

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der  
Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
(Direktorin Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer)

**Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von  
Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeheimen und  
Kurzzeitpflege**

Eine epidemiologische Reihenuntersuchung in regional ausgewählten  
Pflegeeinrichtungen Bayerns, Bremens, Brandenburgs, Berlins und von  
Rheinland-Pfalz

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt  
der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Stephanie Thiel  
geboren am 28.07.1976 in Jena

Betreuer: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

Gutachter:  
Prof. Dr. W. Mau  
Prof. Dr. U. Müller-Werdan (Berlin)

21.08.2018

20.12.2019



## **Referat**

**Zielsetzung:** Die Forschungsarbeit untersucht den Rehabilitationsbedarf von Pflegeheimbewohnern in Langzeit- und Kurzzeitpflege. Es wird der gefundene Rehabilitationsbedarf mit den entsprechenden Allokationsempfehlungen der aktuellen Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeheimbewohner gegenübergestellt. Dadurch soll festgestellt werden, ob und in welchem Ausmaß es eine Unter-, Fehl- oder Überversorgung an Rehabilitationsmaßnahmen in der Studienpopulation gibt.

**Methode:** Es handelt sich um eine klinisch-epidemiologische Reihenuntersuchung an 760 Pflegeheimbewohnern in Kurz- und Langzeitpflege in fünf Bundesländern Deutschlands. An fünf Standorten, die jeweils im Einzugsgebiet mobiler geriatrischer Rehabilitation liegen, beteiligten sich 16 Pflegeheime. Die Bestimmung der teilnehmenden Heimbewohner erfolgte mittels Vollerhebung oder Zufallsauswahl. Fachärztliche Gutachter führten die Erhebung mit dem Pflegeheimbewohner und dessen Bezugspersonen durch und stellten den Rehabilitationsbedarf im Einzelfall fest. Dafür wurde ein Erhebungsbogen in Anlehnung an das Muster A61 („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“) erarbeitet. Nach Anonymisierung der Daten erfolgte zur Beantwortung der Forschungsfragen die Informationsverarbeitung via IBM SPSS Statistics.

**Ergebnisse:** Der Rehabilitationsbedarf der Studienpopulation liegt in der Langzeitpflege bei 22,7 %, in der Kurzzeitpflege bei 32,6 %. Davon sind bei den Bewohnern in Dauerpflege 85,8 % und bei den Gästen der Kurzzeitpflege 53,4 % mit der Allokationsempfehlung mobile geriatrische Rehabilitation verbunden. Die aktuelle Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen belief sich in der Kurzzeitpflege auf 10,9 % und in der Langzeitpflege auf 1,6 %.

**Schlussfolgerungen:** Bei der Studienpopulation liegt der Rehabilitationsbedarf deutlich höher als die aktuelle Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen. Dies zeigt eine Unterversorgung der Studienpopulation an Rehabilitation. Da die Pflegeheime alle im Einzugsgebiet eines Standortes der mobilen geriatrischen Rehabilitation liegen, ist die geringe tatsächliche Rehabilitationsaktivität nicht dem Angebot, sondern der Erkennung des Rehabilitationsbedarfs, des Fehlens eines Rehabilitationsantrages oder der fehlenden Genehmigung des Kostenträgers geschuldet. In Anbetracht des demographischen Wandels ist die Verbesserung der Erkennung des Rehabilitationsbedarfs bei Pflegeheimbewohnern und der flächendeckende Ausbau von Standorten der mobilen geriatrischen Rehabilitation dringend notwendig. Weitere Forschung im Bereich Rehabilitationszugang und Alternativkonzepte zum jetzigen Rehabilitationsmodell in Deutschland sollten ermöglicht werden.

**Bibliographie:** Thiel, Stephanie: Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeheimen und Kurzzeitpflege Eine epidemiologische Reihenuntersuchung in regional ausgewählten Pflegeeinrichtungen Bayerns, Bremens, Brandenburgs, Berlins und von Rheinland-Pfalz. Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2018.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>V</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Vorstellung der Forschungsfragen.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Hintergrund.....</b>	<b>2</b>
1.2.1 Alternde Gesellschaft.....	2
1.2.2 Pflegebedürftigkeit.....	2
1.2.3 Feststellung Rehabilitationsbedarf bei der Pflegebegutachtung.....	3
<b>1.3 Die medizinische Rehabilitation.....</b>	<b>4</b>
1.3.1 Formen der medizinischen Rehabilitation.....	4
1.3.2 Zugang zur medizinischen Rehabilitation.....	5
1.3.3 Indikationskriterien der medizinischen Rehabilitation.....	5
1.3.4 Allokationskriterien (Zuweisungskriterien).....	6
1.3.5 Neue Wege der Rehabilitation.....	7
1.3.6 Wirksamkeit von Rehabilitation bei eingetretener Pflegebedürftigkeit.....	8
<b>1.4 Grundsatz „Rehabilitation vor und während Pflege“.....</b>	<b>9</b>
<b>1.5 Recht auf Rehabilitation.....</b>	<b>10</b>
<b>1.6 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).....</b>	<b>10</b>
<b>2 Zielstellung dieser Arbeit.....</b>	<b>11</b>
<b>3 Methodik.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Das Forschungsprojekt „Mobile geriatrische Rehabilitation“.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2 Literaturrecherche.....</b>	<b>12</b>
3.2.1 Stichworte der Literaturrecherche.....	12
3.2.2 Einschlusskriterien.....	12
3.2.3 Ergebnisse der Literaturrecherche und Stand der Forschung.....	12
<b>3.3 Studiendesign.....</b>	<b>13</b>
<b>3.4 Standort- und Einrichtungenrekrutierung.....</b>	<b>13</b>
<b>3.5 Zielpopulation und deren Rekrutierung.....</b>	<b>14</b>
<b>3.6 Datenerhebung und Datenverarbeitung.....</b>	<b>15</b>
3.6.1 Erhebungsbogen und Filtermodell.....	15
3.6.2 Gutachter.....	16

3.6.3	Begutachtung.....	16
<b>3.7</b>	<b>Kontrollpunkte und Qualitätssicherung.....</b>	<b>17</b>
3.7.1	Pretest des Erhebungsbogens.....	17
3.7.2	MDK-Prüfung .....	18
3.7.3	Thinking loud-Verfahren .....	18
<b>3.8</b>	<b>Genderaspekte .....</b>	<b>18</b>
<b>3.9</b>	<b>Ethische Aspekte.....</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>19</b>
<b>4.1</b>	<b>Vorstellung der Studienpopulation .....</b>	<b>19</b>
4.1.1	Altersverteilung .....	21
4.1.2	Pflegebedürftigkeit .....	21
4.1.3	Häufigste Diagnosen .....	22
<b>4.2</b>	<b>Medizinische Vorbehandlungen der Studienteilnehmer .....</b>	<b>23</b>
4.2.1	Medikamentöse Behandlung .....	23
4.2.2	Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung in den letzten drei Monaten .....	23
4.2.3	Heilmittelversorgung .....	24
4.2.4	Hilfsmittelversorgung.....	25
<b>4.3</b>	<b>Rehabilitationsbedürftigkeit.....</b>	<b>25</b>
4.3.1	Rehabilitationsrelevante Funktionsschädigungen .....	26
4.3.2	Rehabilitationsrelevante Strukturschädigungen .....	26
4.3.3	Die häufigsten Beschwerden der Bewohner .....	27
4.3.4	Alltagseinschränkungen .....	28
4.3.5	Besuchsbezogene und heimspezifische Kontextfaktoren.....	29
4.3.6	Risikofaktoren .....	30
4.3.7	Verteilung Rehabilitationsbedürftigkeit in LZPF und KZPF .....	30
4.3.8	Rehabilitationsbedürftigkeit nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe .....	31
4.3.9	Rehabilitationsbedürftigkeit nach vorheriger stationärer Behandlung .....	32
<b>4.4</b>	<b>Aktuelle Rehabilitation oder Rehabilitationsantrag .....</b>	<b>33</b>
<b>4.5</b>	<b>Bereitschaft zur Rehabilitation.....</b>	<b>35</b>
<b>4.6</b>	<b>Rehabilitationsfähigkeit .....</b>	<b>36</b>
4.6.1	Belastbarkeit für Rehabilitation .....	36
4.6.2	Mobilität für Rehabilitation .....	37
4.6.3	Motivation für Rehabilitation .....	37
4.6.4	Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse für die Rehabilitationsfähigkeit der Studienpopulation.....	37

4.6.5	Rehabilitationsfähigkeit nach Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation 2016.....	38
<b>4.7</b>	<b>Rehabilitationsziele.....</b>	<b>38</b>
4.7.1	Ziele allgemeine Körperebene .....	39
4.7.2	Ziele auf funktionaler Ebene .....	40
4.7.3	Ziele in Bezug auf Verbesserung der medizinischen Versorgung.....	40
4.7.4	Teilhabeziele .....	40
4.7.5	Ziele bezüglich Kontext- und Risikofaktoren .....	42
<b>4.8</b>	<b>Rehabilitationsprognose.....</b>	<b>43</b>
<b>4.9</b>	<b>Allokationskriterien für bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen .....</b>	<b>43</b>
4.9.1	Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung.....	43
4.9.2	Transportfähigkeit .....	44
4.9.3	Rehabilitation in den letzten vier Jahren.....	44
4.9.4	Spezielle Rehabilitationsformen .....	44
<b>4.10</b>	<b>Rehabilitationsbedarf.....</b>	<b>45</b>
4.10.1	Rehabilitationsbedarf nach Verweildauer .....	46
4.10.2	Rehabilitationsbedarf und Heilmittel .....	47
4.10.3	Rehabilitationsbedarf nach Pflegestufe, Alter und Geschlecht .....	48
4.10.4	Rehabilitationsbedarf nach Krankenhausaufenthalt .....	49
<b>4.11</b>	<b>Allokation bei Rehabilitationsempfehlung .....</b>	<b>51</b>
<b>4.12</b>	<b>Andere fallabschließende Empfehlungen .....</b>	<b>52</b>
<b>4.13</b>	<b>Non-Response-Analyse.....</b>	<b>52</b>
<b>4.14</b>	<b>Ergebnisse anhand des Filtermodells.....</b>	<b>53</b>
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>53</b>
<b>5.1</b>	<b>Repräsentativität .....</b>	<b>53</b>
<b>5.2</b>	<b>Ausschlussfälle .....</b>	<b>54</b>
<b>5.3</b>	<b>Die 19 Kreuznacher Fälle oder unvollständige Fälle .....</b>	<b>54</b>
<b>5.4</b>	<b>Limitationen.....</b>	<b>54</b>
5.4.1	Interessenlage der Studie .....	55
5.4.2	Unterschiede der Pflegeheime und Standorte .....	55
5.4.3	Transparenz der Gutachter.....	56
5.4.4	Scheingenauigkeit .....	57
5.4.5	Quelle der Information .....	57
5.4.6	Teilnehmerquote und Non-Response-Bias .....	58

5.4.7	Erhebungsbögen .....	59
5.4.8	Allokationsempfehlung .....	60
<b>5.5</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>60</b>
5.5.1	Studienpopulation.....	60
5.5.2	Aktuelle Rehabilitationsaktivität .....	60
5.5.3	Rehabilitationsbedürftigkeit .....	61
5.5.4	Rehabilitationsfähigkeit.....	61
5.5.5	Rehabilitationsziele .....	62
5.5.6	Rehabilitationsprognose .....	62
5.5.7	Allokationskriterien.....	62
5.5.8	Der Rehabilitationsbedarf der Studienpopulation .....	63
5.5.9	Rehabilitationsbedarf nach Verweildauer.....	64
5.5.10	Rehabilitationsbedarf und Krankenhausaufenthalt .....	64
5.5.11	Varianz der Ergebnisse.....	65
5.5.12	Rehabilitationsbedarf bei Demenz.....	65
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>65</b>
<b>6.1</b>	<b>Beantwortung der Forschungsfragen .....</b>	<b>65</b>
6.1.1	Rehabilitationsbedarf der Studienpopulation .....	65
6.1.2	Vergleich aktuelle Rehabilitationsmaßnahmen zu gefundenem Bedarf.....	65
6.1.3	Allokationsempfehlungen.....	66
6.1.4	Rehabilitative Unter-, Über- oder Fehlversorgung?.....	66
<b>6.2</b>	<b>Schlussfolgerungen.....</b>	<b>66</b>
6.2.1	(Frühzeitige) Erkennung von Rehabilitationsbedarf fördern .....	66
6.2.2	Zugang zur Rehabilitation erleichtern .....	67
6.2.3	Ausbau von Standorten der MoGeRe .....	67
6.2.4	Neue Konzepte zur Förderung von Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe .....	68
6.2.5	Erforschung neuer Methoden und Instrumente im Bereich der klinisch- epidemiologischen Studien.....	68
6.2.6	Erforschung der Wirksamkeit von Rehabilitation bei Pflegebedürftigen.....	68
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>69</b>
	<b>Thesen .....</b>	<b>73</b>
	<b>Anhang Erhebungsbogen .....</b>	<b>74</b>

## Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living
bzgl.	bezüglich
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BMG	Bundesgesundheitsministerium
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
etc.	etcetera
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
Hrsg.	Herausgeber
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ISIS	Institut für Supervision, Institutionsanalyse und Sozialforschung
IGES Institut	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
KH+PS	Krankenhaus mit Pflegestufe vor Kurzzeitpflege
KH-PS	Krankenhaus ohne Pflegestufe vor Kurzzeitpflege
KZPF	Kurzzeitpflege
LZPF	Langzeitpflege
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes
MoGeRe	mobile geriatrische Rehabilitation
MoRe	mobile Rehabilitation
PS	Pflegestufe
Reha	Rehabilitation
vgl.	vergleiche
vs.	versus
VwD	Verweildauer
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Abs.	Absatz
amb.	ambulant
postst.	poststationär

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Doktorarbeit die gewohnte männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert allerdings keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

## 1 Einleitung

Der demographische Wandel unserer Gesellschaft mit zunehmender Anzahl alter und pflegebedürftiger Menschen bei gleichzeitig weniger Menschen, die im Arbeitsleben stehen, stellt unsere Gesellschaft vor große Herausforderungen. Um dem dadurch stetig wachsenden Pflegebedarf und den entsprechend höheren Pflege- und Sozialleistungen für die älteren Generationen zu begegnen, werden neben der Erhöhung der Lebensarbeitszeit, der Stärkung ambulanter Versorgung, dem Setzen von Anreizen zur Erhöhung der Geburtenrate und der Nutzung von Immigrationsbewegungen etc., Rehabilitationsmaßnahmen bei entsprechender Indikation zur Verbesserung von Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe als auch zur Entlastung des Pflegepersonals sowie Reduzierung beziehungsweise Verhinderung des Anstiegs von Sozialleistungsausgaben weiter an Bedeutung gewinnen. Bereits 1995 wurde der Grundsatz „Reha vor Pflege“ gesetzlich verankert und ist weiterentwickelt zu „Reha vor und während Pflege“ in den Büchern V, IX und XI Sozialgesetzbuch (SGB) zu finden.

Auch der schwerstpflegebedürftige Mensch hat bei medizinischer Indikation das Recht auf Rehabilitation, um seine selbstbestimmte Teilhabe zu verbessern, auszugleichen, eine Verschlechterung zu vermeiden oder zu verzögern (§ 1 und 4 SGB IX). Aufgrund fehlender Studien zum Rehabilitationsbedarf von Pflegeheimbewohnern ist derzeit nicht einzuschätzen, ob diese Gruppe von Menschen rehabilitativ über-, unter- oder fehlversorgt ist. Aus Routinedaten der Krankenkassen ergeben sich Rehabilitationsbedarfe bei Pflegeheimbewohnern von 0,4 % (Küpper-Nybelen et al., 2006), 1,1 % (Rothgang et al., 2013) beziehungsweise zwischen 0,4 % und 1,3 % (Breuninger, 2017). Für die tatsächliche Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen zeigt die Hannoversche Morbiditätsstudie, dass Pflegeheimbewohner deutlich seltener (2,9 %) als ambulant versorgte Pflegebedürftige (11 %) an Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen (Segger et al., 2013). Im Barmer GEK Pflegereport 2013 wird aufgezeigt, dass für die Personen, die bei Pflegeeintritt auch in ein Pflegeheim aufgenommen werden, ab diesem Zeitpunkt die Rehabilitationshäufigkeit drastisch sinkt und nach vier Monaten Rehabilitation praktisch nicht mehr stattfindet (Rothgang et al., 2013). Die Ursachen dafür sind unbekannt. Rehabilitationsmaßnahmen werden bei stationär versorgten Pflegebedürftigen, aber auch den ambulant Versorgten, deutlich häufiger von Akuterkranken in Anspruch genommen, weniger durch geriatrische multimorbide Patienten ohne Akutbehandlung (ebd.). Ob dafür die fehlende ambulante Bedarfserkennung, z. B. durch den Hausarzt, die fehlende Rehabilitationsfähigkeit des scheinbar pflegebedürftigeren, älteren und kränkeren Heimbewohners ursächlich ist, bleibt offen.

Zimmermann und Richter stellen hierzu fest:

„Zum Thema Unter- oder Überversorgung konnte ermittelt werden, dass Rehabilitationsmaßnahmen und Therapieleistungen mit höherem Lebensalter rückläufig sind und eine höhere Pflegestufe geringere Therapieleistungen und seltenere Rehamaßnahmen bedingt. Die grundsätzliche und auch methodische Frage nach Rehabilitationsbedarf im Falle von Pflegebedürftigkeit und hierbei insbesondere im Falle einer stationären pflegerischen Versorgung muss als zurzeit offene Frage angesehen werden.“ (Zimmermann und Richter, 2010)

Aufgrund des fehlenden Wissens über den Rehabilitationsbedarf von Pflegeheimbewohnern, kann derzeit nicht beurteilt werden, ob die bestehenden gesetzlichen Regelungen ausreichend umgesetzt werden oder nicht.

## **1.1 Vorstellung der Forschungsfragen**

Aus den oben genannten Überlegungen ergeben sich folgende Forschungsfragen:

1. Wie hoch ist der Rehabilitationsbedarf von 760 Pflegeheimbewohnern und Gästen der Kurzzeitpflege in 16 Pflegeheimen an fünf Standorten innerhalb Deutschlands?
2. Zu welchen Anteilen erfolgt bei festgestellter Rehabilitationsindikation die Allokation zu den verschiedenen Rehabilitationsformen?
3. Gibt es Unterschiede zwischen der Häufigkeit aktueller Rehabilitationsmaßnahmen oder laufender Anträge auf Rehabilitation und dem in dieser Erhebung festgestellten Rehabilitationsbedarf der Studienpopulation und damit Hinweise auf eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung an Rehabilitation?

## **1.2 Hintergrund**

Es folgt jetzt die kurze Darstellung zweier aktueller gesellschaftspolitischer Themen, die die Fragestellungen dieser Arbeit begründen.

### **1.2.1 Alternde Gesellschaft**

Der demographische Wandel in Deutschland stellt die gesamte Gesellschaft vor erhebliche Herausforderungen. Der zu erwartende steigende Pflegebedarf in einer älter werdenden Gesellschaft trifft auf ein rückläufiges Arbeitskräfteangebot (Rothgang et al., 2012). Um dieser zunehmenden Versorgungslücke zu begegnen, muss, neben wichtigen anderen Ansätzen, der Grundsatz „Rehabilitation vor und während Pflege“ umgesetzt werden. Damit würde nicht nur eine Verzögerung oder Vermeidung einer teuren und arbeitskraftintensiven Heimaufnahme erreicht werden können, auch eine Pflegeerleichterung ist durch Rehabilitation möglich.

### **1.2.2 Pflegebedürftigkeit**

Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen und deren Anteil an der Bevölkerung im Rahmen des demographischen Wandels weiter steigt. 2.860.293 Pflegebedürftige im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (§ 14 SGB XI 2015) waren im Dezember 2015 in Deutschland registriert. Von diesen Menschen werden 27 %, also 783.416

Menschen, vollstationär im Heim versorgt. Seit Dezember 2013 sind 234.000 Pflegebedürftige (+ 8,9 %) hinzugekommen (Statistisches Bundesamt, 2017a).

Im Elften Buch Sozialgesetzbuch wird eine Person als pflegebedürftig definiert, wenn sie

„[...] wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichen oder höheren Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.  
[...]“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI 2015)

Die Pflegebedürftigkeit einer Person wird laut dem § 15 SGB XI (Stand 2015) in eine von drei möglichen Pflegestufen (PS) eingeordnet. Diese unterscheiden sich im Ausmaß der Pflegebedürftigkeit von erheblich (PS 1) über schwer- (PS 2) bis schwerstpflegebedürftig (PS 3). Zusätzlich werden Pflegeleistungen bei dauerhaft „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ im Rahmen einer Demenz (ohne körperliche Defizite, die eine andere Pflegestufe begründen könnten) bewilligt. Dies wird im Rahmen dieser Arbeit als „Pflegestufe 0“ (PS 0) bezeichnet. Pflegestufe 3 mit Härtefall (PS 3+) gilt bei Pflegebedürftigkeit der Stufe 3 mit noch höherem zeitlichem Pflegebedarf, z. B. bei hochfrequenter Hilfsbedürftigkeit auch in der Nacht oder bei auf Dauer medizinisch notwendiger Behandlungspflege. Die Einstufung wird durch den MDK individuell in der Häuslichkeit beziehungsweise im Pflegeheim (ständigen Aufenthaltsort) auf Antrag vorgenommen. Die Begutachtung selbst folgt den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (GKV-Spitzenverband und MDS, 2013). Nach Einstufung erhält der Pflegebedürftige Pflegesachleistungen oder Pflegegeld im häuslichen Bereich bzw. pauschale Leistungsbeträge zur temporären oder dauerhaften Unterbringung in einem Pflegeheim.

### **1.2.3 Feststellung Rehabilitationsbedarf bei der Pflegebegutachtung**

In der Pflegebegutachtung muss außerdem Stellung zum Rehabilitationsbedarf des Antragstellers genommen werden. Hat der Gutachter einen Rehabilitationsbedarf festgestellt, prüft er bei der Begutachtung auch, ob die pflegebedürftige Person rehabilitationsfähig ist und ihre realistischen Ziele in Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme erreichen kann. Ist der Pflegebedürftige willens, an einer Rehabilitation teilzunehmen, wird die Rehabilitationsempfehlung durch einen Arzt des MDK geprüft und die Rehabilitationsindikation einschließlich der Zuweisungsempfehlung durch ihn gestellt (GKV-Spitzenverband und MDS, 2013).

Ab 1.1.2017 wurden die bis dahin geltenden Pflegestufen 1 bis 3 im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes durch fünf Pflegegrade ersetzt. Zeitgleich wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert (§ 14 Abs. 1 SGB XI Stand 2017). Es wurde ein optimierter Begutachtungsstandard zur Erkennung von Rehabilitationsbedarf eingeführt (GKV-Spitzenverband und MDS, 2016). Die Empfehlung für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Pflegebegutachtung führt seitdem, sofern der Versicherte zustimmt, unmittelbar zu einem Rehabilitationsantrag (MDS, 2017). Diese Arbeit richtet sich

nach dem Pflegebedürftigkeitsbegriff und den Begutachtungsrichtlinien vor 2017, da dieses Projekt bereits 2014 begonnen hat.

### **1.3 Die medizinische Rehabilitation**

Im Folgenden wird die in dieser Arbeit im Vordergrund stehende medizinische Rehabilitation und deren Indikationskriterien erläutert. Außerdem wird die relative junge Rehabilitationsform „mobile geriatrische Rehabilitation“ vorgestellt.

Die medizinische Rehabilitation ist laut dem Paragraph 5 SGB IX eine Leistung zur Teilhabe. Bei ihr handelt es sich um eine komplexe Maßnahme mit einem interdisziplinären Ansatz und multimodalen Therapiekonzept. Die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation setzt das Vorliegen der medizinischen Indikation voraus. (G-BA, 2014 § 7). Die Ziele der medizinischen Rehabilitation finden sich im Neunten Buch Sozialgesetzbuch. Im Paragraph 4 des SGB IX steht, dass eine möglichst selbständige oder selbstbestimmte Lebensführung und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht oder erleichtert werden soll (§ 4 Abs. 4 SGB IX 2015). Außerdem sind die Ziele der medizinischen Rehabilitation

„[...]1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.“ (§ 26 Abs. 1 SGB IX)

Nach dem Paragraph 40 des SGB V sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dann zu gewähren, wenn ambulante Krankenbehandlung zur Verbesserung von Gesundheit und sozialer Teilhabe nicht ausreicht. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind bei Eignung des Antragstellers grundsätzlich zu bevorzugen. Die Behandlungsdauer sollte 20 Tage und insgesamt maximal drei Wochen nicht überschreiten. Längere Behandlungszeiträume sind nur aus dringenden medizinischen Gründen möglich. Rehabilitationsmaßnahmen können außer bei entscheidender Notwendigkeit in einem minimalen Abstand von vier Jahren verordnet werden (§ 40 SGB V). Kostenträger für die medizinische Rehabilitation bei pflegebedürftigen Erwachsenen ist die Krankenkasse, wenn kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist.

#### **1.3.1 Formen der medizinischen Rehabilitation**

Die indikationsspezifische medizinische Rehabilitation ist auf bestimmte medizinische Fachbereiche wie Orthopädie, Neurologie oder Pulmologie zugeschnitten. Sie wird als ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitation angeboten. Seit 2016 gibt es eine indikationsspezifische mobile Rehabilitation.

Die geriatrische Rehabilitation, die neben ambulanter, teilstationärer und stationärer auch als mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) angeboten wird, ist auf den multimorbiden und älteren Patienten spezialisiert.

Die Anschlussheilbehandlung wird durch den Krankenhausarzt nach Behandlung einer akuten Erkrankung verordnet und sollte innerhalb von maximal 14 Tagen nach Krankenhausentlassung angetreten werden.

### **1.3.2 Zugang zur medizinischen Rehabilitation**

Prinzipiell ist der Zugangsweg zur medizinischen Rehabilitation über den Krankenhausarzt als Anschlussheilbehandlung, über den Hausarzt (beziehungsweise anderen Facharzt), im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder sogenannter „Servicestellen“ (ab 2019 „Ansprechstellen“) der Rehabilitationsträger möglich.

### **1.3.3 Indikationskriterien der medizinischen Rehabilitation**

Die medizinische Indikation ist die Voraussetzung für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dazu müssen die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit, realistische und alltagsrelevante Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose vorliegen. Die Verordnung von medizinischer Rehabilitation ist nur gerechtfertigt, wenn die Rehabilitationsziele nicht durch Leistungen der kurativen Versorgung oder Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln erreicht werden können und eine gute Aussicht auf Erfolg besteht (§ 23 SGB V, G-BA, 2014).

Im Folgenden werden die vier wichtigen Rehabilitationskriterien erläutert.

#### 1. Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn körperliche, geistige oder seelische Schädigungen vorliegen, die nicht nur vorübergehend alltagsrelevante Aktivitäten beeinträchtigen und dadurch eine Minderung der Teilhabe droht oder bereits besteht. Es muss der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation über die kurative Versorgung hinaus erforderlich sein. Der Zustand der Pflegebedürftigkeit gehört auch zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe (G-BA, 2014).

Wichtig ist zwischen Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsbedarf zu unterscheiden. Darauf wird unter Punkt 5 dieses Kapitels näher eingegangen.

#### 2. Rehabilitationsfähigkeit

Nach Paragraph 9 der Rehabilitations-Richtlinie bedeutet Rehabilitationsfähigkeit:

„Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzen.“ (G-BA, 2014)

### 3. Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele sollen alltagsrelevant in Bezug auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe und innerhalb der Dauer der Rehabilitationsmaßnahme erreichbar sein. Bestehen Diskrepanzen zwischen den benannten Zielen durch Patient, Arzt oder Bezugspersonen sind diese im Antrag auf Rehabilitation getrennt aufzuführen (G-BA, 2014).

### 4. Rehabilitationsprognose

Dabei handelt es sich um eine medizinisch begründete Aussage über die Wahrscheinlichkeit eines positiven Rehabilitationsverlaufes. Hier muss der bisherige Verlauf der Erkrankung oder Behinderung, Kompensationspotentiale und die Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Kontextfaktoren berücksichtigt werden. Weiterhin muss das festgelegte Rehabilitationsziel innerhalb des notwendigen Zeitraumes erreicht werden können (G-BA, 2014). Eine für diese Arbeit wesentliche Änderung der Rehabilitations-Richtlinie erfolgte im Oktober 2015. Es wurde die Motivation zur Rehabilitation nicht mehr der Rehabilitationsfähigkeit, sondern der Rehabilitationsprognose zugeordnet. Dazu wird im Ergebnisteil (siehe Kapitel 4.6.5) Stellung genommen.

### 5. Rehabilitationsbedarf

Der Rehabilitationsbedarf ist gleichzusetzen mit einer vorhandenen Rehabilitationsindikation. Erst wenn neben Rehabilitationsbedürftigkeit auch Rehabilitationsfähigkeit, vorhandene realistische Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose vorliegen, besteht eine Rehabilitationsindikation also ein Rehabilitationsbedarf (G-BA, 2014).

Raspe grenzt den Bedarf an medizinischer Rehabilitation gegen die Kategorien Bedürfnis des Einzelnen, Nachfrage (Stellen eines Antrags), Angebot und faktischer Versorgung (Inanspruchnahme) deutlich ab. Er definiert, dass Rehabilitationsbedarf besteht, wenn ein Versicherter unter einer nicht-trivialen Gesundheitsstörung leidet oder einem nicht-trivialem Gesundheitsrisiko unterliegt und die medizinische Rehabilitation geeignet ist diese, im Vergleich zum ungünstigeren natürlichen Verlauf, positiv zu beeinflussen. Dabei setzt Rehabilitationsbedarf ein zielorientiert nachgewiesenes Nutzungspotential voraus. Die Indikationskriterien der Rehabilitations-Richtlinie und der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation sind für Raspe zu unspezifisch (Raspe, 2004).

#### **1.3.4 Allokationskriterien (Zuweisungskriterien)**

Nach Indikationsstellung für eine medizinische Rehabilitation müssen Kriterien für die Allokation der im Einzelfall gebotenen Leistung berücksichtigt werden. Diese betreffen:

1. Art und Schweregrad des zugrundeliegenden Gesundheitsproblems sowie die entsprechenden Schädigungen,
2. das noch vorhandene Aktivitätsprofil, zum Beispiel Kommunikation, Mobilität und Selbstversorgung,
3. die personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.

So wird entsprechend der oben genannten Kriterien das erforderliche Profil der Rehabilitationsleistung bestimmt. Das kann zum Beispiel die orthopädische, neurologische oder geriatrische Rehabilitation sein. Außerdem wird nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ die Form der Durchführung und im Weiteren die Dauer und Dringlichkeit der Rehabilitationsmaßnahme festgestellt (MDS, 2012).

### **1.3.5 Neue Wege der Rehabilitation**

Seit 2007 ist die mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) als ambulante Rehabilitationsmaßnahme im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (§ 40 Abs. 1 SGB V) eingefügt. Im gleichen Zuge wurde explizit die Erbringung von ambulanten inklusive mobiler Rehabilitationsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen im Gesetzestext verankert (ebd.). In den „Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“ aus dem Jahre 2007 sind die Anforderungen an die Standorte der MoGeRe, Behandlungselemente und Details zur Behandlungsintensität festgelegt.

Die MoGeRe ist eine aufsuchende Rehabilitationsleistung, das heißt ein unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehendes interdisziplinäres Team aus Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Rehabilitationspflegern, Neuropsychologen, Sozialarbeitern und Ernährungsberatern, dass die Leistung im gewohnten Umfeld des Patienten erbringt. Auch in der Kurzzeitpflege kann eine mobile Rehabilitation begonnen und in der Häuslichkeit fortgeführt werden. So ist es möglich, die wichtigen Kontextfaktoren Familie, Bezugspflege und -personen, soziales Umfeld und häusliche Umgebung direkt in die Rehabilitation mit einzubeziehen. Vorteile der aufsuchenden Rehabilitation sind außerdem, dass die zeitraubenden und die Zielerreichung erschwerenden Gewöhnungs- und Transferprozesse bei wohnortfernen Rehabilitationsmaßnahmen wegfallen (Diakonisches Werk der EKD, 2008). Dies wird in den Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation wie folgt bekräftigt:

„Der Alltag mit seinen Anforderungen an die alltägliche praktische Lebensführung wird selbst zum Übungs- und Trainingsfeld, [...] Die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration in den Alltag ist eine besondere Stärke der mobilen geriatrischen Rehabilitation.“ (Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation 2007)

MoGeRe ersetzt nicht die bestehenden ambulanten und (teil-) stationären Formen der Rehabilitation, sondern ist an ein spezielles, bisher mutmaßlich rehabilitativ unter- oder fehlversorgtes, Patientenklientel angepasst und dann indiziert, wenn eine teilstationäre, ambulante oder stationäre Rehabilitation nicht erfolgsversprechend ist (Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation, 2007). Die Kernzielgruppe der MoGeRe sind Menschen mit Rehabilitationsbedarf und gleichzeitig erheblich eingeschränkten kognitiven oder psychischen Funktionen, deren weitere Verschlechterung im Rahmen der Herauslösung aus dem gewohnten Alltag zu befürchten ist. Im Weiteren zählen zur MoGeRe-Zielgruppe Menschen mit Rehabilitationsindikation und erheblichen Kommunikationsproblemen, die die Anwesenheit von

Bezugspersonen, die über Kompensationsstrategien verfügen, nötig machen oder mit erheblicher Schädigung der Seh- und Hörfunktion, so dass das angepasste und dem Patienten bekannte Wohnumfeld zur Unterstützung und Förderung genutzt werden muss. Die Angehörigen sollten mit der Maßnahme nicht nur einverstanden sein, sondern sich aktiv daran beteiligen, um wichtige nachhaltige Kompetenzen im Umgang mit dem Patienten zu erlangen (Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation, 2007).

In Einzelfallentscheidungen wurde mobile geriatrische Rehabilitation auch außerhalb der Rahmenempfehlungen bewilligt. Gründe hierfür waren z. B. die Besiedlung mit multiresistenten Keimen, Fremdsprachlichkeit, tracheotomierte Patienten und Patienten nach sehr langem Krankenhausaufenthalt.

Trotz gesetzlicher Verankerung, Wirksamkeitsnachweisen (siehe Kapitel 1.3.7) und der 2010 durch den GKV-Spitzenverband veröffentlichten „Umsetzungshinweise und Übergangsregelungen“, die den bundesweiten Ausbau von MoGeRe unterstützen sollten (GKV-Spitzenverband, 2010), existieren 2014 nur 11 Standorte für mobile geriatrische Rehabilitation. Als Hauptgründe für die Stagnation in der Verbreitung, die meist gekoppelt an schon bestehende geriatrische, rehabilitative und andere soziale Einrichtungen ist, werden angeführt, dass die Finanzierung der Maßnahme nicht ausreichend ist, die Verhandlungen mit den Krankenkassen herausfordernd sind, es die Befürchtung gibt, die MoGeRe trete in Konkurrenz zu den etablierten eigenen rehabilitativen Angeboten des Standortes oder schlicht keine personellen, strukturellen und finanziellen Kapazitäten für eine Innovation bestehen (Schmidt-Ohlemann, 2017).

2016 wurden auf Bundesebene Eckpunkte für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation verabschiedet. Es handelt sich um eine Erweiterung der Indikationen für mobile Rehabilitation. (GKV-Spitzenverband, 2016).

### **1.3.6 Wirksamkeit von Rehabilitation bei eingetretener Pflegebedürftigkeit**

Es ist von der Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei Pflegebedürftigen auszugehen. Dies zeigt sich in vielen Studien und Systematischen Übersichtsarbeiten.

