen Häuslichkeit unter anderem auch deshalb nicht immer in Anspruch nehmen wollen, da sie Reha mit einer Einstufung in einen niedrigeren Pflegegrad und damit weniger Leistungen der Pflegeversicherung verbinden, sie ihre gewohnte Umgebung nicht verlassen möchten oder nicht von Fremden gepflegt beziehungsweise die Angehörigen sie nicht in „fremde Hände“ geben wollen (vgl. hierzu auch Schwinger et al. 2016).

Insofern ist es aus Sicht der Autoren erforderlich, neue konzeptionelle Lösungsansätze zu definieren und im Status quo eine Verbesserung der Versorgung durch effiziente Steuerung und Vernetzung zu bewirken.

Das im Folgenden vorgestellte Rahmen-Konzept „Pflege-Plus“ des AOK-Bundesverbandes soll in diesem Sinne einen Impuls setzen. Es soll als Grundlage zur Entwicklung konkreter Umsetzungskonzepte dienen und einen niedrigschwelligen Zugang zu aktivierend-therapeutischer Pflege schaffen.

3 Das Rahmen-Konzept „Pflege-Plus“ des AOK-Bundesverbandes

3.1 Grundintentionen des Konzepts

Das Rahmenkonzept „Pflege-Plus“ des AOK-Bundesverbandes folgt dem Grundsatz der Integration von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen, wie er in § 5 SGB XI geregelt ist. Hierbei werden drei Ziele verfolgt:

1. Unterstützung der aktivierenden Langzeitpflege durch medizinisch-therapeutisches Personal, um eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich hinauszuzögern,
2. die Vorbereitung auf eine Rehabilitation nach § 40 SGB V („Herstellen der Rehabilitationsfähigkeit“),
3. Grundlage für Kurzzeitpflegekonzepte, um Pflegebedürftige auf die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit vorzubereiten. Hierfür werden solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen gestärkt.

Ausgangspunkt des „Pflege-Plus“-Konzepts ist die Überlegung, dass die derzeitigen Angebote nur unzureichend auf die individuelle Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet sind. Eine stationäre Rehabilitation ist ferner nur eine temporäre Maßnahme und die Übertragbarkeit der in der Rehabilitationseinrichtung erworbenen Fähigkeiten in den häuslichen Alltag von Pflegebedürftigen häufig nicht gegeben, sofern die wiedererlangten Fähigkeiten nicht kontinuierlich weiter gefördert werden.

Pflegebedürftige Menschen zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass sie einen umfassenden und kontinuierlichen Langzeitversorgungsbedarf haben und dieser eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere

der Bereiche Pflege, Medizin und Heilmittel, erfordert. Zeitlich begrenzte Interventionen, wie beispielsweise eine Rehabilitation, geben Impulse zur Wiederherstellung von Fähigkeiten. Für eine Langzeitwirkung bedarf es aber gerade bei Pflegebedürftigen einer dauerhaften Form der aktivierend-therapeutischen Versorgung. Rehabilitativ orientierten Pflegeleistungen kann grundsätzlich eine hohe Bedeutung insbesondere in der Langzeitpflege zugeschrieben werden (Lübke 2015).

Viele der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen bei bestehender Pflegebedürftigkeit entstehen schleichend und werden nicht als eine spezifische Indikation für rehabilitative Maßnahmen erkannt. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität pflegebedürftiger Menschen setzt das „Pflege-Plus“-Konzept daher auf eine effizientere Nutzung vorhandener Ressourcen, die stärkere Verknüpfung des ambulanten, teilstationären und vollstationären Sektors sowie auf die Schaffung niedrigschwelliger Angebote.

Anders als bei kompensierenden Pflegekonzepten, die die Übernahme von Unterstützungsleistungen beim Pflegepersonal sehen, soll durch das „Pflege-Plus“-Konzept die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen in einem weitestgehend selbstbestimmten Alltag erreicht werden.

