



EXPERTENGESPRÄCH DES MDS AM 8. OKTOBER 2014

Reha vor und bei Pflege Ziele – Wege – Ergebnisse

MDS

MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

INHALT

- 4 ————— **Vorwort / Begrüßung**

- 6 ————— **Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe:**
Reha vor Rente / Reha vor Pflege – Konzeptuelle und praktische Hinweise zur Umsetzung

- 8 ————— **Prof. Dr. Heinz Rothgang:**
Ergebnisse aus erster Hand

- 10 ————— **Dr. med. Stefan Gronemeyer:**
Nach dem Projekt ist vor dem Projekt

- 12 ————— **Offensive Diskussion im Expertengespräch**

- 14 ————— **Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann:**
Wann ist eine Rehabilitation für Pflegebedürftige ein Erfolg?

- 16 ————— **Prof. Dr. Jos M.G.A. Schols:**
Towards modular geriatric rehabilitation in nursing homes in the Netherlands

- 18 ————— **Im Gespräch mit der Politik:**
Stärkung der Rehabilitation Pflegebedürftiger – Was gehört jetzt auf die Agenda?

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

in einem sind sich alle einig: Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird in Zukunft erheblich steigen. Derzeit werden bereits auf vielen Ebenen Strategien entwickelt, um die damit verbundenen Herausforderungen erfolgreich anzunehmen. Ebenso einig sind sich Fachleute, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich geeignet sind, die Teilhabe von pflegebedürftigen Menschen am alltäglichen Leben zu verbessern und ihren Hilfebedarf zu vermindern. Selbst ein kleiner Schritt hin zu mehr Selbstständigkeit kann für einen pflegebedürftigen Menschen Großes bedeuten. Dabei geht es oft gar nicht um die Pflegestufe. Viel wichtiger kann es beispielsweise sein, beim Essen wieder selbst den Löffel halten zu können oder die wenigen Schritte in die Küche zu schaffen.

Der in der Sozialversicherung geltende Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ist also unstrittig. Allerdings ist die Umsetzung dieses Leitgedankens immer wieder Gegenstand kontroverser Diskussionen. Aktuell wird die Thematik auch im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien wieder aufgegriffen.

Vor diesem Hintergrund haben wir mit einem Kreis von Rehabilitationsexperten aus Verbänden und Wissenschaft im In- und Ausland, Gästen und Referenten aus

der Politik und der Selbstverwaltung sowie Vertretern der Kranken- und Pflegekassen den aktuellen Sachstand dieser Thematik erörtert. Ein inhaltlicher Schwerpunkt war die Rolle des MDK und der Kranken- und Pflegekassen bei der gesetzlich vorgeschriebenen Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Rahmen der Pflegebegutachtung. Der GKV-Spitzenverband hat dazu gemeinsam mit der MDK-Gemeinschaft das Evaluationsprojekt „Reha XI-Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung“ unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Heinz Rothgang, Uni Bremen, durchgeführt, deren Ziele und Ergebnisse im Rahmen des Expertengesprächs vorgestellt wurden.

Diese Veranstaltung hat gezeigt, dass die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Kranken- und Pflegekassen sich ihrer Verantwortung bei der Umsetzung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege bewusst sind und dass die optimierte Reha-Bedarfsfeststellung ein wichtiges gemeinsames Ziel darstellt.

Ich wünsche Ihnen eine informative und anregende Lektüre.

Ihr
Dr. Stefan Gronemeyer

DR. PETER PICK, MDS ESSEN

BEGRÜSSUNG KRITIK KONSTRUKTIV AUFGEGRIFFEN

Ob ein Rehabilitationsbedarf besteht, ob eine Reha also voraussichtlich die Selbstständigkeit und Lebensqualität verbessern kann, müssen die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) bei jeder Pflegebegutachtung überprüfen. Diese Aufgabe ist im Gesetz verankert und durch die Pflegereformen der vergangenen Jahre immer wieder erweitert worden.

So gilt seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) aus dem Jahr 2008 die Feststellung einer Indikation zur medizinischen Rehabilitation als Antrag nach dem SGB IX. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) von 2012 haben Versicherte außerdem Anspruch auf eine ausführliche Rehabilitationsempfehlung seitens des MDK und der Pflegekassen.

Doch war die insgesamt niedrige Zahl von Rehabilitationsempfehlungen des MDK immer wieder Gegenstand der Kritik. Diese Kritik sollte das Projekt „Reha XI“ in konstruktiver Weise aufgreifen. Eine ergebnisoffene Überprüfung der Begutachtungs- und Verwaltungspraxis sollte die Diskussion versachlichen und Grundlagen für

Qualitätsverbesserungen schaffen mit dem Ziel, diese in der Regelbegutachtung umzusetzen. In diesem Zusammenhang lobte der Geschäftsführer des MDS, Dr. Peter Pick, im Rahmen der Begrüßung ausdrücklich das Engagement der MDK-Gutachterinnen und Gutachter, die während des Projekts etliche Zusatzarbeit auf sich genommen haben. „Die Medizinischen Dienste und die Kassen leisten mit dem Projekt Reha XI einen eigenen Beitrag zur Stärkung der Rehabilitation und flankieren damit die in den Reformen verfolgten Zielsetzungen der Pflegepolitik“, so Pick.

Diesen Dialog zu führen sei auch ein wesentliches Ziel dieses Expertengesprächs. Denn es seien alle Beteiligten gefordert: behandelnde Ärzte aus Praxis und Klinik ebenso wie Pflegekräfte und Therapeuten. „Der MDK wird die Ergebnisse der Studie umsetzen und diese zeitnah implementieren“, erklärt Pick. Gemeinsam gilt es herauszufinden, was jetzt ansteht, wer jetzt handeln muss und was jetzt auf die Agenda gehört.“



Gemeinsam gilt es herauszufinden, was jetzt ansteht, wer jetzt handeln muss und was jetzt auf die Agenda gehört.

DR. PETER PICK



PROF. DR. MED. DR. PHIL. HEINER RASPE, SENIORPROFESSOR FÜR BEVÖLKERUNGSMEDIZIN, LÜBECK

REHA VOR RENTE / REHA VOR PFLEGE – KONZEPTUELLE UND PRAKTISCHE HINWEISE ZUR UMSETZUNG



In seinem Einführungsvortrag beleuchtet der Seniorprofessor für Bevölkerungsmedizin an der Universität Lübeck Prof. Heiner Raspe die Bedeutung des Grundsatzes „Reha vor Rente – Reha vor Pflege“ vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung. Der Grundsatz sei einleuchtend, die Bedarfsermittlung unter Einbeziehung der Gebote von Wirtschaftlichkeit, Evidenzbasierung und Eigenverantwortung dagegen problematisch.