„Es zeigt sich, dass es international eine Fülle von systematischen Reviews und qualitativ hochwertiger Studien gibt, die die generelle Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei alten und pflegebedürftigen Patienten belegen.“ (Lübke, 2015)

Lübke kritisiert jedoch, dass die Wirksamkeit von rehabilitativen Maßnahmen bei chronisch Pflegebedürftigen in Deutschland bisher nicht ausreichend erforscht ist (Lübke, 2015). Größte Schwierigkeit bei der Durchführung von hochwertigen prospektiven kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Rehabilitation ist die ethisch schwer vertretbare Vorenthaltung von indizierten Rehabilitationsmaßnahmen in einer strukturgleichen Kontrollgruppe.

In einer Übersichtsarbeit konnte Korczak einen positiven Effekt von uni- und multimodalen Therapiemaßnahmen auch bei Patienten mit Demenz nachweisen (Korczak et al., 2012). Lübke

sagt, dass eine leichte bis mittelschwere Demenzerkrankung die Wirksamkeit der Rehabilitation nicht einschränkt, wenn die Demenz nicht der Grund für Rehabilitation ist und die Rehabilitation selbst in dafür qualifizierten Einrichtungen stattfindet (Lübke, 2015).

Für die Wirksamkeit der MoGeRe liegen eine Reihe von kleineren empirischen Arbeiten vor, die jedoch in ihrer Aussagekraft aufgrund einer fehlenden Kontrollgruppe, niedriger Patientenzahlen, mangelnder aussagekräftiger Messinstrumente in Bezug auf Teilhabe, Aktivität, Funktionalität sowie Lebensqualität oder fehlender Katamnese eingeschränkt sind und nur positive Hinweise auf die Wirksamkeit der MoGeRe geben können (Grune, 2018; Martin, 2018).

Die Auswertung der Basisdokumentation der MoGeRe durch das Kompetenzzentrum der Geriatrie erbrachte zwar, dass es signifikante und auch klinisch relevante Zugewinne in der Selbstversorgungsfähigkeit als Anzeichen eines positiven Rehabilitationsverlaufs gibt, kausale Wirksamkeitsnachweise lassen sich jedoch nicht ableiten (Pippel et al., 2016).

Aktuell wird eine Wirksamkeitsanalyse der MoGeRe im Rahmen des durch das BMG geförderten Projektes „Mobile geriatrische Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“ (auch diese Arbeit ist ein Teilprojekt davon) durchgeführt. Vorläufige Ergebnisse geben Hinweise auf positive Beeinflussung von Mobilität, Aktivität, Selbständigkeit, Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe durch MoGeRe (BMG, 2014; Grune, 2018; Martin, 2018).

#### **1.4 Grundsatz „Rehabilitation vor und während Pflege“**

Der Grundsatz „Rehabilitation vor und während Pflege“ ist im Fünften Buch (Gesetzliche Krankenversicherung), im Neunten Buch (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und Elften Buch (Soziale Pflegeversicherung) Sozialgesetzbuch verankert. Nachfolgend werden die für diese Arbeit wichtigsten Gesetzestexte aus den genannten Sozialgesetzbüchern zitiert:

„Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.“ (§ 5 Abs. 6 SGB XI)

„[...] um durch Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.“ (§ 8 Abs 3 SGB IX)

„Versicherte haben [...] Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation [...] um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.“ (§11 Abs. 2 SGB V)

Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (2008), des Pflege neu ausrichtungs-Gesetzes (2013) und des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (2016) wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor und während Pflege“ weiter gestärkt.

Seit 2018 wurde das Neunte Buch Sozialgesetzbuch im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes neu aufgestellt. Daraus ergeben sich in der Fassung 2018 des SGB IX teilweise andere Paragraphen für hier zitierte Gesetzestexte. In dieser Arbeit beziehe ich mich auf das SGB IX Stand 2015.

## **1.5 Recht auf Rehabilitation**

Eindrücklich ist sowohl im Neunten als auch Fünften Buch Sozialgesetzbuch beschrieben, dass auch chronisch pflegebedürftige Menschen ein Recht auf Rehabilitation haben, um weitestgehende Selbständigkeit, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erreichen. Dabei handelt es sich bei der medizinischen Rehabilitation um eine sogenannte Leistung zur Teilhabe.

„Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung [...] Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern, [...] die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige oder selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“ (§ 4 Abs. 1 SGB IX)

Auch für die gesetzliche Krankenversicherung ist der Anspruch von chronisch Pflegebedürftigen auf medizinische Rehabilitation gesetzlich festgeschrieben.

„Daher stellt § 11 SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung klar, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch mit der Zielsetzung zu erbringen sind, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017)

## **1.6 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)**

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist ein durch die WHO zur Verfügung gestelltes Klassifikationssystem, das sich mit den individuellen Auswirkungen einer Krankheit im Alltag auseinandersetzt und dabei insbesondere die persönlichen und umweltbezogenen Kontextfaktoren (Förderfaktoren und Barrieren) einbezieht (G-BA, 2015 Anlage 1). Die Hauptkomponenten der ICF sind, neben den Kontextfaktoren, auch Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie deren Schädigungen und Beeinträchtigungen. Die ICF ist als Ergänzung zur Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) zu sehen (Shuntermann, 2007). Die folgende Abbildung 1 verdeutlicht die Wechselwirkungen der ICF-Komponenten und wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO.



Abbildung 1: Wechselwirkung der Komponenten der ICF (DIMDI, 2005 S. 23)

## 2 Zielstellung dieser Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist im Rahmen einer belastbaren klinischen - epidemiologischen Reihenuntersuchung herauszufinden, wie hoch der Rehabilitationsbedarf der Studienpopulation wirklich ist und dieses Ergebnis quantitativ mit dem Anteil derselben Heimbewohner, die tatsächlich aktuell eine Rehabilitationsmaßnahme nutzen, zu vergleichen. Zu der aktuellen Inanspruchnahme gehören auch Bewohner mit laufendem Rehabilitationsantrag. Ferner soll bei vorhandenem Rehabilitationsbedarf eine Allokationsempfehlung ausgesprochen werden, die unabhängig ist von den für den Pflegeheimbewohner erreichbaren Rehabilitationsangeboten in der Region des jeweiligen Pflegeheimes. Es werden der Rehabilitationsbedarf mit der Allokationsempfehlung und die aktuelle Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der permanenten Heimbewohner und den Gästen der Kurzzeitpflege verglichen. Aus den Ergebnissen soll abgeleitet werden, ob für die Studienpopulation eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung an Rehabilitation vorliegt.

## 3 Methodik

### 3.1 Das Forschungsprojekt „Mobile geriatrische Rehabilitation“

Das Forschungsprojekt „Mobile geriatrische Rehabilitation“ ist ein vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) gefördertes Projekt, um

„Erkenntnisse über die Wirkung der mobilen Rehabilitation und die Erfordernisse bei ihrer praktischen Umsetzung zu gewinnen und somit einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von rehabilitationsbedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen und Gästen der Kurzzeitpflege zu leisten.“  
(BMG, 2014)

Es werden hier die zwei folgenden zu erforschenden Bereiche benannt: 1. Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten in stationärer Pflege und in Kurzzeitpflege und 2. Mobile Rehabilitation bei Patienten in stationärer Pflege und in Kurzzeitpflege mit Wirksamkeitserfassung, Untersuchung und Identifikation förderlicher und hemmender Faktoren in der Zusammenarbeit zwischen MoGeRe und der Pflegeeinrichtung sowie die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen (BMG, 2014).

Die Hochschule Bremen mit den teilnehmenden MoGeRe-Einrichtungen und ISIS e.V. (Institut für Supervision, Institutionsberatung und Sozialforschung) reichten im Juli 2014 den Forschungsantrag ein. Es wurde eine Projektsteuergruppe gebildet, die Koordination und Durchführung übernahm und deren Expertise die Inhalte und das Verfahren maßgeblich steuert. Im Weiteren wurde ein Projektbeirat mit Vertretern der Kostenträger, der Anbieter von MoGeRe, der Wissenschaft, des BMG und des Kompetenzzentrums Geriatrie etabliert. Parallel zu den flankierenden Doktorarbeiten erfolgten auch Auswertungen im Rahmen des Gesamtprojektes, die auf der Internetpräsenz des BMG veröffentlicht werden sollen.

### **3.2 Literaturrecherche**

Zunächst wurden die Datenbanken DIMDI und pubMed mit deutschen und englischen Stichworten systematisch durchsucht.

#### **3.2.1 Stichworte der Literaturrecherche**

1. Bedarf Rehabilitation (rehabilitation, demand, need)
2. Rehabilitation und Bewohner eines Pflegeheimes, Altenheimes, Seniorenheimes, Pflegeheimbewohner (nursing home, care home, old peoples´ care home)
3. Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit (need for long-term care, care, nursing care, need for care)

#### **3.2.2 Einschlusskriterien**

- Land: Die Studie wurde in Deutschland durchgeführt.
- Studienteilnehmer: Pflegeheimbewohner
- Ausschlusskriterien: Expertenmeinungen, Fallberichte oder theoretische Artikel

#### **3.2.3 Ergebnisse der Literaturrecherche und Stand der Forschung**

Aktuell (Stand 12/2015) liegen keine epidemiologischen Primärerhebungen über den Rehabilitationsbedarf von erheblich pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen vor. Es liegen einzelne Auswertungen von Registerdaten der gesetzlichen Krankenkassen und des MDK vor.

Wie in dem Kurzbericht Reha XI (Rothgang et al., 2014) aufgeführt, scheitert bereits die Identifikation von Rehabilitationsbedarf, nicht nur bei stationär, sondern auch ambulant versorgten Pflegebedürftigen. Insbesondere Transparenz, Algorithmus, Vereinheitlichung von Messinstrumenten und Identifikationsprozessen zur Erkennung von Rehabilitationsbedarf gestalten sich schwierig. Schätzungen über den Rehabilitationsbedarf von Pflegebedürftigen kommen durch Auswertung von Routinedaten (Rothgang et al., 2013) sowie Datensammlungen des Kompetenz-Centrums Geriatrie zustande. 2015 wurde ein Rehabilitationsbedarf von 1,3 % im Rahmen der Pflegebegutachtung bei Pflegeheimbewohnern festgestellt (Breuninger, 2017). Es gibt keine empirisch abgesicherten Ergebnisse zur Höhe des Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Pflegeheimbewohnern. Bezüglich der tatsächlichen Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei Pflegeheimbewohnern liegen die Zahlen aus

den Routinedaten der Krankenkassen vor. Auffällig war hier eine verstärkte Rehabilitationsaktivität zwölf Monate vor Pflegeeintritt mit Heimaufnahme von 15,8 % der Pflegebedürftigen. Bei Pflegeeintritt mit Heimaufnahme waren es circa 1,9 % Rehabilitanden, nach weiteren zwölf Monaten nahmen noch circa 0,1 % der Pflegeheimbewohner an einer Rehabilitationsmaßnahme teil (Rothgang et al., 2013).

### **3.3 Studiendesign**

Es handelt sich um eine multizentrische klinische-epidemiologische Reihenuntersuchung an mehreren Versorgungszentren mobiler geriatrischer Rehabilitation in fünf Bundesländern. Die teilnehmenden Bewohner der insgesamt 16 Pflegeeinrichtungen wurden per Vollerhebung oder Zufallsauswahl bestimmt. Ärztliche Gutachter führten die Erhebung mit dem Studienteilnehmer beziehungsweise dessen Bezugspersonen und unter Einsichtnahme der schriftlichen, patientenbezogenen Pflegeheimunterlagen durch. Die studienrelevanten Informationen wurden unter Nutzung des zuvor in Anlehnung an das Muster 61A („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ Stand 2015) erarbeiteten Erhebungsbogens gesammelt und dokumentiert. Zur Beantwortung der Forschungsfragen erfolgte die Informationsverarbeitung via „IBM SPSS Statistics“.

Aufgrund der sehr individuellen Struktur der Zielpopulation mit der einzigen sicheren Gemeinsamkeit des derzeitigen Aufenthalts- oder Wohnortes Pflegeheim, als auch der strukturellen und ökonomischen Voraussetzungen für die Studie ist ein gänzlich standardisiertes Verfahren, also den üblichen Normen entsprechend validiert und in Reliabilität getestet, für die Fragestellungen nicht umsetzbar.

### **3.4 Standort- und Einrichtungsrekrutierung**

Es wurden zunächst fünf Standorte mit insgesamt 16 Pflegeeinrichtungen benannt. Die Standorte für die Studie wurden nach Vorhandensein einer etablierten mobilen geriatrischen Rehabilitation bewusst ausgesucht. Für die Einrichtungen (Pflegeheime) waren folgende Auswahlkriterien maßgeblich: Das Pflegeheim ist nach Paragraph 71 Absatz 2 SGB XI von der Pflegeversicherung zugelassen und betreut unselektiertes Klientel. Das heißt, es wären beispielsweise Pflegeheime, die auf die Betreuung von Demenzkranken spezialisiert sind, wären von dieser Reihenuntersuchung ausgeschlossen. Außerdem sollte das Heim mit dem ansässigen MoGeRe-Standort kooperieren und grundsätzlich mit der Teilnahme an dieser Studie, welche einen zeitlichen Mehraufwand für Zuarbeiten und Gespräche zulasten des Heimpersonals bedeutet, einverstanden sein. Das Pflegeheim muss mindestens fünf Jahre in Betrieb sein, um routinierte interne Abläufe zu gewährleisten. Eine ärztliche Betreuung nach § 119 SGB V in einem Pflegeheim wäre zudem ein Ausschlusskriterium.

Die Einrichtungen hatten an jedem Ort selbständige Träger. Die meisten Pflegeheime gehörten der Diakonie an. An einem Standort waren alle Pflegeheime derselben Stiftung als Träger zugeordnet.

Die verschiedenen Standorte in den fünf Bundesländern (Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen und Rheinland-Pfalz) sind für die Verminderung der Ergebnisverzerrung (Bias) für regionale Unterschiede unabdingbar.

### 3.5 Zielpopulation und deren Rekrutierung

Die Pflegeheimbewohner in Kurz- oder Langzeitpflege der vorgegebenen Pflegeheime sind die Zielpopulation der Studie. Die angestrebten Fallzahlen an Pflegeheimbewohnern entsprechen der Größe der Einrichtungen sowie der Pflegeheimanzahl je Standort proportional. Details dazu zeigt Tabelle 1.

*Tabelle 1: Verteilung der Studienpopulation auf Standorte*

Standort	Anzahl Einrichtungen	Anzahl Bewohner LZPF	Anzahl Bewohner KZPF
1	2	126	0
2	2	54	36
3	9	296	68
4	2	72	18
5	1	74	16

Ausschlusskriterien bestanden nicht. Es wurde eine Zufallsstichprobe der Bewohner eines Pflegeheims mittels Zufallsgenerator an einem vorher festgelegten Stichtag in die Studie eingeschlossen. An anderen Pflegeheimen wurde am festgelegten Stichtag aufgrund der Größe der Einrichtungen eine Vollerhebung durchgeführt. Bei einer Einrichtung wurden die Neuzugänge an einem weiteren Stichtag erfasst. Somit konnte eine ausreichende Fallzahl sichergestellt werden. In der Kurzzeitpflege fand ab dem Stichtag eine konsekutive Vollerhebung bis zur Erreichung der Fallzahlen statt, da sonst die angestrebten Fallzahlen nicht hätten erreicht werden können. Nach Erreichung der geplanten Fallzahlen wurde die Bedarfserhebung an dieser Einrichtung beendet und keine weiteren Heimbewohner mehr begutachtet.

Jede somit zufällig ausgewählte Person erhielt eine persönliche Kennung, um den Datenschutz zu gewährleisten. Dem potentiellen Studienteilnehmer, gegebenenfalls dem jeweiligen Vorsorgebevollmächtigten oder Betreuer, wurde das Projekt durch die Pflegeheimleitung, die Bezugspflege, Therapeuten oder MoGeRe-Mitarbeiter vorgestellt. Die Einwilligung zur Teilnahme wurde auf der vorgefertigten Einwilligungserklärung per Unterschrift bestätigt. Die Teilnahmequote schwankt in den Einrichtungen und liegt durchschnittlich bei 74 % (49,4 % bis 100 %). Vereinzelt Ausfälle nach Einwilligung zur Teilnahme an der Studie waren bedingt

durch Krankenhausaufenthalt oder Tod. Dann erfolgte die entsprechende Substitution von Studienteilnehmern, die nach o.g. Verfahren ebenfalls streng zufällig ausgewählt waren.

Es wurden außerdem die Personen erfasst, die die Teilnahme an der Studie ablehnten oder sich nicht zurückmeldeten (Non-Responder).

### **3.6 Datenerhebung und Datenverarbeitung**

Die Daten wurden mittels eines Erhebungsbogens im Gespräch mit dem Bewohner aber auch über Informationen der Bezugspflegerkräfte, Angehörigen und der Pflegedokumentation einschließlich vorhandener Epikrisen sowie Hausarzt- und Facharzteintragungen gesammelt.

Im Weiteren wurden dann die Daten der Erhebung mittels „IBM SPSS Statistics“ quantitativ verarbeitet. Die Unterschiede der Ergebnisse bezüglich der Bewohner in Langzeitpflege und der Gäste der Kurzzeitpflege als auch Unterschiede der Ergebnisse nach bestimmten Merkmalsausprägungen wurden mittels Chi-Quadrat-Test und T-Test auf statistische Signifikanz hin überprüft.

#### **3.6.1 Erhebungsbogen und Filtermodell**

Die Begutachtung des Rehabilitationsbedarfes erfolgt nach den Vorgaben der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Für den Begutachtungsprozess und dessen Dokumentation wird die Struktur des „Muster 61A“ („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“, Stand 2015) in modifizierter Form angewendet. So wurden in den Erhebungsbogen dieser Studie, im Gegensatz zu den überwiegend freitextlichen Möglichkeiten im „Muster 61A“, Listen von Merkmalsausprägungen (z.B. für Strukturschädigungen, Funktionsschädigungen, Diagnosen, Rehabilitationsziele) eingefügt und außerdem selbstbestimmte Teilhabeziele als anzukreuzende Items sowie die einzelnen Indikations- und Zuweisungskriterien für die mobile geriatrische Rehabilitation eingearbeitet. Generell sind klartextliche Alternativen und Ergänzungen möglich und in Bezug auf die selbstbestimmten Teilhabeziele sogar notwendig. Eine Anpassung des „Muster 61A“ war für die Erhebungsdauer (Ankreuzmethode, Listen) im Einzelfall und die Auswertbarkeit dieser Studie notwendig. Außerdem wurde ein Leitfaden zum Erhebungsbogen erstellt. Dadurch sollte das gemeinsame Grundverständnis für die Gutachter gesichert und Beurteilungshilfe gegeben werden. Die Erarbeitung des Erhebungsbogens erfolgte durch die Steuergruppe des Forschungsprojektes „Mobile geriatrische Rehabilitation“. Außerdem waren auch weitere Ärzte, die später mit dem Erhebungsbogen in den Pflegeheimen begutachteten, daran beteiligt. Die Grundstruktur des Erhebungsbogens bildet ein Filtermodell von Rehabilitationsbedürftigkeit über Rehabilitationsfähigkeit und realistische Rehabilitationsziele bis zur spezifischen Rehabilitationsindikation ab. Bei Nichterreichen einer Stufe des Filtermodells wurde die Erhebung an dieser Stelle abgebrochen. So können die Begutachtungskriterien individuell

abgearbeitet und transparent offengelegt werden. Es soll für jeden nicht an der Studie beteiligten Fachkundigen das Ergebnis und auch der Entscheidungsprozess nachvollziehbar sein.

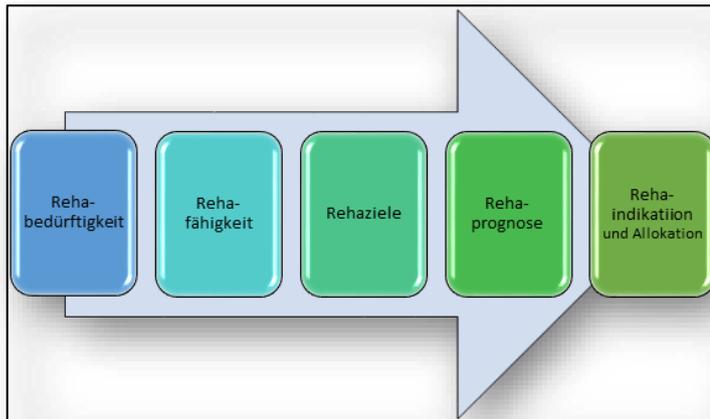


Abbildung 2: Das Filtermodell

Ende 2014 wurde ein Pretest für den Erhebungsbogen mit jeweils zwei bis vier Begutachtungen (insgesamt 20) an allen Standorten durchgeführt. Anhand dieser Pilotfälle mit freiwilligen Pflegeheimbewohnern konnte geprüft werden, ob die Abfolge logisch und konsistent ist und die Formulierungen eindeutig sind. Es konnten Fehler des Erhebungsbogens erkannt und berichtigt, Formulierungen und Fragestellungen spezifiziert sowie Vereinfachungen und Umstellungen von Frageblöcken durchgeführt werden. Letztlich basierten die Schulungen für alle Gutachter dieser Studie auf der Auswertung der einzelnen Pretests.

Der Erhebungsbogen ist in der Anlage einzusehen.

### 3.6.2 Gutachter

Die Gutachter in dieser Studie sind langjährig erfahrene Fachärzte der Geriatrie oder Rehabilitation. Die Praxis der Rehabilitationsbegutachtungen ist ihnen bekannt, ebenso umfassende und detaillierte Kenntnis der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation und die Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation. Teilweise waren sie an der Erstellung des Erhebungsinstrumentes dieser Studie beteiligt. Wie in Kapitel 3.6.1 beschrieben, nahmen die Gutachter an einem Pretest und darauf basierenden Schulungen mit insgesamt 20 Fallbeispielen aus allen Standorten teil. Dadurch wurde Sicherheit im Umgang mit den Rehabilitationskriterien hergestellt und die Entscheidungsfindung anhand des Erhebungsbogens trainiert.

### 3.6.3 Begutachtung

Für eine Begutachtung suchte der langjährig erfahrene und für die Studie geschulte Mediziner das Pflegeheim auf, in dem der Bewohner bzw. der Gast der Kurzzeitpflege aktuell wohnt. Die Einwilligung des Bewohners zur Teilnahme an der Studie lag bereits vor. Der Termin zur Begutachtung war dem Pflegeheim und insbesondere der Bezugspflege bekannt. Teilweise waren vorab bereits Epikrisen an den begutachtenden Arzt übermittelt worden.

Der Gutachter stellte sich der Bezugspflege vor und suchte dann den Bewohner auf. Anhand des Erhebungsbogens erfolgte nach oben genannten einheitlichen Kriterien (Filtermodell) ein Gespräch zwischen ärztlichem Gutachter und Pflegeheimbewohner. Die Dauer des Gespräches variierte je nach Kommunikationsfähigkeit beziehungsweise -wille des Befragten. Bestand kaum oder keine Verständigungsmöglichkeit wurden Angehörige (selten vor Ort) oder die Bezugspfleger nach ihrer Einschätzung der verschiedenen Punkte des Erhebungsbogens befragt und dies auch entsprechend als Fremdeinschätzung dokumentiert. Grundsätzlich wurde aufgrund der unsicheren Informationsgewinnung in relativ kurzer Zeit bei dem für den Gutachter fremden Pflegeheimbewohner zusätzlich ein Gespräch mit den nächsten Bezugspersonen angestrebt und die relevanten Inhalte aus Sicht der jeweiligen Bezugsperson (Angehöriger, Freund, Familie, Pflegeperson) niedergeschrieben. Der Gutachter sichtete außerdem die Pflegedokumentation und -unterlagen sowie vorliegende ärztliche Befunde, Diagnosen, die derzeitige medikamentöse Therapie und Epikrisen, wobei hier Vollständigkeit und Aktualität nicht gewährleistet werden konnte. Bezüglich gesicherter Diagnosen konnten neben den Informationen durch den Patienten auch Epikrisen und Diagnoseauflistungen der Hausärzte einbezogen werden. Während und nach den Gesprächen und in Kenntnis der schriftlich verfügbaren Informationen über Anamnese, Diagnosen, Medikation und Vorbehandlungen erfolgte durch den Gutachter eine Plausibilitätsprüfung. Die Feststellung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit konnte aufgrund der Funktions- und Strukturschäden als auch Einschränkung in den Aktivitäten und der Teilhabe, die teils offensichtlich und teils berichtet worden, eingeschätzt werden. Individuelle Ziele wurden durch den Heimbewohner oder dessen Bezugsperson geäußert sowie kategorisch abgefragt. Es wurden auch die Ziele aus Sicht des ärztlichen Gutachters nach nunmehr guten Kenntnissen über den gesundheitlichen Zustand des Studienteilnehmers aufgenommen. Die Prüfung der Rehabilitationsprognose und Allokation erfolgte durch den rehabilitationserfahrenen Gutachter. Funktionstests zur Objektivierung des Ausmaßes von Schädigungen wurden nicht regelhaft durchgeführt. Der Zeitaufwand vor Ort betrug durchschnittlich eine Stunde. Gegebenenfalls bedurfte es noch einer Nachbearbeitungszeit für die Dokumentation beziehungsweise ein kollegiales Gespräch bei Einordnungsschwierigkeiten.

### **3.7 Kontrollpunkte und Qualitätssicherung**

Folgenden Maßnahmen wurden zur Qualitätssicherung der Studie durchgeführt.

#### **3.7.1 Pretest des Erhebungsbogens**

Wie in 3.6.1 beschrieben wurde zur Sicherung der Anwendbarkeit, Verständlichkeit und Richtigkeit ein Pretest des Erhebungsbogens durchgeführt. Neben sich daraus ergebenden Veränderungen, die insbesondere Vereinfachungen und eine Kürzung betrafen, konnten auch die Schulungen der Gutachter (siehe Kapitel 3.6.2) mittels dieser Testfälle stattfinden.

### **3.7.2 MDK-Prüfung**

Leider ist eine Validierung des Begutachtungsverfahrens in dieser Studie nicht gegeben. Um eine Zuverlässigkeitseinschätzung vorzunehmen, wurden 20 zufällig ausgewählte Fälle dieser Studie (zu gleichen Teilen mit und ohne Rehabilitationsindikation) zwei Prüfarzten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Bremen, die weder in einem MoGeRe-Projekt involviert noch MoGeRe durchgeführt haben, zur Einschätzung auf Rehabilitationsbedarf vorgestellt. Diese erhielten vorab den anonymisierten Erhebungsbogen und teilweise zusätzlich eine schriftliche Zusammenfassung des Einzelfalls. Im Rahmen eines Treffens der Projektsteuergruppe wurde jeder Fall diskutiert. Es zeigte sich eine große Übereinstimmung bezüglich der Erkennung des Rehabilitationsbedarfs. 13 Fälle wurden ausschließlich aufgrund der erhaltenen Unterlagen von den MDK-Ärzten bezüglich der Rehabilitationsindikation identisch bewertet. Bei weiteren fünf Fällen bestanden Nachfragen von Seiten des MDK und danach Zustimmung. In einem Fall wurde auch nach Diskussion eine in der Studie festgestellte Rehabilitationsindikation nicht bestätigt, in einem anderen Fall ein in der Studie nicht erkannter Rehabilitationsbedarf gesehen. Im Ergebnis dieses Treffens wird festgestellt, dass das Erkennen des Rehabilitationsbedarfs nur anhand eines vorliegenden ausgefüllten Erhebungsbogens teilweise unzureichend ist. Es fehlen insbesondere Angaben zum zeitlichen Auftreten und Ausmaß der Schädigungen. Hilfreich war, wenn vorhanden, die schriftliche zusammenfassende Darstellung. Die Ergebnisse bezüglich eines Rehabilitationsbedarfes sind jedoch, wenn Nachfragen möglich sind, nahezu identisch.

### **3.7.3 Thinking loud-Verfahren**

Zur Validitätssicherung wurde zu Beginn und auch im Verlauf mit den Gutachtern dieser Studie eine Thinking loud-Analyse bezüglich der Nutzung des Erhebungsbogens durchgeführt. Das erste wichtige Ergebnis des Thinking loud war, dass alle Items des Erhebungsbogens bei jedem Bewohner erhebbar waren unabhängig von Kognition und Kommunikationsfähigkeit. Warum bei den Teilhabezielen aber auch anderen „späten“ Frageblöcken im Erhebungsbogen gehäuft fehlende Werte zu verzeichnen sind, scheint eher daran zu liegen, dass nach einer bis dahin schon langen Interviewzeit sowohl Gutachter als auch Studienteilnehmer ermattet waren. Als zweites Ergebnis konnten die Gutachter nicht ganz ausschließen, dass Kenntnisse über die regionale Verfügbarkeit von Rehabilitationsmaßnahmen und über die Bewilligungspraxis von Krankenkassen in ihre Empfehlungen eingeflossen sind.

## **3.8 Genderaspekte**

Die Berücksichtigung von Gender-Aspekten in der angewandten Forschung bedeutet, die vielfältigen Lebensrealitäten von Frauen und Männern und die daraus entstehenden unterschiedlichen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Mit der Erfassung individueller Rehabilitationsziele insbesondere in Bezug auf Selbstbestimmung und Teilhabe sowie

individueller Kontextfaktoren kann diese Studie den Genderanforderungen entsprechen. Gleichsam können geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in der Auswertung der Daten vorgenommen werden.

### 3.9 Ethische Aspekte

Bezüglich dieser Studie zur Bedarfsermittlung an Rehabilitation von Pflegeheimbewohnern in Kurz- und Langzeitpflege ist nicht von einer möglichen Übervorteilung bzw. Benachteiligung von einzelnen Menschen oder einer Menschengruppe auszugehen.

Alle Studienteilnehmer beziehungsweise deren Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten wurden über den Ablauf der Studie informiert und gaben Ihre Einwilligung per Unterschrift. Die persönlichen Daten wurden anonymisiert weitergegeben und verarbeitet.

Sollte eine Rehabilitationsindikation im Rahmen der Studie gesehen worden sein, erhielt der Bewohner beziehungsweise Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigter eine schriftliche Empfehlung dafür.

Die Ethikkommission der Ärztekammer Bremen hat weder ethische noch rechtliche Bedenken gegen die Durchführung dieser Studie eingewandt.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Vorstellung der Studienpopulation

In der Zeit vom 21.09.2015 bis 09.12.2016 nahmen insgesamt 760 Pflegeheimbewohner und Gäste der KZPF an fünf Standorten in 16 Pflegeheimen an dieser Reihenuntersuchung teil. Die Standorte der Pflegeheime sind Berlin, Woltersdorf, Bremen, Coburg und Bad Kreuznach.

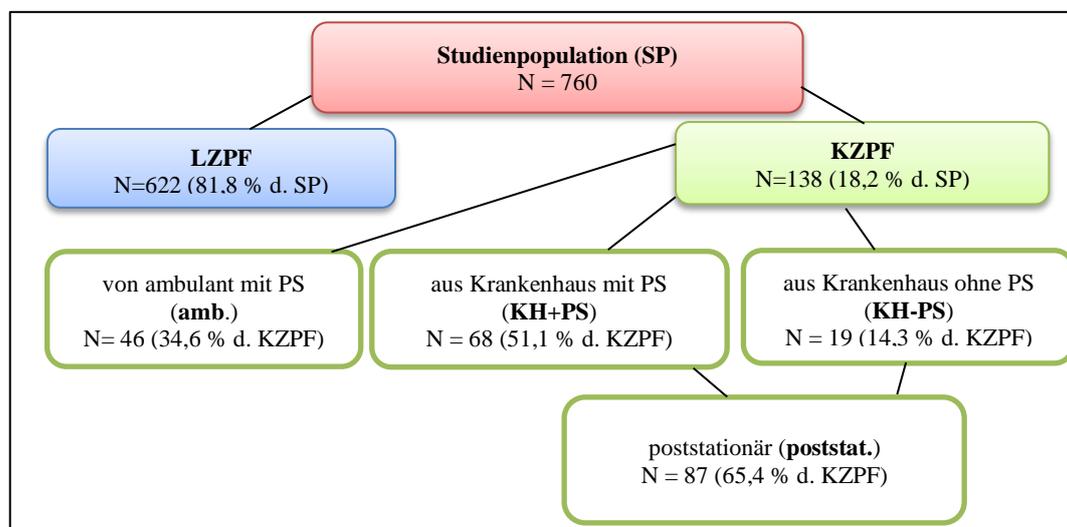


Abbildung 3: Studienpopulation und ihre Untergruppen

Da sich die Gäste der Kurzzeitpflege (KZPF) und die Bewohner in der Langzeitpflege (LZPF) nicht nur bezüglich der Pflegebedürftigkeit, sondern auch von den eingeschlossenen Fallzahlen deutlich unterscheiden, ist es nur sinnvoll den hier untersuchten Rehabilitationsbedarf und die

aktuelle Rehabilitationsinanspruchnahme vergleichend für LZPF und KZPF festzustellen, nicht aber für die Gesamtpopulation. Es zeigt sich für die Gäste der Kurzzeitpflege, dass sich diese in drei weitere unterschiedliche Populationsgruppen einteilen lassen. Dazu gehören die Pflegebedürftigen mit vorhandener Pflegestufe nach einem Krankenhausaufenthalt, ohne Pflegestufe nach einem Krankenhausaufenthalt und diejenigen mit Pflegestufe ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt. Teilweise werden die Gäste der KZPF in dieser Studie in folgende zwei Gruppen aufgeteilt: „stationäre Behandlung vor KZPF“ und „ambulante Pflege vor KZPF“. Die Abbildung 3 zeigt die Gruppen der Studienpopulation graphisch aufbereitet.