Im Vordergrund steht ein Trainieren der Aktivitäten des täglichen Lebens. Durch die aktivierend-therapeutische Pflege sollen die Autonomie und die Partizipation der Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von ihren individuellen Ressourcen gestärkt werden. Zur Umsetzung eines solchen Konzepts der aktivierend-therapeutischen Pflege bedarf es sowohl einer ganzheitlichen Betreuung innerhalb eines abgestuften Versorgungssystems, der Kooperation und Vernetzung im Quartier als auch der Zusammenarbeit der eingebundenen Berufsgruppen in Form eines multiprofessionellen Teams.

3.2 Voraussetzungen

Der Anspruch pflegebedürftiger Menschen auf eine aktivierende Pflege und auf Einleitung zur medizinischen Rehabilitation sowie auf den Vorrang der Rehabilitation vor der Pflege ist in der Pflegeversicherung verankert (§§ 5, 11 Abs. 1., 28, Abs. 4, 31 SGB XI). Um die Voraussetzungen für das zugrunde liegende „Pflege-Plus“-Konzept zu schaffen, bedarf es einer gesetzlichen Änderung dahingehend, dass Physio- und Ergotherapeuten

Das „Pflege-Plus“-Konzept des AOK-Bundesverbandes will die größtmögliche Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen in einem weitestgehend selbstbestimmten Alltag erreichen.

Beim „Pflege-Plus“-Konzept des AOK-Bundesverbandes soll die präventive und rehabilitative Ausrichtung durch die aktivierend-therapeutische Pflege gestärkt werden. Damit ein solcher Ansatz realisiert werden kann, bedarf es noch einer grundlegenden gesetzlichen Neuausrichtung.

sowie Logopäden zur Unterstützung der aktivierend-therapeutischen Pflege und damit zur Stärkung der präventiven und rehabilitativen Ausrichtung der Leistungen zulasten der Pflegeversicherung eingesetzt werden können. Eine Neuregelung würde einen zusätzlichen Vergütungsanspruch für koordinierte niedrigschwellige Angebote zur Stärkung, Wiedererlangung und zum Erhalt der Selbstständigkeit für den stationären Bereich und für die Kurzzeitpflege schaffen, welcher vollständig von den Pflegekassen zu tragen ist und damit nicht zulasten der Pflegebedürftigen geht.

3.3 Aktivierend-therapeutische Pflege

In der Geriatrie wird die aktivierend-therapeutische Pflege (ATP-G) bei älteren Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie (Früh)-Rehabilitationsbedarf eingesetzt. Das Ziel der aktivierend-therapeutischen Pflege ist, die individuell erreichbare Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe weitestgehend wiederzuerlangen. Die Grundlagen, aus der sich die aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie entwickelt hat, stammen aus dem Bobath-Konzept (Bartels et al. 2015).

Analog der aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie könnte eine Übertragung des Modells auf aktivierend-therapeutische Pflege bei Pflegebedürftigen erfolgen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und dessen Umsetzung bieten hierfür den möglichen Rahmen, pflegerische Maßnahmen neu auszurichten.

Mittels des Begutachtungsinstruments in der Pflegeversicherung wird die Selbstständigkeit, das heißt die Unabhängigkeit von Personenhilfe, erfasst. Für den Ansatz der aktivierend-therapeutischen Pflege lassen sich daraus mögliche Pflegeprobleme und Risiken für Betroffene ableiten, ebenso, welchen Hilfsmittelbedarf Pflegebedürftige haben. Zudem wird mittels des Begutachtungsinstruments der Bedarf an medizinischer Rehabilitation dokumentiert. Durch die Erfassung der Probleme und Ressourcen der Pflegebedürftigen lassen sich die individuellen Ziele und der Hilfebedarf ableiten, die für eine mögliche Zielerreichung, wie zum Beispiel Rehabilitationsfähigkeit, erforderlich sind.

Die pflegerischen Maßnahmen sollten dabei stets auf einem aktivierenden Grundsatz aufbauen. Dabei sollen Pflegebedürftige eine größtmögliche Selbstständigkeit im täglichen Leben erlangen. Das setzt voraus, dass die Probleme und Einschränkungen Pflegebedürftiger erkannt und benannt werden können. Gemeinsam mit den Betroffenen und gegebenenfalls deren Angehörigen setzt die Pflege den Therapeuten sowie dem Arzt

realistische Ziele und wählt geeignete Maßnahmen aus. Voraussetzung für die aktivierende Pflege ist, dass die erarbeiteten Fortschritte auch im Alltag umgesetzt werden.