„Meines Erachtens ist Rehabilitation eine unverzichtbare ‚Gesundheitstechnologie‘“, erklärt der Internist, Rheumatologe und Sozialmediziner. Das gelte auch und besonders für Behinderte in höherem Lebensalter. Allerdings fehle es im Kern an einer klaren Bedarfsdefinition und an einer sicheren Evidenzbasis. „Bedarf“ (und der sei nicht mit Bedürfnissen, Wünschen, Nachfrage zu verwechseln) an einer kollektiv-solidarisch finanzierten Leistung setze grundsätzlich voraus, dass eine nicht triviale Gesundheitsstörung bzw. ein nicht triviales Gesundheitsrisiko vorliege mit einer im natürlichen Verlauf ungünstigen Prognose. Weiterhin müsse das Leistungsziel wahrscheinlich erreicht werden können. „Ohne eine objektivierende Bedarfsklärung kann man nicht über Unter- oder Überversorgung reden!“, erklärt Raspe. „Der MDK ist genau dazu da, den Bedarf und damit auch den Leistungsanspruch zu objektivieren.“

„geeignet“ ist nicht schon „notwendig“

Generell „notwendig“ im engeren Sinne bedeutet, dass eine klinische Notlage, ein aktiver und prognostisch ungünstiger Krankheitszustand vorliegt, der ein rasches Eingreifen erfordert. Außerdem muss eine evident wirk-

same und ausreichend nützliche Leistung zur Verfügung stehen, ohne unangemessene Belastungen, Risiken und Kosten, zu der es keine greifbare Alternative gibt. „Damit ist ‚Notwendigkeit‘ – anders als im Sozialrecht mit seiner zweiwertigen Logik – abstufbar“, fasst der Bevölkerungsmediziner zusammen.

Beachtet werden muss zudem das Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V), nachdem Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Leistungen, die nicht notwendig sind, können Versicherte nicht beanspruchen und Krankenkassen nicht bewilligen. Ähnliche Grundsätze finden sich auch im SGB IX, XI und VI.

Raspe stellt der sozialrechtlichen Dichotomie (etwas ist notwendig oder nicht notwendig) die berechtigte Frage entgegen: Sind medizinische Leistungen nicht fast immer mehr oder weniger zweckmäßig, nützlich, notwendig, wirtschaftlich? Ist nicht auch medizinische Rehabilitation mehr oder weniger notwendig?

Offene Baustellen –

Assessments und Evidenzlage der Rehabilitation

Eine Abschätzung der Schwere, Komplexität und Prognose der eingetretenen oder drohenden Behinderung erfordert reliable und diagnostisch wie prognostisch valide Messverfahren und -instrumente. Laut Raspe eine offene Baustelle, die dringend bearbeitet werden muss. „Die metrologische Qualität sozialmedizinischer Begutachtungsverfahren ist bekanntermaßen gering. Ist dies in der Pflegebegutachtung anders?“, fragt der Bevölkerungsmediziner.

Erforderlich ist außerdem der Nachweis von ausreichender Evidenz zur „generellen“ Wirksamkeit und Nutzen der (geriatrischen) Rehabilitation. So kam auch der Sachverständigen-Rat in seinem Gutachten 2014 zu der Einschätzung: „Die mangelnde Evidenzbasierung ist das Kernproblem des gesamten Rehabilitationssektors.“

Die Eigenverantwortung

Nicht zu vergessen sei die Eigenverantwortung, im § 6 SGB XI ausdrücklich erwähnt und ein wichtiger Punkt in einem solidarischen Gesundheitssystem. Das Gesetz enthält die scharfe Formulierung, dass Versicherte nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken „haben“, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Hier ist eine Pflicht, ein Muss formuliert. Abschließend fasst Raspe zusammen: „Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen“ – das gilt auch für die medizinische (geriatrische) Rehabilitation. Untersucht man aber die Praxis auf Grundlagen und Methoden, dann fallen diverse Lücken und Lakunen auf. Es fehlt schlicht

an den aus wissenschaftlicher und rechtlicher Sicht erforderlichen Untersuchungen. Aber stört das jemanden?“, fragt er provokant.

Und er beantwortet dies im gleichen Zug: „Um diese Lücken zu schließen, ist das durchgeführte Projekt Reha XI ein wichtiger Schritt.“

”

**Die mangelnde
Evidenzbasierung
ist das Kernproblem
des gesamten
Rehabilitationssektors**

DER „LÜBECKER ALGORITHMUS“ ZUR SOZIALMEDIZINISCHEN FESTSTELLUNG VON REHABEDARF

Liegt eine Behinderung (Pflegebedürftigkeit, Krankheit) vor oder droht sie?
Mit voraussichtlich chronischem Verlauf?
Und erheblicher Gefährdung der selbständigen Lebensführung?

Ohne vorgängigen akutmedizinischen Behandlungsbedarf?

Handelt es sich um eine komplexe Störung (ICF, Risikofaktoren, Komorbidität, Kontexte)?

Lassen sich klare, legitime und erreichbare Ziele formulieren?

Steht hierfür eine komplexe Rehaleistung zur Verfügung?

Ist deren generelle Erfolgswahrscheinlichkeit (positive Rehaprognose) belegt und ausreichend generell wie fallbezogen gegeben?

Kann eine aktive Mitwirkung erwartet oder entwickelt werden?

Bestehen Versagungs- oder Ausschlussgründe?

Ist Refähigkeit gegeben?

PROF. DR. HEINZ ROTHGANG, ZeS BREMEN

ERGEBNISSE AUS ERSTER HAND



Das Projekt „Reha XI“ sollte Informationen über die Vorgehensweise der MDK bei der Erfassung rehabilitativer Bedarfsaspekte im Rahmen der Pflegebegutachtung im Sinne einer Prozessanalyse liefern. Ziel war es herauszufinden, wie eine Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Praxis abläuft, Stärken und Schwächen im üblichen Ablauf der Pflegebegutachtung zu entdecken und diese transparent zu machen, um Ansatzpunkte für Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren. Der wissenschaftliche Leiter des Projektes, Prof. Heinz Rothgang vom ZeS (Zentrum für Sozialpolitik) der Universität Bremen betonte deshalb gleich zu Anfang seines Vortrags: „Wir haben nicht die Wirksamkeit von Reha untersucht. Es ging ‚nur‘ um prozedurale Fragen zu dem Thema ‚Wie erfolgt Begutachtung‘.“

Neben Vertretern des GKV-Spitzenverbandes sowie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und der Kompetenzeinheiten der MDK-Gemeinschaft und des MDS waren Experten aus den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene beteiligt sowie Mitarbeiter und Experten aus allen MDK.