Tabelle 2: Charakteristika der Studienpopulation

		LZPF (N=622)	KZPF (N=138)	Pflegestatistik 2015 KZPF+LZPF (N=783.416)
<b>Alter</b> (LZPF N = 619 / KZPF N = 134)	Mittelwert	<b>84,3 Jahre</b>	<b>83,0 Jahre</b>	
	Median	86,0 Jahre	84,0 Jahre	
	Bereich	41 bis 104 Jahre	60 bis 99 Jahre	
<b>Geschlecht</b> (LZPF N = 618 /KZPF N = 133)	männlich	23,9 %	30,1 %	28,2 %
	weiblich	<b>76,1 %</b>	<b>69,9 %</b>	<b>71,8 %</b>
<b>Pflegestufe (PS)</b> (LZPF N = 621 / KZPF N = 130)	PS0	<b>2,7%</b>	11,5 %	
	PS1	<b>38,0 %</b>	60,8 %	<b>38,8 %</b>
	PS2	<b>38,6 %</b>	23,8 %	<b>39,6 %</b>
	PS3	<b>20,5 %</b>	3,8 %	<b>20,5 %</b>
	PS3+	<b>0,2 %</b>	0,0 %	
<b>PS oder Höherstufung beantragt</b> (LZPF N = 617 / KZPF N = 128)		<b>3,6 % (N = 22)</b>	<b>23,4 % (N = 30)</b>	
<b>Verweildauer</b> (LZPF N = 619 / KZPF N = 138)	Mittelwert	<b>34,5 Monate</b>	<b>13,1 Tage</b>	
	Bereich	0 bis 375 Monate	1 bis 57 Tage	
<b>Diagnosezahl</b> (LZPF N = 621 / KZPF N = 130)	Mittelwert	<b>6,90</b>	<b>6,44</b>	
	Median	7,0	6,0	
	Bereich	1 bis 17 Diagnosen	1 bis 15 Diagnosen	
<b>Rehabilitationsrelevante Diagnose vorhanden</b> (LZPF N = 622 / KZPF N = 138)		<b>99,8 %</b>	<b>97,1 %</b>	

#### 4.1.1 Altersverteilung

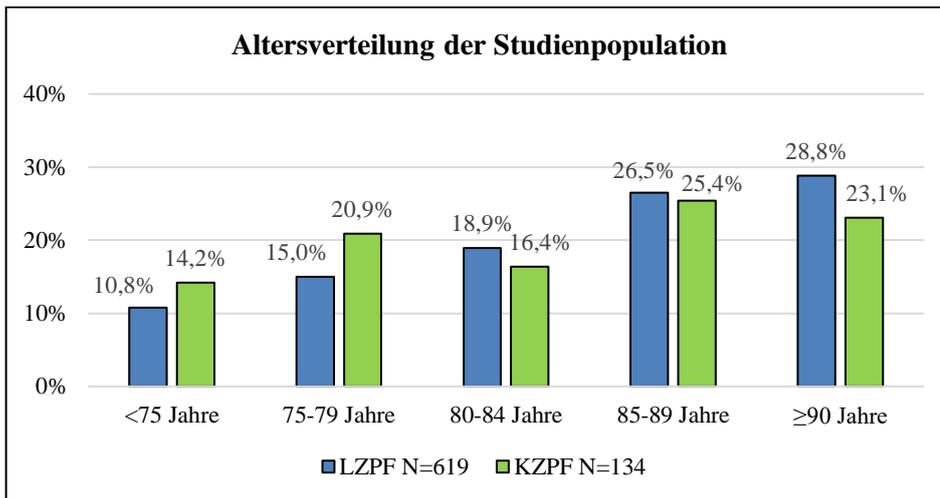


Abbildung 4: Altersverteilung der Studienpopulation

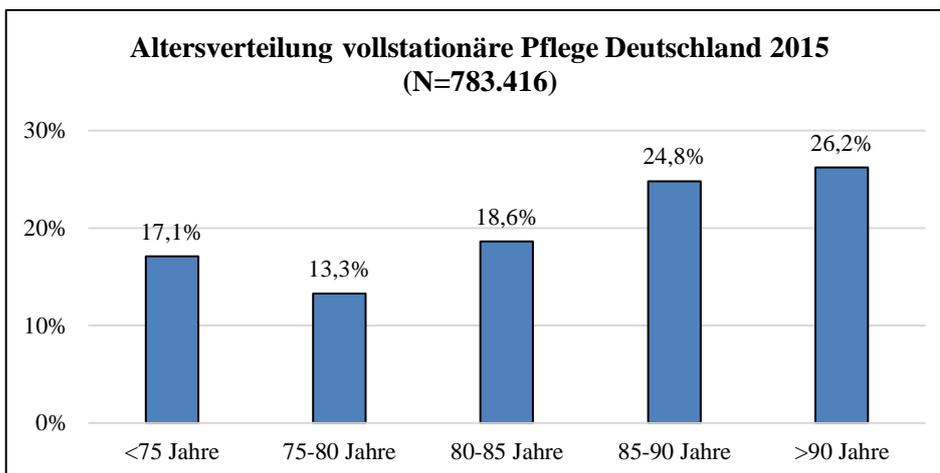


Abbildung 5: Altersverteilung der Pflegeheimbewohner Dezember 2015 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b)

Das Durchschnittsalter unterscheidet sich nur geringfügig bei den Bewohnern in Lang- und Kurzzeitpflege. Für Langzeitbewohner liegt der Mittelwert bei 84,3 Jahren und bei den Kurzzeitbewohnern bei 83 Jahren. Die Hälfte der befragten Bewohner in LZPF war zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens 86 Jahre alt und in der KZPF mindestens 84 Jahre alt.

Stellt man die Altersverteilung der Studienpopulation in der LZPF der der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2017b) für Deutschland gegenüber zeigen sich insbesondere im Vergleich ab einem Alter von 75 Jahren keine relevanten Unterschiede. Die Gäste der KZPF sind etwas jünger.

#### 4.1.2 Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner wurde 2015 in Pflegestufen bemessen. Bei den Gästen der Langezeitpflege kann man der Tabelle 1 entnehmen, dass ca. 75 % dieser Heimbewohner die Pflegestufe 1 oder 2 innehaben. Immerhin ein Fünftel ist schwerstpflegebedürftig (PS 3). Ein Pflegestufenantrag beziehungsweise ein Antrag auf Höherstufung ist in der LZPF bei 3,6 % (N = 22) gestellt. In diesem Punkt gibt es einen deutlichen

Unterschied zur KZPF ( $p = .000$ ). Bei 23,4 % ( $N = 30$ ) der Gäste der KZPF dieser Studie lief ein Antrag auf Pflegestufe oder Höherstufung der PS. 18 Bewohner der LZPF und 19 Gäste der KZPF waren zum Zeitpunkt der Erhebung keiner Pflegestufe zugeordnet. Hierzu zählten auch die Bewohner mit PS 0. Folglich ist die aktuelle Einstufung in der KZPF nicht der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit entsprechend und damit sind die Gäste der KZPF anhand der aktuellen Einstufung nicht vergleichbar mit den Langzeitbewohnern.

#### 4.1.3 Häufigste Diagnosen

Die Patienten wurden nach ihren medizinischen Diagnosen gefragt und zusätzlich konnten anhand der schriftlichen Unterlagen des Pflegeheims bekannte Diagnosen ermittelt werden.

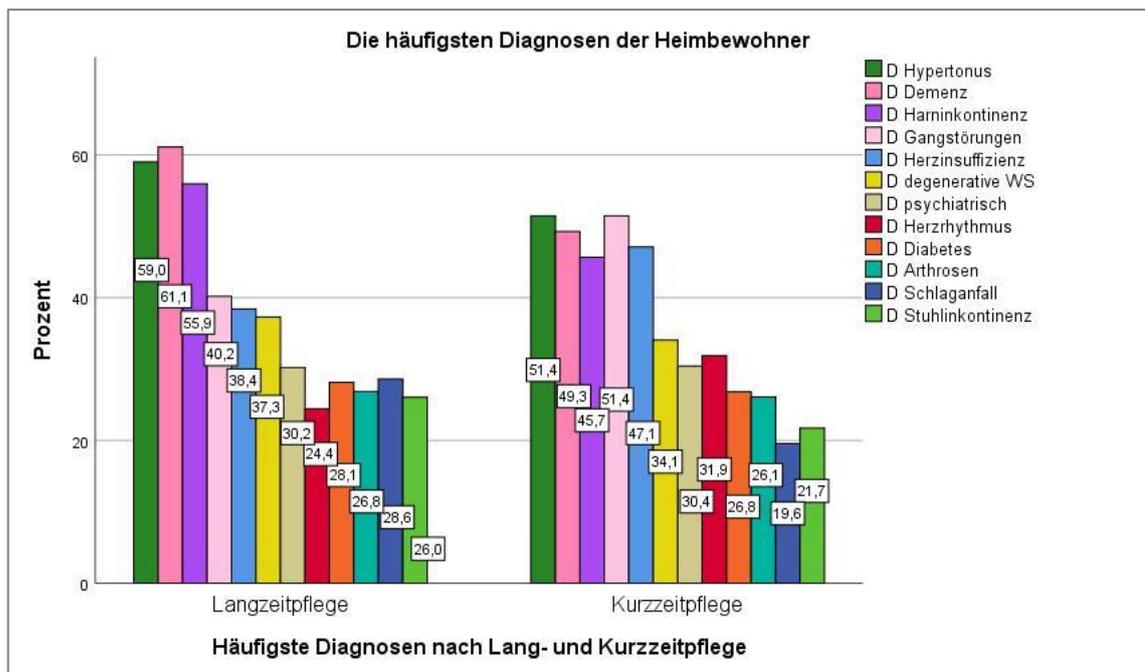


Abbildung 6: Die häufigsten Diagnosen der Pflegeheimbewohner

Die fünf häufigsten Diagnosen sind in beiden Bewohnergruppen Demenz, Hypertonus, Harninkontinenz, Gangstörung und Herzinsuffizienz. Hierbei ist hervorzuheben, dass die meistgenannte Diagnose der Langzeitpflege die Demenz ist. In der Kurzzeitpflege sind die häufigsten Diagnosen Gangstörungen und Hypertonus. In der Kurzzeitpflege sehen wir einen höheren Anteil an Gangstörungen, Herzinsuffizienz und an Frakturen der oberen Extremitäten. An dieser Stelle muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass das Ausmaß der Erkrankungen nicht dokumentiert wurde und damit nicht bekannt ist.

Durch den erfahrenen und für die Studie geschulten Facharzt wurde festgestellt, ob eine rehabilitationsrelevante Diagnose vorliegt. Wie in der Tabelle 2 ersichtlich, liegt bei fast allen Befragten eine rehabilitationsrelevante Diagnose vor.

## 4.2 Medizinische Vorbehandlungen der Studienteilnehmer

### 4.2.1 Medikamentöse Behandlung

Über die Unterlagen des Pflegeheims erfolgte die Medikamentenanamnese. Hier wurde expliziert die Einnahme von Analgetika, Psychopharmaka und ob eine Polymedikation vorliegt berücksichtigt.

Die Polymedikation trifft hier zu, wenn ein Mensch regelmäßig fünf oder mehr unterschiedliche Wirkstoffe am Tag einnimmt (Wehling et al., 2016). Sowohl in der LZPF als auch in der KZPF liegt der Anteil der polymedizierten Bewohner bei über 70 %.

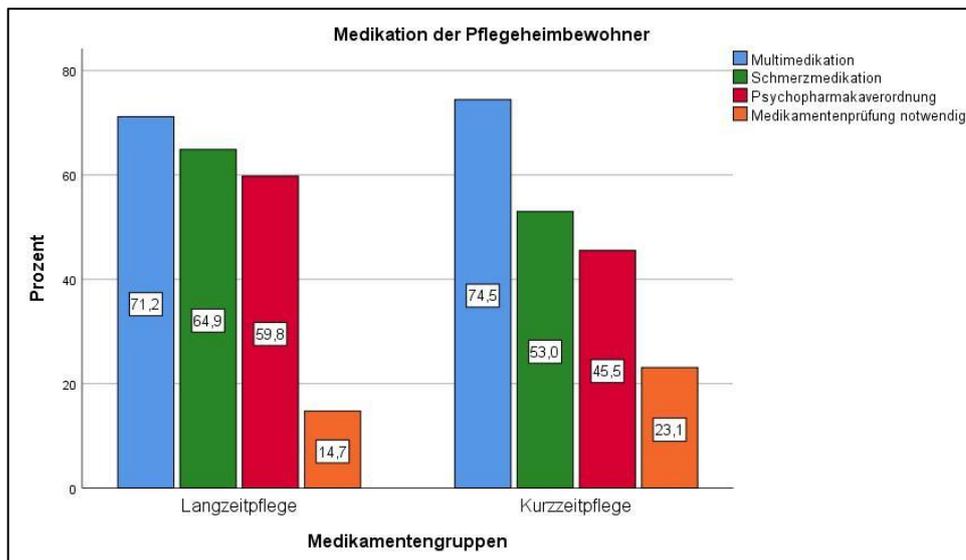


Abbildung 7: Medikation der Pflegeheimbewohner

Zur medikamentösen Psychopharmakotherapie gehören Antidepressiva, Neuroleptika, Sedativa und Antidementiva. Die medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka und Analgetika ist in der stationären Langzeitpflege deutlich häufiger eingesetzt als in der Kurzzeitpflege (Chi-Quadrat-Test  $p = .003$  und  $.010$ ).

Eine Überprüfung der medikamentösen Therapie wird häufiger in der Kurzzeitpflege mit 23,1 % als in der Langzeitpflege mit 14,7 % empfohlen. Die fehlenden Werte von 5,1 % in der LZPF und 5,8 % in der KZPF wurden bei den Berechnungen vernachlässigt.

### 4.2.2 Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung in den letzten drei Monaten

Der Terminus aus dem Erhebungsbogen „Stationäre Behandlung in den letzten drei Monaten“ vor Studienteilnahme umfasst Behandlung im Akutkrankenhaus, geriatrische Behandlung nach §109, teilstationäre Behandlung sowie stationäre, ambulante und mobile geriatrische Rehabilitation. Deutliche Unterschiede bezüglich einer stattgehabten stationären Behandlung innerhalb der letzten drei Monate vor der Teilnahme an dieser Studie ergeben sich zwischen der Gruppe der Langzeitpflege mit 17,2 % und der Kurzzeitpflege mit 65,2 %.

Tabelle 3: Stationäre Behandlung innerhalb der letzten drei Monate

		LZPF (N = 622)	KZPF (N = 138)	
<b>Behandlung in den letzten 3 Monaten</b>		<b>17,2 %</b> (N = 107)	<b>65,2 %</b> (N = 90)	p = .000
	<b>Akutkrankenhaus</b> (von Behandelten)	<b>15,1 %</b> (N = 94) (= 87,9 % von 107)	<b>57,2 %</b> (N = 79) (= 87,8 % von 90)	
	<b>Tagesklinik</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	
	<b>Geriatrische Behandlung</b> (von Behandelten)	<b>1,3 %</b> (N = 8) (= 7,5 % von 107)	<b>20,3 %</b> (N = 28) (= 30,0 % von 90)	
	<b>Ambulante Rehabilitation</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	
	<b>Stationäre Rehabilitation</b> (von Behandelten)	<b>0,5 %</b> (N = 3) (= 2,8 % von 107)	<b>5,1 %</b> (N = 7) (= 7,8 % von 90)	
	<b>Mobile Rehabilitation</b> (von Behandelten)	<b>1,1 %</b> (N = 7) (= 6,5 % von 107)	<b>0,0 %</b>	

Zu unterstreichen ist, dass von den Behandelten wiederum 87,9 % in der LZPF und 87,8 % in der KZPF akutstationär behandelt wurden. Relevant ist auch, dass unter den Gästen der Kurzzeitpflege 20,3 % angaben, eine geriatrische Behandlung und 5,1 % eine stationäre Rehabilitation erhalten zu haben. Teilstationäre Behandlung und ambulante Rehabilitation in den letzten drei Monaten gab kein Studienteilnehmer an. Hier könnte das fehlende Angebot dieser Behandlungsformen an manchen Standorten Einfluss haben. Details sind in der Tabelle 3 aufgeführt. Teilweise wurden Heimbewohner mehrfach und unterschiedlich in den letzten drei Monaten behandelt, z. B. akutstationär und geriatrisch.

#### 4.2.3 Heilmittelversorgung

Heilmittel werden im SGB VII folgendermaßen definiert:

„Heilmittel sind alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere Maßnahmen der physikalischen Therapie sowie der Sprach- und Beschäftigungstherapie.“  
(§ 30 SGB VII)

Die Heilmittelverordnung der Studienpopulation zeigt eine relativ gleiche Verteilung in der KZPF und LZPF und liegt bei ca. 40 %.

Tabelle 4: Heilmittelverordnung

		LZPF (N = 620)	KZPF (N = 138)	
<b>Heilmittel in</b>		<b>36,6 %</b>	<b>43,5 %</b>	
letzten 3 Monate		(N = 227)	(N = 60)	
	Physiotherapie	98,7 % (von 223)	96,6 % (von 59)	
	Ergotherapie	14,9 % (von 222)	15,3 % (von 59)	
	Logopädie	8,1 % (von 222)	1,7 % (von 59)	p = .081
	<b>Heilmittelversorgung ist</b>	<b>52,2 %</b>	<b>59,3 %</b>	
	<b>ausreichend</b>	(von 226)	(von 59)	

Als Heilmittel wird zu fast 100 % Physiotherapie sowohl in LZPF als auch KZPF verordnet. Circa 15 % sind ergotherapeutische Leistungen in beiden Studiengruppen. An logopädischen Behandlungen nehmen 8,1 % der heilmittelerhaltenden Langzeitbewohner und 1,7 % der Kurzzeitbewohner, die angaben, Heilmittel zu erhalten, teil. Bei den Heilmittelverordnungen sehen wir im Vergleich der Langzeit- zur Kurzzeitpflege keine relevanten Unterschiede.

Die Heilmittelverordnung wird in der LZPF mit 52,2 % (N = 118 von 226) und in der Kurzzeitpflege mit 59,3 % (N = 35 von 59) der heilmittelerhaltenden Heimbewohner als ausreichend bewertet.

#### 4.2.4 Hilfsmittelversorgung

„Hilfsmittel sind sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware in unverändertem Zustand oder als Basisprodukt mit entsprechender handwerklicher Zurichtung, Ergänzung bzw. Abänderung von den Leistungserbringern abgegeben werden [...].“, (G-BA, 2017)

Hilfsmittel sind in dieser Studie bei 95,7 % der Langzeitbewohner (N = 595 von 622) und 81,2 % der Gäste der Kurzzeitpflege (N = 112 von 138) verordnet.

#### 4.3 Rehabilitationsbedürftigkeit

Über die Erfassung der individuellen rehabilitationsrelevanten strukturellen Schädigungsmuster, Funktionsschädigungen und Alltagseinschränkungen der an der Studie teilnehmenden Heimbewohner wird festgestellt, ob Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt.

Es liegen bei 99,0 % der befragten Bewohner in LZPF und bei 98,6 % der Gäste der KZPF rehabilitationsrelevante Struktur- oder Funktionsschädigungen vor.

In Textform wurden außerdem die individuellen förderlichen und hemmenden Faktoren im persönlichen und familiären Umfeld (besuchsbezogene Kontextfaktoren) und im sozialen Umfeld (einrichtungsbezogene und heimspezifische Kontextfaktoren) aufgenommen.

### 4.3.1 Rehabilitationsrelevante Funktionsschädigungen

Den höchsten Anteil der Funktionsschädigungen nimmt die neuromuskuloskeletale Schädigung ein. Die Unterschiede zwischen den Bewohnern der KZPF und LZPF betreffen Funktionsstörungen des Urogenitalsystems und der seltenen genannten Bereiche Sprechfunktion, Schluckfunktion sowie Haut- und Hautanhangsgebilde. Details sind der Abbildung 8 zu entnehmen. Die Prozentangaben beziehen sich auf 621 Bewohner der LZPF und 138 Bewohner der KZPF.

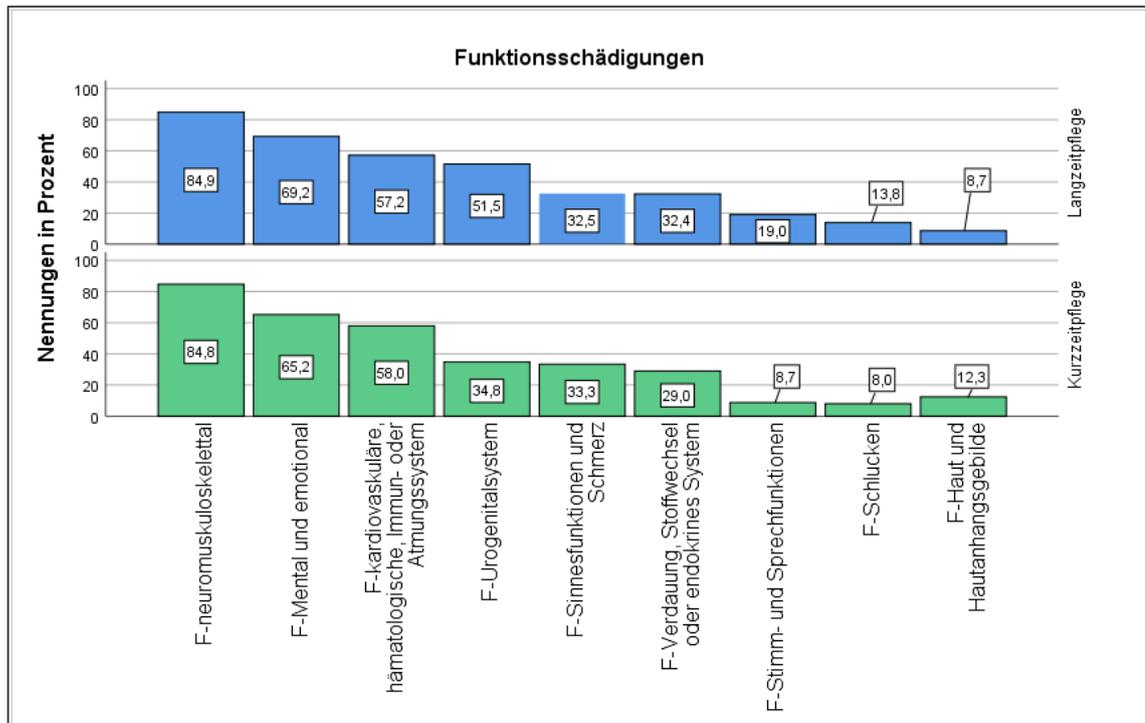


Abbildung 8: Häufige Funktionsschädigungen der Studienpopulation

### 4.3.2 Rehabilitationsrelevante Strukturschädigungen

Die Strukturschädigungen werden in der Abbildung 9 dargestellt. Die Prozentangaben beziehen sich auf 621 Bewohner der LZPF und 138 Bewohner der KZPF.

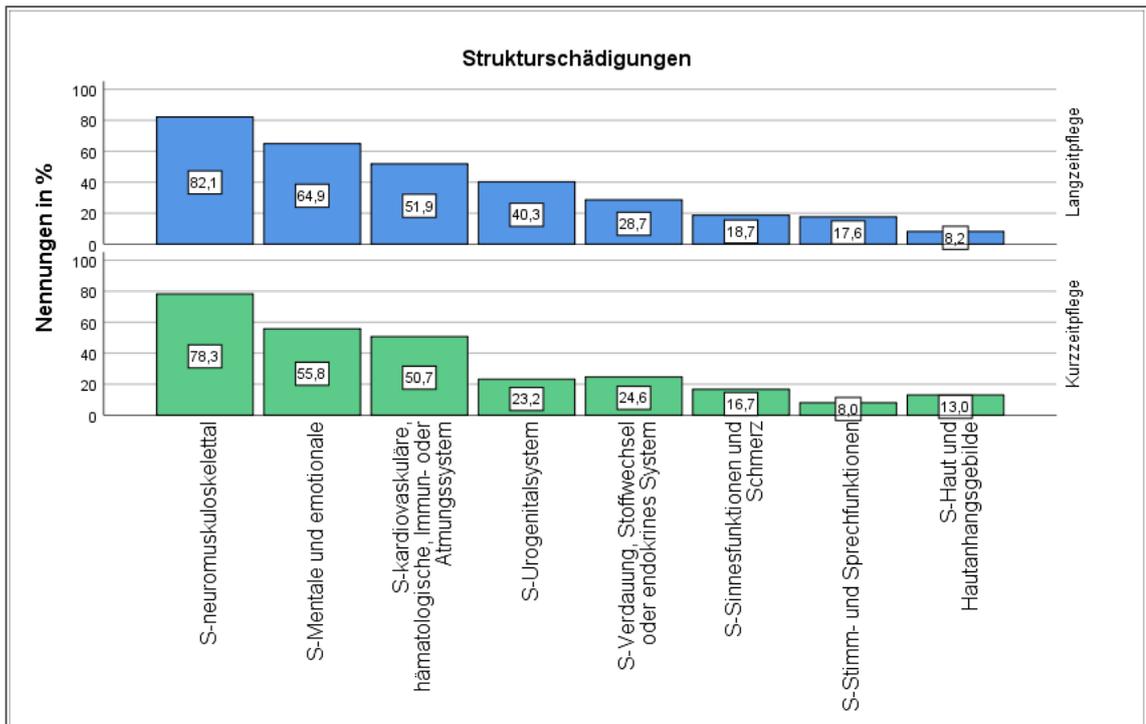


Abbildung 9: Häufige Strukturschädigungen der Studienpopulation

### 4.3.3 Die häufigsten Beschwerden der Bewohner

Die folgende Abbildung veranschaulicht die meistgenannten Beschwerden der Heimbewohner. Es waren Mehrfachnennungen möglich. Als häufigste Beschwerde wurde die Gangstörung angegeben. Es folgen mit Anteilen von mehr als 50 % Urininkontinenz, Belastbarkeitsminderung und Gedächtnisstörung. Vernachlässigt wurden Beschwerden, die von weniger als 20 % der Bewohner in LZPF und KZPF genannt wurden.

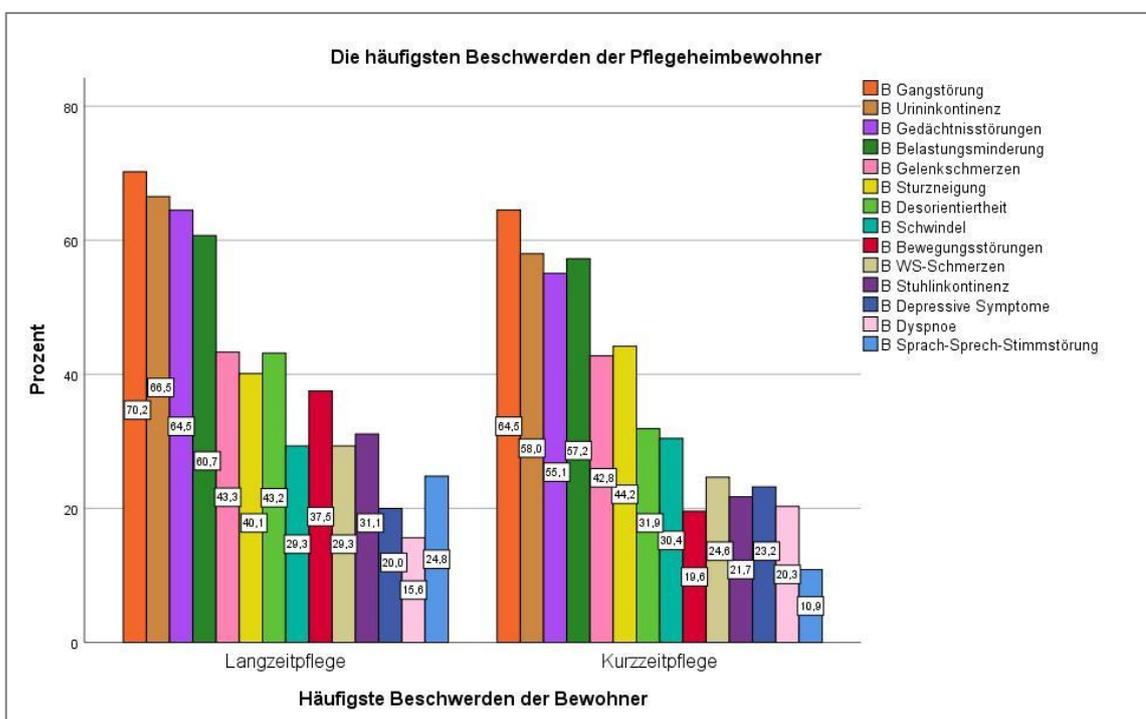


Abbildung 10: Die häufigsten Beschwerden der Pflegeheimbewohner

#### 4.3.4 Alltagseinschränkungen

Alltagseinschränkung eines Heimbewohners meint andauernde (nicht vorübergehende) und alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe.

Bei den Alltagseinschränkungen wurde bezüglich Kommunikation, Mobilität, Rollstuhlmobilität, Selbstversorgung, häuslichen Lebens (z. B. Ordnung im Zimmer, Blumen, Zeitung lesen), interpersonellen Kontakte, bedeutender Lebensbereiche (z. B. Hobbies, Kunst, Kultur, Vereine, Besuch) und Sonstiges (z. B. Lernen, Internet, Fernsehen, Telefon) mittels einer Likert-Skala befragt. Einen Ergebnisüberblick liefern nachfolgende Tabellen 5 und 6.

Tabelle 5: Alltagseinschränkung in der Langzeitpflege

	<b>Keine Beeinträchtigung/ nicht zutreffend</b>	<b>Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfe)</b>	<b>personelle Hilfe nötig</b>	<b>nicht durchführbar</b>
<b>Kommunikation</b> (N = 622)	42,0 % (N = 261)	42,6 % (N = 265)	10,1 % (N = 63)	5,3 % (N = 33)
<b>Mobilität</b> (N = 621)	8,2 % (N = 51)	41,4 % (N = 257)	45,4 % (N = 282)	5,0 % (N = 31)
<b>Rollstuhlmobilität</b> (N = 610)	38,7 % (N = 236)	15,9 % (N = 97)	37,2 % (N = 227)	8,2 % (N = 50)
<b>Selbstversorgung</b> (N = 618)	7,0 % (N = 43)	15,0 % (N = 93)	68,3 % (N = 422)	9,7 % (N = 60)
<b>Häusliches Leben</b> (N = 619)	12,3 % (N = 76)	18,6 % (N = 115)	43,1 % (N = 267)	26,0 % (N = 161)
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (N = 620)	18,2 % (N = 113)	21,8 % (N = 135)	45,2 % (N = 280)	14,8 % (N = 92)
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (N = 622)	12,9 % (N = 80)	20,6 % (N = 128)	46,8 % (N = 291)	19,8 % (N = 123)
<b>Sonstige</b> (N = 574)	33,4 % (N = 192)	19,0 % (N = 109)	29,3 % (N = 168)	18,3 % (N = 105)

Tabelle 6: Alltagseinschränkungen in der Kurzzeitpflege

	<b>Keine Beeinträchtigung/ nicht zutreffend</b>	<b>Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfe)</b>	<b>personelle Hilfe nötig</b>	<b>nicht durchführbar</b>
<b>Kommunikation</b> (N = 137)	54,7 % (N = 75)	35,0 % (N = 48)	6,6 % (N = 9)	3,63 % (N = 5)
<b>Mobilität</b> (N = 137)	12,4 % (N = 17)	46,0 % (N = 63)	37,2 % (N = 51)	4,4 % (N = 6)
<b>Rollstuhlmobilität</b> (N = 135)	53,3 % (N = 72)	10,4 % (N = 14)	28,9 % (N = 39)	7,4 % (N = 10)
<b>Selbstversorgung</b> (N = 137)	8,0 % (N = 11)	16,8 % (N = 23)	70,1 % (N = 96)	5,1 % (N = 7)
<b>Häusliches Leben</b> (N = 137)	8,8 % (N = 12)	19,0 % (N = 26)	56,9 % (N = 78)	15,3 % (N = 21)
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (N = 137)	19,0 % (N = 26)	22,6 % (N = 31)	48,9 % (N = 67)	9,5 % (N = 13)
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (N = 136)	10,3 % (N = 14)	21,3 % (N = 29)	48,5 % (N = 66)	19,9 % (N = 27)
<b>Sonstige</b> (N = 136)	34,6 % (N = 47)	27,9 % (N = 38)	27,2 % (N = 37)	10,3 % (N = 14)

#### 4.3.5 Besuchsbezogene und heimspezifische Kontextfaktoren

Bezüglich der besuchsbezogenen (das familiäre und persönliche Umfeld betreffend) und heimspezifischen (das soziale Umfeld betreffend) Kontextfaktoren werden im Folgenden oft genannte förderliche und hemmende Faktoren aufgezählt. Für die Entscheidungsfindung, ob Rehabilitationsbedürftigkeit besteht sind diese Angaben bei Relevanz eingeflossen.

##### 1. Häufige positive, das persönliche und familiäre Umfeld betreffende Äußerungen waren:

gute familiäre Einbindung, häufige Besuche durch Familie, Freunde und Nachbarn, noch viele Alltagskompetenzen vorhanden, große Selbständigkeit, intakter Freundeskreis, hohe Selbstbestimmtheit, Freundschaften im Heim, sogar in einem Fall neuen Lebenspartner im Heim gefunden, Mitbringen von Lebensmitteln und Getränken und anderen Dingen durch Besuch, alle Hilfsmittel vorhanden, gemeinsame Ausflüge und Spaziergänge mit Besuch, guter Kontakt zu Pflegekräften, sonntäglicher Kirchenbesuch, Hospitzdienst, sich immer gut versorgt fühlen.

##### 2. Als negative besuchsbezogene Kontextfaktoren wurden angegeben:

Ängste, Bettlägerigkeit, wenig oder kein familiärer Kontakt, Verlust des Lebenspartners, fehlende Motivation, kognitive Einschränkung, Familie lebt weit weg, Kommunikationseinschränkung, Einsamkeit, kein Besuch, Tod von Familienangehörigen, Überforderung der Familie, Bewohner möchte nicht im Heim leben, Unterforderung im Heim, Schmerz, keinen Kontakt zu anderen

Heimbewohnern, Heimweh, fehlende persönliche Betreuung, Streit in Familie, fehlende Hilfsmittel (z. B. kein Lifter für Transfer aus Bett vorhanden), auf viel Hilfe angewiesen sein.

3. Positive Aspekte im heimbezogenem Kontext waren:

gutes Essen, gute Einbindung, gute Kontakte zu anderen Heimbewohnern und Personal, viele Aktivitäten und Angebote im Heim (z. B. Bingo, Kegeln, Tanz, Musik, Bibliothek, Feste, Spiele, Rätselgruppe, Singgruppe), zu den Aktivitäten gebracht werden, therapeutische Angebote, Pflegeheimtherapeuten, Einzelförderung, schöner Garten, ansprechendes Außengelände, Doppelzimmer mit Ehepartner, Einzelzimmer, Stadtnähe, Wohnküche, Einbindung in Kirchengemeinde, spezielle (z. B. palliative) Mitversorgung.

4. Bei den negativen heimbezogenen Kontextfaktoren wurden oft genannt:

Isolation, Rückzug, nicht an Heimangeboten teilnehmen können, Immobilität, keine Kontakte, Lärm, Probleme mit Pflegepersonal, fehlende Einzelförderung, Schmerzen, Probleme mit Mitbewohner in Doppelzimmer. Fehlverhalten anderer Bewohner, Personal zu wenig, Personal hat zu wenig Zeit, Hilfe bei Fortbewegung nötig, Mittellosigkeit (z. B. kein Telefon da, kein Geld, kann sich Einzelzimmer nicht leisten) Hilfsmittel fehlen, Außenbereich nur eingeschränkt rollstuhlgerecht, keine betreuten Aktivitäten außerhalb des Heimes.

**4.3.6 Risikofaktoren**

Die Gesundheitsrisikofaktoren Nikotin, Bewegungsmangel, Alkoholmissbrauch, Übergewicht, Drogen-/Medikamentenmissbrauch und Andere wurden erfragt. Bewegungsmangel trifft dabei auf 48,9 % in der LZPF und 37,0 % in der KZPF betreuten Bewohnern zu. Übergewicht ließ sich bei 15,5 % der Befragten in der Langzeitpflege und 10,1 % in der Kurzzeitpflege feststellen. Die anderen Risikofaktoren haben eine Gesamthäufigkeit von unter 5 %. Unter „Anderes“ (sonstige Risikofaktoren) wurde fast ausschließlich Untergewicht angegeben.

**4.3.7 Verteilung Rehabilitationsbedürftigkeit in LZPF und KZPF**

Von den 760 Studienteilnehmern bestand zum Zeitpunkt der Erhebung für 59,0 % der Bewohner in der LZPF und 62,3 % der Gäste der KZPF Rehabilitationsbedürftigkeit.

