

Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflege – Personenkreis, Situation und Lösungsvorschläge

Positionspapier der DVfR

Stand: November 2020

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg

Telefon 06221 187 901-0
E-Mail info@dvfr.de
www.dvfr.de

Inhalt

Zusammenfassung	1
Präambel	4
1. Einleitung	5
2. Personenkreis und spezifische Bedarfslagen	8
2.1. Erwachsene Menschen mit drohender Pflegebedürftigkeit.....	8
2.2. Erwachsene Menschen mit bestehender Pflegebedürftigkeit	9
2.3. Personengruppen mit (drohender) Pflegebedürftigkeit und spezifischen Rehabilitationsbedarfen	9
3. Rechtliche Rahmenbedingungen	10
3.1. Gesetzlicher Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation	10
3.2. Ermittlung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe	12
3.3. Leistungen zur Frührehabilitation	12
3.4. Sicherstellungsauftrag	12
3.5. Nachsorge	13
4. Bedeutung der Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen	14
4.1. Perspektiven von Menschen mit (drohender) Pflegebedürftigkeit.....	14
4.2. Entscheidungsfindung aus Sicht der Betroffenen.....	14
4.3. Ziele aus der Sicht des Pflegebedürftigen – wann ist eine Rehabilitation ein Erfolg? 17	
4.4. Zusammenhang von Zielen, Strategien und Formen der Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen	18
5. Rehabilitative Versorgungsformen – Defizite, strukturelle Probleme und Lösungsvorschläge.....	20
5.1. Vorbemerkungen	20
5.2. Indikationsspezifische rehabilitative Versorgung.....	21
5.3. Geriatriisch-rehabilitative Versorgung	29
6. Probleme und Herausforderungen für die Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung – Prozessqualität.....	37
6.1. Zugang und Zugangsbarrieren zur Rehabilitation	37
6.2. Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Patienten im Krankenhaus 38	
6.3. Überleitung und weiter bestehender Rehabilitationsbedarf pflegebedürftiger Menschen nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation (§ 111 SGB V)	41
6.4. Rehabilitationsbedarf und Zugang zur Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen in der Kurzzeitpflege.....	43
6.5. Rehabilitationsbedarf und Zugang zur Rehabilitation für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen	44

6.6. Rehabilitationsbedarf pflegebedürftiger Menschen bei Versorgung im eigenen häuslichen Umfeld	46
6.7. Verhinderung von vermeidbaren Heimeinweisungen durch Rehabilitation	48
7. Stärkung der Rehabilitation und Rehabilitationsmedizin als integraler Bestandteil von Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte und der Gesundheitsberufe	49
7.1. Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit	50
7.2. Rehabilitation zur Beeinflussung von Pflegebedürftigkeit	50
7.3. Ziele der Rehabilitation bei (drohender) Pflegebedürftigkeit und Behinderung	51
7.4. Lösungsmöglichkeiten/Forderungen	52
8. Lösungsvorschläge und Forderungen.....	53
8.1. Allgemeine Kernforderungen:	53
8.2. Spezifische Kernforderungen.....	54
Über die DVfR	57
Quellen.....	59

Zusammenfassung

Die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt seit Jahren stark an, während Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung oder zur Verminderung von Pflegebedarf stagnieren. Das für betroffene Menschen so wichtige und gesetzlich verankerte Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ erfährt in der Versorgungsrealität keine hinreichende Durchsetzung. Dabei umfasst der gesetzliche Anspruch auf Rehabilitation nicht nur die Beeinflussung der Pflegebedürftigkeit, sondern auch und gerade das Ziel der selbstbestimmten Teilhabe.

Die Gründe für diese Entwicklung, die zu Lasten schwerbetroffener Menschen geht, sind vielfältig. Sie liegen in der Regel nicht im vorhandenen Rechtsrahmen; er erscheint bis auf Ausnahmen hinreichend. Problematisch und nicht befriedigend ist vielmehr die Umsetzung geltenden Rechts in die Versorgungspraxis. Die vorgenommene Analyse hat dabei drei Hauptgründe für die festgestellte Situation identifiziert.