Vier Projektziele – vier Schritte

„Reha XI“ gliederte sich in vier Phasen:

Phase 1 → umfassende IST-Analyse.

Phase 2 → Entwicklung eines Gute-Praxis-Standards (GPS)

Phase 3 → Evaluation des GPS

Phase 4 → GPS aus Sicht der Pflegekassen

Ziel der Ist-Analyse war es herauszufinden, wie der Prozess einer Pflege-Begutachtung in Bezug auf Rehabedarf derzeit abläuft. Wo liegen Stärken, wo Schwächen? „Natürlich gibt es Unterschiede in den einzelnen MDK. Diese Heterogenität ist nicht gering. Wir sehen deutliche Unterschiede in den Prozessabläufen: Wer schließt Gutachten ab, Ärztinnen und Ärzte, oder geben diese es zurück an Pflegefachkräfte? Wie sind Schulungsstand und Schu-

lungsintensität? Wie ist die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegefachkräften? Es gab bundesweit einen Flickenteppich an Erfahrungen und eigene Praktiken“, erklärt Rothgang. Und er beschreibt ein weiteres Problem: „Die Menschen erwarten bei einer MDK-Begutachtung vor allem eine Pflegestufe und waren oft nicht darauf vorbereitet, dass auch der Rehabilitationsbedarf geprüft wird.“ Sie befürchten, dass ihnen damit Abstriche bei der Pflegeleistung drohen könnten.

Die Prozessanalyse hat gezeigt, dass sich die Pflegefachkräfte und Ärzte der MDK bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs grundsätzlich gut ergänzen. Es wurde aber auch Schulungsbedarf bezüglich der einheitlichen Anwendung von Reha-Indikationskriterien und Optimierungspotenzial bei der Kommunikation zwischen Pflegefachkräften und Ärzten deutlich.

Der Gute-Praxis-Standard als Handwerkszeug

Auf der Basis dieser eingehenden Analyse und eines anschließenden Expertenkonsenses wurde der Gute-Praxis-Standard entwickelt. „Wir haben nach dem empirischen „Bottom up“-Grundsatz gearbeitet, d. h. mit allen Beteiligten von unten nach oben, mit Gutachtern und Mitarbeitern aus allen MDK, aus den Pflegekassen und mit weiteren Experten“, erklärt Rothgang. Dazu wurden 36 Regelungsvorschläge in 9 Themenbereichen zur Debatte gestellt und nach Wichtigkeit und Umsetzungsdringlichkeit bewertet. Der GPS orientiert sich am praktischen Ablauf und ist untergliedert in die sieben Abschnitte Schulung, Unterlagen, Vorinformation, Hausbesuch, Nachbereitung, ärztliche Entscheidung sowie Datenübermittlung.

Die anschließende Evaluation des Begutachtungsablaufs nach GPS bei mehr als 3200 Fällen in sieben MDK hat gezeigt, dass diese Vorgehensweise sehr gut praktikabel ist. Insgesamt 74 % der Befragten geben an, gut oder sehr gut mit dem GPS zurechtgekommen zu sein. Bei 59 % der Pflegefachkräfte und 11 % der Ärzte habe sich die Handlungssicherheit verbessert. Die Kommunikation ist

dagegen in fast allen Fällen unverändert gut oder verbessert (98 %). So wertet der wissenschaftliche Leiter des Projektes, Prof. Heinz Rothgang vom ZeS, die Anwendung des GPS insgesamt als Erfolg.

Die Ergebnisse

Mit dieser Vorgehensweise wurde bei durchschnittlich etwas mehr als 6 Prozent der begutachteten Antragsteller deutlich häufiger eine Rehabilitationsindikation festgestellt als im Routineverfahren (ca. 1 Prozent). Dies hat vermutlich zwei Gründe. Zum einen gibt es einen gewissen Studieneffekt, der aus der Fokussierung des Themas Rehabilitation in der Studie resultiert. Zum anderen geht der wissenschaftliche Leiter der Studie aber auch davon aus, dass der GPS und die Schulung zur Erkennung von Reha-Bedarf den Prozess tatsächlich verbessert haben.

Offen bleiben musste allerdings die Frage, wie zuverlässig durch die GPS-Anwendung Versicherte mit Rehabilitationsbedarf identifiziert werden, insbesondere, da die Methodik hier an Grenzen gestoßen ist. Das verwendete Referenzverfahren, die Begutachtung durch einen in der Rehabilitation erfahrenen Arzt bei einem erneuten Hausbesuch, erreicht einen Wert von 18 % und damit dreimal so viel wie die Begutachtung anhand des GPS. „Das ist zunächst einmal irritierend: Von 4 Menschen, bei denen mit dem Referenzverfahren ein Reha-Bedarf erkannt wird, fallen 3 mit dem GPS-Verfahren durch. Das Problem dabei ist, dass wir kein validiertes Referenzverfahren

haben!“, sagt Rothgang. Hinzu kommen weitere Einschränkungen im Studiendesign wie z. B. die Selbstselektion der Stichprobe durch Einholung des Einverständnisses der Versicherten zur Doppelbegutachtung, Fehleranfälligkeit der Erhebungsinstrumente.

Der GPS aus Sicht der Pflegekassen

Die zentrale Frage dieses Untersuchungsteils lautete: „Reichen die Informationen im Pflegegutachten aus, um zur abgegebenen Rehabilitations-Empfehlung umfassend und begründet Stellung zu nehmen?“ In 75 % der Gutachten mit positiver Rehabilitations-Empfehlung wurde diese Frage positiv beantwortet. Bei den Fällen, in denen die Informationen nicht ausreichen, handelt es sich um nicht nachvollziehbar ausgefüllte Gutachten.

Eine zusammenfassende Interpretation

Die Optimierung des zweistufigen Verfahrens anhand des GPS hat eine positive Wirkung gezeigt (6 % Reha-Indikationsstellungen statt 1 %). Allerdings erreichen das optimierte zweistufige Verfahren und das Referenzverfahren deutlich abweichende Ergebnisse (Validität), wenngleich Ersteres jedoch interindividuell recht konsistent (Reliabilität) und in die betrieblichen Abläufe der Gutachter relativ gut integrierbar ist (Praktikabilität). „Ohne Validierung des Referenzverfahrens ist eine endgültige Bewertung der Validität des GPS nicht möglich“, fasst Rothgang zusammen. Es gibt also weiteren Forschungsbedarf.