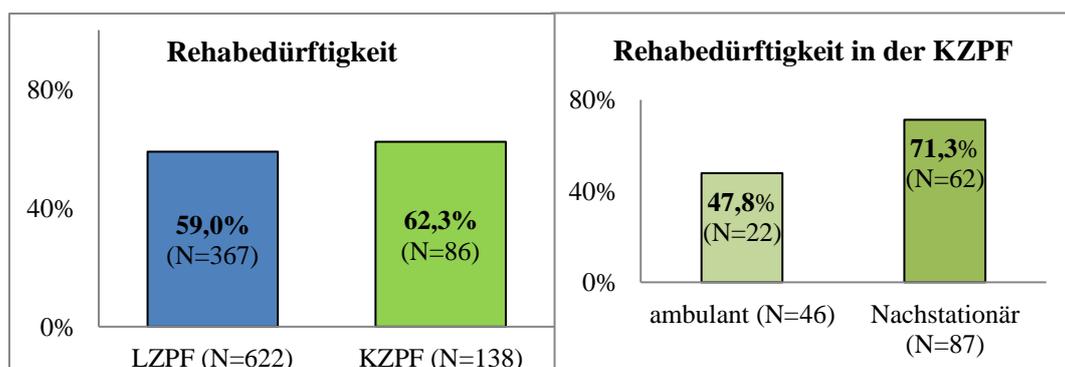


Abbildung 11: Rehabilitationsbedürftigkeit in LZPF und KZPF

Relevante Unterschiede ( $p = .008$ ) zeigen sich bei der Rehabilitationsbedürftigkeit zwischen den Gruppen der Kurzzeitpflege. So ist wie in der Abbildung 11 dargestellt die Rehabilitationsbedürftigkeit in der poststationären Gruppe der KZPF deutlich höher als der ambulanten Gruppe. In der LZPF hat eine stationäre Behandlung beziehungsweise Rehabilitation innerhalb der letzten drei Monate keinen Einfluss auf die Rehabilitationsbedürftigkeit (siehe Kapitel 4.3.9).

#### 4.3.8 Rehabilitationsbedürftigkeit nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe

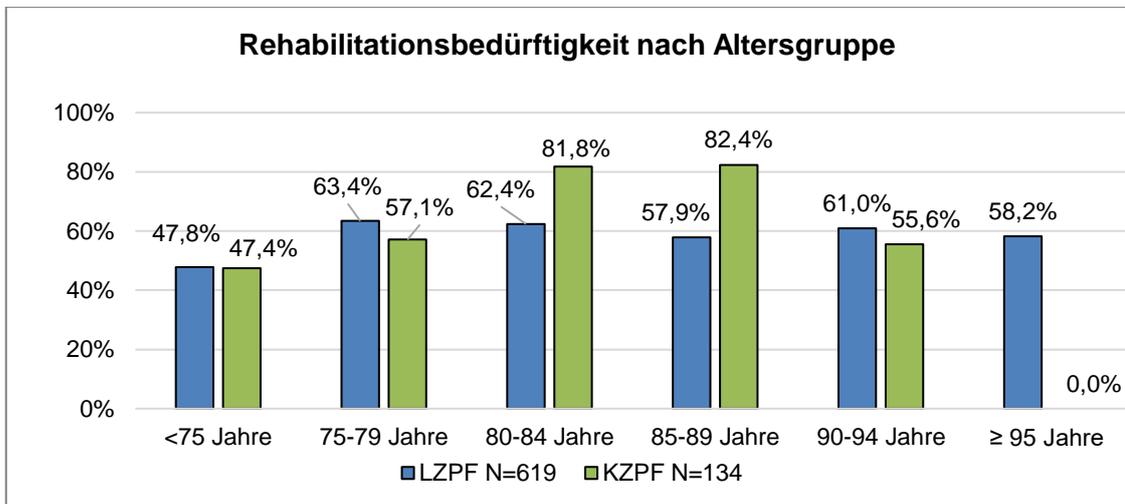


Abbildung 12: Rehabilitationsbedürftigkeit nach Altersgruppen

Es zeigt sich für die Gäste der KZPF in dieser Studie eine deutlich höhere Rehabilitationsbedürftigkeit ( $p = .002$ ) im Alter von 80 bis 89 Jahre im Vergleich zu den anderen Altersgruppen. Aufgrund der geringen Fallzahlen in den jeweiligen Altersgruppen wurde auf eine weitere Differenzierung der Altersverteilung in den Untergruppen der KZPF verzichtet. Demgegenüber gibt es in der LZPF keine relevanten Altersabhängigkeiten der Rehabilitationsbedürftigkeit.

Die Rehabilitationsbedürftigkeit ist in dieser Studie nicht vom Geschlecht abhängig.

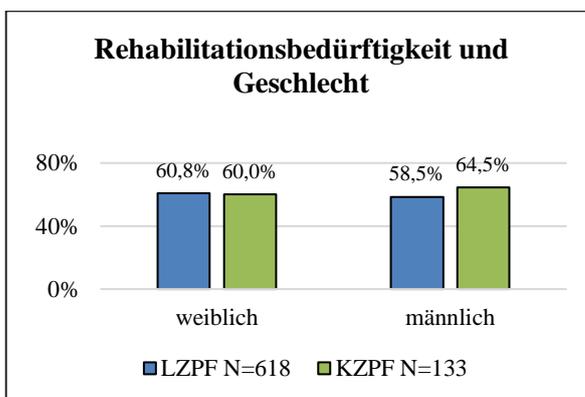


Abbildung 13: Rehabilitationsbedürftigkeit nach Geschlecht

Wie in der Abbildung 14 sichtbar, bestehen in der LZPF relevante Unterschiede ( $p = .000$ ) bei der Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn man diese nach der Pflegebedürftigkeit der Bewohner

berechnet. So zeigt sich mit steigender Pflegebedürftigkeit auch steigende Rehabilitationsbedürftigkeit. Da für die KZPF die ermittelte PS für die Bewohner zu einem erheblichen Prozentsatz nicht der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit entspricht (siehe Kapitel 4.1.2), ist die Rehabilitationsbedürftigkeit nach PS für die Gäste der KZPF nur bedingt aussagekräftig.

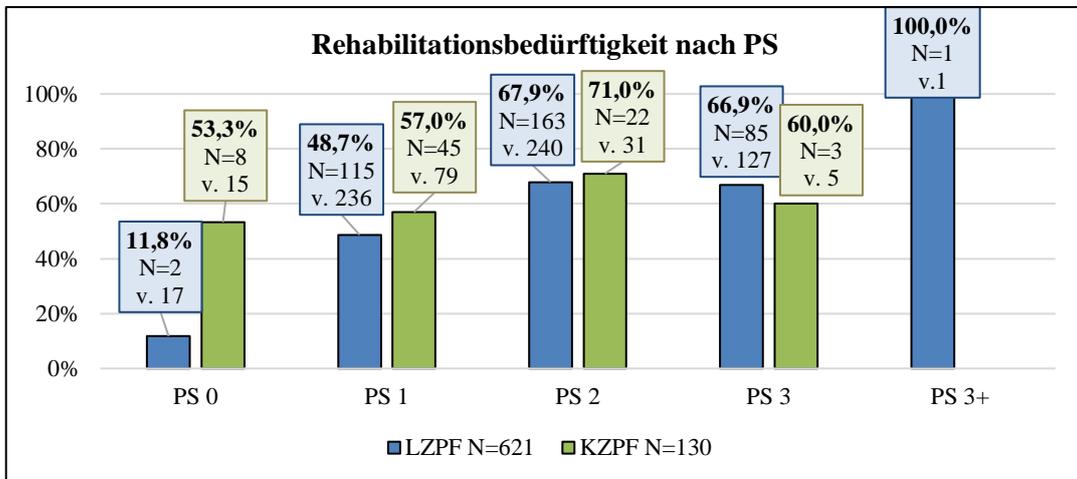


Abbildung 14: Rehabilitationsbedürftigkeit nach Pflegestufe

#### 4.3.9 Rehabilitationsbedürftigkeit nach vorheriger stationärer Behandlung

In der LZPF gibt es keine relevanten Unterschiede der Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn eine stationäre Behandlung innerhalb der letzten drei Monate stattgefunden hat oder nicht. Anders in der KZPF mit deutlich höherer Rehabilitationsbedürftigkeit nach stationärer Behandlung ( $p = .016$ ). Siehe dazu auch Abbildung 15.

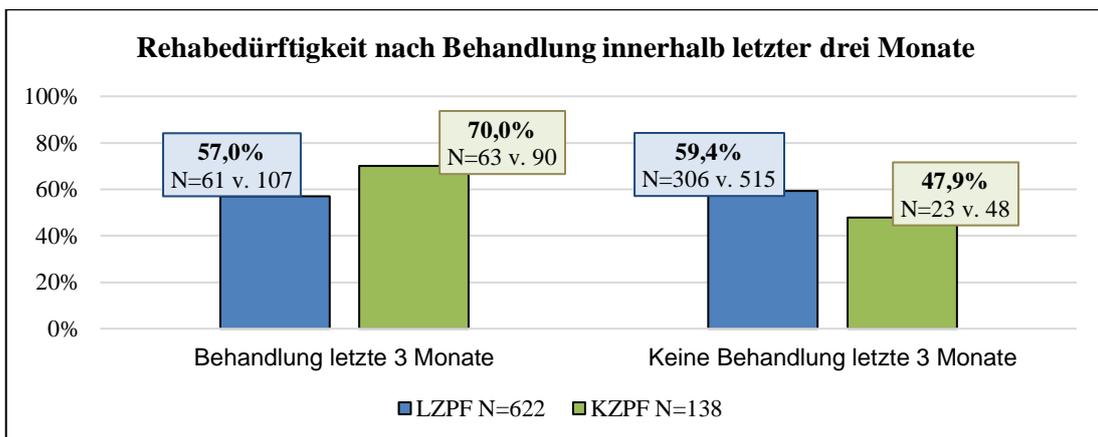


Abbildung 15: Rehabilitationsbedürftigkeit nach stationärer Behandlung

Ab diesem Punkt des Filtermodells gibt es regelhaft 19 fehlende Werte. Diese fehlenden Werte generieren sich aus den 19 unvollständigen Bad Kreuzbacher Fällen (siehe Kapitel 5.3). Erst ab Rehabilitationsindikation gibt es für diese Fälle wieder gültige Werte. Einzelne weitere fehlende Werte werden in den Berechnungen vernachlässigt, sind aber deklariert. Die entsprechende Studienpopulation ist dann zum Beispiel abweichend von den 622 Bewohnern der LZPF und den

138 Bewohnern der KZPF. Finden sich hohe Anteile fehlender Werte, wird dazu Stellung genommen.

#### 4.4 Aktuelle Rehabilitation oder Rehabilitationsantrag

Die rehabilitationsbedürftigen Pflegeheimbewohner wurden befragt, ob sie aktuell an einer

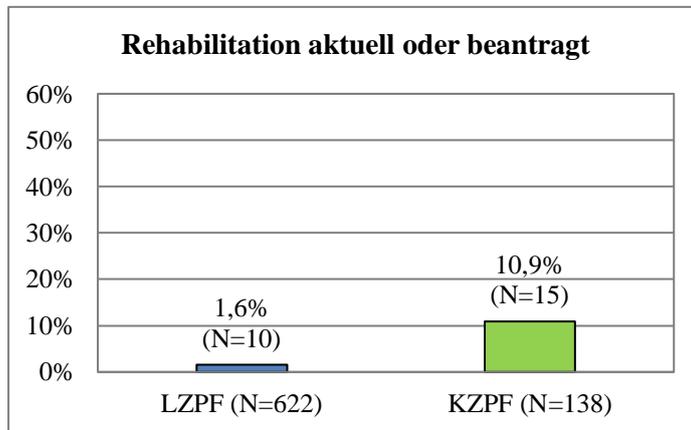


Abbildung 16: Aktuelle Rehabilitationsmaßnahmen

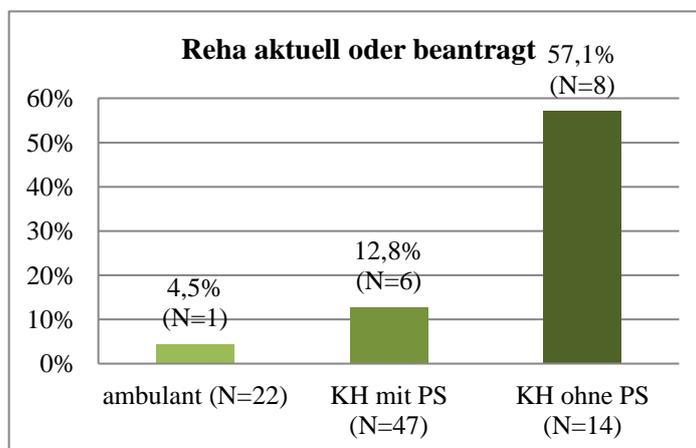


Abbildung 17: Aktuelle Rehabilitationsmaßnahmen in der KZPF

rehabilitativen Maßnahme teilnehmen oder eine solche beantragt ist. Nur 2,9 % der befragten rehabilitationsbedürftigen Heimbewohner in LZPF nehmen aktuell an einer Rehabilitationsmaßnahme teil oder es ist eine solche für sie beantragt. 17,6 % der rehabilitationsbedürftigen Gäste der Kurzzeitpflege werden offiziell am Erhebungstag mit Rehabilitationsindikation gesehen, da eine Maßnahme derzeit läuft oder beantragt ist. Wenn man davon ausgeht, dass die Heimbewohner, die nicht rehabilitationsbedürftig sind derzeit auch an keiner Rehabilitation teilnehmen oder eine Rehabilitation für sie beantragt ist, ergeben sich für die

Studienpopulation eine Rehabilitationsaktivität von 1,6 % für die LZPF und 10,9 % für die KZPF. Um den großen Unterschied zwischen LZPF und KZPF besser verstehen zu können, zeigt die Abbildung 17 die Häufigkeiten der aktuellen Rehabilitation in den (rehabilitationsbedürftigen) Untergruppen der KZPF (N = 84). Besonders die poststationären Gäste der KZPF und davon herausragend diejenigen, die bisher keine Pflegestufe haben, nehmen mit 57,1 % aktuell an einer Rehabilitationsmaßnahme teil oder es ist eine solche für sie beantragt. Leider sind die Fallzahlen sehr gering, so dass man trotz eines Signifikanzwertes von  $p = .000$  (Chi-Quadrat-Test) hier nur von Hinweisen auf eine erhöhte Rehabilitationsaktivität bei poststationären Patienten in der KZPF sprechen kann.

In der LZPF zeigen sich ähnliche Unterschiede bei den rehabilitationsbedürftigen Bewohnern (N = 367) mit oder ohne stationäre Behandlung in den letzten drei Monaten. In der folgenden Tabelle wird der Anteil der Bewohner angegeben, der aktuell an einer Rehabilitation teilnimmt

beziehungsweise eine solche für ihn beantragt ist in Abhängigkeit, ob in den letzten drei Monaten eine Behandlung stattgefunden hat.

Tabelle 7: Aktuelle Rehabilitation in Abhängigkeit von vorheriger stationärer Behandlung

	Rehabilitationsbedürftige in LZPF (N = 348)	Rehabilitationsbedürftige in KZPF (N = 85)
<b>Reha aktuell nach Behandlung</b> in letzten 3 Monaten	<b>13,3 %</b> (von 60)	<b>22,8 %</b> (von 62)
<b>Reha aktuell <u>ohne</u> Behandlung</b> in letzten 3 Monaten	<b>0,7 %</b> (von 288)	<b>4,3 %</b> (von 23)
<b>Reha aktuell nach akutstationärer Behandlung</b> in letzten 3 Monaten	<b>10,5 %</b> (von 55)	<b>21,8 %</b> (von 55)
<b>Reha aktuell <u>ohne</u> akutstationärer Behandlung</b> in letzten 3 Monaten	<b>1,4 %</b> (von 293)	<b>10 %</b> (von 30)

Der Terminus „Behandlung in den letzten drei Monaten“ umfasst verschiedene stationäre und ambulante medizinische und rehabilitative Maßnahmen (siehe auch Kapitel 4.2.2). In Tabelle 7 wird neben einer stattgefundenen Behandlung im Sinne des genannten Terminus auch die akutstationäre Behandlung aufgeführt, die den höchsten Anteil an „Behandlung in den letzten drei Monaten“ einnimmt. Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen bezüglich stattgehabter stationär geriatrischer (LZPF N = 5; KZPF N = 18), stationär rehabilitativer Behandlungen (LZPF N = 1; KZPF N = 4) oder MoGeRe (LZPF N = 2; KZPF N = 0) in den letzten drei Monaten vor Studienteilnahme, werden diese hier nicht aufgeführt. Teilstationäre oder ambulante Behandlung erhielt kein befragter rehabilitationsbedürftiger Heimbewohner dieser Studie. Es kann für die Studienpopulation ausgesagt werden, dass anteilig deutlich mehr Gäste der Kurzzeitpflege in den letzten drei Monaten im Akutkrankenhaus, geriatrisch und rehabilitativ behandelt worden. Der Zusammenhang von kürzlich stattgehabter stationärer Behandlung mit einem erhöhten Aufkommen von aktueller Rehabilitation oder aktuellem Rehabilitationsantrag ist hier deutlich.

Tabelle 8: Aktuelle Rehabilitation nach Verweildauer im Pflegeheim in der LZPF

	<b>Aktuelle Rehabilitation oder Antrag</b>
Heimbewohner in LZPF mit <b>VwD &lt; 6 Monate</b>	<b>13,5 %</b> (N = 5 von 37)
Heimbewohner in LZPF mit <b>VwD &lt; 12 Monate</b>	<b>8,2 %</b> (N = 7 von 85)
Heimbewohner in LZPF mit <b>VwD ≥ 12 Monate</b>	<b>1,1 %</b> (N = 3 von 263)
Heimbewohner in LZPF mit <b>VwD ≥ 24 Monate</b>	<b>1,0 %</b> (N = 2 von 197)

Die Tabelle 8 zeigt die Abhängigkeit der aktuellen Rehabilitationshäufigkeit nach Verweildauer (VwD) im Heim. Es ist deutlich zu erkennen, dass mit steigender Verweildauer die Rehabilitationshäufigkeit abnimmt.

#### 4.5 Bereitschaft zur Rehabilitation

Die rehabilitationsbedürftigen Pflegeheimbewohner wurden befragt, ob sie an einer Rehabilitationsmaßnahme, die jetzt durchführbar wäre, teilnehmen würden? Es zeigt sich (siehe

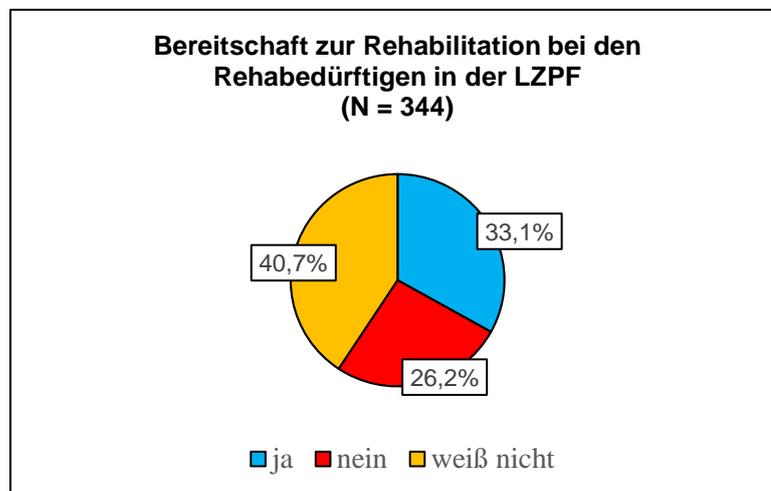


Abbildung 18: Bereitschaft zur Rehabilitation in der LZPF

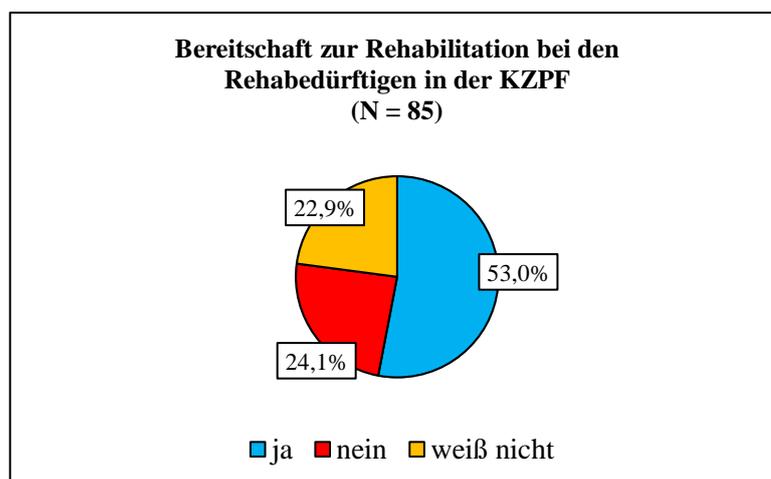


Abbildung 19: Bereitschaft zur Rehabilitation in der KZPF

Abbildungen 18 und 19) eine deutlich höhere Bereitschaft der Gäste der Kurzzeitpflege. Hier ist mehr als jeder Zweite willens, zum Befragungszeitpunkt an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen. In der Langzeitpflege ist es jeder dritte Bewohner. Auch sind in der KZPF relevant weniger unentschlossen.

Freitextlich wurde festgehalten, warum ein Patient aktuell eine Rehabilitationsmaßnahme nicht antreten würde. Es folgen sinngemäß die häufigsten Aussagen: Zufrieden wie es ist, kommt gut zurecht, glaubt nicht an Verbesserung, Über-

forderung, Physiotherapie reicht aus, Langzeitverordnung von Physio- und Ergotherapie, zu starke Schmerzen, zu geringe Belastbarkeit, kein Interesse, Erfolge der kürzlich stattgefundenen Rehabilitation, schon alles versucht worden ohne Erfolg, letzte MoGeRe hat nichts gebracht, fühlt sich mit ambulanter Therapie schon überfordert, zu alt, möchte im häuslichen Umfeld bleiben, weiß nicht was Rehabilitation ist, allgemein zu schlechter Gesundheitszustand, keine Hoffnung auf Besserung, zu umständlich, Angst, generelle Ablehnung aller Maßnahmen, keine Veränderung, Angst vor Schmerz, will im Bett bleiben, keine Lust, kein Antrieb, möchte nicht

wieder zu Unbekannten, wartet auf Tod, möchte sterben, zu schwach, späterer Zeitpunkt, zu müde, möchte lieber einmal ins Theater.

Und auf die Frage „Unter welchen Bedingungen wäre die Teilnahme doch vorstellbar?“ waren die häufigsten Antworten: Schmerzfreiheit, späterer Zeitpunkt, nach gesundheitlicher Abklärung, Rehabilitation vor Ort, kein Krankenhaus, wenn es gesundheitlich besser geht, wenn Mobilität besser, wenn es schlechter geht, wenn krank und immobil, bevor es zur Bettlägerigkeit kommt.

#### 4.6 Rehabilitationsfähigkeit

Wenn Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt, wurde nun gemäß dem Filtermodell (siehe Kapitel 3.6.1) die Rehabilitationsfähigkeit des jeweiligen Bewohners geprüft. Für alle Personen, die nicht rehabilitationsbedürftig waren, endete hier die Befragung. Ebenso endete hier die Befragung von Rehabilitationsbedürftigen, die aber noch weiterer diagnostischer Maßnahmen (z. B. Klärung Schmerzursache, Klärung Belastbarkeitsminderung, Klärung Gangstörung etc.) bedurften bevor die Rehabilitationsindikation gestellt werden kann.

Von 453 (LZPF N = 367, KZPF N = 86) rehabilitationsbedürftigen Bewohnern gab es bei 19 Studienteilnehmern keine weiteren Angaben (Bad Kreuznacher Fälle). Von nunmehr 434 rehabilitationsbedürftigen Bewohnern waren zwölf in der LZPF und vier in der KZPF vor Stellung der Rehabilitationsindikation einer medizinischen Diagnostik zuzuführen. Demzufolge 336 der rehabilitationsbedürftigen Bewohner in LZPF beziehungsweise 82 der rehabilitationsbedürftigen Gäste der KZPF auf Rehabilitationsfähigkeit geprüft. Dazu wurde die ausreichende individuelle Belastbarkeit, Mobilität und Motivation für jeweils stationäre, ambulant/teilstationäre und mobile Rehabilitation beurteilt. Rehabilitationsfähigkeit besteht, wenn für mindestens eine Rehabilitationsform ausreichende Mobilität, Motivation und Belastbarkeit vorhanden sind.

Im Folgenden werden die einzelnen Aspekte, die die Rehabilitationsfähigkeit begründen, aufgeführt. Die Ausgangspopulation für die Berechnungen sind die Rehabilitationsbedürftigen, die keiner weiteren diagnostischen Abklärung bedürfen (LZPF N = 336, KZPF N = 82).

##### 4.6.1 Belastbarkeit für Rehabilitation

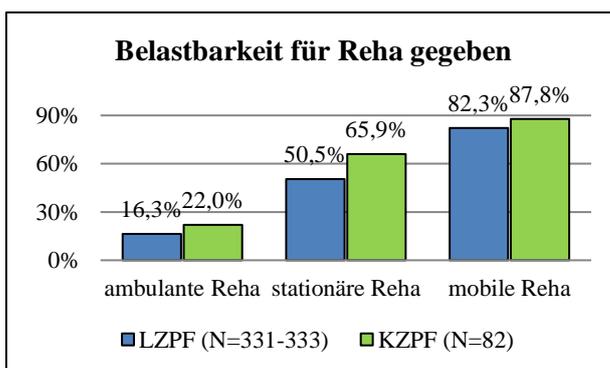
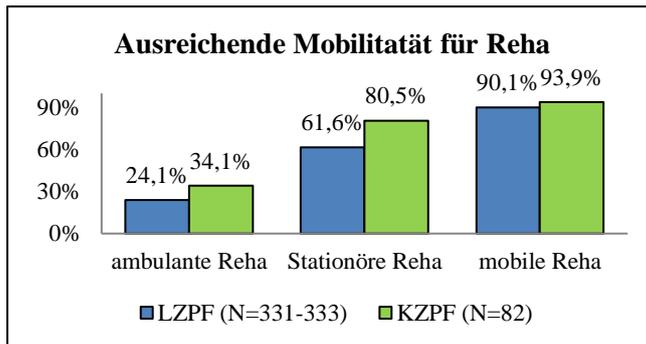


Abbildung 20: Belastbarkeit für Rehabilitation

Die Belastbarkeit für eine Rehabilitation meint die körperliche und psychische Verfassung, die für die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme nötig ist. Eindrücklich zeigt sich, dass die Belastbarkeit für MoGeRe in der LZPF als auch KZPF bei über 80 % liegt, für die ambulante Rehabilitation nur bei ca. 20 %.

#### 4.6.2 Mobilität für Rehabilitation

Eine ausreichende Mobilität liegt bei ca. 90 % der rehabilitationsbedürftigen

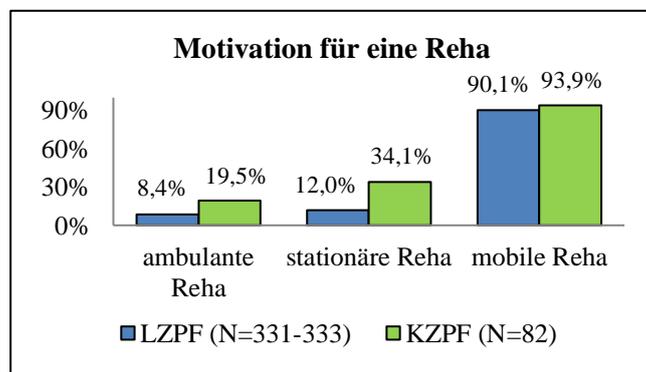


Pflegeheimbewohner für die mobile geriatrische Rehabilitation vor. Die Bewohner in Kurzzeitpflege sind deutlich häufiger ausreichend mobil für die ambulante (34,1 % vs. 24,1 %) und stationäre Rehabilitation (80,5 % vs. 61,6 %).

Abbildung 21: Ausreichende Mobilität für Rehabilitation

#### 4.6.3 Motivation für Rehabilitation

Eine ausreichende Motivation für mindestens eine Rehabilitationsform ist bei den Bewohnern der LZPF deutlich weniger vorhanden. Es sticht die auffällig höhere Motivation für eine mobile



Rehabilitation mit über 90 % der befragten rehabilitationsbedürftigen Heimbewohner hervor. Die Abbildung 22 zeigt, dass die Motivation für eine ambulante oder stationäre Rehabilitation im Vergleich zur Motivation für MoGeRe sehr gering ist.

Abbildung 22: Motivation für Rehabilitation

#### 4.6.4 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse für die Rehabilitationsfähigkeit der Studienpopulation

Es ist zu erkennen, dass bei allen drei Kriterien, die für die Rehabilitationsfähigkeit wichtig sind, wesentlich häufiger positive Antworten für eine MoGeRe als für teilstationäre/ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen gegeben worden sind. Bereits bei der Rehabilitationsfähigkeit lässt sich somit ein Trend für die spätere Allokation zur Rehabilitationsmaßnahme ausmachen. Der begrenzende Faktor für die Rehabilitationsfähigkeit der befragten Heimbewohner ist die Motivation zur Rehabilitation, die von deutlich weniger Bewohnern im Vergleich zur ausreichenden Mobilität und Belastbarkeit, positiv beantwortet wurde. Weiterhin fällt auf, dass die Bewohner der Kurzzeitpflege in Relation eindrücklich motivierter, belastbarer und ausreichend mobil für alle Rehabilitationsformen sind.

#### 4.6.5 Rehabilitationsfähigkeit nach Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation 2016

In der Erarbeitung des Erhebungsbogens wurde gemäß der im Jahr 2015 geltenden Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation die Motivation eines Pflegeheimbewohners für eine Rehabilitation der Rehabilitationsfähigkeit zugeordnet. Ist ein rehabilitationsbedürftiger Mensch ausreichend belastbar und mobil, um an einer medizinischen Rehabilitation teilzunehmen, so wird die Rehabilitationsfähigkeit bei fehlender Motivation eingeschränkt bis nicht vorhanden sein. In der geänderten Begutachtungs-Richtlinie, die 2016 in Kraft trat, wird die Motivation der Prognose als personenbezogener Kontextfaktor zugeordnet. Bezüglich der Rehabilitationsfähigkeit wird die Frage nach Motivation oder Motivierbarkeit des Antragsstellers nicht mehr erwähnt (MDS, 2016). Da diese Studie 2016 bereits angelaufen war, wird hier nach der Rehabilitationsrichtlinie von 2012 weiterverfahren und die Motivation der Rehabilitationsfähigkeit zugeordnet (MDS, 2012).

Die folgende Abbildung zeigt die Veränderung in der Rehabilitationsfähigkeit bei Anwendung der Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation 2012 und 2016.

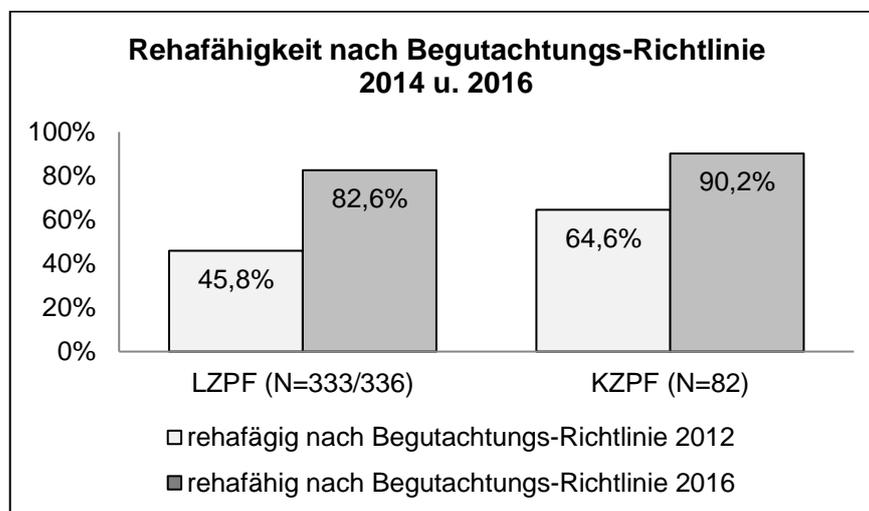


Abbildung 23: Rehabilitationsfähigkeit nach Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation

Der deutlich höhere Anteil an Rehabilitationsfähigkeit unterstreicht nochmals wie wichtig die Motivation für die Rehabilitationsempfehlung ist. Diese Arbeit basiert darauf, dass die Motivation der Rehabilitationsfähigkeit zugeordnet wird.

#### 4.7 Rehabilitationsziele

Im Rahmen des angewandten Filtermodells wurden die rehabilitationsfähigen Bewohner (LZPF N = 154, KZPF N = 53) befragt, ob es individuelle Rehabilitationsziele gibt. War der Bewohner nicht kommunikationsfähig, wurden Rehabilitationsziele im Gespräch mit einer Bezugsperson erörtert und als nicht selbstformuliert gekennzeichnet. Weiterhin formulierte der Gutachter Rehabilitationsziele auf Schädigungsebene aus seiner Sicht.

Ein realistisches Rehabilitationsziel liegt bei 94,1 % (N = 144) der rehabilitationsfähigen Heimbewohner in LZPF und 84,9 % (N = 45) der rehabilitationsfähigen Gäste der Kurzzeitpflege vor.

Nachfolgend wird aufgezeigt welche und wie häufig Ziele von den Heimbewohnern, die mindestens ein realistisches Rehabilitationsziel angaben (LZPF N = 144, KZPF N = 45), benannt wurden. Die Rehabilitationsziele werden zumeist in Grafiken dargestellt. Eine detaillierte Auswertung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

#### 4.7.1 Ziele allgemeine Körperebene

Häufigste Ziele auf der allgemeinen Körperebene waren die Verminderung oder Beseitigung einer belastenden, zeitaufwendigen Anstrengung bei der Erledigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Erhöhung der kardiopulmonalen Belastbarkeit und Schmerzreduktion. Relevante Unterschiede in den Untergruppen zeigten sich bei den Zielen Schmerzreduktion, Verminderung von Apathie/Fatigue sowie Verbesserungen in Bezug auf die Atmung. Diese wurden wesentlich häufiger bei den Gästen der Kurzzeitpflege als Ziel angegeben.

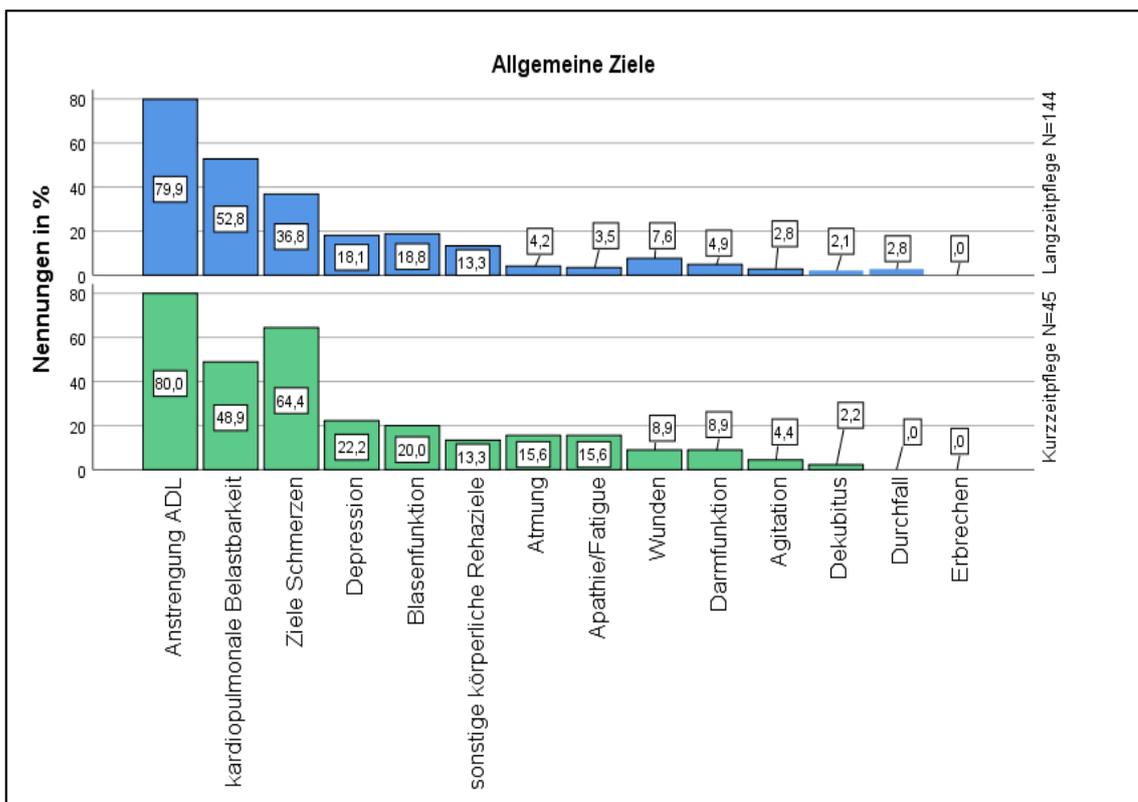


Abbildung 24: Allgemeine Ziele

Es gab die Gelegenheit, freitextlich sonstige allgemeine Ziele zu nennen. Häufig wurden hier als Ziele Kraftaufbau, Muskelaufbau, Gleichgewichtsverbesserung und Angstabbau genannt.