1. Ein ganz wesentlicher Punkt liegt in der **Angebotsstruktur**. Dies beginnt bereits mit der nicht bedarfsdeckenden Zahl an Einrichtungen der Frührehabilitation im Krankenhaus, und zwar sowohl im indikationsspezifischen als auch im indikationsübergreifenden Bereich. An stationären Rehabilitationseinrichtungen besteht zwar ein in der Zahl insgesamt weitgehend bedarfsdeckendes Angebot. Diese sind aber – mit Ausnahme der Neurologie und Geriatrie – in der Regel traditionell nicht darauf ausgerichtet Patienten zu behandeln, die zwar über Rehabilitationspotenziale verfügen, aber wegen der Schwere der Erkrankung und ihrer Folgen auch auf pflegerische Hilfen angewiesen sind. Betroffen hiervon sind auch jüngere Menschen.

Eine ähnliche Situation ergibt sich auch für die ambulante Rehabilitation. Die ohnehin geringe und nicht bedarfsdeckende Zahl an Einrichtungen ist erst recht nicht für erforderliche pflegerische Maßnahmen während der Therapiezeiten und eine entsprechende Therapieanpassung gerüstet.

Eine Ausnahme bildet die Mobile Rehabilitation. Sozialleistungsrechtlich wird sie der ambulanten Rehabilitation zugerechnet. Mit ihrer aufsuchenden Struktur ist sie bei vielen, nicht nur geriatrischen Indikationen in der Lage, eine zielgerichtete Versorgung im Wohnumfeld zu leisten. Das ermöglicht sogar eine Intervention, wenn sich betroffene Patientinnen und Patienten in einer stationären Pflegeeinrichtung befinden. Mit bundesweit bisher nur 20 Einrichtungen führt diese rehabilitative Erbringungsform allerdings immer noch ein Schattendasein.

Abhilfe kann insgesamt nur ein Ausbau vorhandener und die Errichtung neuer, vor allem ambulant und mobil tätiger Einrichtungen mit den benötigten Strukturen schaffen. Das setzt voraus, dass Versorgungsverträge durch die in der Regel bei diesem Personenkreis leistungspflichtigen Krankenkassen bei hinreichender Finanzierung geschlossen werden. Diese müssen auch der Zahl und regionalen Verteilung nach bedarfsgerecht sein. Damit würden die Krankenkassen ihren Sicherstellungsauftrag für die medizinische Rehabilitation als Sachleistung erfüllen.

Art und Umfang des Aufbaus rehabilitativer Versorgungsstrukturen haben sich dabei primär an den individuellen selbstbestimmten, realistisch erscheinenden Rehabilitationszielen und der Frage, unter welchen Rehabilitationsstrategien diese in welchem Setting am besten erreichbar erscheinen, zu orientieren. Dies ist bei pflegebedürftigen Menschen insofern besonders wichtig, als bei diesen eine Funktionsverbesserung im Sinne einer Restitution oft nur noch in begrenztem Umfang, jedoch durch

Kompensation und Adaptation eine Förderung der Aktivitäten und der Teilhabe in relevantem Umfang möglich ist. Diese Strategien sind voraussichtlich in ambulanten und aufsuchenden Rehabilitationsangeboten nachhaltiger und effizienter zu erbringen.

2. Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die **Prozessqualität**. Erhebliche Defizite gibt es bereits in der rechtzeitigen Identifizierung von rehabilitativen Bedarfen und entsprechenden Konsequenzen hinsichtlich der Umsetzung geeigneter Rehabilitationsleistungen. Die Defizite sind in der gesamten Versorgungskette betroffener Menschen auszumachen: beim Vertragsarzt¹ in der ambulanten Versorgung, im Krankenhaus beim Entlassmanagement (Ausnahmen Anschlussrehabilitation und Krankenhäuser mit Abteilungen für Neurologische-, Geriatrische- oder Fachübergreifende Frührehabilitation) und auch in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Gründe sind vielschichtig.

Die Pflegekassen selbst sind zwar keine Rehabilitationsträger, haben aber die Aufgabe Rehabilitationsbedarf frühzeitig zu erkennen und die für die medizinische Rehabilitation zuständige Krankenkasse als Reha-Träger zur Bedarfsermittlung frühzeitig zu informieren.