FESTSTELLUNG DES REHA-BEDARFES IM ZWEISTUFIGEN VERFAHREN

Der Ablauf zur Feststellung des Reha-Bedarfs ist zweistufig: Für die Einstufung in eine Pflegestufe ermitteln die Gutachterinnen und Gutachter des MDK zunächst den Hilfebedarf, beispielsweise beim An- und Auskleiden, bei der Aufnahme der Nahrung oder der Körperpflege und inwieweit die Selbstständigkeit durch rehabilitative Maßnahmen verbessert werden kann. Für die Indikationsstellung einer medizinischen Rehabilitation gelten dabei vier Kriterien: Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit, realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele sowie eine positive Rehabilitationsprognose.

Wenn die Pflegefachkraft des MDK bei einem Hausbesuch Hinweise auf Rehabilitationsbedarf feststellt, schaltet sie einen ärztlichen MDK-Gutachter ein, da die definitive Indikationsstellung als ärztliche Aufgabe anzusehen ist. Sofern die Kriterien erfüllt sind, stellt der Mediziner die Indikation, die dann der Pflegekasse mitgeteilt wird.

DR. MED. STEFAN GRONEMEYER, MDS ESSEN

NACH DEM PROJEKT IST VOR DEM PROJEKT

Um Stärken und Schwächen des aktuellen Begutachtungsablaufs zu ermitteln und Optimierungsmöglichkeiten herauszufinden, haben die Medizinischen Dienste zusammen mit den Kranken- und Pflegekassen das Projekt Reha XI durchgeführt: Es sollte die „Reha-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung“ im Rahmen der Aufgaben der Medizinischen Dienste in der Pflegeversicherung unter die Lupe nehmen. Ziel war ein ergebnisoffener Blick auf die alltägliche Begutachtungspraxis der MDK. Doch auch wenn das Projekt „Reha XI“ nun abgeschlossen ist, ist die Beschäftigung mit der Thematik noch lange nicht beendet. Zur Umsetzung der aus dem Projekt Reha XI gewonnenen Erkenntnisse wurde jetzt das Umsetzungsprojekt „Opti-Reha MDK“ aufgelegt.

„Aus Sicht der Medizinischen Dienste handelt es sich bei dem Projekt ‚Reha XI‘ um die bisher umfangreichste Prozessanalyse unter Beteiligung der Akteure ‚vor Ort‘. Wir haben eine sehr engagierte Unterstützung durch alle MDK erlebt“, so der Leitende Arzt des MDS Dr. Stefan Gronemeyer. Neben einem empirisch fundierten Expertenkonsens zum bestmöglichen Vorgehen in der Begutachtung, einem sogenannten „Gute-Praxis-Standard“ (GPS), hat sich durch häufigere Reha-Indikationsstellung im Projektverlauf gezeigt: Das Erkennen von Reha-Potenzial kann optimiert werden! Hierzu sollen jetzt die Schulungen intensiviert und die Abläufe noch weiter optimiert werden. Vor diesem Hintergrund wird die MDK-Gemeinschaft einen aus dem GPS abgeleiteten einheitlichen Begutachtungs-Standard flächendeckend umsetzen.

Bundesweiter Einsatz eines optimierten Begutachtungs-Standards

Der optimierte Begutachtungs-Standard umfasst insgesamt 7 Themenbereiche bzw. Prozessbausteine von der Schulung über Unterlagen, Vorinformationen, den Hausbesuch, die Nachbereitung und die Ärztliche Entscheidung bis hin zur Datenübermittlung. „Aus Sicht der Beteiligten war es ganz wichtig, dass Ärzte und Pfl-

gefachkräfte des MDK umfassend gemeinsam geschult wurden und dabei der Blick auch intensiv auf kleinteilige Reha-Ziele gerichtet wurde“, erklärt Gronemeyer.

Dieser optimierte Begutachtungsstandard soll bundesweit ab Januar 2015 in allen MDK umgesetzt werden. Doch es handelt sich dabei nicht um ein starres Gerüst. Im Gegenteil: Ziel ist es, eine Weiterentwicklung des Begutachtungs-Standards zu „institutionalisieren“.

Train the Trainer

Das Projekt zur optimierten Reha-Bedarfsfeststellung „Opti-Reha MDK“ umfasst ein einheitliches Schulungscurriculum gemäß den Ergebnissen aus dem Projekt Reha XI. Nach erfolgten MDK-Multiplikatorenschulungen werden in allen MDK bis Ende des Jahres alle Pflege-Gutachter und beteiligten Ärzte geschult. Fokus der Schulungen sind die Rolle der Pflegefachkräfte (PFK) als „Vorfilter“ in einer Art „Screeningprozess“ statt als „definitive Entscheider“, die Kriterien für Rehabilitationsbedarf sowie das gemeinsame Schulen von Ärzten und PFK. Weiterhin beinhaltet das Verfahren beispielsweise ein Konzept zum Zeitmanagement, eine „Handreichung“ zum Reha-Bedarf für die PFK sowie ein verpflichtendes Feedback der Ärzte an die PFK, um hier eine Lernkurve zu erzeugen. Auch die Beobachtung, dass viele Pflegebedürftige durch eine Rehabilitation Abstriche bei der Pflegeleistung befürchten, nimmt das Verfahren auf: Ein Informations-Flyer klärt darüber auf, dass die Durchführung einer medizinischen Reha eine Pflegestufe nicht ausschließt und umgekehrt.

Der Abschluss von Reha XI ist erst der Anfang

Reha XI ist eines der größten Evaluationsprojekte zur Begutachtung, das Medizinische Dienste und Kassen bisher durchgeführt haben: Neben 26 Pflegekassen waren alle 15 MDK beteiligt und insgesamt 150 Pflegefachkräfte und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter einbezogen. Damit liefert Reha XI zahlreiche Impulse für eine Optimierung der Feststellung des Rehabilitations-



bedarfs in der Pflegebegutachtung, die nun flächendeckend in der Regelbegutachtung umgesetzt werden. „Ich freue mich, dass wir bei dieser umfangreichen Prozessanalyse unter Beteiligung der Akteure ‚vor Ort‘ auf eine sehr engagierte Unterstützung und großes Engagement der MDK und Kassen zählen konnten. Die Bereitschaft, auch Probleme offen zu benennen, hat uns zu einem empirisch fundierten Expertenkonsens zum bestmöglichen Vorgehen in der Begutachtung geführt“, fasst Stefan Gronemeyer zusammen.

Mit Abschluss des Projektes Reha XI ist das Thema aber für die MDK-Gemeinschaft noch nicht beendet – im Gegenteil: Mit „Opti-Reha MDK (**Optimierte Reha**-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung)“ ist im Juli 2014 ein weiteres Projekt gestartet, um den im Projekt Reha XI entwickelten einheitlichen Begutachtungs-Standard auch bundesweit umzusetzen. Ab 2015 erfolgt die Begutachtung nach dem optimierten Begutachtungsstandard, der sich an dem im Projekt Reha XI entwickelten GPS orientiert.