3.4 Umsetzung des Rahmenkonzepts „Pflege-Plus“ in den einzelnen Versorgungssettings

Kurzzeitpflege

Die solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung kann stationär und/oder ambulante ausgerichtet werden und ein lokales Zentrum in Form einer Anlaufstelle darstellen. Eine solche Anlaufstelle dient als Begegnungsstätte für ältere Menschen und kann unter anderem gezielte Trainingsprogramme anbieten, wie zum Beispiel Geh- und Orientierungstraining, Rollstuhltraining, Sensibilitätstraining und Haushaltstraining. Je nach Bedarf könnten zusätzlich benötigte Therapeuten hinzugezogen werden. Die Kurzzeitpflegeeinrichtung kommt zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt infrage, als Alternative zum Krankenhaus, wenn die Pflege im häuslichen Umfeld kurzzeitig nicht zu leisten ist, oder zur Überbrückung der Zeit zwischen der Krankenhausbehandlung und einer Reha-Maßnahme. So soll eine Fehlplatzierung vieler älterer Menschen mit einem Pflegebedarf vermieden werden; in der Kurzzeitpflegeeinrichtung ist die aktivierend-therapeutische Pflege der zentrale Aspekt.

Der hier formulierte modellhafte Leistungsanspruch ginge über die heutige pflegerische Versorgung und Unterkunft hinaus und würde damit einen aktivierend-therapeutischen Schwerpunkt in der Kurzzeitpflege setzen. Pflegekräfte und Therapeuten würden wiederum eng im multiprofessionellen Team unter Einbindung von Ärzten zusammenarbeiten. Ziel wäre es, den Gesundheits- und Funktionsstatus eines Pflegebedürftigen zu verbessern, eine mögliche Rückkehr in die häusliche Umgebung zu realisieren und/oder eine anschließende Rehabilitation vorzubereiten.

Die individuell abgestimmte Tagesstruktur, in der sowohl pflegerische und therapeutische Maßnahmen als auch Eigenaktivitäten einen Platz haben, würde die Fähigkeiten, die für eine Rückkehr in die Häuslichkeit notwendig sind, weiter stärken oder wiederherstellen helfen.

Ambulante Pflege

Im Rahmen des Konzepts könnten Pflegebedürftige, die durch einen Pflegedienst versorgt werden, aktivierend-therapeutische Pflege im Rah-

Das Konzept „Pflege-Plus“ lässt sich auf den Bedarf der verschiedenen Versorgungssettings Kurzzeitpflege, ambulante Pflege oder stationäre Pflege spezifisch übertragen und kann somit individuell umgesetzt werden.

men der ambulanten Versorgung erhalten. Eine Pflegefachkraft würde einen Maßnahmenplan auf Grundlage des Begutachtungsinstruments in Abstimmung mit den Therapeuten und gegebenenfalls unter Einbindung des Arztes erstellen und die unterschiedlichen Hilfen koordinieren. Gemeinsam wird der aktivierend-therapeutische Maßnahmenplan überwacht, korrigiert und an den Verlauf angepasst.

Die Pflegefachkraft muss in ihren Planungen dabei auch das soziale Umfeld des Pflegebedürftigen, zum Beispiel durch Angehörigengespräche, mit einbeziehen. Die Pflegefachkraft gäbe Anleitung und aktivierend-therapeutische Pflege bei allen anfallenden Aktivitäten. Zusätzlich könnten die Trainingsprogramme in der Anlaufstelle der Kurzzeitpflegeeinrichtung besucht werden.

Stationäre Pflege

Kann die Pflege in der eigenen Häuslichkeit nicht gesichert werden, bedarf es der vollstationären Versorgung in einer Pflegeeinrichtung. Aufgrund der Einbindung von Therapeuten im Pflegeteam des „Pflege-Plus“-Konzepts könnten auch in der vollstationären Pflegeeinrichtung Pflegebedürftige aktivierend-therapeutische Pflege erhalten, mit dem Fokus, Entwicklungspotenziale zu fördern und zu bewahren.