Die Medizinischen Dienste (MD)² oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter haben im Rahmen der Pflegebegutachtung zu prüfen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Die Quote der Rehabilitations-Empfehlungen steigt, kommt aber in Verbindung mit dem Antrag auf Pflegeleistungen für erfolgreiche Interventionen oft zu einem späten Zeitpunkt. So unterschiedlich die Ursachen für die niedrigen Umsetzungsquoten dieser Empfehlungen sind, werfen auch sie die Frage auf, inwieweit die derzeitigen Rehabilitationsangebote den Bedarfen und Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen entsprechen.

Zur Behebung der erheblichen Umsetzungsdefizite in der Prozessqualität aller an der Versorgung betroffener Menschen Beteiligten (Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und -dienste, Pflegekassen und Krankenkassen) wird eine Fülle von erforderlichen Maßnahmen zur konkreten und auch zeitnahen Umsetzung vorgeschlagen.

3. Die Defizite in der Angebotsstruktur und in der Prozessqualität hängen zentral auch mit der generellen **Rolle der Rehabilitation in der medizinischen Gesamtversorgung** zusammen. Auch wenn die medizinische Rehabilitation sozialrechtlich getrennt von der ambulanten wie stationären kurativen medizinischen Versorgung geregelt ist, muss sie nicht nur aus Patientensicht als integraler Bestandteil einer stimmigen Versorgungskette verstanden und gelebt werden. Das erfordert Stärkung der Rehabilitationsmedizin vor allem in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Den Ärzten in der ambulanten und stationären Versorgung und bei den Medizinischen Diensten kommt eine Schlüsselrolle bei der rechtzeitigen Identifizierung von Rehabilitationsbedarfen und der Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens zu. Ihre

¹ Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird stellenweise nur die männliche oder nur die weibliche Form genannt; es sind aber alle Menschen jeden Geschlechts gleichermaßen gemeint.

² Im Folgenden auch MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen)

Rehabilitationskompetenz muss insgesamt deutlich verbessert werden. Aber auch Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialarbeiter und alle Fachkräfte mit Beratungsfunktionen bedürfen einer entsprechenden Sensibilisierung durch Qualifizierung. Sie müssen bei Wahrnehmung ihrer unterschiedlichen Aufgaben mit und zugunsten schwer betroffener Menschen mit drohendem oder bereits eingetretenem Pflegebedarf jederzeit Rehabilitations- und damit Teilhabeaspekte beachten, thematisieren und entsprechend Rehabilitation auf den Weg bringen können.

Bei alledem kommt es auch darauf an, welche Einstellung pflegebedürftige Menschen zu einer Rehabilitation haben. Wichtig ist, dass die Rehabilitation die für den Betroffenen subjektiv relevanten Ziele im Blick hat und verfolgt. Nicht erfüllte Erwartungen, negative Erfahrungen, aber auch die Angst, sich in eine fremde Umgebung begeben zu müssen und fremdbestimmt zu werden, sind Gründe, die über eine Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme einer Rehabilitation mitentscheiden. Eine weitere wichtige Voraussetzung für eine gelingende Rehabilitation ist, dass Pflegebedürftigkeit nicht als gegebener Zustand angesehen wird, sondern als veränderbar bzw. besserbar. Diese Sichtweise bei den Betroffenen, bei ihren Angehörigen und Bezugspersonen zu fördern, ist eine wesentliche Aufgabe aller an der Versorgung pflegebedürftiger Menschen Beteiligten. Das kann neben geeigneten Informationen nur durch eine problemorientierte und damit individuelle, motivierende Beratung geschehen. Hier sind – neben den anderen dargestellten Akteuren – insbesondere auch die entsprechenden Fachkräfte der Kranken- und Pflegekassen gefordert.

Präambel

Die Versorgung der ca. 4 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland stellt eine große Herausforderung dar. Pflegebedürftigkeit bedeutet, von anderen abhängig zu sein, meist weniger selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können und oft Einbußen der Lebensqualität hinnehmen zu müssen. Auch das Leben der Familien und der Freunde pflegebedürftiger Menschen ist von dieser Situation beeinträchtigt und meist mit finanziellen Belastungen verbunden. Der Sozialstaat ist gefordert, die notwendigen Pflege- und Teilhabeleistungen bereitzustellen.