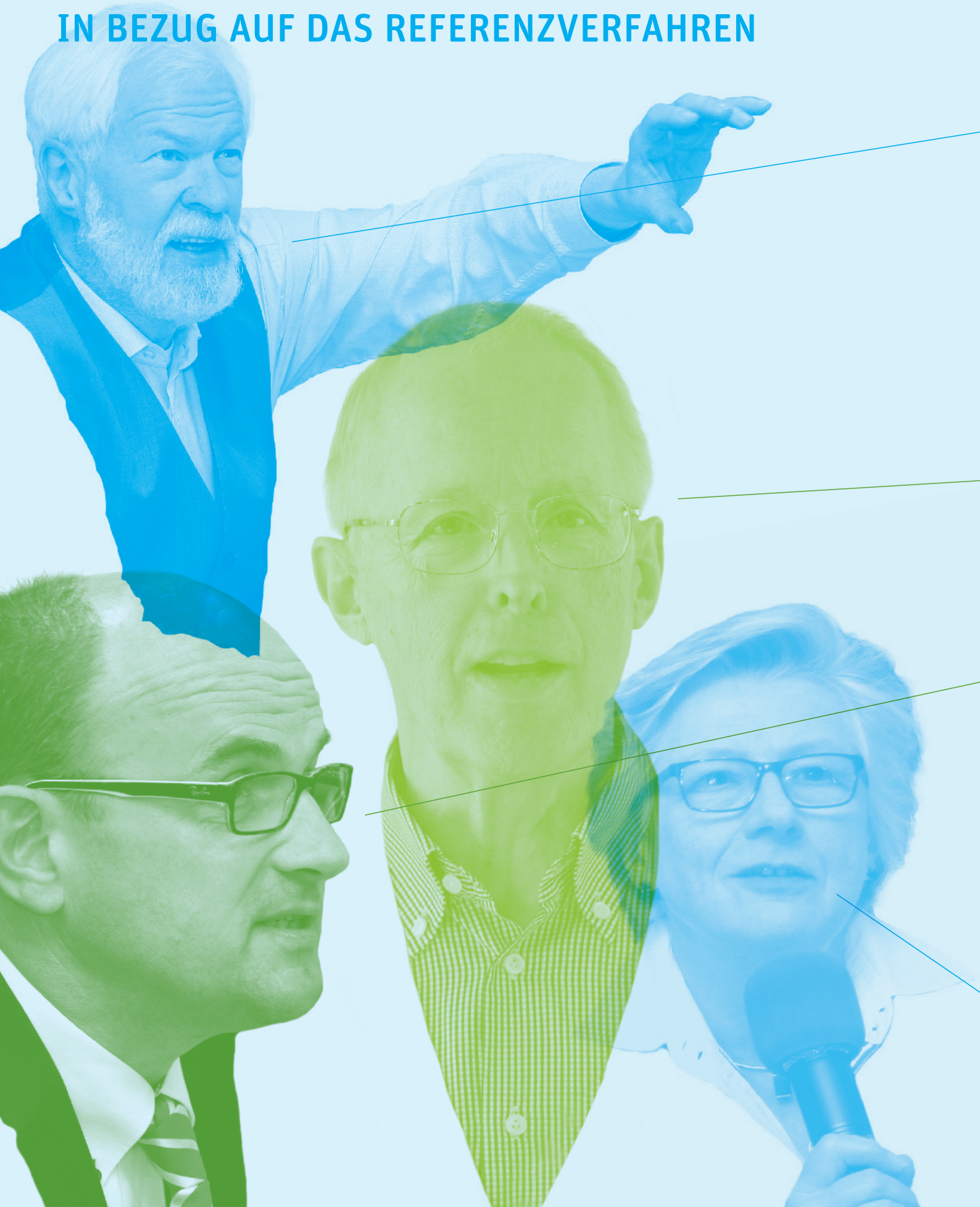


”

Aus Sicht der Beteiligten war es ganz wichtig, dass Ärzte und Pflegefachkräfte des MDK umfassend gemeinsam geschult wurden und dabei der Blick auch intensiv auf kleinteilige Reha-Ziele gerichtet wurde



VERTRAUEN UND MISSTRAUEN IN BEZUG AUF DAS REFERENZVERFAHREN



Die Resonanz der Teilnehmer zum Projekt Reha XI war durchweg positiv, wobei mehrfach die Offenheit und Transparenz bei der Darstellung teilweise auch problematischer Ergebnisse hervorgehoben wurde.

So wurde das Misstrauen in die 18 % Reha-Empfehlung im Referenzverfahren statt in die 6 % nach dem Optimierte Begutachtungs-Standard seitens des MDS-Verwaltungsratsvorsitzenden **Dr. Volker Hansen** gelobt, denn es sei niemandem damit gedient, wenn wir Methoden und Prozesse so ändern, dass wir das herausbekommen, was wir erwarten.

Darauf antwortete **Prof. Heinz Rothgang** (ZeS Universität Bremen): „Misstrauen ist sicherlich angebracht und zwar in beide Richtungen: Wie sehr kann man den 6 %, wie sehr den 18 % trauen? Hier müssten wir uns Einzelfälle anschauen und in Fallkonferenzen klären, was konkret abgelaufen ist.“

Dr. Stefan Gronemeyer (MDS) ergänzte: „Dieses Thema ist nicht vom Tisch, sondern im Hintergrund präsent. Hier müsste man am Referenzverfahren arbeiten und die Beteiligten an einen Tisch bringen, um mit ihnen die Abläufe in den jeweiligen konkreten Situationen zu besprechen.“

Möglicherweise liegt es auch daran, dass zwischen den beiden Begutachtungen einige Zeit vergangen ist, aber das müsste man genau untersuchen.“

Einen wichtigen Aspekt nicht außer Acht zu lassen, forderte in diesem Zusammenhang **Prof. Heiner Raspe**: „Ich will keinen falschen Zungenschlag machen. Reha ist wichtig in unserem Gesundheitssystem. Wir müssen sie besser machen und wir müssen wissen, was wir da machen. Momentan gibt es unterschiedliche Beurteilungen, Ausgangspunkte und Ziele. Das Grundproblem ist: Wir haben keine einheitliche Definition von Rehabedarf.“

Weitere Schritte

Anerkennung kam seitens des Hauptgeschäftsführers des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken **Thomas Bublitz**: „Ich möchte meinen Respekt ausdrücken, dass Sie das Projekt, auch mit seinen problematischen Ergebnissen, hier öffentlich mit Kritikern diskutieren.“ Daran schloss sich seine Frage nach möglichen Erfahrungen an, wie sich eine höhere Reha-Quote in der Leistungsentscheidung der Kassen ausdrücke.