Ziel in einer stationären Einrichtung im Rahmen des „Pflege-Plus“-Konzepts wäre es, die Selbstpflegefähigkeiten der Bewohner zu verbessern oder zu erhalten, eine eventuelle Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen oder eine mögliche Entlassung aus der stationären Einrichtung zu erzielen.

In der stationären Versorgung eingesetzte Therapeuten sollen die erforderlichen therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen so aufeinander abstimmen, dass sie sich zu einer passgenauen Versorgung ergänzen.

3.5 „Pflege-Plus“ – ein möglicher struktureller Ansatz für ambulant-geriatrische Versorgungsteams

Die Geriatrie steht allgemein für einen ganzheitlichen Versorgungsansatz mit dem Fokus auf die physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekte bei der medizinischen Versorgung älterer Menschen (DGG 2013). Der geriatrische Versorgungsbedarf wird auch in den kommenden Jahren weiter zunehmen (Bundesverband Geriatrie e. V. 2016).

Bisher veröffentlichte Konzepte zur Weiterentwicklung der ambulant-geriatrischen Versorgung älterer Menschen legen das Hauptaugenmerk auf interdisziplinäre Teams, die ergänzend zur bestehenden Regelversorgung vorübergehend die spezifische geriatrische Versorgung übernehmen. Für eine zielgerichtete Weiterentwicklung des ganzheitlichen Ansatzes der geriatrischen Versorgung mit Blick auf die Initiierung und Koordinierung von rehabilitativen Angeboten sollte statt der Zentrierung auf eine Profession zum Beispiel von Ärzten die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team ausschlaggebend sein.

Ein spezifischer geriatrischer Versorgungsbedarf, aus dem sich die Definition des geriatrischen Patienten ableitet, sollte durch alle am interdisziplinären Team beteiligten Gesundheitsprofessionen festgestellt werden können und die ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen einschließlich ihrer Koordination umfassen. Er soll darauf abzielen, die Selbstständigkeit der geriatrischen Patienten zu erhalten und zu verbessern (Definition des geriatrischen Patienten gemäß der gemeinsamen Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V., der deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen, des heutigen Bundesverbandes Geriatrie e. V.).

Kennzeichen geriatrischer Patienten

1. geriatrietypische Multimorbidität und
2. höheres Lebensalter (überwiegend über 70 Jahre), wobei die geriatrietypische Multimorbidität hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen ist.

oder

1. Alter über 80 Jahre wegen der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. das Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
2. die Gefahr der Chronifizierung mit einhergehenden Funktionseinschränkungen und
3. das erhöhte Risiko eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Am Beispiel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zeigt sich eine am regionalen Bedarf, an regionalen Strukturen und am Patienten orientierte, bedarfsgerechte spezifische Versorgung für Patienten mit komplexem Symptomgeschehen. Der interdisziplinäre Ansatz der SAPV könnte insofern auf die spezifische Zielsetzung der Geriatrie und des daraus folgenden Behandlungsansatzes übertragen und analoge Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Teams für eine bedarfsgerechte Versorgung abgeschlossen werden. Ähnlich wie in der Palliativversorgung ist die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ausschlaggebend für eine erfolgreiche spezialisierte geriatrische Versorgung.

Eine solche Weiterentwicklung des „Pflege-Plus“-Konzepts könnte einen Ansatz darstellen, der bestehende geriatrische Versorgungsangebote besser miteinander koordiniert und einen kontinuierlichen Zugang zu spezialisierten geriatrischen Leistungen auch für Pflegebedürftige schafft. Das spezialisierte ambulante-geriatrische Versorgungsteam würde dabei die Regelversorgung der pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel ergänzen, rehabilitative und aktivierend-therapeutische Maßnahmen in den Pflege- und Versorgungsprozess zu integrieren.

Die spezialisierten ambulante-geriatrischen Versorgungsteams sollten multidisziplinäre Teams sein, die aus Fachärzten (mit einer geriatrischen Qualifikation), geriatrisch qualifizierten Pflegefachkräften und weiteren qualifizierten Fachkräften wie Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, (Neuro-)Psychologen und Logopäden bestehen. Das Behandlungsteam kann unter anderem durch Ernährungsberatung, Seelsorge sowie Ehrenamtliche weiter ergänzt werden. Gemeinsam kann geprüft werden, ob und wie sich die erforderlichen Versorgungsstrukturen aufeinander abstimmen und bedarfsgerecht erbringen lassen. Ferner ist das Ziel, dass die Angehörigen oder nahestehende Personen mit einbezogen, unterstützt und in der Versorgung begleitet werden.