#### 4.7.2 Ziele auf funktionaler Ebene

Auf der funktionalen Ebene wurden sehr häufig folgende Ziele angegeben: Die Verbesserung der Lokomotion, der Komplexbewegungen, der Grobmotorik und der Funktion von Gliedmaßen und Gelenken. Wie die Abbildung 25 zeigt, gibt es keine relevanten Unterschiede zwischen Kurz- und Langzeitpflege.

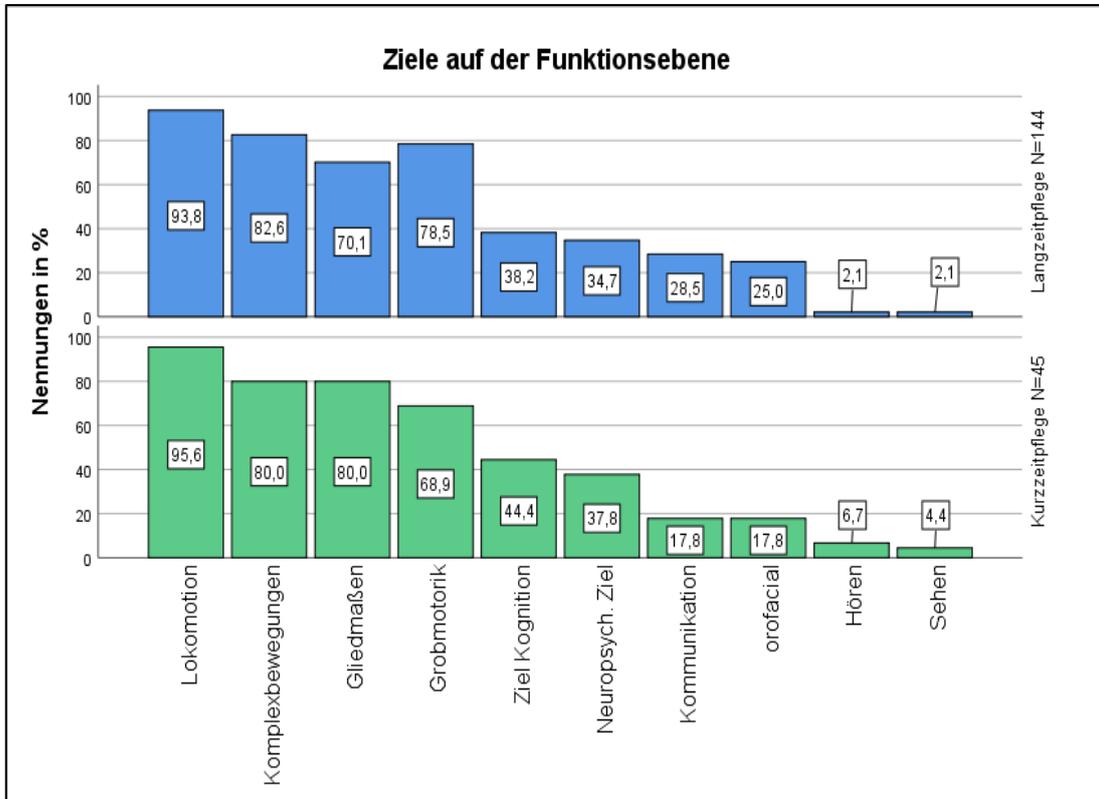


Abbildung 25: Ziele auf der Funktionsebene

#### 4.7.3 Ziele in Bezug auf Verbesserung der medizinischen Versorgung

Es wünschen sich circa 20 % der Bewohner, die ein realistisches Rehabilitationsziel abgeben

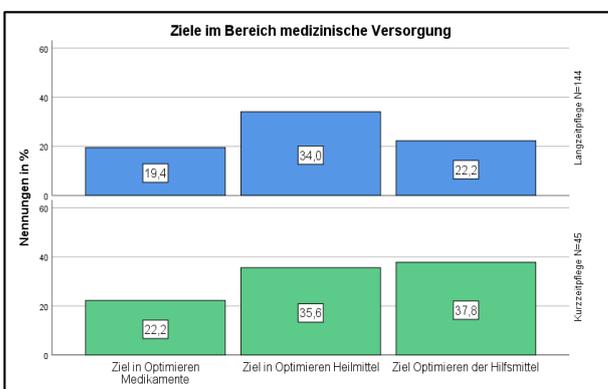


Abbildung 26: Ziele im Bereich medizinische Versorgung

können, eine Verbesserung der medikamentösen Therapie. Circa 35 % wünschen sich eine Optimierung der Heilmittelverordnung. Es bestehen kaum Unterschiede zwischen Langzeit- und Kurzzeitpflege. Eine Verbesserung der Hilfsmittelsituation sehen mehr Bewohner der KZPF als Bewohner der LZPF als notwendig an.

#### 4.7.4 Teilhabeziele

Besonders wichtig ist die Erfragung von Zielen im Bereich der Aktivitäten, Selbstbestimmung und Teilhabe, denn diese sind die erklärten Ziele der Rehabilitation laut den Gesetzestexten des SGB IX (SGB IX §1). Die im Erhebungsbogen anzukreuzenden Items werden in der folgenden

Grafik nach Häufigkeit der positiven Zustimmung dargestellt. Items, die von weniger als 20 % der diesbezüglich befragten Bewohner als Ziel benannt wurden, sind nicht dargestellt.

Die häufigsten Ziele im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe sind: Die Verbesserung in Lokomotion, der ADL-Fähigkeit und der Mobilität. Relevante Unterschiede zwischen Lang- und Kurzzeitpflege zeigen sich bei den Nennungen bezüglich Verbesserung der Kommunikation, Verbesserung der psychischen Kompetenz und Ausbau sowie Stabilisierung des sozialen Netzwerkes (letzteres in Abbildung 27 nicht dargestellt).

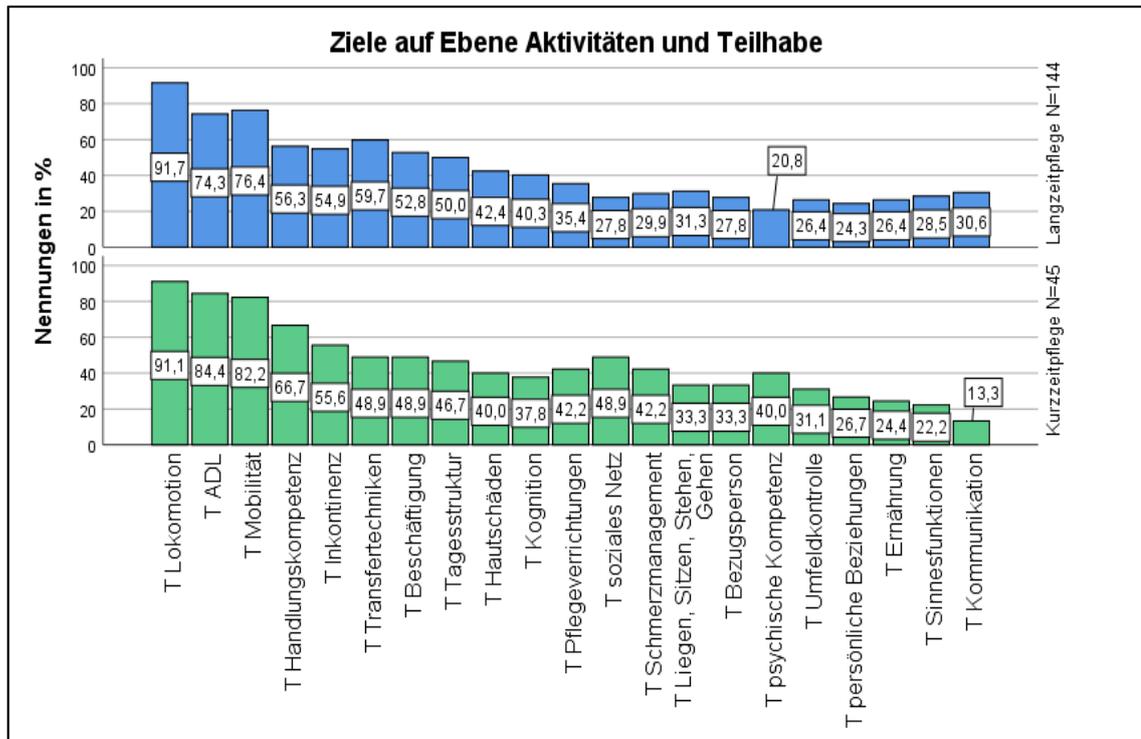


Abbildung 27: Teilhabeziele

Nach der kategorischen Abfrage von Rehabilitationszielen wurden die individuellen Rehabilitationsziele des Bewohners erfragt und freitextlich festgehalten.

Die häufigsten individuellen Ziele waren: selbständiger Toilettengang, selbständige Transfers um zum Beispiel allein aus dem Bett aufstehen oder sich selber in den Rollstuhl setzen, wieder nach Hause, laufen am Vierradrollator, Schmerzreduktion, Spaziergänge, selbständig essen, Sitzzeitverlängerung, Verminderung von Stürzen, in den Tagesraum gehen, an Aktivitäten teilhaben, besser verstanden werden, mehr Kontakt haben, am Leben teilnehmen, Kaffeetrinken im Café, in die Stadt gehen, das Heim selbständig verlassen, Hobbies nachgehen, am Gottesdienst teilnehmen, Familie besuchen, Treppen steigen, Gedächtnistraining, Fahreignung zurückerlangen und aktiver sein.

Außerdem wurden auch Ziele aus der Sicht der Pflege und der Angehörigen freitextlich fixiert. Im Folgenden werden die meistgenannten Ziele des Bewohners formuliert durch die Bezugspflegeperson aufgezählt: Sturzprophylaxe, Erhöhung der ADL-Kompetenz, gehen am

VRR, selbständiger Toilettengang, Transfervverbesserung, Gangsicherheit, soziale Einbindung, am Gemeinschaftsleben teilnehmen, Entlassung nach Hause, Stimmungsaufhellung, Alltagsorientierung verbessern, Kommunikationsverbesserung, Muskelkräftigung, Kontrakturprophylaxe, Sitzzeitverlängerung, Verbesserung der Nahrungsaufnahme. Angehörige wurden erwartungsgemäß selten angetroffen. Aus der Sicht der befragten Angehörigen waren die Ziele: Laufen im Außenbereich, selbständiger Toilettengang, Verlängerung der Sitzzeiten, Gang ohne Hilfsmittel, Stimmungsaufhellung, Verbesserung der Mobilität, Verbesserung der Lebensqualität.

Es zeigt sich, dass es sehr viele individuelle realisierbare Ziele gibt. Es ist ausgesprochen schwierig hier zu kategorisieren und dabei dem Individuum gerecht zu bleiben. Es wird immer einen freitextlichen individuellen Passus in den Rehabilitationsanträgen geben müssen. Die Kategorisierung der Teilhabeziele in dieser Erhebung erfolgte, um bessere Auswertungsmöglichkeiten zu haben.

#### 4.7.5 Ziele bezüglich Kontext- und Risikofaktoren

Die am häufigsten benannten Ziele bezüglich Aktivierung möglicher Ressourcen waren: Einbezug in die Aktivitäten des täglichen Lebens, Rollstuhlmobilität, Umgebungserkundung und Einbezug der Familie in die Versorgung im Heim. Relevante Unterschiede bestanden zwischen KZPF und LZPF nur bei dem Thema Einbezug von Freunden und dem Thema Anschluss an die Kommune finden.

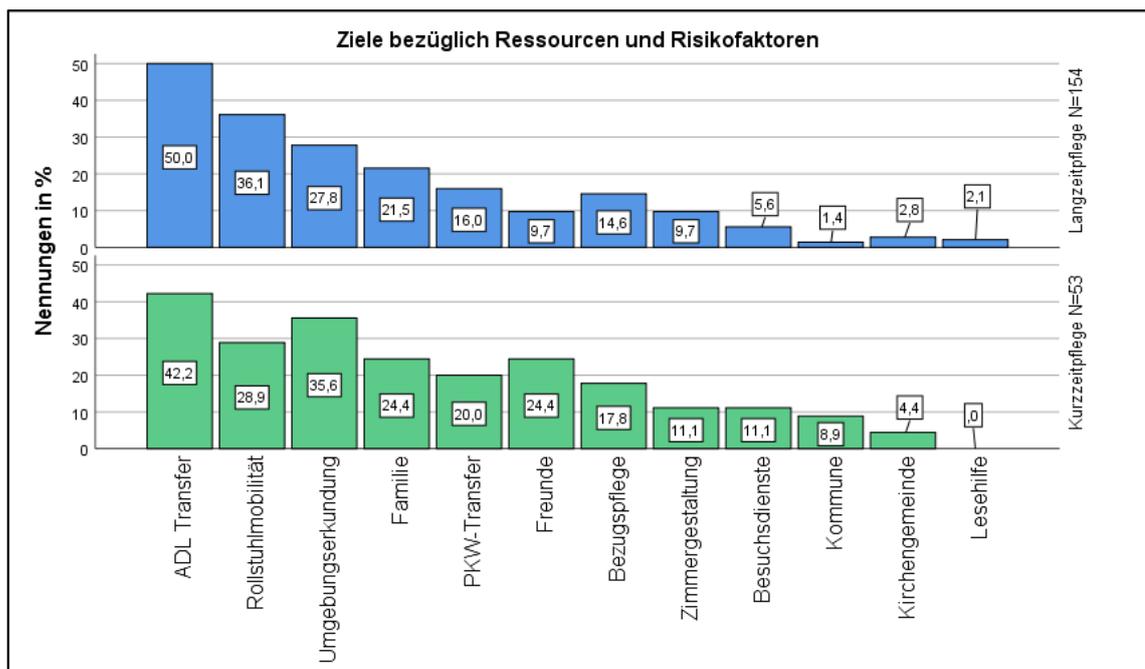


Abbildung 28: Ziele in Hinsicht auf Kontext- und Risikofaktoren

## 4.8 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose wurde durch den fachärztlichen Gutachter bezüglich der Punkte Schädigung, Aktivitäten und Teilhabe, Kontextfaktoren und persönliche Ziele eingeschätzt.

Bei den Bewohnern mit formulierbaren realistischen Rehabilitationszielen liegt eine positive Rehabilitationsprognose bei 99,3 % in der LZPF und 100 % in der KZPF vor.

Tabelle 9: Rehabilitationsprognose bei Bewohnern mit realistischen Rehabilitationszielen

	LZPF N=144	KZPF N=45
Positive Prognose bzgl. Ziel <b>Schädigung</b> (LZPF N = 143)	88,8 % (N =127)	91,1 % (N = 41)
Positive Prognose bzgl. Ziel <b>Aktivitäten/Teilhabe</b>	99,3 % (N =143)	100 % (N = 45)
Positive Prognose bzgl. Ziel <b>Kontextfaktoren</b>	90,3 % (N=130)	91,1 % (N = 41)
Positive Prognose bzgl. <b>Persönliche Ziele</b> (LZPF N = 127; KZPF N = 43)	98,4 % (N =125)	100 % (N = 43)
<b>Positive Rehabilitationsprognose</b>	<b>99,3 %</b> <b>(N = 143)</b>	<b>100 %</b> <b>(N = 45)</b>

## 4.9 Allokationskriterien für bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen

Bei 143 Bewohnern der LZPF (23,0 % von 622) und 45 Gästen der KZPF (32,6 % von 138), die im hier angewandten Filtermodell bei positiver Rehabilitationsprognose stehen, erfolgt nun die Allokation (Zuweisung) zu einer bestimmten Rehabilitationsmaßnahme (z.B. stationäre oder ambulante Rehabilitation) anhand von unten genannten Kriterien. Die Allokation wird unabhängig von den vor Ort verfügbaren Rehabilitationsmaßnahmen bestimmt. Nachfolgend werden wichtige Punkte wie Transportfähigkeit und Kriterien nach den Rahmenempfehlungen der MoGeRe ausgewertet. Zusätzlich wird jetzt geklärt, ob in den letzten vier Jahren eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde. Ist dem so, war eine freitextliche Begründung für die Dringlichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf der „Vierjessperre“ zu verfassen.

### 4.9.1 Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung

Bei manchen Patienten sind für die Allokation bei indizierter Rehabilitation besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung zu berücksichtigen. Zum Beispiel bei Besiedlung mit multiresistenten Keimen ist eine teilstationäre oder ambulante Rehabilitation gar nicht möglich. Auch eine stationäre Rehabilitation ist aufgrund der Isolierungsmaßnahmen im Rahmen des Hygienemanagements weniger effektiv durchführbar, abgesehen davon ist die Isolation in einem „Krankenhauszimmer“ für circa drei Wochen schwer zumutbar. Wenn es noch medizinischen Behandlungsbedarf gibt, wie Wundversorgung, Blutdruckeinstellung etc., ist je nach Schweregrad die stationäre oder teilstationäre Behandlung zu bevorzugen. In der

Studienpopulation besteht in der LZPF bei 7,1 % (N = 9 von 127) und in der KZPF 13,6 % (N = 6 von 44) der Bewohner mit positiver Rehabilitationsprognose eine besondere Anforderung an die Rehabilitationseinrichtung.

#### 4.9.2 Transportfähigkeit

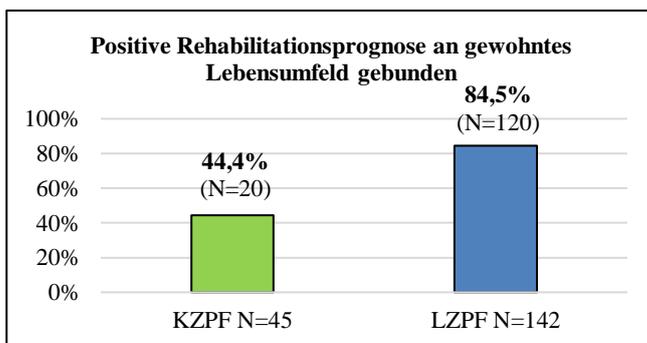
Transportfähigkeit für die Heimbewohner mit positiver Rehabilitationsprognose besteht mit circa 60 % (LZPF 58,8 %, N = 77 von 131; KZPF 63,6 %, N = 28 von 44) für Krankentransport und ca. 40 % (LZPF 41,2 %, N = 54 von 131; KZPF 36,4 %, N = 16 von 44) für PKW. Öffentliche Verkehrsmittel bekamen keine positive Nennung unter der Studienpopulation auf dieser Filterebene.

#### 4.9.3 Rehabilitation in den letzten vier Jahren

27,7 % der Bewohner in LZPF (N = 39 von 141) und 40,0 % der Gäste der KZPF (N = 17 von 42) mit positiver Rehabilitationsprognose gaben an, in den letzten vier Jahren an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen zu haben. Bei fast allen dieser Fälle (LZPF 100 %: N = 34 von 34, KZPF 94,1 %: N = 16 von 17) wird ein dringender Rehabilitationsbedarf vor Ablauf der Vierjahresfrist festgestellt. Freitextlich wurden die Gründe dafür im Erhebungsbogen niedergeschrieben. Die häufigsten Gründe waren: Neues Akutereignis, akute Erkrankung oder Operation mit langem Krankenhausaufenthalt, neue Ziele, kontinuierliche Verbesserung und hohe Motivation, kontinuierliche Verschlechterung der Mobilität und Teilhabe, Verschlechterung der Teilhabe und Mobilität trotz regelmäßiger ambulanter Physiotherapie, erhebliche Teilhabebeeinträchtigung, noch hohe Pflegebedürftigkeit, abklingendes Delir, Rückkehr in die Häuslichkeit erreichen, Verhinderung von Kontrakturen, Rehabilitation zuvor wegen Krankenhauspflicht abgebrochen, nur hochfrequente und multimodale Therapie kann zu einer Verbesserung führen.

#### 4.9.4 Spezielle Rehabilitationsformen

Nach den Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (Rahmen-



empfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation, 2007) wurden die Bewohner, die eine positive Rehabilitationsprognose haben, von den Gutachtern nach den entsprechenden Indikations- und Zuweisungskriterien eingeschätzt.

Abbildung 29: Rehabilitationsprognose und Lebensumfeld

Bei unglaublichen 84,5 % in der LZPF und 44,4 % in der KZPF ist die positive Rehabilitationsprognose an das gewohnte und ständige Lebensumfeld gebunden. Weitere Kriterien nach den Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation sind in Tabelle 10 aufgeführt (Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation, 2007).

Tabelle 10: Vorliegen von MoGeRe-Kriterien bei Bewohnern mit positiver Rehabilitationsprognose

	LZPF (N = 143)	KZPF (N = 45)
Erhebliche Einschränkung <b>Kognition</b> liegt vor	<b>62,2 %</b> N = 89 von 143	<b>43,2 %</b> N = 19 von 44
Erhebliche Einschränkung <b>Verhalten</b> liegt vor	<b>37,8 %</b> N = 54 von 143	<b>43,2 %</b> N = 16 von 44
Erhebliche Schädigung der <b>Stimm-, Sprech-, Sprachfunktion</b> liegt vor	<b>20,4 %</b> N = 29 von 142	<b>6,8 %</b> N = 3 von 44
Erhebliche Schädigung der <b>Seh- und Hörfunktion</b> liegt vor	<b>15,4 %</b> N = 22 von 143	<b>6,8 %</b> N = 3 von 44
Kriterien <b>außerhalb der Rahmenempfehlung</b> vorhanden	<b>0,7 %</b> N = 1 von 143	<b>0 %</b> 0 von 44
Ausdrücklicher <b>MoGeRe-Wunsch</b> vorhanden	<b>77,4 %</b> N = 96 von 127	<b>60 %</b> N = 21 von 35

#### 4.10 Rehabilitationsbedarf

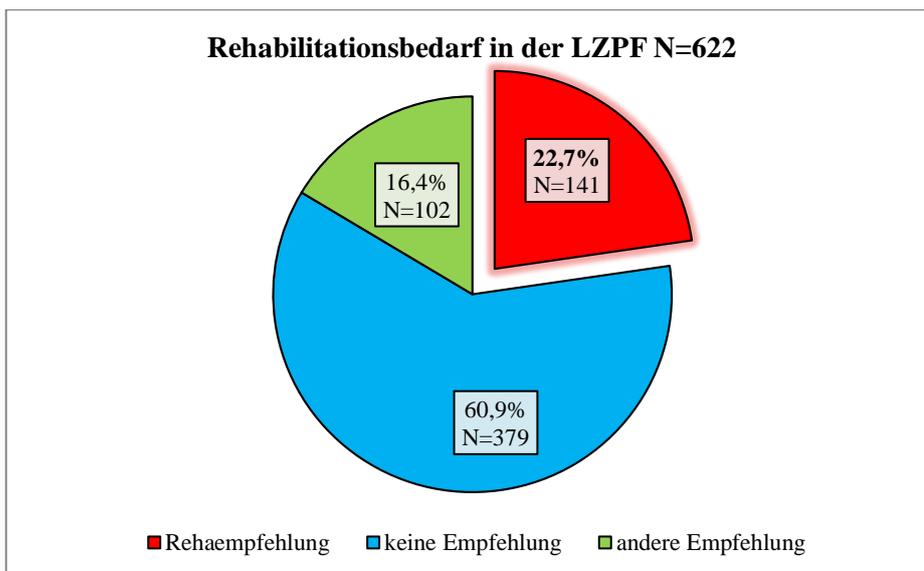


Abbildung 30: Rehabilitationsbedarf in der LZPF

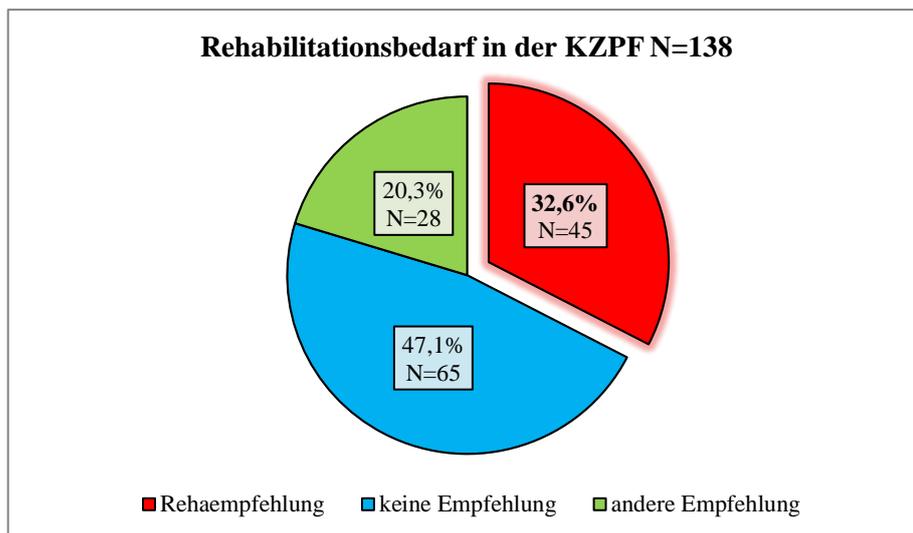


Abbildung 31: Rehabilitationsbedarf in der KZPF

In der Langzeitpflege liegt der Rehabilitationsbedarf in dieser Studie bei 22,7 % (N = 141). In der Kurzzeitpflege liegt der Rehabilitationsbedarf bei 32,6 % (N = 45). Innerhalb der Einrichtungen sehen wir bezüglich der Rehabilitationsempfehlung eine Spannweite von keiner Empfehlung bis Rehabilitationsempfehlungen für 43,8 % der Bewohner. Sieht man sich die Verteilung innerhalb der fünf Standorte an, gleichen sich die Werte für den Rehabilitationsbedarf an. Es zeigt sich eine Schwankungsbreite von 17,5 bis 30 %.

Tabelle 11: Rehabilitationsbedarf nach Standort

			Fallabschließende Empfehlung			Gesamt
			keine Empfehlung	Rehabilitation	andere Maßnahme	
Standort	1	Anzahl	248	87	29	364
		%	68,1 %	23,9 %	8,0 %	100,0 %
	2	Anzahl	24	24	42	90
		%	26,7 %	26,7 %	46,7 %	100,0 %
	3	Anzahl	47	26	17	90
		%	52,2 %	28,9 %	18,9 %	100,0 %
	4	Anzahl	53	27	10	90
		%	58,9 %	30,0 %	11,1 %	100,0 %
	5	Anzahl	72	22	32	126
		%	57,1 %	17,5 %	25,4 %	100,0 %
Gesamt	Anzahl	444	186	130	760	
	%	58,4 %	24,5 %	17,1 %	100,0 %	

#### 4.10.1 Rehabilitationsbedarf nach Verweildauer

In der Literatur zeigt sich, dass vor und kurz nach Pflegeintritt mit Heimaufnahme eine erhöhte Rehabilitationsaktivität vorliegt und dann die Rehabilitationshäufigkeit drastisch sinkt (Rothgang et al., 2013). In dieser Reihenuntersuchung zeigt der Vergleich des

Rehabilitationsbedarfes zwischen Bewohnern, die weniger als zwölf Monate, weniger als sechs Monate bzw. weniger als drei Monate im Pflegeheim leben vs. den Bewohnern, die entsprechend länger schon in der stationären Pflegeeinrichtungen versorgt sind, keinen relevanten Unterschied bei den Rehabilitationsbedarfen.

Tabelle 12: Rehabilitationsbedarf nach Verweildauer im Pflegeheim

	<b>Rehabilitationsempfehlung (LZPF N=619) nach Verweildauer (VwD)</b>
VwD > 3 Monate	<b>22,4%</b> (N=128 von 572)
VwD ≤ 3 Monate	<b>25,5%</b> (N=12 von 47)
VwD > 6 Monate	<b>22,1%</b> (N=117 von 530)
VwD ≤ 6 Monate	<b>25,8%</b> (N=23 von 89)
VwD > 12 Monate	<b>22,3%</b> (N=99 von 444)
VwD ≤ 12 Monate	<b>23,4%</b> (N=41 von 175)
VwD > 36 Monate	<b>21,3%</b> (N=46 von 216)
VwD ≤ 36 Monate	<b>23,3%</b> (N=94 von 403)

#### 4.10.2 Rehabilitationsbedarf und Heilmittel

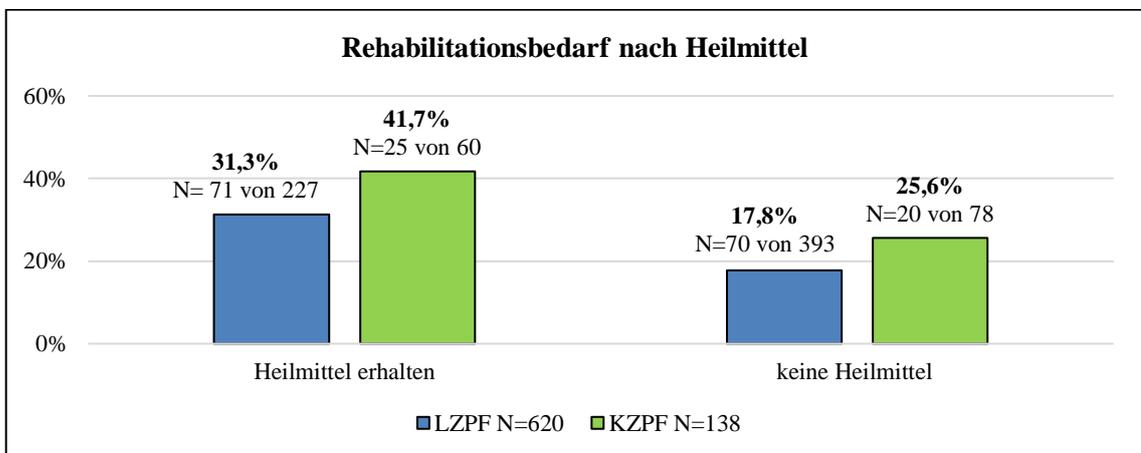


Abbildung 32: Zusammenhang Rehabilitationsbedarf und vorherige Heilmittelverordnung

Im SGB V § 23 steht, dass Heilmittel (und Hilfsmittel sowie Arznei- und Verbandsmittel) zunächst ausgeschöpft sein sollen bevor eine Rehabilitationsindikation gestellt wird. Es zeigt sich in beiden Studiengruppen ein relevant höherer Rehabilitationsbedarf bei den Heimbewohnern, die in den letzten drei Monaten Heilmittel verordnet bekamen. Dies entspricht der oben genannten

gesetzlichen Vorgabe, die besagt, dass bei nicht ausgeschöpfter Heilmittelversorgung kein Rehabilitationsbedarf besteht. Dass es trotzdem zu Rehabilitationsindikationen ohne vorherige Heilmittelversorgung kommt, liegt daran, dass z. B. Heilmittel verordnet waren, aber diese keine Wirkung zeigten und dann nicht mehr verordnet wurden oder so komplexe Funktionsschädigungen mit all ihren Folgen vorlagen, dass eine multimodale hochfrequente Komplextherapie nötig war, um hier höchstmögliche Erfolge erzielen zu können.

#### 4.10.3 Rehabilitationsbedarf nach Pflegestufe, Alter und Geschlecht

Je älter und pflegebedürftiger ein Mensch ist, desto weniger Rehabilitation findet statt (Rothgang et al., 2013). Den Rehabilitationsbedarf der Studienpopulation nach Pflegebedürftigkeit zeigt die Abbildung 33.

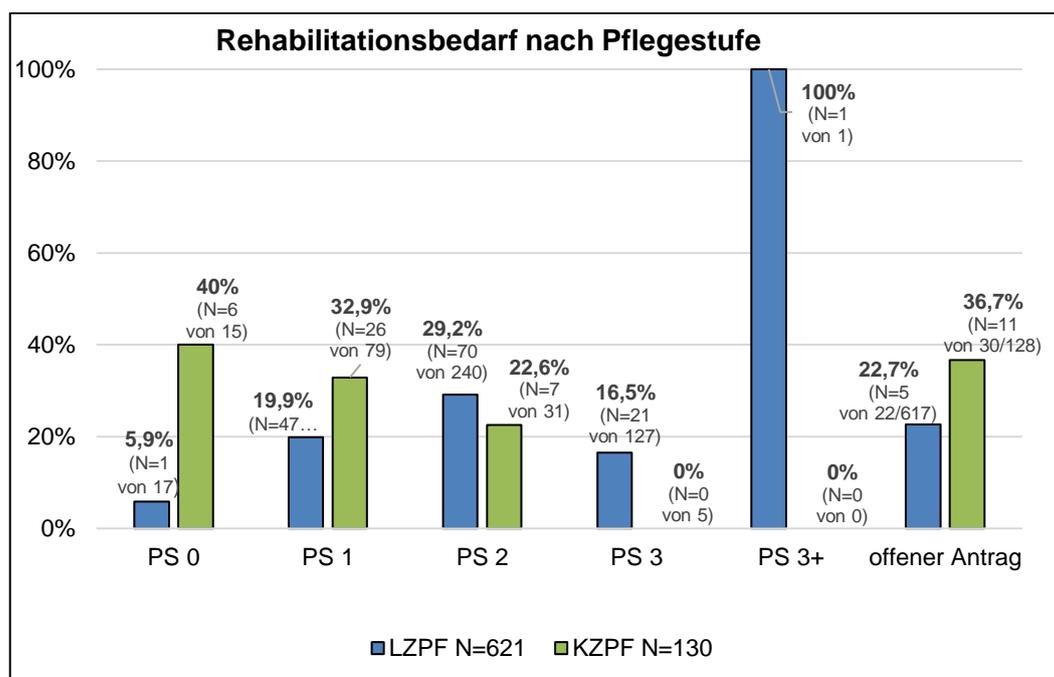


Abbildung 33: Rehabilitationsbedarf nach Pflegestufe

Zu beachten ist hier, dass besonders in der KZPF die aktuelle Pflegestufe nicht die tatsächliche Pflegebedürftigkeit widerspiegelt, da in 21,7 % (N = 30 von 138) der Fälle ein Pflegestufenantrag oder Antrag auf Höherstufung gestellt wurde (LZPF 3,5 %, N = 22 von 622). Der Rehabilitationsbedarf bei den Bewohnern mit Antragstellung ist ebenfalls aufgeführt. In der Langzeitpflege ist ein steigender Rehabilitationsbedarf mit steigender Pflegebedürftigkeit zu erkennen, der erst ab Pflegestufe 3 wieder abnimmt. Dies zeigt für die Bewohner der LZPF dieser Studie erstaunlicherweise gegenläufiges Verhalten als in der Praxis festgestellt.