Gronemeyer erklärte: „Ein wesentlicher Ausgangspunkt des Projekts war die Kritik an den niedrigen Empfehlungsquoten. Wir wissen aber nicht, wie hoch diese tatsächlich sein sollten. Aber wir haben den gesetzlichen Auftrag umzusetzen, im Rahmen der Pflegebegutachtung eine mögliche Reha-Indikation festzustellen. Unser Ziel war es, zunächst die Prozesse transparenter zu machen. Es war nicht das Ziel, herauszufinden, wie hoch der Reha-Bedarf ist, sondern die Begutachtung und deren Abläufe optimaler zu gestalten. Und wer Optimierungen haben will, muss zuvor auch nach Schwachstellen suchen.“

Dirk van den Heuvel vom Bundesverband Geriatrie stimmte zu: „Nur wer offen diskutiert, kann zu Lösungen kommen.“

Auf den Vorschlag von Prof. Raspe, Reha-Empfehlung möglicherweise gestaffelt beispielsweise in „notwendig“ und „dringend notwendig“ zu unterteilen, ergänzte **Dr. Barbara Gansweid**, Leiterin der SEG 2 Pflege, MDK Westfalen-Lippe: „Derzeit müssen wir aus der Begutachtungssituation heraus eindeutig festlegen, ob eine Reha sein muss oder nicht. Hier noch eine Zwischenstufe einzubauen, die besagt ‚jetzt noch nicht, aber vielleicht später‘, würde den Gutachterinnen und Gutachtern mehr Sicherheit geben.“



DR. MED. MATTHIAS SCHMIDT-OHLEMANN, DRFV BAD KREUZNACH

WANN IST EINE REHABILITATION FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE EIN ERFOLG?

Nachdem aus Sicht der Wissenschaft, der gesetzlichen Krankenversicherung und der Medizinischen Dienste das Thema beleuchtet wurde, stellt sich nun die wichtige Frage: Welche Erwartungen und Ziele haben die Pflegebedürftigen? Diese kann am besten ein Praktiker beantworten. Herr Dr. Schmidt-Ohlemann ist Leitender Arzt des Rehabilitationszentrums Bethesda kreuznacher diakonie und Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DRFV). Im Rahmen seiner praktischen Tätigkeit besucht er z. B. einmal in der Woche Patientinnen und Patienten zu Hause, auch um zu prüfen, ob eine mobile Rehabilitation benötigt wird.



„Zunächst möchte ich Ihnen ein Kompliment machen für die Offenheit, auch über methodische Schwächen zu sprechen, die sich im Rahmen Ihres durchgeführten Projektes gezeigt haben“, beginnt der Vorsitzende der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation. „Und als Nächstes möchte ich mich in die Perspektive des Pflegebedürftigen versetzen und die Frage stellen: Wann ist eine Rehabilitation für Pflegebedürftige ein Erfolg?“ Wenn Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann, auf jeden Fall. Doch was sind Erfolgskriterien, wenn Pflegebedürftigkeit und damit eine Behinderung auf Dauer bleiben?

Ich habe noch ein paar gute Jahre

Für ¾ der Pflegebedürftigen ist es besonders wichtig, zu Hause bleiben zu können und (weiterhin) selbst über das Alltagsleben zu bestimmen, weitestgehend das tun und erleben zu können, was man vorher getan und erlebt hat. Dazu zählen Beziehungen zu wichtigen Personen zu erhalten genauso wie neue Lebensperspektiven / Arrangements. Wichtig ist, dass dabei die eigene Versorgung gesichert ist und die Pflegebedürftigen das Gefühl haben, einbezogen zu sein, eine der grundlegenden Zielsetzung der Behindertenrechtskonvention UN-BRK („enhanced sense of belonging“). „Ich habe noch ein paar gute Jahre und sie sind nicht ganz so schlimm, wie ich es mir vorgestellt habe“, präzisiert der Arzt.

Auf der anderen Seite leiden rund 70 % der Pflegebedürftigen häufig unter Schmerzen. Gleichzeitig möchten sie aber oft nicht wieder in ein Krankenhaus – und hierzu zählt aus ihrer Sicht auch eine Rehabilitationsklinik –, da dies bedeutet, die vertraute Umgebung wieder verlassen zu müssen, und eine stationäre Unterbringung oft angstbesetzt ist. Für die Pflegebedürftigen bedeutsam ist auch, dass die Pflege gut klappt, dass die notwendige Unterstützung sichergestellt ist und die Angehörigen wenig belastet werden.

Was ist für das Erreichen dieser Ziele in der Reha erforderlich?

„Das zentrale Ziel ist, dass eine Reha überhaupt stattfindet. Sie soll frühzeitig und bedarfsgerecht eingeleitet und begonnen und fachgerecht (geeignete Einrichtung) durchgeführt werden. Aber welches Setting ist geeignet?“, fragt Schmidt-Ohlemann. Die Betroffenen müssen wenigstens für eines der Settings (Krankenhaus, Rehaklinik, ambulant, mobil) rehafähig sein. Eine mobile Reha kommt beispielsweise für Menschen infrage, die für ein stationäres Setting nicht rehabilitationsfähig sind. Der Dialog mit dem Pflegebedürftigen und auch den Angehörigen/Bezugspersonen ist entscheidend, denn diese müssen einwilligen und aktiv mitwirken.

Sitzende Mobilität ist der Schlüssel zur Teilhabe

Zu den Erfolgsfaktoren aus Sicht der Pflegebedürftigen zählt, wenn sich das alltägliche Verhalten aller am individuellen Lebenskonzept orientiert, das ggf. unter den neuen Bedingungen (Pflegebedürftigkeit) neu formuliert werden muss. Auch sollten sich Pflege und Assistenzarrangement an der Teilhabe orientieren.

Das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung ist für das Erreichen dieser Ziele nur begrenzt relevant. Entscheidend sind die Kontextfaktoren, diese sind maßgeblich für Entscheidungsfreiheiten und Chancen auf Aktivitäten. Die Lebens- und Teilhabeziele sind bei gegebenem Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigungen entscheidend für das Ausmaß des Hilfe- und Assistenzbedarfes. „Deshalb braucht es im Hinblick auf die zur Verfügung zu stellenden Leistungen vielmehr einer individuellen Teilhabeplanung statt nur eines Pflegeplans, wenn die Zielbestimmung und ein (neues) Lebens- und Assistenzkonzept erarbeitet werden sollen“, erklärt Schmidt-Ohlemann.