Aufgaben eines spezialisierten ambulante-geriatrischen Versorgungsteams

- Koordination der individuellen Versorgungssituation unter Einbeziehung aller benötigten Berufsgruppen im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern (z. B. Apotheken, Sanitätshäuser) für eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung

- Beratung und pflegerische/medizinische Behandlung bei typischen geriatrischen Syndromen, z.B. Sturzneigung, Mangel- oder Fehlernährung oder kognitiven Defiziten, sowie typischen geriatrischen Hauptdiagnosen wie z.B. Schlaganfall, Demenz oder Zustand nach operativer Versorgung mit Totalendoprothesen

Der Bedarf des Pflegebedürftigen sollte die Intensität der spezialisierten ambulant-geriatrischen Versorgung bestimmen. Dazu gehören eine detaillierte Bedarfserschätzung (z. B. mithilfe des Begutachtungsinstruments und des geriatrischen Assessments) vor Beginn der Leistungserbringung und regelmäßig im Verlauf. Ziel ist dabei, Risiken im Pflegeverlauf sowie Potenziale der Aktivierung und Rehabilitation zu erfassen und in die Versorgungsplanung einzubeziehen. Die verschiedenen Versorgungsstufen wie Beratung, Koordination, additive Teilversorgung oder Vollversorgung sollten in Absprache mit dem verordnenden Arzt, der verordnenden Ärztin festgelegt werden.

4 Fazit

Der Blick auf die heutige Versorgungssituation mit rehabilitativen Maßnahmen hat deutlich gemacht, dass Forderungen, die medizinische beziehungsweise geriatrisch-medizinische Rehabilitation bei bereits vorliegender Pflegebedürftigkeit durch die Pflegeversicherung finanzieren und so fördern wollen, der Versorgungswirklichkeit nicht gerecht werden. Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der Versorgungsansätze für Rehabilitation bei Pflege sollten Fragen nach Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit von pflegevermeidenden oder verzögernden Maßnahmen sein. Es fehlt aber noch an Erkenntnissen zur Ausgestaltung passender Angebote an die individuellen Lebensumstände der Betroffenen – das heißt der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen – sowie zu wissenschaftlich fundierten Beschreibungen der geriatrischen Reha und deren Abgrenzung zu anderen Formen der Reha. Ebenso fehlt es an Erkenntnissen über die Wirksamkeit der Maßnahmen – insbesondere in unterschiedlichen Settings.

Lübke (2015) hat in einer durch den GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen Untersuchung unter anderem herausgearbeitet, dass international eine Fülle an systematischen Reviews vorliegt, die die generelle Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei älteren und pflegebedürftigen Patienten belegt. Jedoch könnten aufgrund der Heterogenität der untersuchten

Für die Umsetzung eines Konzepts wie „Pflege-Plus“ bedarf es eines ganzheitlichen Ansatzes innerhalb eines abgestuften Versorgungssystems sowie einer zielgerichteten Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung.

Interventionen letztlich keine Empfehlungen zu spezifischen Reha-Techniken und Strukturen (eingebundene Professionen, Dauer, Intensität etc.) gegeben werden. Auch kann nicht abgeleitet werden, welche spezifische Zielgruppe alter Patienten zu welchem Zeitpunkt besonders von einer Maßnahme profitiert (Lübke 2015, 3). Vor diesem Hintergrund sollten die Entwicklung und Erprobung neuer Ansätze wie des hier vorgestellten Rahmenkonzepts „Pflege-Plus“ an erster Stelle stehen.