Auch das Alter mindert nur bei sehr Hochbetagten dieser Studie (ab  $\geq 95$  Jahre) den Rehabilitationsbedarf.

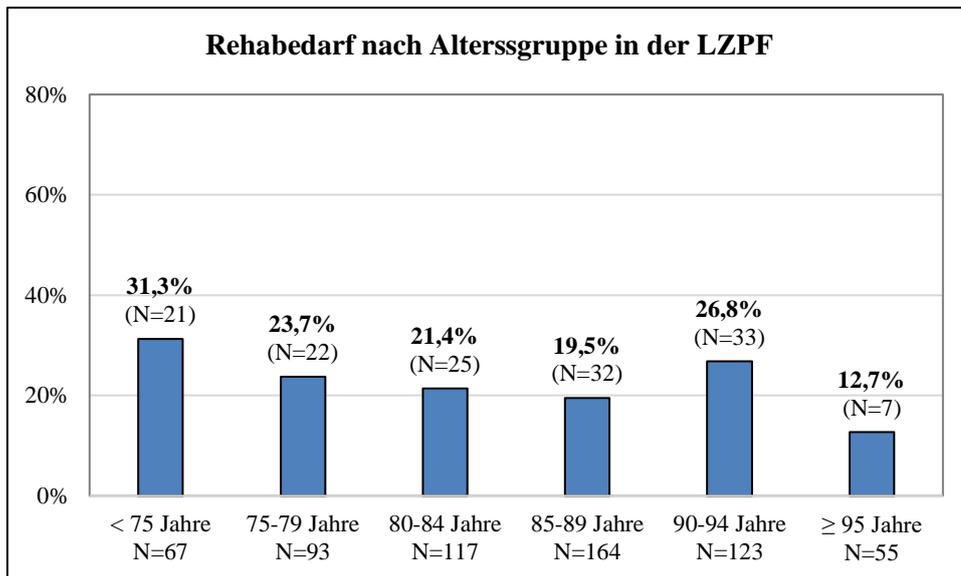


Abbildung 34: Rehabilitationsbedarf nach Altersgruppen in der LZPF

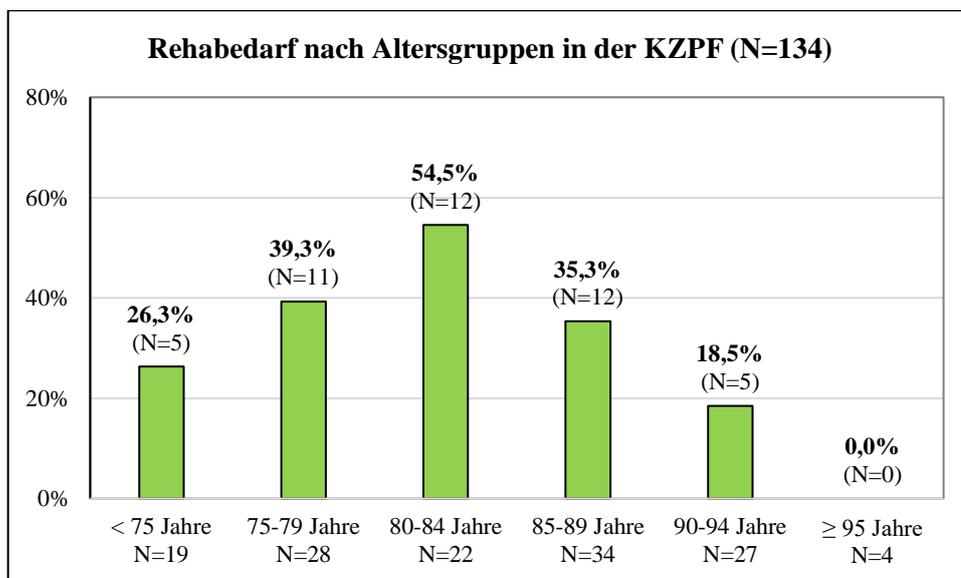


Abbildung 35: Rehabilitationsbedarf nach Altersgruppen in der KZPF

Altersabhängige Unterschiede des Rehabilitationsbedarfes kann man in dieser Studie nur in der KZPF beobachten ( $p = .006$ ). Aufgrund der geringen Fallzahl ist die Aussagekraft jedoch eingeschränkt.

Das Geschlecht spielt für den Rehabilitationsbedarf in dieser Studie keine relevante Rolle. In der LZPF besteht für 20,4 % ( $N = 96$  von 470) der Frauen und 29,1 % ( $N = 43$  von 148) der Männer, in der KZPF für 35,5 % ( $N = 33$  von 93) der Frauen und 27,5 % ( $N = 11$  von 40) der Männer eine Rehabilitationsindikation.

#### 4.10.4 Rehabilitationsbedarf nach Krankenhausaufenthalt

Auffällig ist sowohl in der Literatur (Rothgang, et al., 2013) als auch in dieser Studie, dass die Bewohner mit vorheriger stationärer Behandlung (z.B. akutstationäre Behandlung) deutlich häufiger an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen beziehungsweise ein Antrag auf

Rehabilitation vorliegt. Im Folgenden wird für die Studienpopulation der hier festgestellte Rehabilitationsbedarf zwischen den Gruppen mit oder ohne stationärer Behandlung während der letzten drei Monate verglichen.

Tabelle 13: Rehabilitationsbedarf nach stationärer Behandlung in den letzten drei Monaten

		Rehabedarf mit oder ohne Vorbehandlung in LZPF (N = 622)	Rehabedarf mit oder ohne Vorbehandlung in KZPF (N = 138)
<b>Behandlung</b> letzte 3 Monate		<b>31,8 %</b> (N = 107 von 515)	<b>43,3 %</b> (N = 39 von 90)
<b>Keine Behandlung</b> letzte 3 Monate		<b>20,8 %</b> (N = 34 von 107)	<b>12,5 %</b> (N = 6 von 48)
	<b>Akutstationäre Behandlung</b> letzte 3 Monate	<b>30,9 %</b> (N = 29 von 94)	<b>43,0 %</b> (N = 34 von 79)
	<b>Keine akutstationäre Behandlung</b> letzte 3 Monate	<b>21,2 %</b> (N = 112 von 528)	<b>18,6 %</b> (N = 11 von 59)
	Stationäre geriatrische Behandlung letzte 3 Monate	<b>50 %</b> (N = 4 von 8)	<b>50 %</b> (N = 14 von 28)
	Keine stationäre geriatrische Behandlung letzte 3 Monate	<b>22,3 %</b> (N = 137 von 614)	<b>28,2 %</b> (N = 31 von 110)

Der Tabelle 13 kann man entnehmen, dass die Ergebnisse dieser Studie einen erhöhten Rehabilitationsbedarf nach stationärer Behandlung bestätigen. Die Abbildung 36 zeigt den Vergleich der amb. und postst. Bewohner der KZPF. Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen für stationäre Rehabilitation und MoGeRe und keinerlei ambulanter oder teilstationärer Vorbehandlungen in den letzten drei Monaten vor der Befragung sind diese Behandlungsarten nicht aufgeführt.

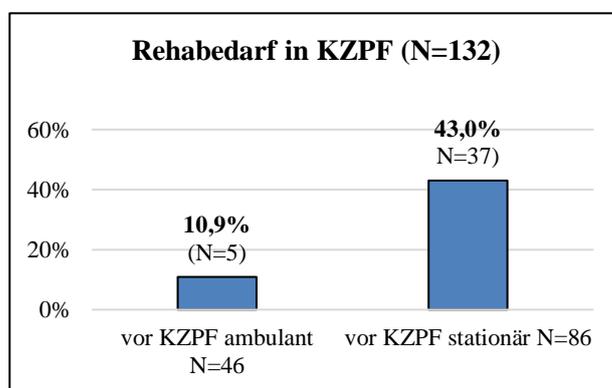


Abbildung 36: Rehabedarf und stationäre Behandlung in KZPF

## 4.11 Allokation bei Rehabilitationsempfehlung

Tabelle 14: Allokationsempfehlung bezogen auf die Heimbewohner mit Rehabilitationsindikation

		LZPF N = 141	KZPF N = 45
<b>Rehabilitationsart</b>	<b>stationär fachspezifisch</b>	0,7 % (N=1)	4,4 % (N=2)
	<b>stationär geriatrisch</b>	0,7 % (N=1)	26,7 % (N=12)
	<b>teilstationär</b>	7,8 % (N=11)	15,6 % (N=7)
	<b>ambulant fachspezifisch</b>	2,8 % (N=4)	0 (N=0)
	<b>ambulant geriatrisch</b>	2,1 % (N=3)	0 (N=0)
	<b>MoGeRe regulär</b>	80,1% (N=113)	46,7 % (N=21)
	<b>MoGeRe abweichend</b>	5,7 % (N=8)	6,7 % (N=3)
	<b>MoGeRe gesamt</b>	85,8 % (N=121)	53,4 % (N=24)

Tabelle 15: Allokationsempfehlung bezogen auf gesamte Studienpopulation

		LZPF N = 622	KZPF N = 138
<b>Rehabilitationsindikation</b>		22,7 % (N = 141)	32,6 % (N = 45)
<b>Rehabilitationsart</b>	<b>stationär fachspezifisch</b>	0,2 % (N = 1)	1,4 % (N = 2)
	<b>stationär geriatrisch</b>	0,2% (N = 1)	8,7 % (N = 12)
	<b>teilstationär</b>	1,8 % (N = 11)	5,1 % (N = 7)
	<b>ambulant fachspezifisch</b>	0,6 % (N = 4)	0 % (N = 0)
	<b>ambulant geriatrisch</b>	0,5 % (N = 3)	0 % (N = 0)
	MoGeRe regulär	18,2 % (N = 113)	15,2 % (N = 21)
	MeGeRe abweichend	1,3 % (N = 8)	2,2 % (N = 3)
	<b>MoGeRe gesamt</b>	19,5 % (N = 121)	17,4 % (N = 24)

Es sind 85,8 % (LZPF) beziehungsweise 53,4 % (KZPF) der Rehabilitationsindikationen mit der Allokation zur mobilen geriatrischen Rehabilitation verbunden.

In Bezug auf die Gesamtpopulation der Studie ist die Allokation zur MoGeRe mit 18,2 % (LZPF) und 17,4 % (KZPF) am höchsten. Die Empfehlung für eine stationäre geriatrische Rehabilitation liegt bei den Gästen der KZPF bei fast 9 % (vs. 0,2 % LZPF). Auch die teilstationären Empfehlungen sind anteilmäßig bei den Bewohnern der Kurzzeitpflege (circa 5 % vs. ca. 2 %) häufiger als in der LZPF.

In den Tabellen 14 und 15 wird neben den bekannten Kriterien für die Zuweisung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation auch die Allokation zur MoGeRe außerhalb der Rahmenempfehlungen aufgeführt. Als Gründe für die Abweichung von den Rahmenempfehlungen sind in dieser Studie Besiedlung mit multiresistentem Keimen, Immobilität und ausdrücklicher Wunsch des Bewohners angegeben.

Die empfohlene Rehabilitationsmaßnahme steht in ca. 3 % der Fälle ortsnah nicht zur Verfügung. Dabei handelt es sich ausnahmslos um Allokationsempfehlungen zur ambulante Rehabilitation.

#### **4.12 Andere fallabschließende Empfehlungen**

Im Umkehrschluss haben 77,3 % der Heimbewohner in LZPF (N = 481 von 622) und 67,4 % der Gäste der KZPF (N = 83) keine Rehabilitationsempfehlung. In dieser Studie wurden Empfehlungen für Heilmittel und Hilfsmittel bei fehlender Rehabilitationsindikation ausgesprochen. So erhielten 16,4 % (N = 102) in der LZPF und 20,3 % (N = 28) in der KZPF diesbezüglich eine Empfehlung.

Von den Bewohnern mit Empfehlung anderer Maßnahmen (N = 130) wurden bei 97 % (N = 98 von 101) in LZPF und 96,4 % (N = 27 von 28) in KZPF Heilmittel sowie 20,8 % (N = 21 von 101) in LZPF und 25,0 % (N = 7 von 28) in KZPF Hilfsmittel empfohlen. 23 Heimbewohner bekamen eine Empfehlung für Heil- und Hilfsmittel.

#### **4.13 Non-Response-Analyse**

Die Non-Response-Analyse soll aufzeigen, ob es eine Selektion der Studienteilnehmer aufgrund der Nichtteilnehmenden gab. Für den Fall, dass es sich z. B. ausschließlich um Bewohner ohne Rehabilitationsbedarf handeln würde, käme es zu einer Überschätzung des Ergebnisses dieser Studie. Dazu wurde die Bezugspflege der ausgewählten, aber nicht teilnehmenden Heimbewohner befragt, ob sie sich für diesen Menschen durchaus eine Rehabilitation vorstellen oder wünschen würden. Insgesamt wurden 242 Nichtteilnehmende aus zehn Einrichtungen registriert. Verstorbene wurden in dieser Non-Response-Analyse ohne Rehabilitationsbedarf gewertet. Dies betraf insgesamt 19 % der Non-Responder. Bei einigen Einrichtungen gab es nur Einzelfälle an Nichtteilnehmenden, so dass eine Verzerrung nicht zu erwarten ist und diese Fälle nicht in die Non-Response-Analyse eingeschlossen wurden. Außerdem lag für einen Standort keine Dokumentation diesbezüglich vor. In das Analyseverfahren gingen letztlich zwei Standorte mit hoher Teilnehmer- und Nichtteilnehmerzahl ein. Bei 51 Nichtteilnehmern des ersten

Standortes befand die Bezugspflege eine Rehabilitation für durchaus möglich in 29,4 % (N = 15) der Fälle. Der in der Studie ermittelte Rehabilitationsbedarf der teilnehmenden Pflegeheimbewohner lag an diesem Standort bei 28,4 %. Am zweiten Standort hielt die Bezugspflege eine Rehabilitation bei 23 % (N = 3) von 13 Non-Respondern für durchaus möglich. Im Vergleich lag der ermittelte Rehabilitationsbedarf der Studienteilnehmer an diesem Standort bei 26,4 %. Dieses Ergebnis zeigt, dass auch Heimbewohner mit wahrscheinlichem Rehabilitationsbedarf an der Studie nicht teilnahmen. Da sich die Einschätzung der Pflege in vergleichbarer Größenordnung zu den Rehabilitationsindikationen verhalten, ist nicht von einer Verzerrung der Ergebnisse durch Nichtteilnahme auszugehen.

#### 4.14 Ergebnisse anhand des Filtermodells

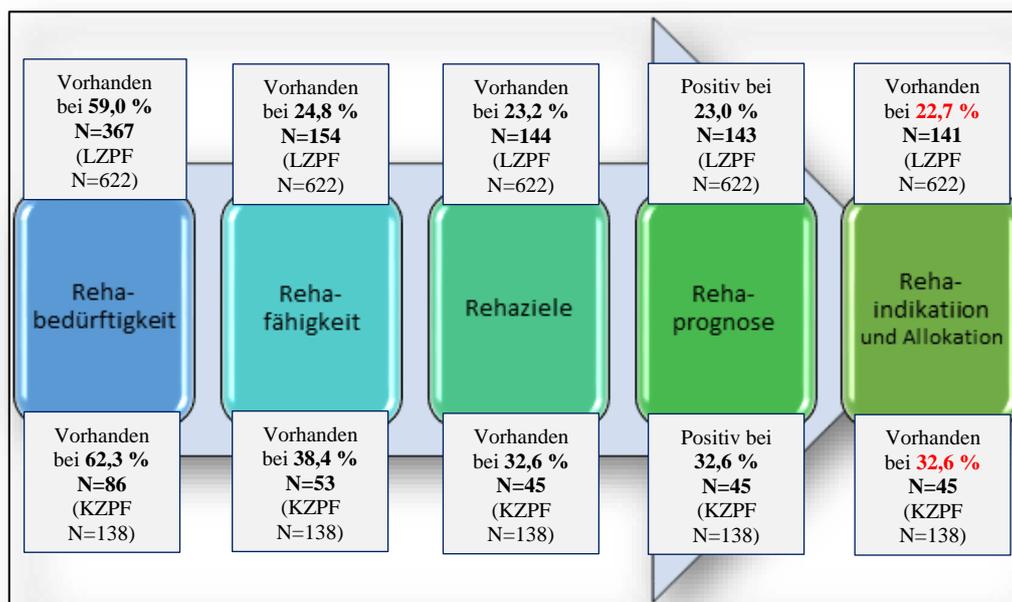


Abbildung 37: Ergebnisse veranschaulicht am Filtermodell

## 5 Diskussion

### 5.1 Repräsentativität

Diese Studie ist repräsentativ für jede einbezogene Pflegeeinrichtung. Die Verfügbarkeit und Bekanntheit von mobiler geriatrischer Rehabilitation in den teilnehmenden Heimen stellen einen Unterschied zu den meisten Pflegeheimen in Deutschland dar. Die Bedarfsfeststellung dieser Studie erfolgt aber unabhängig vom regionalen Rehabilitationsangebot, so dass die Verfügbarkeit von MoGeRe kein Verzerrungspotential haben sollte.

Aufgrund der Vorauswahl der Standorte und Einrichtungen ist keine statistisch belastbare Aussage über den Rehabilitationsbedarf für alle Pflegeheimbewohner in Deutschland möglich, jedoch sind aufgrund der eindrucklichen Ergebnisse der Studie diese als Tendenz und Hinweise ernst zu nehmen.

## **5.2 Ausschlussfälle**

Es wurden insgesamt zehn Fälle des Datensatzes nach Erhebung ausgeschlossen. Bei fünf Fällen handelte es sich um echte Dopplungen. Hier wurde in drei Fällen die zweite Erhebung ausgeschlossen. In einem Fall handelte es sich um den unvollständigen Datensatz eines Bewohners in Bad Kreuznach (siehe Kapitel 5.2.), der in der zweiten Erhebung vollständig war. Aus diesem Grund wurde sich hier für den zweiten Datensatz entschieden. Bei dem fünften Dopplungsfall war die zweite Erhebung Teil der MDK-Prüfung (siehe Kapitel 3.7.1), so dass hier auch die erste Erhebung ausgeschlossen werden musste.

Bei weiteren fünf Fällen bestand das Problem darin, dass die Bewohner erst nach dem Stichtag in dem jeweiligen Pflegeheim aufgenommen wurden. Da sich für das Zustandekommen dieser Konstellation keine Erklärung finden ließ, mussten die Fälle, um eine Verzerrung des Ergebnisses so gering wie möglich zu halten, ausgeschlossen werden.

## **5.3 Die 19 Kreuznacher Fälle oder unvollständige Fälle**

Am Anfang der Studie war trotz Schulungen und Pretest bei einem Gutachter der Unterschied zwischen Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsbedarf nicht klar geworden, so dass er bei 19 Bad Kreuznacher Pflegeheimbewohnern die Erhebung nach festgestelltem Rehabilitationsbedarf, der in keinem Fall bestand, beendete. Leider beendete der Gutachter die Erhebung auf der Stufe der Rehabilitationsbedürftigkeit, welche er mit Rehabilitationsbedarf verwechselte. Es wurde vereinbart, dass der Gutachter noch einmal die betreffenden Fälle nachrecherchiert. So konnte die Rehabilitationsbedürftigkeit aus den schon gewonnen Daten beurteilt werden und auch die Rehabilitationsempfehlung war bekannt. Rehabilitationsfähigkeit, -ziele und -prognosen waren für diese Fälle kaum mehr nachzuvollziehen und gelten als fehlende Werte. Da diese Fälle weder einer positiven noch negativen Selektion unterliegen, das heißt, dass kein Zusammenhang zwischen den Mängeln in der Dokumentation während der Erhebung und der Frage nach dem Rehabilitationsbedarf in dieser Population ersichtlich ist, wurden die statistischen Auswertungen ohne explizite Einberechnung der fehlenden Werte durchgeführt.

## **5.4 Limitationen**

Es ist unweigerlich eine gewisse Ungenauigkeit der Ergebnisse anzunehmen, da es sich bei dieser Studie um eine multizentrische Studie mit zwölf Gutachtern und 16 Heimen handelt. Hinzu kommt, dass die einzige sichere Gemeinsamkeit aller 760 Menschen der aktuelle Aufenthaltsort in einem Pflegeheim ist. Auch die Informationsbeschaffung über den Bewohner, die Bezugspflegekraft oder die Angehörigen sowie über gut bis schlechter geführte Pflegeheimunterlagen bringt natürlich Ungenauigkeiten mit sich. Im Folgenden werden die Punkte, die mit einer möglichen Verzerrung der Ergebnisse einhergehen, näher beleuchtet.

#### **5.4.1 Interessenlage der Studie**

Es ist zunächst anzunehmen, dass es im Rahmen der Studie ein Interesse gab, eine hohe Rehabilitationsindikationsrate und insbesondere hohe Zahlen für die Rehabilitationsempfehlung für eine mobile geriatrische Rehabilitation zu erzielen. Das begründet sich dadurch, dass es sich bei den Standorten der Pflegeheime ausschließlich um MoGeRe-Einschlussgebiete handelte. Dies war bewusst gewählt, da die gesamte Studie neben der Bedarfserhebung außerdem die Wirksamkeit und ökonomische Aspekte von MoGeRe sowie die Zusammenarbeit von Pflegekräften oder Bezugspersonen und MoGeRe im Heim untersucht. Die örtlichen Anbieter von MoGeRe waren zum Zeitpunkt der Erhebung ausgelastet und hatten Expansionsbestrebungen. Es wäre nicht nötig gewesen, hier einen hohen Rehabilitationsbedarf festzustellen. Dass es diesen gibt, weiß jeder, der in diesem Bereich arbeitet. Auf Nachfrage hatten alle Gutachter vor der ersten Begutachtung keine Erwartungen an die Rate der Rehabilitationsempfehlung.

#### **5.4.2 Unterschiede der Pflegeheime und Standorte**

In dieser multizentrischen epidemiologischen Reihenuntersuchung war es natürlich gewollt, mehrere Standorte in unterschiedlichen Bundesländern einzuschließen, um Verzerrung durch regionale Besonderheiten zu mildern. Zu den standortbezogenen Besonderheiten gehören z. B. die unterschiedlichen Rehabilitationsangebote vor Ort und differierende Geriatriekonzepte der Bundesländer. Zu den einrichtungsbezogenen Besonderheiten gehören die Ausstattung und Lage des Pflegeheimes, zum Beispiel sehr luxuriöse Heime in wohlhabenden Bremer Wohngebieten und entsprechendem Klientel oder das Pflegeheim in der brandenburgischen Kleinstadt mit „guter Mischung“ der Bewohner bezüglich Lebensstandard und übrigen Kontextfaktoren. Außerdem gab es Pflegeheime, die in unmittelbarer Nähe zu einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung ansässig oder mit inhäusiger Physiotherapiepraxis ausgestattet waren. Ein Heim fiel mit sehr guter Kooperation zum regionalen MoGeRe-Standort auf. Hier wurden durch die engagierte Pflegeheimleitung alle Rehabilitationsempfehlungen dieser Studie über die Hausärzte umgesetzt! An einem Standort gehörten alle Heime zu einer Stiftung. Da die Ergebnisse der einzelnen Pflegeheime bei teilweise gleichem Gutachter stark differieren (Rehabilitationsempfehlungen von 0,0 bis 43,8 %), ist nicht von einem trägerspezifischen Einfluss auf die Ergebnisse der Studie auszugehen. Für das gesamte Forschungsprojekt MoGeRe waren Pflegeheime im Einzugsgebiet eines etablierten MoGeRe Standortes notwendig, insbesondere aufgrund der Wirksamkeitsanalyse. Auch die Erfahrung der Pflegeeinrichtungen mit MoGeRe war für die Bereitschaft zur Mitwirkung an der Studie erforderlich. Damit kann es sich um Heime handeln, die im Gegensatz zu anderen Heimen in Deutschland ein höheres Interesse an MoGeRe haben. Da die Bezugspflege MoGeRe und deren Wirkung kennt und außerdem interessiert daran ist, ihrem Bezugsheimbewohnern diese zu ermöglichen, ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse bezüglich des Rehabilitationsbedarfes der Studienpopulation

im Vergleich zu allen Pflegeheimbewohnern Deutschlands erhöht sein können. Die Allokationsempfehlung bei Rehabilitationsindikation war vom Angebot vor Ort ausdrücklich unabhängig.

### 5.4.3 Transparenz der Gutachter

Aufgrund der MoGeRe-erfahrenen Gutachter an den Standorten stellt sich die Frage nach dem methodischen Bias mit Überhöhung der Fallzahlen für Rehabilitationsindikationen. Zur Reduktion dieser Verzerrung wurden alle Gutachter dieser Studie im Umgang mit dem Erhebungsbogen und einer übereinstimmenden Handhabung an Fallbeispielen geschult. Im Verlauf der Erhebung wurde eine Zufallsauswahl bereits begutachteter Fälle zwei Ärzten des MDK Bremen vorgestellt und um Prüfung des Ergebnisses gebeten (siehe 3.7.1). Hier fand sich eine hohe Übereinstimmung.

*Tabelle 16: Rehabilitationsempfehlungen der Gutachter nach Pflegeheim*

<b>Gutachter ID</b>	<b>Pflegeheim ID</b>	<b>Rehaempfehlungen</b>
<b>18</b>	Be1	<b>29,8 %</b> (14 von 47)
	Be2	<b>11,1 %</b> (1 von 9)
<b>15</b>	C1	<b>29,6 %</b> (24 von 81)
	C2	<b>33,3 %</b> (3 von 9)
<b>13</b>	Br1	<b>22,4 %</b> (15 von 67)
	Br2	<b>2,9 %</b> (1 von 34)
	Br3	<b>29,2 %</b> (7 von 24)
	Br4	<b>23,1 %</b> (9 von 39)
	Br7	<b>32,1 %</b> (17 von 53)
	Br9	<b>53,1 %</b> (17 von 32)
	<b>14</b>	Br1
	Br2	<b>16,7 %</b> (1 von 6)
	Br3	<b>100 %</b> (2 von 2)
	Br6	<b>0 %</b> (0 von 27)
	Br9	<b>28,6 %</b> (4 von 14)
<b>22</b>	Br1	<b>12,5 %</b> (1 von 8)
	Br2	<b>37,5 %</b> (3 von 8)
	Br5	<b>18,2 %</b> (2 von 11)
	Br8	<b>14,3 %</b> (2 von 14)
	Br9	<b>0 %</b> (0 von 2)
<b>16</b>	K1	<b>13,5 %</b> (5 von 37)
	K2	<b>14,3 %</b> (5 von 35)
<b>17</b>	K1	<b>20,0 %</b> (6 von 30)
	K2	<b>25,0 %</b> (6 von 24)

Einige Gutachter dieser Studie waren in mehreren Pflegeheimen tätig. In der Tabelle 16 werden die Häufigkeiten von Rehabilitationsempfehlungen dieser Gutachter nach Pflegeheimen differenziert aufgeführt.

Es zeigt sich, dass diese Gutachter unterschiedlich häufig Rehabilitationsindikationen in den verschiedenen Pflegeheimen gestellt haben. Demzufolge ist davon auszugehen, dass der Gutachtereffekt, z. B. dass ein Gutachter besonders viele Rehabilitationsindikationen sieht, eher gering ist, und die Varianzen der Rehabilitationsempfehlungen die wirklichen Unterschiede der Studienpopulation in den Pflegeheimen abbilden.

Trotz oben genannter Maßnahmen zur Sicherung der Objektivität der Gutachter besteht aufgrund derer individueller Persönlichkeiten und unterschiedlichen Erfahrungen im Arbeitsumfeld sicher ein „Rest-Bias“.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Feststellung des Rehabilitationsbedarfes im Rahmen der Pflegebegutachtung meist durch Fachpflegekräfte erfolgt, diesen die Bedarfserkennung möglicherweise schwerer fällt und dadurch weniger Rehabilitationsbedarfe erkannt werden.

Insgesamt ist die Überschätzung der Ergebnisse durch die Wahl der Gutachter und der Einrichtungen als gering zu bewerten.

#### **5.4.4 Scheingenauigkeit**

Da die Pflegedokumentation teilweise ungenau oder unvollständig war, die Information durch den Bewohner aufgrund kognitiver Defizite oder anderer Kommunikationsstörungen gering und die zur Informationsergänzung kontaktierten anwesenden Pflegekräfte nicht die Bezugspflegekräfte waren oder wenig Zeit für ein Gespräch mit dem Gutachter hatten, außerdem Angehörige mit gutem Wissen zum Krankheitsverlauf, mit aktuellen Informationen sowie Kenntnissen zur Persönlichkeit kaum anzutreffen waren, muss davon ausgegangen werden, dass die Datenbasis über Erkrankungen, Funktionsschädigungen, Aktivitäten und Teilhabeziele, als auch die Einschätzung der Motivation unscharf ist. Diagnosen wurden im Erhebungsbogen nicht nach deren Schweregrad (z. B. leicht-, mittel- oder hochgradige Demenz) abgebildet. So ist eine differenzierte Aussage zum Gesundheitszustand und die entsprechende Gegenüberstellung der Vergleichsgruppen (LZPF vs. KZPF) nicht möglich. Es bilden sich nur relevante Unterschiede ab, wenn diese ausgesprochen deutlich bzw. das Merkmal nur dichotom beurteilt wird. Dem wird bei zusätzlich kleiner Zahl der Studienpopulation, besonders bei den Gästen der Kurzzeitpflege (N = 138), mit der Rundung der Prozentzahlen auf maximal eine Kommastelle und stetiger Angabe der absoluten Zahlen Rechnung getragen.

#### **5.4.5 Quelle der Information**

Die Hauptquellen der Informationsbeschaffung während der Befragung waren der Bewohner selbst und die an diesem Tag versorgende Pflegefachkraft. Äußerst selten (weniger als 1 %)

konnten Informationen von Vertrauten des Bewohners, wie Familie oder enge Freunde, einbezogen werden. Angaben zu Anamnese und Rehabilitationsbedürftigkeit wurden bei mehr als 50 % der Bewohner der LZPF und mehr als 30 % der Gäste der KZPF allein durch die Pflegefachkraft gemacht. Bei Aktivitäts- und Teilhabezielen war noch häufiger allein die Pflegekraft Informationsquelle (LZPF 60,2 % und KZPF 46,8 %). Angaben nur durch den Bewohner war in der LZPF zu circa 20 % und in der KZPF zu 30 % möglich. Bei den restlichen Bewohnern erfolgte die Beschaffung der Informationen durch mehrere Quellen, zumeist Bewohner und Pflegekraft. Anders bei der Rehabilitationsfähigkeit: Hier waren fast 60 % der Bewohner in LZPF und mehr als 50 % der Gäste der KZPF in der Lage, die Informationen allein zu kommunizieren. Unterschiede bei den Bewohnern der Kurz- und Langzeitpflege bestanden demnach kaum, außer, dass die Pflegefachkräfte für die Gäste der KZPF insgesamt weniger häufig alleinige Informationsgeber waren, aber oft Bewohner und Pflegekraft zusammen Angaben machten.

Leider waren zum Zeitpunkt der Erhebung nicht immer alle Bezugspfleger vor Ort beziehungsweise gab es auch Probleme bezüglich der Zeitkapazitäten des Pflegepersonals für Gespräche mit den Gutachtern.

Die Gutachter hatten außerdem Einblick in die Pflegedokumentation einschließlich verfügbarer Epikrisen und Hausarzteinträge. Besonders im Kapitel 3 des Erhebungsbogens „Rehabilitationsrelevante Diagnosen“ (siehe Anlage Erhebungsbogen) ist eine Ungenauigkeit zu vermuten, da nicht zu jedem Bewohner aktuelle Epikrisen mit gesicherten Diagnosen vorlagen. Auch bei den Einträgen des Hausarztes handelte es sich teilweise um deklarierte unspezifische und ungesicherte Diagnosen.

#### **5.4.6 Teilnehmerquote und Non-Response-Bias**

Die Teilnehmerquote lag im Mittel bei 74 %, schwankte aber in den Einrichtungen zwischen 49,4 % und 100 %. Gründe für eine Nichtteilnahme waren generelles Desinteresse, die Befürchtung es wäre nur Anstrengung ohne persönlichen Benefit oder die Teilnahme wäre zu belastend. Ein weiterer Grund bestand darin, dass gesetzliche Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigte, auch bei mehrmaligen Kontaktversuchen, nicht erreichbar waren beziehungsweise sich nicht zurückmeldeten, dadurch fehlen möglicherweise systematisch stärker kognitiv eingeschränkte Personen in der Studienpopulation.

Zusätzlich wurden die Informationen über die Studie und auch die Einwilligungserklärung in unterschiedlicher Form an den vorher zufällig ausgewählten Heimbewohner herangetragen. In einer Einrichtung wurde dies durch die Pflegekraft erledigt, in einer anderen durch den später begutachtenden Facharzt. Hier muss man von einem höheren Interesse an der Studienteilnahme beim Facharzt ausgehen, der sicherlich kompetenter, differenzierter und diplomatischer das Informationsgespräch führen konnte.

Ein Non-Response-Bias gilt als Positivselektion der Stichprobe, die eine Überhöhung des Ergebnisses zur Folge hat. Um diese Art der Ergebnisverzerrung einschätzen zu können, muss eine Non-Response-Analyse (siehe Kapitel 4.13) durchgeführt werden. Für diese Studie lagen für die Nichtteilnehmer aufgrund von Datenschutz keine weiteren Angaben vor. Deswegen konnte durch die Gutachter keine Einschätzung einer möglichen Rehabilitationsindikation erfolgen. Es wurde nun die Bezugspflegekraft des Nichtteilnehmenden befragt, ob sie sich für diesen Heimbewohner eine Rehabilitation durchaus vorstellen könnte, eine Rehabilitationsindikation eher unwahrscheinlich ist oder es nicht beurteilbar wäre. Natürlich ist die Aussage der Bezugspflegekraft nicht zu vergleichen mit der Rehabilitationsempfehlung eines ärztlichen Gutachters, der über langjährige Erfahrung verfügt, die Rehabilitationskriterien berücksichtigt und für diese Studie geschult wurde. Trotzdem weisen die Ergebnisse der Non-Response-Analyse darauf hin, dass es sich bei den Nichtteilnehmenden um Heimbewohner handelt, die durchaus einen Rehabilitationsbedarf haben können, und damit die Verzerrung durch Nichtteilnahme begrenzt ist.

#### **5.4.7 Erhebungsbögen**

Trotz der Schulungen zur Ausfüllung des Erhebungsbogens kam es doch zu Missverständnissen im Verlauf dieser Untersuchung. Es kristallisierte sich heraus, dass je weiter hinten im Bogen Informationen abgerufen wurden, diese Bereiche umso seltener ausgefüllt waren. Bestätigt wurde dies in der Thinking loud-Analyse. Ebenso waren nach einem vorzeitigen Abbruch der Erhebung (z.B. bei fehlender Rehabilitationsfähigkeit) die Verweise zur letzten Seite mit dem Kapitel „Fallabschließende Empfehlung“ nicht immer eingängig.

Die Kategorisierung der Teilhabeziele und die Erstellung von Listen mit Ankreuzmöglichkeit erfolgte, um bessere Auswertungsmöglichkeiten zu haben. Es gibt jedoch sehr viele individuelle komplexe Schädigungsmuster auf allen Ebenen, ebenso wie sehr individuelle realisierbare Rehabilitationsziele. Es ist daher ausgesprochen schwierig, hier zu kategorisieren und dabei dem Individuum gerecht zu bleiben. Es wird immer einen freitextlichen individuellen Passus in den Rehabilitationsanträgen geben müssen, um den Rehabilitationsbedarf dem Leistungsträger klarzumachen.