In den aktuellen Debatten über die Bewältigung der Herausforderungen in der Pflege geht es primär um die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der betroffenen Menschen, die Fachkräftesicherung und die Entlastung der in der Pflege eingebundenen An- und Zugehörigen. Weit weniger im Fokus steht, wie Pflegebedürftigkeit durch gezielte Strategien vermieden oder vermindert und die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft gefördert werden kann.

Die DVfR ist überzeugt, dass „Rehabilitation vor Pflege“ und „Rehabilitation bei Pflege“ dazu einen Beitrag leisten und die Chancen auf selbstbestimmte Teilhabe verbessern können. Es wird davon ausgegangen, dass weniger Menschen pflegebedürftig werden oder bleiben, wenn geeignete Strukturen und optimierte Prozesse der medizinischen Rehabilitation für diesen Personenkreis zur Verfügung stehen. Derzeit werden die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation noch nicht hinreichend genutzt.

Deshalb hat sich die DVfR in einem eigenen Fachausschuss des Themas „Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit“ angenommen und legt hiermit eine Situationsbeschreibung mit Problemanalyse und Vorschlägen zur Gestaltung der medizinischen Rehabilitation für den Personenkreis der pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen vor. Aufgabe der Rehabilitation ist es, die Bewältigung von Krankheitsfolgen durch Wiederherstellung von Funktionen und Aktivitäten zu unterstützen und die selbstbestimmte Teilhabe gezielt zu fördern. Das vorliegende Positionspapier beansprucht nicht, alle Aspekte der medizinischen Rehabilitation umfassend zu behandeln. Es stellt jedoch die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation für die genannte Personengruppe heraus und will mit den aufgezeigten Lösungsansätzen konkrete und realisierbare Beiträge zur Bewältigung der Herausforderungen leisten³.

³ An den Beratungen des Fachausschusses haben auch einzelne Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der MDK-Gemeinschaft mitgewirkt. Ungeachtet dessen wird die vorgelegte Situationsbeschreibung mit Problemanalyse und Vorschlägen nicht in allen Punkten durch die GKV, vertreten durch den GKV-Spitzenverband, geteilt.

1. Einleitung

In Deutschland ist eine stetig steigende Zahl von Menschen im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Im Jahre 2018 erhielten 3,68 Millionen Menschen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, hinzu kommen ca. 211.585 Pflegebedürftige in der privaten Pflegeversicherung sowie rd. 91.000 pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Der Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen in der sozialen Pflegeversicherung von ca. 1 Million im Jahr ihrer Einführung 1995 auf 3,68 Millionen im Jahr 2018 hat mehrere Ursachen. Die Fallzahlzunahmen konnten bis 2008 in größerem Umfang der demographischen Alterung zugeschrieben werden, seitdem werden sie vor allem durch die Veränderung im Leistungszugang (neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff) und im Leistungsangebot angetrieben.⁴

Darüber hinaus ist die Veränderung des Personenkreises der pflegebedürftigen Menschen in den letzten Jahrzehnten zu berücksichtigen: Im Vergleich zu früher können heute einerseits viele Krankheiten durch Weiterentwicklung der Medizin erfolgreich behandelt werden, so dass Pflegebedürftigkeit vermieden wird. Andererseits überleben Menschen schwerste Gesundheitsstörungen und medizinische Eingriffe, allerdings ggf. mit bleibenden, teils gravierenden Schädigungen und funktionellen Beeinträchtigungen und mit Langzeitpflegebedürftigkeit.

Für diese Menschen sind neben einer fachlich guten Pflege und medizinischen Behandlung – jeweils auf dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse – zugleich auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bereitzustellen, um ihre selbstbestimmte Teilhabe zu fördern und der Entstehung von Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und soweit möglich Pflegebedürftigkeit zu vermindern bzw. deren Fortschreiten zu verlangsamen. Medizinische Rehabilitation trägt – neben anderen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen – zur verbesserten selbstbestimmten Teilhabe und Lebensqualität für pflegebedürftige Menschen bei und ermöglicht somit ein Leben, Altern und auch Sterben in Würde.