Rehabilitative Maßnahmen sollten verstärkt in den Pflegeprozess integriert werden. Anders als bei kompensierenden Pflegekonzepten, die die Übernahme von Unterstützungsleistungen beim Pflegepersonal sehen, soll durch das „Pflege-Plus“-Konzept die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen in einem weitestgehend selbstbestimmten Alltag erreicht werden. Zur Umsetzung eines solchen Konzepts bedarf es einer ganzheitlichen Betreuung innerhalb eines abgestuften Versorgungssystems. Ansatz des „Pflege-Plus“-Konzepts ist es, einen niedrighschwelligigen Zugang für eine aktivierend-therapeutische Pflege zu schaffen. Darüber hinaus sollte für eine zielgerichtete Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung mit Blick auf die Initiierung und Koordinierung von rehabilitativen Angeboten ein kontinuierlicher Zugang zu spezialisierten geriatrischen Leistungen für Pflegebedürftige geschaffen werden. Die Ergänzung der Regelversorgung Pflegebedürftiger durch ein spezialisiertes ambulant-geriatrisches Versorgungsteam könnte dabei rehabilitative und aktivierend-therapeutische Maßnahmen in den Pflege- und Versorgungsprozess integrieren.

Literatur und Quellen

Bartels, F., Eckardt, C., Wittekindt, S., Wittrich, A. (2015): Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie Band 1: Grundlagen und Formulierungshilfen

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2016): Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse. 1.–4. Quartal 2015; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4.Q2015-korr.pdf

Bundesregierung (18. Legislaturperiode): Deutschlands Zukunft gestalten – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD; www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile

Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (2016): Weißbuch Geriatrie. Band I: Die Versorgung geriatrischer Patienten – Strukturen und Bedarf. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

CDU-Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege (2017): Beschluss des Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege: Prävention und Rehabilitation stärken – Pflegebedürftigkeit verhindern; www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/160302-bfa-beschluss-praevention-rehabilitation-staerken.pdf?file=1

DGG – Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (2013): Was ist Geriatrie?; www.dggeriatrie.de/nachwuchs/91-was-ist-geriatrie.html

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). Stand: 15. Oktober 2015; www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/reha_richtlinie/Rehabilitations-Richtlinie_zuletzt_geaendert_15-10-2015.pdf

GKVS – GKV-Spitzenverband (2017): Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18 a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen mit der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – Berichtsjahr 2016 (Stand: 1.9.2017); www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2016_3/2017_08_28_Bericht__18a.pdf

GKVS, MDS – GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2016): Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom Oktober 2005, mit Aktualisierungen Juli 2016; www.mdk.de/media/pdf/Begutachtungsrichtlinie_Vorsorge_Reha.pdf

Hoberg, R., Klie, T., Günzel, G. (Hrsg.) (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre; http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf

Jahn, R., Lux, G., Walendzik, A., Wasem, J. (2009): Weiterentwicklung des RSA zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Erarbeitung eines Konzepts zur nachhaltigen Stärkung von Anreizen für die gesetzlichen Krankenkassen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Standort Essen, No. 175

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 Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCG.pdf. (5.1.2016)

Paquet, R., Jacobs, K. (2015): Die Pflegeversicherung als Sozialversicherung – institutionelle Rahmenbedingungen und Grenzen. Sozialer Fortschritt, Jg. 64, Heft 1–2, 1–7

Rothgang, H. (2015): „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ – fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftsträchtiges Modell? Sozialer Fortschritt, Jg. 64, Heft 1–2, 8–14

Rothgang, H. (2016): Ordnungspolitische Weiterentwicklung durch mehr Wettbewerb in der Pflegeversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 70, Heft 1, 19–24

Rothgang, H., Huter, K., Kalwitzki, T., Mundhenk, R. (2014): Reha XI: Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung. Kurzbericht vom 08.08.2014; www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=1e147ac5d4.pdf&filename=Reha_XI_Ergebnisse_Kurzbericht.pdf

Rothgang, H., Jacobs, K. (2013): Pflegepolitik jenseits des Koalitionsvertrags: Es gibt noch viel zu tun! Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 5, 38–41

Schwinger, A., Jürchott, K., Tsiasioti, C. (2017): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer Verlag, 255–303

Schwinger, A., Tsiasioti, C., Klauber, J. (2016): Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer Verlag, 189–216

SPD-Bundestagsfraktion (2017): Handlungsfeld Rehabilitation Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion vom 27.06.2017; www.spdfraktion.de/system/files/documents/positionspapier-handlungsfeld-rehabilitation.pdf

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014; www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf

Letzter Abruf aller Internetquellen: 02. März 2018