Bezüglich der Diagnosen, der Struktur- und Funktionsschädigung auf Körperebene und Beschwerden der Heimbewohner wurden keine Angaben zum Ausmaß der Erkrankung oder Schädigung aufgenommen. Dies erschwert die Auswertbarkeit und birgt Ungenauigkeiten bei der Beschreibung der Krankheitslast der Heimbewohner. Außerdem besteht hier eine Minderung der Transparenz der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Rehabilitationsempfehlung. Dies wurde in der MDK-Prüfung (siehe Kapitel 3.7.1) ebenfalls deutlich. Es konnte in einigen Fällen nur mit Nachfragen an den Gutachter, also nicht allein aufgrund der Informationen des Erhebungsbogens, die Entscheidung für oder gegen eine Rehabilitationsindikation getroffen werden. Die Ärzte des MDK kritisierten die fehlende Genauigkeit bezüglich des aktuellen

körperlichen und psychischen Zustandes des Studienteilnehmers, außerdem auch die fehlende Chronologie des Krankheitsverlaufes.

Das Abarbeiten des Filtermodells war für diese Erhebung zur Transparenzerhöhung notwendig, wird sich aber im Alltag aufgrund des Umfangs und der Kategorisierungen kaum durchsetzen können.

Es ist festzustellen, dass trotz der in Kapitel 3.6 genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung des Verfahrens zur Feststellung einer Rehabilitationsindikation unter Bezugnahme auf den Erhebungsbogen und das oben genannte Filtermodell, das Begutachtungsinstrument dieser Studie nicht validiert und die Reliabilität unbekannt ist.

#### **5.4.8 Allokationsempfehlung**

Es ist wahrscheinlich, dass durch die Bekanntheit der MoGeRe im Heim und beim Gutachter diese mehr als Rehabilitationsoption wahrgenommen wird als bei Gutachtern ohne MoGeRe-Erfahrung in Pflegeheimen ohne MoGeRe-Anschluss. Das bedeutet aber nur, dass es bei dieser Konstellation zu keiner Rehabilitationsindikation kommt und damit der „echte“ Bedarf nicht erkannt würde.

### **5.5 Diskussion der Ergebnisse**

#### **5.5.1 Studienpopulation**

Die teilnehmenden Bewohner der Langzeitpflege ähneln in Pflegestufenverteilung, Alter und Geschlechtsverteilung den Pflegeheimbewohnern in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2017a, 2017b). Bei den Gästen der Kurzzeitpflege sind bezüglich der Pflegebedürftigkeit die Aussagen in dieser Studie eingeschränkt, da bei hoher Antragsquote auf Pflegestufe oder Höherstufung nicht davon auszugehen ist, dass die erhobenen Pflegestufen der aktuellen Pflegebedürftigkeit entsprechen. Die häufigste Diagnose in der LZPF war die Demenz, wobei das Ausmaß der Erkrankung nicht bekannt ist. Die häufigsten Diagnosen in der KZPF waren Gangstörungen und Hypertonus. In der Langzeitpflege wurden häufiger Psychopharmaka und Analgetika verordnet. Die meistgenannte Beschwerde in beiden Untersuchungsgruppen war die Gangstörung gefolgt von Urininkontinenz, Gedächtnisstörung und Belastungsminderung. Die häufigsten Struktur- und Funktionsschädigungen betrafen das neuromuskuloskelettale System (z. B. Arthrose, Frakturen, Lähmungen) und das Mentale und Emotionale (z. B. Gedächtnis, Orientierung, Depression). In der LZPF waren 5 % (vs. 3,6 % in KZPF) der Bewohner immobil und 5,3 % (vs. 4,4 % in KZPF) nicht fähig zu kommunizieren.

#### **5.5.2 Aktuelle Rehabilitationsaktivität**

Der in dieser Studie ermittelte Anteil der rehabilitationsbedürftigen Heimbewohner mit aktueller Rehabilitationsmaßnahme beläuft sich auf 2,9 % in der LZPF und 17,6 % in der KZPF. Wenn man davon ausgeht, dass nicht rehabilitationsbedürftige Heimbewohner (bei diesen war bei der

Frage nach aktuell laufender Rehabilitationsmaßnahme die Erhebung bereits beendet) auch nicht an Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen beziehungsweise kein Antrag dafür läuft, liegt die Rehabilitationsaktivität aller Bewohner der LZPF bei 1,6 % und in der KZPF bei 10,9 %. Im Barmer GEK Pflegereport 2013 zeigt sich, dass die Rehabilitationsteilnahme im ersten Monat nach Pflegeeintritt und Heimaufnahme bei circa 1,9 % lag, nach zwölf Monaten die Rehabilitationshäufigkeit bei diesen Menschen nur noch ungefähr 0,1 % betrug. 13,5 % der Langzeitbewohner der vorliegenden Reihenuntersuchung, deren Verweildauer im Heim weniger als sechs Monate war, nahmen aktuell an einer Rehabilitationsmaßnahme teil oder es war eine solche beantragt. Für Langzeitbewohner, die 24 Monate oder länger im Pflegeheim betreut wurden, lag die Häufigkeit der aktuellen Rehabilitation bei 1,0 %! Somit wurden mit dieser Studie die Ergebnisse aus dem Barmer GEK Pflegereport 2013 (Rothgang et al., 2013) bestätigt. Deutlich zeigt sich nach stationärer Behandlung ein Anstieg der Rehabilitationsmaßnahmen sowohl in der KZPF als auch in der LZPF. Stationäre Behandlung kann Ausdruck einer neuen Struktur- oder Funktionsschädigung sein, die Rehabilitation notwendig macht. Vermutlich wirkt sich ein Krankenhausaufenthalt positiv auf die Erkennung von Rehabilitationsbedarf aus und ist sogar nötig, um bei vorbestehender Indikation an eine Rehabilitationsmaßnahme zu kommen.

### **5.5.3 Rehabilitationsbedürftigkeit**

59 % der Bewohner in LZPF und 62,3 % der Gäste der KZPF sind rehabilitationsbedürftig. Die Rehabilitationsbedürftigkeit ist in der LZPF weder von Alter, Geschlecht noch stationärer Vorbehandlung in den letzten drei Monaten vor Erhebung abhängig. Doch steigt sie mit zunehmender Pflegebedürftigkeit von 11,8 % (PS 0) auf 67,9 % (PS 2) und 66,9 % (PS 3) an. Zur LZPF differierend gibt es in der KZPF einen erhöhten Anteil Rehabilitationsbedürftiger im Alter von 80 bis 89 Jahren (> 80 %) und mehr Rehabilitationsbedürftigkeit bei den poststationären Fällen.

### **5.5.4 Rehabilitationsfähigkeit**

In dieser Reihenuntersuchung war ein Heimbewohner rehabilitationsfähig, wenn für mindestens eine Rehabilitationsform ausreichende Belastbarkeit, Motivation und Mobilität vorhanden ist. Es war zum einen deutlich zu erkennen, dass alle drei Kriterien in hohem Maße für die mobile geriatrische Rehabilitation positiv beantwortet wurden, und zum anderen, dass einer der größten Filterfaktoren auf dem Weg zur Rehabilitationsindikation die Motivation beziehungsweise Motivierbarkeit der Heimbewohner ist. Es war allerdings nicht innerhalb eines maximal einstündigen Interviews zu erkennen, ob die fehlende Motivation möglicherweise durch eine behandelbare oder sogar rehabilitativ verbesserbare Erkrankung, z. B. Depression, herrührte.

Wie bereits erwähnt, gab es ab 2016 eine Änderung in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (MDS, 2016), die die Motivation nicht mehr der Rehabilitationsfähigkeit zurechnet. Für die zu diesem Zeitpunkt bereits angelaufene Reihenuntersuchung konnten die

neuen Richtlinien nicht berücksichtigt werden. Es war jedoch möglich, die Rehabilitationsfähigkeit der Studienteilnehmer ohne das Kriterium Motivation zu berechnen. Wie vermutet, erhöht sich dadurch der Anteil rehabilitationsfähiger Bewohner drastisch: In der LZPF um fast 40 % auf 82,6 % und in der KZPF um 25 % auf 90,2 % der rehabilitations-bedürftigen Studienteilnehmer.

Die rehabilitationsbedürftigen Heimbewohner wurden auch nach ihrer Bereitschaft gefragt, ob sie jetzt an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen würden. Im Ergebnis ist jeder dritte Bewohner der LZPF und jeder zweite Gast der KZPF bereit dafür.

Neben der Rehabilitationsfähigkeit war die Rehabilitationsbedürftigkeit einer der größten Filter auf dem Weg zur Rehabilitationsindikation.

### **5.5.5 Rehabilitationsziele**

Realistische Rehabilitationsziele, das heißt Ziele, die mit einer multimodalen ärztlich geleiteten Komplextherapie in circa drei Wochen erreicht werden können, lagen bei 94,1 % der rehabilitationsfähigen Pflegeheimbewohner in Langzeitpflege und 84,9 % der Rehabilitationsfähigen in der Kurzzeitpflege vor. Bemerkenswert ist, dass insbesondere die individuellen Teilhabeziele zu einem großen Teil durch die Bezugspflege angegeben wurden. Es wird davon ausgegangen, dass eine enge Bezugsperson, die fast täglich Kontakt zum Bewohner hat, einschätzen kann, was diesem an selbstbestimmter Teilhabe wichtig ist. Dennoch ist es eine Interpretation von Zielen mit der Gefahr von Missverständnissen. Trotzdem wurden die Ziele, die nicht durch den Bewohner selbst formuliert wurden, in dieser Studie als individuelle Ziele aufgenommen und berücksichtigt.

### **5.5.6 Rehabilitationsprognose**

Bei allen rehabilitationsfähigen Bewohnern mit realistischen Rehabilitationszielen ist die Rehabilitationsprognose zwischen 99,3 % und 100 % positiv. Die Prognose stellt in dem angewendeten Stufenmodell damit keinen nennenswerten Filter dar.

### **5.5.7 Allokationskriterien**

Herausragend ist, dass 84,5 % der Bewohner der LZPF und 44,4 % der Gäste der KZPF bei positiver Rehabilitationsprognose diese an das gewohnte und ständige Lebensumfeld gebunden ist. Das heißt, es besteht nur eine Rehabilitationsindikation, wenn die Rehabilitation nicht mit einem Ortswechsel, z. B. zur Rehabilitationsklinik, verbunden ist. Laut den Rahmenempfehlungen für mobile geriatrische Rehabilitation sind dafür besonders Menschen mit folgenden Einschränkungen prädestiniert: Erhebliche Einschränkung in Kognition, Verhalten, Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion oder Seh- und Hörfunktion. Circa 60 % der Bewohner in LZPF mit positiver Rehabilitationsprognose sind erheblich kognitiv eingeschränkt. Verhaltensauffällig in erheblichem Maße sind circa 40 % der Langzeitbewohner mit positiver Rehabilitationsprognose. Im Filtermodell auf der Stufe der positiven Rehabilitationsprognose

befindlichen Gäste der KZPF sind circa 40 % erheblich kognitiv und ebenso viele erheblich im Verhalten eingeschränkt.

Ein ausdrücklicher MoGeRe-Wunsch bestand bei 77,4 % der Bewohner in LZPF und 60 % der Gäste der KZPF mit positiver Rehabilitationsprognose.

Die fallabschließende Allokation zur MoGeRe war für die LZPF 85,8 % aller Indikationen und für die KZPF 53,4 % aller Indikationen.

Laut SGB IX hat jeder Mensch mit Rehabilitationsindikation unter Einhaltung der Rahmenempfehlungen für MoGeRe ein Recht auf mobile geriatrische Rehabilitation.

Wie es sich hier darstellt, haben 19,5 % der Bewohner der LZPF und 17,4 % der Gäste der KZPF eine Rehabilitationsindikation für mobile geriatrische Rehabilitation. Es ist davon auszugehen, dass es ähnliche Werte für die meisten Pflegeheime in Deutschland gibt. Würde dieser Bedarf auch nur ansatzweise erkannt werden, was bisher nicht der Fall ist, wäre im Weiteren diese Rehabilitation in den meisten Fällen aufgrund des fehlenden flächendeckenden Angebots von MoGeRe (Schmidt-Ohlemann, 2017) nicht möglich! Rehabilitation scheitert also nicht nur an der fehlenden Bedarfserkennung (Rothgang et al., 2014), Antragstellung oder Genehmigung durch den Kostenträger und an der fehlenden Motivation des Rehabilitationsbedürftigen, sondern auch an dem fehlenden Angebot von indizierten Rehabilitationsmaßnahmen!

### **5.5.8 Der Rehabilitationsbedarf der Studienpopulation**

Der Rehabilitationsbedarf der Studienpopulation liegt bei unglaublichen 22,7 % in der LZPF und 32,6 % in der KZPF. Im Vergleich zu den Zahlen der aktuellen Inanspruchnahme von Rehabilitation in der Studienpopulation (LZPF 1,6 %, KZPF 10,9 %) zeigt das Ergebnis für die hier untersuchten Heimbewohner eine deutliche Versorgungslücke an Rehabilitationsmaßnahmen. Ursächlich dafür kann in dieser Studie nicht das fehlende MoGeRe-Angebot sein, sondern muss in der Bedarfserkennung, der fehlenden Antragsstellung oder der fehlenden Rehabilitationsgenehmigungen durch den Kostenträger liegen. Leider kann dieser Sachverhalt anhand der vorliegenden Daten nicht weiter geklärt werden und bedarf dringend weiterer Forschung, um wirksame Veränderungen vornehmen zu können. In der Literatur ist die Häufigkeit von Rehabilitation nicht nur vom Aufenthaltsort Pflegeheim abhängig (fast keine Rehabilitation mehr nach zwölf Monaten stationärer Pflege), sondern auch von Alter und Pflegebedürftigkeit. Je älter ein Mensch ist, desto weniger Rehabilitation wird verordnet. Es werden bei Schwerstpflegebedürftigen deutlich weniger Rehabilitationen durchgeführt als bei Menschen mit PS 1 oder 2 (Rothgang, et al., 2013). Das Geschlecht zeigt keine eindeutige Tendenz.

In dieser Untersuchung zeigt sich aber, dass in der LZPF der Rehabilitationsbedarf bei PS 2 am höchsten ist (29,2 %), der Bedarf in der Gruppe mit PS 3 immerhin bei 16,5 % liegt! Dies ist weit mehr im Vergleich zu den geschätzten Rehabilitationsbedarfen aus den Routinedaten der Krankenkassen oder den wirklich verordneten Rehabilitationen.

Auch die Altersabhängigkeit des Rehabilitationsbedarfes ist bei den Langzeitbewohnern dieser Studie nicht nachweisbar. Lediglich die Heimbewohner, die älter als 95 Jahre waren, lagen mit „nur“ 12,7 % Rehabilitationsindikationen etwas niedriger.

#### **5.5.9 Rehabilitationsbedarf nach Verweildauer**

Im Barmer GEK Pflegereport 2013 wird berichtet, dass mit zunehmender Verweildauer in stationärer Langzeitpflege Rehabilitationsmaßnahmen kaum mehr stattfinden (ca. 0,1 %) (Rothgang et al., 2013). Diese Untersuchung ergab, dass sich die ermittelten Rehabilitationsbedarfe zwischen 21 % und 26 % bewegen, egal ob es sich um die Bewohner handelt, die erst seit drei oder schon seit 36 Monaten im Heim versorgt wurden. Damit ist zumindest für die Studienpopulation eindeutig festzustellen, dass im Gegensatz zu den Untersuchungen im Rahmen des Barmer GEK-Pflegereports 2013 und den aktuell durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen bei der Studienpopulation die Verweildauer in vollstationärer Pflege keinen Einfluss auf den tatsächlichen „echten“ Rehabilitationsbedarf hat.

#### **5.5.10 Rehabilitationsbedarf und Krankenhausaufenthalt**

Eine stationäre Vorbehandlung in den letzten drei Monaten traf auf 17,2 % der Bewohner in LZPF und 65,2 % der Gäste der KZPF zu. Davon waren jeweils ca. 90 % akutstationäre Behandlungen. In dieser Erhebung zeigt sich, dass die aktuelle Teilnahme an Rehabilitation deutlich von einer vorherigen stationären Behandlung abhängt. In der LZPF nehmen 13,3 % aktuell an einer Rehabilitation teil, wenn eine stationäre Behandlung (zumeist akutstationär) in den letzten drei Monaten stattfand vs. 0,7 % aktuelle Rehabilitation ohne stationäre Behandlung in den letzten drei Monaten. In der KZPF zeigt sich dies noch eindrücklicher: 43,0 % der nachstationären Patienten und 10,9 % der Bewohner, die vor der KZPF ambulant versorgt wurden, nehmen aktuell an einer Rehabilitationsmaßnahme teil oder es ist eine solche für sie beantragt. Bedeutet dies, dass die Rehabilitationsbedürftigkeit und der echte Rehabilitationsbedarf nach einem Krankenhausaufenthalt wahrscheinlicher ist? Oder dass der Rehabilitationsbedarf im Krankenhaus besser erkannt wird? Dazu ist festzustellen, dass die Rehabilitationsbedürftigkeit der Studienteilnehmer in der LZPF nicht durch eine vorherige stationäre Behandlung beeinflusst wird. In der KZPF ist die Rehabilitationsbedürftigkeit bei den Heimbewohnern mit vorheriger Behandlung in den letzten drei Monaten deutlich höher (70 % vs. 47,9 %). Entsprechend bringt das Ergebnis zum Ausdruck, dass in der LZPF auch schon vor einem möglichen Krankenhausaufenthalt eine Rehabilitationsbedürftigkeit in hohem Maße besteht. Für die Gäste der KZPF scheint die Rehabilitationsbedürftigkeit mit einem Krankenhausaufenthalt zuzunehmen. Als Gründe wären hier neue Schädigungen von Struktur und Funktion des Körpers aufgrund der akuten Erkrankungen zu nennen.

Der Rehabilitationsbedarf hingegen scheint bei der Studienpopulation durchaus von einer vorherigen stationären Behandlung abzuhängen, wobei dies wesentlich stärker in der KZPF zu

beobachtet ist. Dies kann dadurch erklärt werden, dass möglicherweise ein Akutereignis mit Krankenhausaufenthalt und anschließender Rehabilitationsindikation wie Schlaganfall oder Schenkelhalsfraktur eingetreten ist. Dadurch besteht zum Beispiel ein Rehabilitationsbedarf vor Ablauf der Vierjahresfrist nach stattgehabter Rehabilitation.

#### **5.5.11 Varianz der Ergebnisse**

Für den Rehabilitationsbedarf liegt die einrichtungsbezogene Varianz zwischen 0 % und 43,8 %. Die Erklärungen dafür sind eher durch einrichtungsbezogene Besonderheiten als durch die Persönlichkeit des Gutachters zu erklären (siehe Kapitel 5.4). Es handelt sich um echte Unterschiede. Hinzu kommt, dass es in manchen Heimen nur sehr wenig teilnehmende Bewohner (N = 9) gab, da für diese Heime nur geringe Fallzahlen entsprechend der Standortgröße geplant wurden (vgl. Kapitel 3.4 und 3.5). Hier ist die Zufallsschwankung bedeutend größer. Sieht man die Rehabilitationsindikationen standortbezogen an, liegt die Schwankungsbreite zwischen 17,5 % und 30 %.

Zu diskutieren sind auch saisonale Effekte, z.B. ist zu Weihnachten die Rehabilitationsmotivation sicher geringer als im Frühling. Diese wurden aber letztlich durch die Dauer der Erhebung (September 2015 bis Dezember 2016) ausgeglichen.

#### **5.5.12 Rehabilitationsbedarf bei Demenz**

Der Vergleich des Rehabilitationsbedarfes von deutlich kognitiv eingeschränkten Patienten versus kognitiv gesunder Heimbewohner lässt sich an Hand der Daten nicht darstellen. Der Grund dafür ist, dass weder bei den Diagnosen noch den Funktionseinschränkungen eine Einteilung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung vorgenommen wurde. So sind unter der Diagnose Demenz leicht- bis hochgradige kognitive Einschränkungen subsumiert.

## **6 Zusammenfassung**

### **6.1 Beantwortung der Forschungsfragen**

#### **6.1.1 Rehabilitationsbedarf der Studienpopulation**

Es wurden bei 622 Heimbewohnern in der stationären Langzeitpflege 141 Rehabilitationsindikationen gestellt. Das heißt 22,7 % der teilnehmenden Langzeitbewohner haben einen Rehabilitationsbedarf.

Bei 138 Gästen der Kurzzeitpflege sind es 45 Rehabilitationsindikationen. Entsprechend haben 32,6 % der Gäste der KZPF einen Rehabilitationsbedarf.

#### **6.1.2 Vergleich aktuelle Rehabilitationsmaßnahmen zu gefundenem Bedarf**

Zum Zeitpunkt der Erhebung nahmen 1,6 % (N = 10) der 622 Heimbewohner in LZPF und 10,9 % (N = 15) der 138 Gäste der KZPF an einer Rehabilitationsmaßnahme teil oder es war eine solche für sie beantragt. Im Vergleich zum in der Erhebung festgestellten tatsächlichen

Rehabilitationsbedarf zeigt sich eine sehr große Diskrepanz. Sowohl in der LZPF als auch in der KZPF sind es über 20 Prozentpunkte mehr Rehabilitationsbedarf als Rehabilitation stattfindet.

### **6.1.3 Allokationsempfehlungen**

In der LZPF sind 85,5 % der 141 und in der KZPF 53,4 % der 45 Rehabilitationsempfehlungen mit der Zuweisung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation verbunden. In der KZPF sind außerdem 26,7 % der Rehabilitationsempfehlungen einer stationär geriatrischen und 15,6 % einer teilstationären Rehabilitationsmaßnahme zugewiesen.

### **6.1.4 Rehabilitative Unter-, Über- oder Fehlversorgung?**

Eindrücklich zeigt diese Reihenuntersuchung für die Studienpopulation eine Unterversorgung an Rehabilitation. Der Rehabilitationsbedarf ist deutlich höher als die aktuelle Inanspruchnahme. Die Ursache der Versorgungslücke liegt in der Erkennung des Rehabilitationsbedarfes, der fehlenden Rehabilitationsanträge trotz Bedarfserkennung oder fehlender Rehabilitationsgenehmigungen durch die Krankenkasse (beziehungsweise der zuständigen Kostenträger). Die differenzierte Ursachenforschung kann mit den vorliegenden Daten leider nicht durchgeführt werden. Nimmt man an, die Ergebnisse dieser Studie sind nur ansatzweise auf alle bundesweiten Pflegeheime übertragbar, würden aufgrund der vielen Rehabilitationsempfehlungen für mobile geriatrische Rehabilitation bei nur sehr wenigen MoGeRe-Standorten in Deutschland, selbst wenn der Bedarf erkannt wäre, Anträge gestellt und Kostenträger genehmigen würden, keine Rehabilitationen stattfinden können!

## **6.2 Schlussfolgerungen**

Das Ergebnis dieser Studie legt nahe, dass die Erkennung von Rehabilitationsbedarf oder die Umsetzung indizierter rehabilitativer Maßnahmen unzureichend ist.

### **6.2.1 (Frühzeitige) Erkennung von Rehabilitationsbedarf fördern**

Aufgrund der bei dieser Studienpopulation, trotz oben genannter Limitationen, eindeutig dargestellten Diskrepanz zwischen tatsächlichem Rehabilitationsbedarf und aktueller Rehabilitationsinanspruchnahme, ist es notwendig zu überlegen, warum der Bedarf scheinbar nicht ausreichend erkannt wird. Selbst wenn man die Bewohner mit Rehabilitationsindikation nur für MoGeRe nicht berücksichtigt, liegen die festgestellten Rehabilitationsbedarfe in dieser Studie für die Langzeitpflege doppelt so hoch (3,2 % vs. 1,6 %) und für die Kurzzeitpflege über ein Drittel höher (14,9 % vs. 10,2 %) als die real stattfindenden Rehabilitationen. Bei der Auswertung der Basisdokumentation der MoGeRe zeigt sich, dass MoGeRe-Zuweisungen aktuell am häufigsten nach Krankenhausaufenthalt stattfinden und verschwindend gering über andere Wege beantragt werden (Pippel et al., 2016). Allerdings bleibt es zu klären, ob dies am Nichterkennen des Bedarfs, am Nichtausfüllen des Antrages oder der fehlenden Genehmigung durch die Kostenträger liegt.

Um den Rehabilitationsbedarf bei Pflegeheimbewohnern sicherer zu erkennen, bedarf es neben Schulungen, Fortbildungen, Sensibilisierung des MDK bei der Pflegebegutachtung und der ambulanten Vertragsärzte auch der Einbindung von Pflegekräften oder Bezugspersonen in den Erkennungsprozess. Dies ist im Pflegeheim vorstellbar, indem ein kontinuierliches Screening auf Rehabilitationsbedarf, wie es auch in Bezug auf den Pflegebedarf angewandt wird, erfolgt. Auch sollten die Bezugspflegekräfte und ambulanten Therapeuten gestärkt werden, möglichen Rehabilitationsbedarf an die Hausärzte weiterzuleiten.

### **6.2.2 Zugang zur Rehabilitation erleichtern**

In der Vergangenheit wurden bereits einige Maßnahmen zur Erleichterung des Zugangs zur Rehabilitation ergriffen. Seit 2016 darf jeder Vertragsarzt Rehabilitation verordnen, davor war dies nur den entsprechend qualifizierten Ärzten möglich. Im gleichen Zuge wurde das Antragsformular für Rehabilitation (Muster 61A) gekürzt, in der Hoffnung durch kürzere Bearbeitungszeit eine Steigerung der Antragshäufigkeit für Rehabilitation durch die ambulanten Ärzte zu erreichen.

Tatsächlich sollte beforscht werden, ob die Vermutung, dass nach Erkennung des Rehabilitationsbedarfes keine Rehabilitation beantragt wird, aktuell zutrifft. Und wenn dies zutrifft, welche Gründe es dafür gibt und wie man diesen begegnen könnte.

Eine Studie des IGES Institut (IGES Institut, 2017) zeigt bei Auswertungen von amtlichen Daten der Krankenkassen aus dem Jahre 2015, dass fast jeder fünfte Antrag auf Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation erstinstanzlich abgelehnt wurde. Dabei bestehen zwischen den Krankenkassen hohe Schwankungen und es wird erwähnt, dass besonders hohe Ablehnungsquoten explizit ältere und chronisch kranke Patienten betreffen. Es ist dringend erforderlich die Bewilligungspraxis der Kostenträger weiter zu dokumentieren und auszuwerten, um gegebenenfalls regulatorisch eingreifen zu können.

### **6.2.3 Ausbau von Standorten der MoGeRe**

Es ist unverständlich, warum bei hohem und im Rahmen des demographischen Wandels wahrscheinlich steigendem MoGeRe-Bedarfs, die Wachstums- und Verbreitungstendenz von MoGeRe-Standorten so niedrig ist. Trotz aller politischen Bemühungen, die mobile Rehabilitation zu stärken, gibt es bis Ende 2016 lediglich 14 MoGeRe-Standorte, vereinzelt auch mobile neurologische Rehabilitation beziehungsweise mobile indikationsübergreifende Rehabilitation. Es gibt lokale Expansionsbestrebungen und vereinzelt die Planung neuer Standorte. Ursachen dafür werden postuliert und sind bereits in Kapitel 1.3.7 benannt. Hier bedarf es intensiver Ursachenklärung, um entsprechende Maßnahmen ergreifen zu können, diese Art der Rehabilitation bedarfsgerecht in ganz Deutschland einsetzen zu können.

#### **6.2.4 Neue Konzepte zur Förderung von Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe**

Wäre eine zeitlich weitergefasste Rehabilitation (zum Beispiel sechs Monate) wirksam und nachhaltig und könnte zusätzliche Pflegeleistungen senken? Würde dadurch der Rehabilitationsbedarf noch steigen, da aktuell eine Rehabilitation nicht indiziert ist, wenn in drei Wochen ein individuelles Rehabilitationsziel nicht erreicht werden kann?

Wäre eine intensive bedarfsgerechte und multimodale Heilmittelversorgung für Heimbewohner (aber auch alle anderen chronisch Pflegebedürftigen) wirksam und nachhaltig?

Ist eine rehabilitative Kurzzeitpflege für Menschen an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit oder vor Pflegeheimaufnahme denkbar, um Pflegebedürftigkeit oder stationäre Pflege zu verhindern?

Eine Rehabilitation durch Pflege ist bereits in die Rehabilitationsmaßnahmen als rehabilitative (aktivierende) Pflege involviert. Diese in den Pflegealltag zu integrieren wäre ein hohes Ziel, welches aber aufgrund des Pflegekräftemangels derzeit unrealistisch erscheint.

#### **6.2.5 Erforschung neuer Methoden und Instrumente im Bereich der klinisch-epidemiologischen Studien**

Diese Studie unterlag vielen Limitationen. Es ist zwar davon auszugehen, dass die Ergebnisse aufgrund der Eindringlichkeit, relevant und richtungsweisend sind, doch ist die Repräsentativität und statistische Signifikanz eingeschränkt. Die Forschung bezüglich eines Kollektivs von Menschen mit sehr individuellen Lebens- und Krankheitskonstellationen ist derzeit nur mit Limitationen möglich und kann allenfalls sehr eingeschränkt standardisiert durchgeführt werden. Zu oft sind individuelle Besonderheiten zu berücksichtigen. Hier bedarf es der Methodenforschung als auch der Entwicklung neuer Instrumente zur Erfassung wichtiger Merkmale der einzelnen Studienteilnehmer, um Studienergebnisse signifikant und repräsentativ zu erhalten und dann gegebenenfalls entsprechende Veränderungen bewirken zu können.

#### **6.2.6 Erforschung der Wirksamkeit von Rehabilitation bei Pflegebedürftigen**

Um positive Veränderungen für die Rehabilitation bei Pflegebedürftigen im Sinne der oben genannten Punkte dieses Kapitels erreichen zu können ist es dringend notwendig, die nachhaltige Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen bei Pflegebedürftigen in statistisch belastbaren Studien nachzuweisen.

## 7 Literaturverzeichnis

**Bundesministerium für Arbeit und Soziales** (Hrsg.) (2017) Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Bonn. Artikelnummer A990, S. 76. Eingesehen am: 24.01.2018.

[https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a990-rehabilitation-und-teilhabe-deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a990-rehabilitation-und-teilhabe-deutsch.pdf?__blob=publicationFile)

**BMG** (2014) Öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Rahmen der Ressortforschung zum Thema Mobile Geriatrische Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege. S. 2 f. Eingesehen am 05.10.2015.

[http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Resources/a\\_dokumente/gesundheitsforschung/Bekanntmachung\\_mobile\\_geriatrischeReha\\_.pdf](http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Resources/a_dokumente/gesundheitsforschung/Bekanntmachung_mobile_geriatrischeReha_.pdf)

**Breuninger K** (2017) Symposium der BAG Mobile Rehabilitation e.V. // Vom Projekt Reha XI ins Pflegestärkungsgesetz II Berlin 26. 01 2017. S 16. Eingesehen am 23.09.2017.

[http://www.dvfr.de/fileadmin/user\\_upload/DVfR/Downloads/Veranstaltungen/170126\\_MoRe/Breuninger\\_Symposium\\_BAG\\_MoRe\\_2017.pdf](http://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Veranstaltungen/170126_MoRe/Breuninger_Symposium_BAG_MoRe_2017.pdf)

**Diakonisches Werk der EKD** (Hrsg.) Mobile Rehabilitation Ein neues Konzept der Teilhabesicherung. Diakonie Texte, Handreichung, 2008, ISBN 978-3-937291-84-0, S. 16

**DIMDI** (Hrsg.) (2005) ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Eingesehen am:10.11.2017.

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>

**G-BA** (Hrsg.) (2014) Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). §§ 7-10. Gültigkeit von 27.06.2014 bis 31.03.2016. Eingesehen am: 24.3.2016.

[https://www.g-ba.de/downloads/62-492-882/RL-Reha\\_2014-04-17.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-882/RL-Reha_2014-04-17.pdf)

**G-BA** (Hrsg.) (2015) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschlusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). Anlage 1. Gültigkeit von 01.04.2016 bis 08.06.2017. Eingesehen am: 04.05.2017.

[https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1128/RL-Reha\\_2015-10-15\\_iK-2016-04-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1128/RL-Reha_2015-10-15_iK-2016-04-01.pdf)

**G-BA** (Hrsg.) (2017) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL). S. 4. Gültigkeit von 17.02.2017 bis 02.10.2018. Eingesehen am: 04.01.2018.

[https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1352/HilfsM-RL\\_2016-11-24\\_iK-2017-02-17.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1352/HilfsM-RL_2016-11-24_iK-2017-02-17.pdf)

**GKV-Spitzenverband** (Hrsg.) (2010) Umsetzungshinweise/Übergangsregelungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation. Eingesehen am 15.6.2017.

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/rehabilitation/m\\_reha/2016\\_04\\_06\\_Eckpunkte\\_mobile\\_Reha\\_final.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/m_reha/2016_04_06_Eckpunkte_mobile_Reha_final.pdf)

**GKV-Spitzenverband** (Hrsg.) (2016) Eckpunkte für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation. S. 5 f. Eingesehen am 02.06.2017.

[https://www.gkv-Spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/rehabilitation/m\\_reha/2016\\_04\\_06\\_Eckpunkte\\_mobile\\_Reha\\_final.pdf](https://www.gkv-Spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/m_reha/2016_04_06_Eckpunkte_mobile_Reha_final.pdf)

**GKV-Spitzenverband, MDS** (Hrsg.) (2013) Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. S. 89. Gültigkeit von 08.06.2009 bis 31.12.2016. Eingesehen am: 24.03.2016.

<http://www.paritaet-alsopfleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/fachinformationen-pflege-oeffentlich/5932-bri-pflege-2013-08-07/file>

**GKV-Spitzenverband, MDS** (Hrsg.) (2016) Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem elften Buch des Sozialgesetzbuches. Gültigkeit seit 01.01.2017 zuletzt geändert 31.03.2017. Eingesehen am: 27.06.2017.

[https://www.pflegebegutachtung.de/fileadmin/dokumente/AA\\_Website\\_NBA/Beg-Richtlinie/17-07-17\\_BRi\\_Pflege.pdf](https://www.pflegebegutachtung.de/fileadmin/dokumente/AA_Website_NBA/Beg-Richtlinie/17-07-17_BRi_Pflege.pdf)

**Grune K** Katamnese nach mobiler geriatrischer Rehabilitation in fünf Zentren stationärer und Kurzzeit-Pflege. Eine multizentrische prospektive Studie. Diss. 2018 (unveröffentlicht)

**IGES Institut** (Hrsg.) (2017) Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. S 141 f. Eingesehen am 2.5.2018.

[https://www.patientenbeauftragter.de/images/20170623\\_leistung/20170623\\_Studie\\_Leistungsbe-willigungen-ablehnungen.pdf](https://www.patientenbeauftragter.de/images/20170623_leistung/20170623_Studie_Leistungsbe-willigungen-ablehnungen.pdf)

**Korczak D, Steinhaue G und Kuczera C** (Hrsg. DIMDI) (2012) Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 122, S. 56. Eingesehen am: 10.11.2017.

[https://portal.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta331\\_bericht\\_de.pdf](https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta331_bericht_de.pdf)

**Küpper-Nybelen J, Ihle P, Deetjen W und Schubert I** (2006) Empfehlung rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der Pflegebegutachtung und Umsetzung in der ambulanten Versorgung. Z Gerontol Geriatr Bd. 39: 104

**Lübke N** (2015) Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen in Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. S. 3 ff. Eingesehen am: 03.04.2016.