Rund 2,91 Millionen Menschen mit Pflegebedürftigkeit werden zu Hause gepflegt. Bei rund 1,76 Millionen pflegebedürftiger Menschen übernehmen ausschließlich An- und Zugehörige die Pflege und 830.000 werden in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten betreut.⁵ Etwa 780.000 Menschen werden in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Im Vergleich der beiden letzten Jahre ist dabei der Anteil der zu Hause versorgten Menschen von 76,7 % (2017) auf ca. 79,0 % (2018) gestiegen und der Anteil stationärer Pflege von 23,3 % (2017) auf ca. 21,0 % (2018) leicht gesunken. Gründe für diese Entwicklung sind vermutlich die durch die Pflegestärkungsgesetze verbesserten Leistungen für pflegende An- und Zugehörige. Diese haben für die soziale Absicherung der Pflegenden und die finanzielle Situation der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Familien eine erhebliche Bedeutung. Ein weiterer Grund kann die als unzureichend erlebte Versorgung in Pflegeheimen sein.

Im Jahr 2018 wurden vom MDK rund 960.000 Menschen neu als pflegebedürftig mit einem Pflegegrad (PG) von 1 bis 5 eingestuft. In Abhängigkeit vom PG hatten die Erstantrag-

⁴ Vgl. Rothgang et al. (2018).

⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2018).

stellenden für ambulante Pflegeleistungen in 18 % (PG 1–2) bis 35 % (PG 4–5) bereits eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Jahr der Begutachtung erhalten.⁶

Auch wenn über 75 % der pflegebedürftigen Menschen älter als 65 Jahre sind, trifft Pflegebedürftigkeit auch jüngere Menschen, die von Geburt an pflegebedürftig sind oder die nach Behandlung schwerer Erkrankungen oder nach Unfällen pflegebedürftig geworden sind. 2018 waren allein 139.039 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren pflegebedürftig und 682.729 Menschen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren.⁷

Auch weiterhin stehen jährlich ca. 1 Million Erstbegutachtungen auf Pflegebedürftigkeit an. Für diese Gruppe sollte möglichst vor der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung ein Reha-Bedarf geprüft und ein bedarfsgerechtes Reha-Angebot gemacht werden.

Obwohl sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen erhöht hat, ist keine wesentliche Zunahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation festzustellen. Auch die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die medizinische Rehabilitation sind in den letzten Jahren nur gering gestiegen; und die Zahl der Beschäftigten in Rehabilitationseinrichtungen hat sich praktisch nicht erhöht.⁸ Es wird von einer Unterversorgung mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Pflegebedürftigkeit ausgegangen.

In der aktuellen Diskussion im Umgang mit Pflegebedürftigkeit steht insbesondere die unbefriedigende Personalsituation sowohl in der Kranken- als auch Altenpflege, die zu unzureichender Versorgung in stationären Einrichtungen und ambulanter Pflege führt, im Mittelpunkt. Nur hieran ansetzende politische Strategien greifen jedoch zu kurz.

Nicht weniger bedeutsam ist die Herausforderung, die Zahl der pflegebedürftigen Menschen sowie das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder deren Zunahme zumindest hinauszuzögern. Zur Erreichung dieser Ziele dienen eine fachgerechte medizinisch-pflegerische und therapeutische Versorgung ebenso wie ein bedarfsgerechtes Angebot an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Zudem gilt es, eine teilhabefördernde und barrierefreie Gestaltung des Sozialraums sowie präventive Maßnahmen und Angebote auszubauen. Im häuslichen Lebensraum können im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation auch die Kontextfaktoren (z. B. Hilfsmittel, Wohnraumanpassung) beeinflusst werden, so dass ein selbstbestimmtes Leben zu Hause trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Pflegebedarf weiterhin möglich ist.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, die pflegenden An- und Zugehörigen zu unterstützen und somit eine Versorgung in der häuslichen Umgebung langfristig zu sichern und zu erleichtern.