7 FOLGERUNGEN AUS DEN ERGEBNISSEN ZU REHA XI AUS SICHT VON DR. MED. MATTHIAS SCHMIDT-OHLEMANN

1 Bewältigung eines höheren Rehabedarfes

- Mehr Rehaleistungen – (6-fach höherer Rehabedarf?)
- Aufbau mobiler und ambulanter Strukturen und Rehabilitationsangebote
- Wie ist das Verhältnis zur stationären Behandlung bzw. Frührehabilitation?

2 Steigerung der Akzeptanz einer Reha bei den Betroffenen

- Bild der Reha bei allen Beteiligten verbessern, da sie oft angstbesetzt und mit einer weiteren Verlegung und unklaren Prozessen sowie Kontrollverlust verbunden ist
- Die Betroffenen von einer Reha überzeugen: Beratung
- Die Bedürfnisse und Problemlagen in einem diskursiven Verfahren erkennen
- Den Wunsch nach Rehabilitation zu Hause, ggf. auch ambulant, erfüllen

3 Aufklärung der diskrepanten Einschätzung von Rehabedürftigkeit zwischen dem zweistufigen und dem einstufigen, rein ärztlichen Verfahren

- Hinweis auf Probleme bei der Kombination von Pflege- und Rehabegutachtung unter Berücksichtigung des Fokussierungs- sowie des Zeitproblems: Ist es möglich, kombiniert zu begutachten und sich vom Gesprächssetting her auf beides einzulassen?
- Hinweis auf Bedeutung des ärztlich-diagnostischen und therapeutischen Gesprächs – und weniger von einzelnen Fakten: Herstellung sog. interner Evidenz statt ausschließlich Nutzung externer Evidenz

4 Verbesserung des Standardverfahrens zur Erkennung des Rehabedarfes im Rahmen der Pflegebegutachtung

5 Anregung/Ermöglichung einer umfassenden, auch sozialleistungs-trägerunabhängigen Feststellung des Unterstützungsbedarfes einschl. Rehabedarf, z. B. als Option für den Pflegegutachter, aber auch für den Vertrags- und den Klinikarzt: ggf. bis hin zur Teilhabeplanung/Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX

6 Nutzung weiterer Zugangswege zur Reha fördern und erleichtern, z. B. Anregung, Verordnung oder Einleitung durch den Krankenhausarzt/Krankenhaussozialdienst, Vertragsarzt, Pflegestützpunkte, Therapeuten und Pflegedienste

7 Bedarfsgerechtes Angebot (im Bereich geriatrischer Rehabilitation besteht bundesweit keine flächendeckende Bedarfsdeckung!) mit Binnendifferenzierung der Rehabilitation (Flexibilisierung) in einem regionalen Netzwerk mit ambulanter und v. a. mobiler Rehabilitation (auch im Rahmen einer Flexibilisierung) als regulärem und flächendeckendem Angebot.

PROF. DR. JOS M.G.A. SCHOLS, MAASTRICHT, NIEDERLANDE

TOWARDS MODULAR GERIATRIC REHABILITATION IN NURSING HOMES IN THE NETHERLANDS

Mit einem Blick über den nationalen Tellerrand ermöglichte Prof. Dr. Jos MGA Schols von der Maastricht University interessante Perspektiven geriatrischer Rehabilitation in niederländischen Pflegeheimen. Damit öffnete sich das Thema vom ausschließlichen Fokus aus Sicht des MDK hin zu der Frage, wie eine optimale Leistungserbringung aussehen könnte. In den Niederlanden beispielsweise setzt man auf niederschwellige Rehabilitationsangebote in Form der sogenannten „Modularen Geriatrischen Rehabilitation“.

Geriatric Rehabilitation (GR) in The Netherlands has always been executed by Dutch nursing homes. So, in fact it has always been a care function of the long-term care (LTC-) sector.

GR must be distinguished from specialist clinical rehabilitation that is executed by specialized rehab clinics, that mostly target younger patients, able to handle a high intensity treatment and short rehabilitation process, and who often require return to employment.

GR-patients typically show the profile of a geriatric patient, characterized by multi-morbidity associated with considerable disabilities, handicaps and polypharmacy. Their rehabilitation process takes more time and requires mostly a lower intensity of treatment. The focus of outcome is return to the original home situation and to prevent definite institutionalization.

Dutch nursing homes can execute GR because they employ their own multidisciplinary teams, consisting of specialized nursing home physicians (NHPs), nurses, physiotherapists, occupational therapists, speech therapists, dieticians, psychologists, social workers, recreational therapists etc.

Up until now, reimbursement of Geriatric Rehab (GR) was provided on behalf of the Exceptional Medical Expenses Act (in Dutch: AWBZ): a law to fund LTC.

Under this act, the execution of GR was rather unspecified. The optimal rehabilitation path was not known and individual nursing homes showed a different performance!

Yet, the figures were interesting: 27.500 patients were admitted each year: 6.300 with a Stroke, 6.900 after a Trauma, 5.000 after elective orthopedic surgery and 9.300 with other diagnoses. From these patients, 50-60 % returns to their own home, 15-25 % remains definitely in a nursing home or residential home and 10 % dies.

Towards modular GR:

In 2013 reimbursement changed from the AWBZ (Exceptional Medical Expenses Act) to the regular Health Insurance Act (ZVW). Thereby, GR has become part of the acute care sector. Since then, a modular DiagnosisTreatmentCombination (DTC) - financing system (in Dutch: DBC-systeem) is in place.

This system is based on diagnosis groups: -Stroke, Elective surgery, Trauma, Other diagnoses. The DTC-system finances per GR trajectory instead of per bed-day as in the past. This change in reimbursement has led to the development of integral multidisciplinary GR care pathways for different diagnosis groups (lasting for max. 6 months incl. outpatient aftercare!) and executed under supervision of a specially educated NHP.

In 2014 there are 36 DTCs: 18 with and 18 without outpatient aftercare after inpatient GR. A DTC represents (and reimburses) all services and treatment activities within a specific multidisciplinary GR care trajectory (incl. costs for stay, nursing, medical, paramedical and psychological treatment); each DTC-trajectory starts after a short hospital stay and can be opened by a NHP. DTCs vary with regard to *intensity and duration of treatment*, and whether they include outpatient aftercare or not.



This change in reimbursement has led to the development of integral multidisciplinary Geriatric Rehabilitation (GR) care pathways for different diagnosis groups and executed under supervision of a specially educated Nursing home physicians (NHP).



ESSENTIALS OF A GERIATRIC REHABILITATION CARE PATHWAY:

1. Hospital:

Adequate triage for rehabilitation in the hospital (triage instrument) and first triage for the intensity of the treatment in geriatric rehabilitation; the triage focuses on: age, comorbidity, functional prognosis, physical and emotional level of training intensity that patient can handle, cognition (learnability and trainability), the needs and possibilities (=power) of the informal caregiver, the necessary rehab setting (at home, in daycare or inpatient GR setting).