[https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten\\_Reha\\_bei\\_Pflegebeduerftigkeit\\_KCG.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCG.pdf)

**Martin N** Verlaufsuntersuchung rehabilitationsbedürftiger Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen nach und ohne mobiler geriatrischer Rehabilitation - eine Primärerhebung des Merkmals selbstbestimmte Teilhabe in fünf Zentren zu drei Zeitpunkten. Diss. 2018 (unveröffentlicht)

**MDS** (Hrsg.) (2012) Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Gültigkeit seit Februar 2012 bis Juli 2016. Eingesehen am: 09.09.2017.

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2012/2012\\_02\\_07\\_Begutachtungsrichtlinie\\_Vorsorge\\_Reha\\_18932.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2012/2012_02_07_Begutachtungsrichtlinie_Vorsorge_Reha_18932.pdf)

**MDS** (Hrsg.) (2016) Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. S. 17-19. Gültigkeit seit Juli 2012 bis Juli 2016. Eingesehen am: 01.02.2016.

[https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/reha/begutachtung/reha\\_begutachtung\\_richtlinie\\_2016.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/reha/begutachtung/reha_begutachtung_richtlinie_2016.pdf)

**MDS** (Hrsg.) (2017) Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Eingesehen am 13.03.2018.

[https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Fachinfo\\_PSG\\_II\\_01.pdf](https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Fachinfo_PSG_II_01.pdf)

**Meinck M, Pippel K, Lübke N** (2016) Mobile geriatrische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung: Konzeptionelle Ausrichtung und Ergebnisse der bundesweiten Basisdokumentation (Teil1) Z Gerontol Geriatr, Ausgabe 3/17

**Pippel K, Meinck M, Lübke, N** (2016) Mobile geriatrische Rehabilitation in Pflegeheim, Kurzzeitpflege und Privathaushalt Settingspezifische Auswertung der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 2). Z Gerontol Geriatr, Ausgabe 4/17: 331

**Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation** (2007). Gültigkeit seit 01.05.2007. S. 7 f. Eingesehen am 14.09.2016.

[https://www.mdsev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/RE\\_MoGeRe\\_070501\\_1\\_.pdf](https://www.mdsev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/RE_MoGeRe_070501_1_.pdf)

**Raspe H** (2003) SGB IX: Bedarfsgerechte Leistung und umfassende Rehabilitation. Zeitschrift für Sozialreform, 50. Jahrgang, Heft 4/5: 446 f

**Rothgang H, Huter K, Kalwitzki T, Mundhenk R** (2014) Reha XI Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung Kurzbericht. Eingesehen am: 11.12.2015.

[file:///C:/Users/fuxe/Downloads/Reha\\_XI\\_Ergebnisse\\_Kurzbericht%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/fuxe/Downloads/Reha_XI_Ergebnisse_Kurzbericht%20(4).pdf)

**Rothgang H, Müller R, Unger R** (2012) Themenreport "Pflege 2030" Was ist zu erwarten-was ist zu tun? S. 6. Eingesehen am 30.05.2017.

[https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP\\_Themenreport\\_Pflege\\_2030.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf)

**Rothgang H, Müller R, Unger R** (Hrsg. Barmer- GEK ) Barmer GEK Pflegereport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23, Asgard-Verlagsservice GmbH, Siegburg, 2013, ISBN: 978-3-943-74488-0, S. 214, 282, 239 f

**Schmidt-Ohlemann Matthias** (2017) Neue Entwicklungen, Indikationsspezifische MoRe, MoRe in Pflegeheimen, flächendeckende Versorgung -Aktueller Stand-. Eingesehen am 06.01.2018.

[http://www.dvfr.de/fileadmin/user\\_upload/DVfR/Downloads/Veranstaltungen/170126\\_MoRe/Schmidt-Ohlemann\\_Symposium\\_BAG\\_MoRe\\_2017.pdf](http://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Veranstaltungen/170126_MoRe/Schmidt-Ohlemann_Symposium_BAG_MoRe_2017.pdf)

**Seger W, Sittaro N-A, Lohse R, Rabba J** (2013) Vergleich von Pflegeverlauf und Sterblichkeit von Pflegebedürftigen mit und ohne medizinische Rehabilitation Hannover Morbiditäts- und Mortalitätspflegestudie. Z Gerontol Geriatr. Bd. 46: 765

**Shuntermann M F** Einführung in die ICD. 2. überarbeitete Auflage, ecomed MEDIZIN, Landsberg, 2007, ISBN 978-3-609-16309-3, S. 13

**Statistisches Bundesamt** (2017a) Knapp 2,9 Millionen Pflegebedürftige im Dezember 2015. Eingesehen am 26.02.2017.

[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17\\_017\\_224p df.pdf?\\_\\_blob=publicationFile - Pressemitteilung vom 16.Januar 2017 - 017 / 17](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_017_224p df.pdf?__blob=publicationFile - Pressemitteilung vom 16.Januar 2017 - 017 / 17)

**Statistisches Bundesamt** (2017b) Pflegestatistik 2015. Eingesehen am 08.01.2018.

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlanderg ebnisse5224001159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlanderg ebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile)

**Wehling M, Burkhardt H** Arzneitherapie für Ältere. 4. Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2016, ISBN 978-3-662-48125-7. S. 287

**Zimmermann M, Richter K** (2010) Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit und im Pflegeheim: aktuelle Versorgungssituation und Bedarfserfassung. Z Gesundheitswesen Bd. 72: 72

## Thesen

1. Die Heimbewohner in LZPF und KZPF unterscheiden sich kaum bezüglich Alter, Geschlechtsverteilung und Diagnosezahl. Die Pflegebedürftigkeit und die Krankheitslast sind nicht vergleichbar.
2. In der KZPF ist die Rehabedürftigkeit nach Krankenhausaufenthalt deutlich höher. In der LZPF ist dieser Effekt nicht zu sehen. Dies spricht für eine erhöhte Rehabilitationsbedürftigkeit in der LZPF schon vor einem Krankenhausaufenthalt.
3. Rehabilitationsfähigkeit besteht vor allem in der LZPF deutlich häufiger für MoGeRe als für ambulante/teilstationäre oder stationäre Rehabilitation. Für die KZPF trifft dies auch zu, aber nicht so drastisch.
4. Die größten Filter auf dem Weg zur Rehabilitationsindikation anhand des Filtermodells sind die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit. Der einschneidendste Faktor auf der Stufe der Rehabilitationsfähigkeit ist die Motivation zur Rehabilitation.
5. Rehabilitationsmaßnahmen werden zum Zeitpunkt der Erhebung von 1,6 % der Pflegeheimbewohner in LZPF und 10,9 % der Gäste der KZPF in Anspruch genommen.
6. Der Rehabilitationsbedarf zeigt sich für die Pflegeheimbewohner, die hier untersucht worden, mit 22,7 % in der LZPF und 32,6 % in der KZPF deutlich höher, als bisher angenommen. Laut Routinedaten der Krankenkassen lag die Schätzung bei 0,4 bis 1,3 %. Der Unterschied zwischen dem festgestelltem „echten“ Rehabilitationsbedarf und der tatsächlichen aktuellen Inanspruchnahme erklärt sich für die Studienpopulation nur durch fehlende Bedarfserkennung, Antragsstellung oder Genehmigung durch die Kostenträger.
7. Fehlende Rehabilitationsbedarfserkennung, -antragsstellung oder Genehmigung einer Rehabilitation scheint insbesondere für die chronisch pflegebedürftigen Heimbewohner ohne stationäre Akutbehandlung innerhalb der letzten drei Monate zuzutreffen.
8. Der Rehabilitationsbedarf der Studienpopulation in der LZPF steigt mit der Pflegebedürftigkeit und dem Alter an. Erst sehr hohes Alter vermindert hier den Rehabilitationsbedarf. Der Rehabilitationsbedarf ist höher nach einer vorangegangenen stationären Behandlung. Dies trifft deutlicher auf die Gäste der KZPF zu. Keinen Einfluss auf den Rehabilitationsbedarf hat das Geschlecht oder die Verweildauer im Pflegeheim.
9. In der LZPF sind 85,8 % und in der KZPF 53,4 % der Rehaindikationen mit der Allokationsempfehlung MoGeRe verbunden, das heißt, dass diese Heimbewohner mit Rehaindikation auf das gewohnte Lebensumfeld während der Rehabilitationsmaßnahme angewiesen sind. Das Angebot von MoGeRe ist jedoch deutschlandweit sehr begrenzt.
10. Rehabilitation scheitert nicht nur an der fehlenden Bedarfserkennung, Antragstellung oder Genehmigung durch die Kostenträger und an der fehlenden Motivation des Rehabilitationsbedürftigen, sondern auch an dem fehlenden Angebot von indizierten Rehabilitationsmaßnahmen!

# Anhang Erhebungsbogen

1

## 1 Sozialanamnese

Stationäre Altenpflege nach SGB XI seit _____ (Einzugsdatum)	Kurzzeitpflege seit _____ Tagen
Geburtsdatum _____	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Erhält Besuch ..... häufig (mehrmals pro Woche)	<input type="checkbox"/> gelegentlich (mehrmals im Monat bis wöchentlich)
..... von wem? <input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Kinder / Enkel <input type="checkbox"/> Andere Bezugspersonen
Aktuelle Eigenaktivität außerhalb des Heimes ..... falls praktiziert	<input type="checkbox"/> Möglich, aber nicht praktiziert <input type="checkbox"/> nicht möglich <input type="checkbox"/> mit personeller Unterstützung
Aktuelle Eigenaktivität innerhalb des Heimes	<input type="checkbox"/> Nimmt an Angeboten der Einrichtung teil <input type="checkbox"/> Nimmt an Angeboten der Einrichtung, nicht teil
Würde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit / Höherstufe nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt, der noch nicht entschieden ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegestufe	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3+
anerkannte Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Grad (GdB) _____ Merkzeichen _____

## 2 Klinische Anamnese – Beschwerden (vor allem im letzten Monat)

<b>Neurologie und Bewegungsapparat</b> <input type="checkbox"/> Sprach-, Sprech-, Stimmstörung <input type="checkbox"/> Schluckstörungen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Apraxie, Ataxie <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen (paretisch, hyperkinetisch u.a.) <input type="checkbox"/> Belastungsminde- rung <input type="checkbox"/> Schwäche <input type="checkbox"/> Gangstörung <input type="checkbox"/> Sturzneigung (mind. 1 Sturz in 3 Monaten) <input type="checkbox"/> Schwindel, Gleichgewichtsstörungen <input type="checkbox"/> Synkopen <b>Kardiopulmonal</b> <input type="checkbox"/> Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Dyspnoe	<b>Mentale Symptome</b> <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen <input type="checkbox"/> Desorientiertheit, Verwirrtheit <input type="checkbox"/> Halluzinatorische Symptome <input type="checkbox"/> Depressive Symptome (auch im Rahmen einer Anpassungsstörung wie path. Trauer) <input type="checkbox"/> Angst, Unruhe <b>Gastrointestinal</b> <input type="checkbox"/> Kauprobleme (einschl. sanierungsbedürftiges Gebiss, Prothesenprobleme) <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen <input type="checkbox"/> Appetitmangel, verminderte Nahrungsaufnahme, Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Durchfall	<b>Schmerzen</b> <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/> WS-Schmerzen <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstige Schmerzen (Kopf, Bauch u.a.) <b>Sinnesorgane:</b> <input type="checkbox"/> Relevante Sehstörung <input type="checkbox"/> Relevante Hörstörung <input type="checkbox"/> Verlust Geschmack/ Riechen <b>Weitere Beschwerden</b> <input type="checkbox"/> Wundheilstörung <input type="checkbox"/> Urinkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz
---	---	---

© Forschungsvorhaben Mobile Geriatrische Rehabilitation - Bedarfsuntersuchung



## Erhebungsbogen zur Bedarfsuntersuchung

Bewohner PID: \_\_\_\_\_  
 Datum, Startzeit: \_\_\_\_\_  
 Einrichtung: \_\_\_\_\_  
 Untersucher ID: \_\_\_\_\_



**Gefördert durch:**  
  
 Bundesministerium für Gesundheit

**Koordination:** Hochschule Bremen  
 Leonore Köhler  
 Neustadtswall 30, 28199 Bremen  
 Telefon: 0421 / 5995 27745  
 Email: leonore.koehler@hs-bremen.de

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Weitere relevante Beschwerden:  
 .....  
 .....

**3 Rehabilitationsrelevante Diagnosen**

<input type="checkbox"/> Keine relevanten Diagnosen		
<b>Internistische Diagnosen:</b> <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz und and. Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> n. insb. VHF <input type="checkbox"/> Arterieller Hypertonus <input type="checkbox"/> PAVK <input type="checkbox"/> Pulmonale Insuffizienz, COPD <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magendarmtrakts <input type="checkbox"/> Erkrankungen Leber, Galle, Pankreas u.a. <input type="checkbox"/> Chronische Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus und Folgen, and. endokrine Erkrankungen <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Malignom	<b>Muskuloskelettales System:</b> <input type="checkbox"/> Degenerative WS-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Arthrosen großer Gelenke <input type="checkbox"/> Zustand nach Frakturen Hüfte, Becken <input type="checkbox"/> Zustand nach sonstige Frakturen untere Extremität <input type="checkbox"/> Zustand nach Frakturen Schulter, Ober- und Unterarm <input type="checkbox"/> Zustand nach TEP Hüfte, Knie <input type="checkbox"/> Zustand nach Beinamputation	<b>Neurologie/Sinnesorgane:</b> <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Hemiparese mit und ohne Neglect <input type="checkbox"/> Tetraparese, Querschnittslähmung <input type="checkbox"/> Neurodegenerative Erkrankungen <input type="checkbox"/> Sprach-/Sprech-Störungsstörung <input type="checkbox"/> Alltagsrelevante Sehstörung <input type="checkbox"/> Alltagsrelevante Hörstörung <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> Spinale/periphere Nervenlähmung <input type="checkbox"/> Epilepsie
<b>Geriatrische Diagnosen:</b> <input type="checkbox"/> Sarkopenie, Frailty <input type="checkbox"/> Multifaktorielle Gangstörungen, Sturzsyndrom <input type="checkbox"/> Urininkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Chronische Wunde/n	<b>Psychiatrie:</b> <input type="checkbox"/> Demenz, alltagsrelevante kognitive Störungen <input type="checkbox"/> Psychiatrische Erkrankungen (Depression, Angststörung, Psychose, Delir u.a.) <input type="checkbox"/> Abhängigkeitskrankheit (Alkohol, Schlafmittel)	<b>Weitere relevante Diagnosen:</b> ..... .....

**4 Bisherige Maßnahmen der Krankenbehandlung** (in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation)

**4.1 Bisherige ärztliche Intervention**

Hausarzt  Facharzt/ärzte - Fachgebiet .....

**4.2 Stationäre Behandlung und Rehabilitation in den letzten 3 Monaten:**

- keine
- Akutkrankenhaus  Ambulante Rehabilitation (§111)
- Tagesklinik (§109)  Stationäre Rehabilitation (§ 111)
- Geriatrische Behandlung nach §109  Mobile Rehabilitation

**4.3 Arzneimitteltherapie**

- Multimedikation (> 5):  Ja  Nein
- Psychopharmaka:  Ja  Nein
- Schmerzmedikation:  Ja  Nein
- Einschätzung: eine Überprüfung ist notwendig  Ja  Nein

**4.4 Hilfsmittel**

Sind Hilfsmittel in den letzten 3 Monaten- soweit in Bezug zur Diagnose - erbracht worden?  Ja  Nein

**Wenn Ja ....**

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie

Einschätzung: Hilfsmittelversorgung ist ausreichend  Ja  Nein

**4.5 Andere Maßnahmen.**

- Psychotherapie  Ja  Nein
- Patientenschulung  Ja  Nein
- Funktionstraining/Rehabilitationssport  Ja  Nein

**4.6 Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

.....

.....

.....

.....

.....

Einschätzung: Hilfsmittelversorgung ist ausreichend  Ja  Nein

**5 Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)**

**5.1 Rehabilitationsrelevante Schädigungen**

Es liegt eine relevante Struktur-/Funktionsschädigung vor  Ja  Nein

Funktionen	Strukturen
<input type="checkbox"/> Mentale und emotionale Funktionen	<input type="checkbox"/> Strukturen des Nervensystems
<input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen und Schmerz	<input type="checkbox"/> Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen
<input type="checkbox"/> Stimm- und Sprechfunktionen	<input type="checkbox"/> Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
<input type="checkbox"/> Schlucken	
<input type="checkbox"/> Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- oder Atmungssystems	<input type="checkbox"/> Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- oder des Atmungssystems
<input type="checkbox"/> Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel oder des endokrinen Systems	<input type="checkbox"/> Strukturen des Verdauungs-, des Stoffwechsel oder endokrinen Systems
<input type="checkbox"/> Funktionen des Urogenitalsystems	<input type="checkbox"/> Strukturen des Urogenitalsystems
<input type="checkbox"/> Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	<input type="checkbox"/> Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
<input type="checkbox"/> Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	<input type="checkbox"/> Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

**5.2. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder der Teilhabe**

	keine Beeinträchtigung/nicht zutreffend	Schwierigkeiten (verfälscht mit Hilfsmittel)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Kommunikation</b> (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b> (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armegebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Reisemobilität</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b> (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Ordnung im Zimmer, Blumen, Zeitung lesen, Alltagsgeräteleihen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Verbalen, Aufrechterhalten der sozialen Integration mit Familie, Bezugspersonen, Kontaktaufnahme mit Fremden, Freundschaften, Vereinsleben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. im Heim, mit Besuch, außerhalb-Aktivitäten, Hobbies, Ehrenamt, Kunst/Kultur, Vereine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige</b> (bitte eintragen z.B. Lernen, Internet, Fernsehen, Telefonie, Skype, Filme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5.3 Rehabilitationsrelevante Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt**

- a. Lage der Pflegeeinrichtung  Pflegeheim stadtnah  Pflegeheim außerhalb/Stadtrand
- b. **Persönliches und familiäres Umfeld** (hier: **besuchsbezogene Kontextfaktoren**)  
 (z. B. Familie ist in alltägliches Leben eingebunden, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahstehenden Angehörigen, Hilfsmittel sind vorhanden, Transferkompetenz)  
 Förderliche Faktoren  
 .....  
 .....  
 Hemmende Faktoren  
 .....  
 .....  
 c. **Soziales Umfeld** (hier: **einrichtungszugehörige und heimspezifische Kontextfaktoren**)  
 (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)  
 Förderliche Faktoren  
 .....  
 .....  
 Hemmende Faktoren  
 .....  
 .....

**5.4. Risikofaktoren**

- Nikotin  Alkoholmissbrauch  Übergewicht  
 Bewegungsmangel  Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch  
 Anderes  
 .....

Es liegt Rehabilitationsbedürftigkeit vor  Ja  Nein → Ende

In Abschnitt 4 (Krankenbehandlung) wurde ein Optimierungsbedarf festgestellt. → gehe zu 5. Abschnitt 11

**6 Bereitschaft zur Inanspruchnahme**

Findet aktuell eine Rehabilitationsmaßnahme statt oder ist beantragt für Sie?  Ja  Nein

Falls Ja ...  
In welcher Form.....

Wenn jetzt eine Rehabilitationsmaßnahme für Sie durchgeführt werden könnte, würden Sie diese in Anspruch nehmen?  Ja  Nein  Weiß nicht

Falls Nein oder Weiß nicht ...  
Warum nicht, was lässt Sie zögern?

Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen?

**7 Rehabilitationsfähigkeit**

Vor Klärung einer Rehabilitationsindikation sind weitere diagnostische Maßnahmen erforderlich.  Ja  Nein  Ja → Ende

Der Bewohner/die Bewohnerin verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für ...	Rehabilitation ... Stationär	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Ambulant / Teilstationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Bewohner/die Bewohnerin verfügt über die erforderliche Mobilität ...	Rehabilitation ... Stationär	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Ambulant / Teilstationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Bewohner/die Bewohnerin verfügt über eine ausreichende Motivation oder ist zumindest motivierbar für....	Rehabilitation ... Stationär	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Ambulant / Teilstationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben  Ja  Nein → Ende

**8 Rehabilitationsziele**

Es sind keine Rehabilitationsziele zu formulieren  → Ende

**8.1 Rehabilitationsziele auf der Schädigungsebene aus Sicht des Arztes**

© Forschungsvorhaben Mobile Geriatrische Rehabilitation - Bedarfsuntersuchung

**a. Allgemeine Körperebene: Beseitigung/Minderung von**

Schmerzen  Depression  Agitation  Apathie/Fatigue  
 Anstrengung / Mühsal  Erbrechen  Durchfall  Decubitus  
 bei ADL  
 Wunden  Blasenfunktion  Darmfunktion  Atmung  
 kardipulmonale Belastbarkeit  weiteres .....

**b. Funktionelle Körperebene: Verbesserung/Minderung der Beeinträchtigung**

Gliedmaßen/Gelenke  
 Kommunikation/Sprache  
 Orofacial  
 Komplexbewegungen/Feinmotorik:  
 Lokomotion   
 Grobmotorik   
 Sehen   
 Hören   
 Neuropsychologisch   
 Kognition

**8.2 Ziele in Hinsicht auf Kontextfaktoren/Risikofaktoren**

Aktivierung von möglichen Ressourcen ....

<input type="checkbox"/> Einbezug der Familie in die Versorgung im Heim: Essen, Leckerelen	<input type="checkbox"/> Einbezug in ADL Transfers usw.	<input type="checkbox"/> Gemeindemitglieder/ Besuchsdienste
<input type="checkbox"/> Bezugspflege ausbauen	<input type="checkbox"/> Rollstuhlmobilität	<input type="checkbox"/> Einbezug von Freunden
<input type="checkbox"/> Zimmergestaltung	<input type="checkbox"/> Umgebungserkundung	<input type="checkbox"/> Anschluss an die Kommune
<input type="checkbox"/> Lesehilfen	<input type="checkbox"/> PKW-Transfer ermöglichen, ggf.: Taxifahrten	<input type="checkbox"/> Anschluss Kirchengemeinde

Verbesserung der medizinischen Versorgung im Bereich ...

- Medikation
- Heilmittel
- Hilfsmittel

**8.3 Ziele auf der Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe**

- Liegen, Sitzen, Stehen, Gehen
- Ermöglichung des ggf. mehrstündigen Sitzens im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmittel

© Forschungsvorhaben Mobile Geriatrische Rehabilitation - Bedarfsuntersuchung

- Ermöglichung von **Sitz, Mobilität** und **Pflege** durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen angepasste **Transferstechniken bzw. Hilfsmittel**.
- Optimierte  **Lokomotion**, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von Ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz
- Sicherstellung der **Mobilität** in Wohnung, Nachbarschaft, nahe Stadt und Fernbereich.
- Vermeidung und Bewältigung von **Hautschäden** (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld

#### Kommunizieren

- Ermöglichung von **Kommunikation** durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache
- Essen**
- Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten **Ernährung bei orofazialer Dysfunktion** unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schulcktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten

#### Hygiene

- Bewältigung der **Inkontinenz** mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmitteln, Management, Toilettengang und Toiletentraining im häuslichen Umfeld

#### Alltagskompetenz

- Sonstige Aktivitäten des täglichen Lebens** (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext)
- Strategien zur Bewältigung eingeschränkter **Sinnesfunktionen**, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Kulturtechniken, soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln
- Förderung der **Belastbarkeit und Handlungskompetenz** im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der **Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit** im eigenen häuslichen Umfeld
- Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von **Kulturtechniken** im Alltag

#### Kontrollkompetenz

- Optimierung der Möglichkeiten der **Steuerung** (Hilfsmittel) mit dem Ziel der **Umfeldkontrolle**
- Ermöglichung von **Kontrollkompetenz und Souveränität** im Hinblick auf die Gestaltung der **Pflegeverrichtungen**, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz.

#### Sinnhafte Beschäftigung

- Ermöglichung relevanter **Beschäftigung im Alltag** einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung in der sozialen Gemeinschaft geben können
- Ermöglichung einer **Tagesstruktur**, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe

#### Kognition

- Ermöglichung des **Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen** einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld

#### Schmerzen

- Ermöglichung eines selbstgesteuerten **Schmerzmanagements** unter den Bedingungen im Heim

#### Psychisches Wohlbefinden

- Bewältigung **psychischer Probleme**, Erkennung, Behandlung, **Bewältigung psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten**, insbesondere im sozialen Kontext

#### Atmung

- Bewältigung von **Atmungsproblemen**, u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung

#### Soziale Kontakte

- Förderung und Stabilisierung des **sozialen Netzes** durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten)
- Förderung des regionalen sozialraumbezogenen **sekundären sozialen Netzwerks**.
- Förderung**, Ermöglichung **konstanter persönlicher Beziehungen** und eines stabilen, angstfreien offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen

#### Unterstützungssystem

- Information und Kontakt zu Organisationen der **Selbsthilfe**, ggf. Selbstorganisation
- Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden **medizinischen Managements** bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Hauslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz
- Ermöglichung und Förderung der Beantwortung und Organisation **sozialstaatlicher Leistungen** unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilffemix
- Stützung und Beratung der **Bezugspersonen**

#### 8.4 Ziele aus Sicht des Bewohners/der Bewohnerin

Eigene Wünsche des Bewohners/der Bewohnerin

- .....
- .....
- .....
- .....
- Vorschläge der Pflegeperson / des Angehörigen (bitte zutreffendes markieren) für den Bewohner/ die Bewohnerin
- .....
- .....
- .....

**9 Rehabilitationsprognose**

Es besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

- Schädigungen .....  Ja  Nein  
 Aktivitäten und Teilhabe .....   
 Kontextfaktoren .....   
 Ziele aus Sicht von Bewohner/Nahestehenden.....

Es besteht keine positive Rehabilitationsprognose  → Ende

**10 Rehabilitationsform**

**10.1 Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung** (z.B. Infektionsisolation, kreativer medizinischer Bedarf) .....

**10.2 Transportfähigkeit**

- öffentliche Verkehrsmittel  PKW erforderlich  Krankentransport erforderlich  
 ausreichend

**10.3 Rehabilitation in den letzten 4 Jahren**

- Ja  Nein  Nicht bekannt  
 Ist eine weitere Rehabilitation vor Ablauf von 4 Jahren dringend erforderlich?  
 Ja, Begründung: \_\_\_\_\_

**10.4 Spezielle Rehabilitationsform**

- a. Der Bewohner / Die Bewohnerin** **Trifft zu** **Trifft nicht zu**  
 .... ist auf die Anwesenheit und rehabilitationsfördernde Unterstützung der Angehörigen / Bezugspersonen angewiesen    
 .... ist auf das krankheitsspezifische bzw. behindertengerecht adaptierte Wohnumfeld angewiesen    
 .... ist nicht in der Lage, die im stationären/teilstationären Setting erwerbenden Fähigkeiten in den Alltag zu übertragen

**Die Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose sind bei o. g. Person an das gewohnte und ständige Wohnumfeld gebunden.**

**b. Zusätzlich liegt mindestens eine der folgenden Schädigungen vor** (s. Anlage RE MoGeRe):

- erhebliche Einschränkungen mentaler Funktionen kognitionsbezogener Art  Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen  
 protubierendes Delir  demenzassoziierte Einschränkungen  
 erhebliche Einschränkungen mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art  Angst  Wahn  
  Hospitalismus  Depression  
  psychomotorische Unruhe  
 erhebliche Schädigungen der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion  
 erhebliche Schädigungen der Seh- und Hörfunktion  
 Kriterien außerhalb der Rahmenempfehlung MoGeRe  
 Besiedelung mit multiresistenten Keimen  
 Weitere: \_\_\_\_\_

**c. Nach der Aufklärung über die rehabilitativen Angebote wünscht der Bewohner / die Bewohnerin ausdrücklich eine mobile geriatrische Rehabilitation.**  Ja  Nein

**11 Zusammenfassende Wertung**

Eine geriatrische Konstellation ist gegeben.  Ja  Nein

**Es ist eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert ...**

- stationär, fachspezifisch  stationär, geriatrisch  
 teil-stationär  
 ambulant, fachspezifisch  ambulant, geriatrisch  
 mobile Rehabilitation nach Kriterien der Rahmenempfehlung MoGeRe  mobile Rehabilitation abweichend von den Rahmenempfehlungen MoGeRe  
 Dieses Angebot ist wohnortnah / in der Region.....  Vorhanden  Nicht vorhanden

**Eine Rehabilitationsmaßnahme ist nicht indiziert, statt dessen werden empfohlen.....**

- Hilfsmittelversorgung  
 Heilmittel als Einzelmaßnahme  
**Es wird keine Empfehlung ausgesprochen.**

**12 Inhaltliche Schwerpunkte der Rehabilitation**

- Physiotherapie  Ergotherapie  
 Logopädie  Psychologie/ Neuropsychologie  
 aktivierende therapeutische Pflege  Sozialdienst  
 Weitere (bitte im nächsten Block eintragen) .....

Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen (zutreffendes bitte ankreuzen):

#### Physiotherapie

- Lagewechsel- / Transfertraining
- Ausbau Rumpfstabilität
- Gleichgewichtstraining
- Standtraining
- Rollstuhltraining
- Gangschule
  - o ohne Hilfsmittel
  - o mit Hilfsmittel
- Geländetraining
- Treppentraining
- Orientierungstraining

#### Ergotherapie

- Sensomot.-perzeptive Behandlung
- Motorisch-funktionelle Behandlung
- Wasch- und Anziehtraining
- Küchen-, Haushaltstraining
- Frühstücks-, Essensbegleitung
- Orientierungstraining

#### Logopädie

- Kommunikationsverbesserung
  - o Abbau Aphasie
  - o Abbau Dysarthrie
  - o Verbesserung orofaciale Beweglichkeit
- Dysphagiebehandlung
- Angehörigen-/Betreuerschulung
- Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Psychologie

- Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit (auch Hilfsmittel-Besprechung)
- Verbesserung der Alltagsorientierung
- Krankheitsverarbeitung/akzeptanz

#### aktivierende therapeutische Pflege

- Schulung der Angehörigen
- Wohnraumanpassung
- ADL-Training
- Einkaufstraining
- Sonstige: \_\_\_\_\_

#### ..Weitere Maßnahmen

\_\_\_\_\_

Hauptinformationsquelle in den einzelnen Untersuchungsstellen war ...

	Bewohner/ Bewohnerin	Pflegefachkraft	nahestehende Person	Sonstige	Trifft nicht zu
Klinische Anamnese	<input type="checkbox"/>				
Rehabilitationsbedürftigkeit	<input type="checkbox"/>				
Rehabilitationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>				
Aktivitäten und Teilhabe	<input type="checkbox"/>				



## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Berlin, 12.10.2018

Stephanie Thiel

## **Erklärung zum Wahrheitsgehalt der Angaben**

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Berlin, 12.10.2018

Stephanie Thiel

## **Erklärung über frühere Promotionsversuche**

Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen beziehungsweise eine Promotion begonnen habe.

Berlin, den 12.10.2018

Stephanie Thiel

## **Publikationen aus der Arbeit**

J. Behrens, K. Grune, H. Janßen, L. Köhler, K.W. Kraft, N. Martin, F. Naumann, M. Pflug, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, S. Thiel, M. Warnach, M. Wolf : Kein Assessment misst das Erreichen des gesetzlichen Rehaziels, oder? Die Verwechslung von Zielen und Mitteln. Poster DGSMPTagung Essen 2016

J. Behrens, K. Grune, H. Janßen, L. Köhler, K.W. Kraft, N. Martin, F. Naumann, M. Pflug, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, S. Thiel, M. Warnach, M. Wolf: Nur etwa einem Drittel der Rehabilitationsbedürftigen in der stationären Pflege kann zur Zeit eine Reha empfohlen werden. Die Filter zwischen Rehabedürftigkeit und Rehaempfehlung. DRV Reha-Kolloquium Frankfurt 2017

L. Köhler, J. Behrens, J.W. Kraft, F. Naumann, M. Pflug, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, S. Thiel, M. Warnach, H. Janßen: Bedarf und Inanspruchnahme mobiler geriatrischer Rehabilitation in der Langzeitpflege. Posterbeitrag DGSMPT Lübeck 2017

J. Behrens, K. Grune, H. Janßen, L. Köhler, K.W. Kraft, N. Martin, F. Naumann, M. Pflug, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, S. Thiel, M. Warnach, M. Wolf: Lässt sich das Erreichen des gesetzlichen Rehabilitationsziels messen? DRV Rehakolloquium Frankfurt am Main 2017

J. Behrens, C.v.Carnap, K. Grune, L. Köhler, K.W. Kraft, N. Martin, F. Naumann, M. Pflug, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, S. Thiel, M. Warnach, M. Wolf: Die Filter zwischen Rehabilitations-Bedürftigkeit und Rehabilitations-Empfehlung (Reha-Indikation) Kann weniger als etwa einem Drittel der Rehabilitationsbedürftigen in der stationären Pflege zur Zeit eine Reha empfohlen werden? DRV Reha-Kolloquium Frankfurt am Main 2017

J. Behrens, C. v. Carnap, K. Grune, J. Kraft, L. Köhler, C. Friedrich, N. Martin, F. Naumann, M. Pflug, G. Ralle-Sander, C. v. Rothkirch, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, S. Thiel, M. Warnach, M. Weiglein, M. Wolf: Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen. Schlussfolgerungen aus klinisch-epidemiologischen Erhebungen und Organisationsverlaufs-Studien" DGG Kongress 2017

J. Behrens, C. von Carnap, K. Grune, J. W. Kraft, L. Köhler, C. Friedrich, N. Martin, F. Naumann, M. Pflug, G. Ralle-Sander, C. von Rothkirch, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, S. Thiel, M. Warnach, M. Weiglein, M. Wolf: Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen Beitrag DGG Kongress 2017

J. Behrens, C. Friedrich, K. Grune, A. Horbach, H. Janßen, L. Köhler, K.W. Kraft, S. Lautenschläger, N. Martin, F. Naumann, M. Pflug, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, S. Thiel, H. Thieme, M. Warnach, Wallesch, A. Weber, C. v. Carnap, M. Wolf : Reha vor Pflege, Reha in der Pflege. Bundesgesundheitsblatt Rehapflege 04/17

J. Behrens, K. Grune, H. Janßen, J. Kraft, L. Köhler, C. Friedrich, N. Martin, M. Pflug, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, S. Thiel, M. Warnach: Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation (MoGeRe) in stationären Pflegeeinrichtungen. Ergebnisse klinisch-epidemiologischer Reihenuntersuchungen und Organisationsverlaufs-Studien. DRV Reha-Kolloquium München 2018

J. Behrens in Vertretung von S. Thiel, K. Grune, N. Martin, H. Janßen, J. Kraft, L. Köhler, C. Friedrich, M. Pflug, M. Schmidt-Ohlemann, R. Siegert, M. Warnach: Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von med. Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeheimen und Kurzzeitpflege, Eine klinisch-epidemiologische Reihenuntersuchung in regional ausgewählten Pflegeeinrichtungen Bayerns, Bremens, Brandenburgs, Berlins und von Rheinland-Pfalz, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit auf Beschluss des Deutschen Bundestages. Vortrag DRV Reha-Kolloquium München 2018

## **Danksagung**

Ich bedanke mich bei Prof. Dr. habil. Johann Behrens, der mich als Doktorvater so freundlich, geduldig und verlässlich während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit begleitet hat, mich an seinem großen Wissen teilhaben ließ und mir immer ein gutes Gefühl gab.

Ich danke meinen Eltern, die mich motiviert haben, diese Doktorarbeit zu beginnen.

Ich danke meiner Familie Fuxe, Ella und Oskar, die mir bei generell schon straffem Zeitplan immer wieder ermöglichten, mich dieser Arbeit zu widmen.

Zudem gilt mein Dank folgenden Personen: Mandy Thoma, Christiane und Raphael Thiel, Sabine und Roland Merz, Matthias Bögel und Dr. F. Naumann.