Vor dem Hintergrund, dass bei Pflegebedürftigkeit stets auch eine Behinderung vorliegt, die den Anspruch auf Teilhabeförderung begründet, sieht es die DVfR als wichtige Aufgabe an, die Rolle der medizinischen Rehabilitation bei der Bewältigung der Herausforderungen in der Pflege herauszustellen. Die DVfR ist davon überzeugt, dass es möglich ist, mit präventiven und rehabilitativen Ansätzen und Maßnahmen Pflegebedürftigkeit und damit Abhängigkeit von fremder Hilfe zu verhindern, aufzuschieben oder zu mindern sowie die Menschen, die Pflege

⁶ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V (2018).

⁷ Bundesministerium für Gesundheit (2018).

⁸ Vgl. Destatis (2017 b).

leisten, zu unterstützen. Zudem soll den pflegebedürftigen Menschen eine möglichst umfassende und selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, im Sinne eines zielorientierten, komplexen, multiprofessionellen, interdisziplinären und mehrdimensionalen Interventionsansatzes. Es werden Schwachstellen im System aufgezeigt, Veränderungsbedarfe deutlich gemacht und im Sinne der Zielsetzung sowohl bereits bewährte als auch neue, erfolgversprechende Ansätze konkret aufgezeigt.

Dabei geht es insbesondere um

- die frühzeitige Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs,
- die Sicherstellung einer angemessenen Bedarfsermittlung,
- die frühzeitige und qualifizierte Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- zügige, qualifizierte und problemorientierte Entscheidungsprozesse,
- Verfügbarkeit geeigneter ambulanter und stationärer Rehabilitationsangebote,
- die Bereitstellung von individuellen Unterstützungsleistungen,
- die koordinierte Zusammenarbeit der Akteure.

Die DVfR verkennt nicht, dass die Förderung der umfassenden und selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht allein durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erreicht werden kann, jedoch tragen diese Leistungen bei vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ganz wesentlich zur Teilhabe bei.

Zugleich verweist die DVfR auf einen umfangreichen Forschungsbedarf zur Ermittlung optimaler Strategien zur Vermeidung und zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit, und zwar innerhalb des Systems der Gesundheitsversorgung und der Rehabilitation, aber auch in der Zivilgesellschaft insgesamt.

Das Positionspapier basiert mit Quellenangaben auf öffentlich zugänglichen Daten und Fakten. Zu Gunsten einer Konzentration auf konzeptionelle Fragen wurde auf eine systematische Darstellung der wissenschaftlichen Literatur weitgehend verzichtet. Zu Fragestellungen, zu denen keine spezifischen empirischen Forschungsarbeiten vorliegen, wurde auf Kenntnisse und Erfahrungen der Experten des DVfR-Fachausschusses zurückgegriffen.

2. Personenkreis und spezifische Bedarfslagen

Das Positionspapier konzentriert sich auf erwachsene Menschen aller Altersstufen, die aufgrund angeborener Beeinträchtigungen oder im Laufe des Lebens durch akute oder chronisch fortschreitende Erkrankungen oder andere Ursachen pflegebedürftig nach SGB XI geworden oder von Pflegebedürftigkeit bedroht sind. Die Bedarfe bei (drohender) Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen sind spezifisch und werden deshalb hier nicht behandelt, ebenso werden hier Menschen mit isoliertem Bedarf an häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V nicht eigens betrachtet.

Pflegebedürftigkeit bedeutet, dass bei diesen Personen auch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX vorliegt. Oft sind hierbei auch die Voraussetzungen für eine Schwerbehinderung nach § 2 Abs. 2 SGB IX erfüllt, ggf. mit Anerkennung der entsprechenden Merkzeichen bzw. Nachteilsausgleiche.

Ein zentraler Fokus dieses Papiers ist, dass eine bestehende Pflegebedürftigkeit oder Behinderung der Inanspruchnahme einer erforderlichen Leistung der medizinischen Rehabilitation entgegenstehen kann, wenn das Rehabilitationsangebot nicht adäquat auf die Beeinträchtigungen der Betroffenen zugeschnitten ist. Zugleich ist darauf hinzuweisen, dass die Förderung der Teilhabe für diese Personengruppe nicht nur eine Aufgabe der medizinischen Rehabilitation, sondern auch der Pflege und z. B. der Eingliederungshilfe ist.