2. Inpatient GR:

- Comprehensive assessment at start of GR (is the prognosis still in agreement with triage?)
- SMART-formulated rehabilitation goals (specific, measurable, achievable, realistic and time-dependent);
- Multidisciplinary treatment;
- Special attention for the informal caregiver (goal setting/education);
- Home visits with the patient during inpatient rehabilitation (with physiotherapist and/or occupational therapist);
- Checklist for discharge (timely preparation!).

3. After care at home (collaboration with community care services (GP and paramedics))

Focussing on selfmanagement at home by:

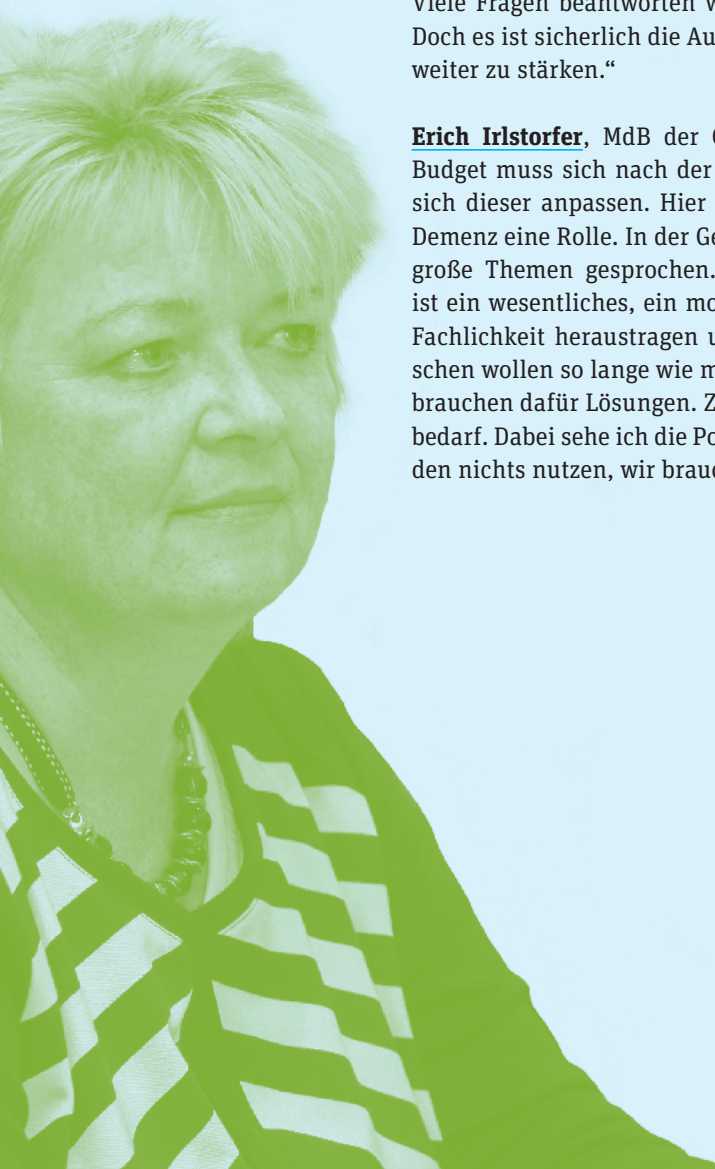
- Setting SMART formulated self-management goals with patient and informal caregiver;
- Increasing self-management skills;
- Increasing caregiver skills;
- Further rehabilitation treatment (shortly ambulatory in Ger. Rehab facility or primarily provided in the community or in the patient's home with support from nursing home GR team, if requested...).

STÄRKUNG DER REHABILITATION PFLEGEBEDÜRFTIGER – WAS GEHÖRT JETZT AUF DIE AGENDA?

Die abschließende Diskussionsrunde beschäftigte sich mit der Frage, was zur Stärkung der Rehabilitation Pflegebedürftiger nun auf die Agenda gehöre – ob ein politischer Handlungsbedarf besteht oder ob es jetzt vielmehr um die Umsetzung durch die MDK und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer geht.

Mechthild Rawert, MdB der SPD-Bundestagsfraktion, spricht sich einleitend für die Erweiterung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ in „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ aus, wie er aktuell auch im Entwurf des Präventionsgesetzes diskutiert wird. Weiter sagt sie: „Wir haben eine Menge getan, auch in den vergangenen Legislaturperioden. Im Mai 2014 haben wir den Reha-Deckel (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) angehoben. Der Wunsch der Menschen nach aktiver Teilhabe wächst. Deshalb ist die Teilhabeplanung mit Sicherheit auszubauen. Viele Fragen beantworten wir außerdem im Pflege-Stärkungs-Gesetz. Doch es ist sicherlich die Aufgabe der Politik, Beratung und Reha noch weiter zu stärken.“

Erich Irlstorfer, MdB der CDU/CSU-Bundestagsfraktion: „Das Reha-Budget muss sich nach der demografischen Entwicklung richten und sich dieser anpassen. Hier spielen auch psychische Erkrankung und Demenz eine Rolle. In der Gesundheits- und Pflegepolitik wird oft über große Themen gesprochen. Doch Rehabilitation vor und bei Pflege ist ein wesentliches, ein modernes Thema und das müssen wir in die Fachlichkeit herausragen und gesellschaftlich diskutieren. Die Menschen wollen so lange wie möglich daheim bleiben und sie wollen und brauchen dafür Lösungen. Zusammenfassend besteht also Handlungsbedarf. Dabei sehe ich die Politik als Taktgeber. Aber schöne Worte werden nichts nutzen, wir brauchen auch Taten.“



IMPRESSUM

Herausgeber

MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 83 27-0
Telefax: 0201 83 27-100
www.mds-ev.de

Verantwortlich

Dr. med. Stefan Gronemeyer, MDS

Redaktionelle Leitung

Dr. med. Martina Koesterke, MDS

Redaktion und Text

Dipl. med. Katrin Breuninger, MDS
Dr. med. Martina Koesterke, MDS

Lektorat

Julian von Heyl, korrekturen.de

Gestaltung

fountain, Düsseldorf

Druck

Memminger MedienCentrum
Druckerei und Verlags-AG

Fotonachweise

fotolia/Tyler Olson (Titelbild)
MDS/Krüper (S. 7, 9, 15)
MDS/bildschön

MDS

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

Postfach 10 02 15

45002 Essen

Telefon 0201 8327-0

office@mds-ev.de

www.mds-ev.de