Der im Fokus dieses Papiers stehende Personenkreis lässt sich damit folgendermaßen charakterisieren:

2.1. Erwachsene Menschen mit drohender Pflegebedürftigkeit

Diese Personengruppe lässt sich folgendermaßen beschreiben:

Für eine drohende Pflegebedürftigkeit kommen unterschiedliche Ursachen wie z. B. akute Erkrankungen, fortschreitende chronische Krankheiten oder Unfälle in Betracht. Diese Menschen leben in der Regel in eigener Häuslichkeit.

Bis zur Regelaltersgrenze stehen sie in der Regel im Erwerbsleben. Zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit steht für diese Personengruppe ein umfangreiches Angebot an differenzierten ambulanten und stationären indikationsspezifischen medizinischen Rehabilitationsleistungen vorwiegend zulasten der Rentenversicherung zur Verfügung. Im Rahmen dieser Leistungen werden auch Beiträge zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit geleistet.

Bei nicht im Erwerbsleben stehenden Menschen ist ganz überwiegend die gesetzliche Krankenversicherung Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation. Dies gilt in der Regel auch für die große Gruppe der Menschen ab dem 65. Lebensjahr, die mit steigendem Alter vermehrt ein von Multimorbidität geprägtes, geriatrisches Krankheitsprofil aufweisen⁹ und von Pflegebedürftigkeit bedroht sind¹⁰. Für diese Gruppe stehen neben den genannten indikationsspezifischen medizinischen Rehabilitationsleistungen auch regional unterschiedlich verteilte Angebote stationärer und teilstationärer geriatrischer Frührehabilitation im

⁹ Meinck, Lübke (2013).

¹⁰ Hajek et al. (2016).

Krankenhaus sowie stationärer, ambulanter und mobiler geriatrischer Rehabilitation zur Verfügung.

2.2. Erwachsene Menschen mit bestehender Pflegebedürftigkeit

In dieser Gruppe stellen Personen ab 65 Jahren die größte Gruppe Pflegebedürftiger mit Bezug ambulanter oder stationärer Pflegeleistungen dar (ca. 2,8 Millionen am 31.12.2018).¹¹ Zu diesen gehören zu hohen Anteilen auch Menschen mit einem geriatritypischen Krankheitsprofil, deren Grunderkrankungen sich verschlechtern oder bei denen neue Erkrankungen oder Unfälle hinzutreten, die den Pflegebedarf erhöhen können.

Bei jüngeren Menschen liegen häufig anerkannte Behinderungen mit Pflegebedarf, erworben durch schubweise bzw. chronische Krankheiten oder Unfälle, vor.

Ein Rehabilitationsbedarf entsteht, wenn die bestehende Pflegebedürftigkeit und damit Teilhabebeeinträchtigung durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vermindert werden kann, wenn sich die zugrundeliegende Erkrankung verschlechtert mit der Gefahr, dass sich dadurch der Pflege- oder anderweitige Unterstützungsbedarf erhöht, oder wenn weitere Erkrankungen oder Unfälle hinzukommen oder sich Kontextfaktoren verändern. Nicht alle genannten Rehabilitationseinrichtungen, die zur Vermeidung drohender Pflegebedürftigkeit beitragen, sind allerdings auch auf eine Leistungserbringung bei Pflegebedürftigkeit eingerichtet.

2.3. Personengruppen mit (drohender) Pflegebedürftigkeit und spezifischen Rehabilitationsbedarfen

Altersgruppenübergreifend sind ferner Personengruppen mit (drohendem) Pflegebedarf zu nennen, die besondere krankheits- oder behinderungsbedingte Problemlagen aufweisen und deshalb zielgruppenspezifische Rehabilitationsangebote in oder durch hierfür besonders ausgestattete Einrichtungen benötigen. Beispiele solcher Gruppen sind:

- Menschen mit vorbestehenden erheblichen Behinderungen und Pflegebedarf: Dazu zählen pflegebedürftige Menschen mit angeborenen oder erworbenen körperlichen, geistigen, seelischen Behinderungen oder Sinnes- und Mehrfachbehinderungen. Diese Personen beziehen in der Regel Leistungen der Eingliederungshilfe und leben häufig in Heimen oder speziellen Wohngruppen und besuchen in der Regel eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder eine Tagesförderereinrichtung. Ein Rehabilitationsbedarf kann entstehen, wenn sich Körperfunktionen und ggf. damit auch die Pflegebedürftigkeit und die selbstbestimmte Teilhabe behinderungs- oder krankheitsassoziiert oder auf Grund neu hinzugetretener Erkrankungen oder Unfälle verschlechtern.
- Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf: Die Zahl Erwachsener, die auch schwere Erkrankungen und umfangreiche operative Eingriffe trotz Komplikationen überleben, wächst. Nach der Behandlung im Krankenhaus, in die (gegebenenfalls) Frührehabilitation integriert wurde, verbleibt bei einem Teil dieser Patienten ein (z. T. vorübergehender) intensivpflegerischer Behandlungsbedarf bei gleichzeitigem Rehabilitationsbedarf. Zu dieser Personengruppe gehören z. B.

¹¹ Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>, zuletzt abgerufen am 09.03.2020.

Menschen nach Polytrauma, Schädel-Hirn-Verletzungen oder schwerer kardiopulmonaler Insuffizienz. Hier ist Intensivpflege (z. B. mit fortbestehender Beatmung und ggf. zahlreichen weiteren Behandlungspflegemaßnahmen) erforderlich, die durch Rehabilitationsleistungen ergänzt werden muss. Nicht selten gelangen diese Menschen ohne ein Rehabilitationsangebot in Intensivpflegewohngruppen (als Form außerklinischer Intensivpflege) oder werden zu Hause unter teils schwierigen Bedingungen versorgt. Häufig, aber nicht immer, entsteht daraus eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit. Derzeit werden über 19.000 Menschen in der ambulanten Intensivpflege und eine noch größere Anzahl in Fachpflegeeinrichtungen versorgt.

Mit Fragen der Rehabilitation bei intensivmedizinisch-pflegerischem Versorgungsbedarf befassen sich derzeit Arbeitsgruppen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, AG Traumarehabilitation) und bei der DVfR. Deshalb wird auf diese spezifische Problematik in diesem Papier nicht weiter eingegangen.

- Menschen mit chronischen psychischen/psychosomatischen Erkrankungen mit bestehender oder unmittelbar drohender Pflegebedürftigkeit. **Rechtliche Rahmenbedingungen**

3.1. Gesetzlicher Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation

Eine drohende oder bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit ist kein Ausschlussstatbestand für eine gebotene und mögliche medizinische Rehabilitation. Im Gegenteil: § 31 SGB XI sieht ausdrücklich einen Vorrang der Rehabilitation vor Pflege vor. Bei Menschen, die nach § 14 SGB XI pflegebedürftig sind, liegt sowohl im Sinne von Art. 1 Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) als auch im Sinne des § 2 SGB IX eine Behinderung vor. Insofern haben sie Anspruch auf Leistungen zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und ihrer vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie zur Vermeidung von Benachteiligungen und damit auf Rehabilitation. Anspruch und Ziele ergeben sich auch aus den §§ 4 und 42 SGB IX sowie § 11 Abs. 2 SGB V.

Voraussetzung für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, dass Berechtigte mit diesen Leistungen voraussichtlich ihre individuellen Teilhabeziele erreichen können (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Solche Teilhabeziele sind im Rahmen der Ermittlung des individuellen Bedarfs an Leistungen zur Rehabilitation konkret zu benennen (§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX). Zugleich ist eine Prognose dazu abzugeben, ob die Leistungen zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind. Der Bedarf ist frühzeitig zu erkennen (§ 12 SGB IX) und zu ermitteln (§ 13 SGB IX). Bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger bzw. bei Inanspruchnahme mehrerer Leistungsgruppen oder wenn es der Berechtigte wünscht, ist ggf. ein Teilhabeplan nach § 19 ff. SGB IX zu erstellen.

Auch bei Leistungen der Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 SGB V) gelten entsprechend § 43 SGB IX die Ziele der medizinischen Rehabilitation nach § 42 Abs. 1 SGB IX.

Die Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI sollen so gestaltet werden, dass pflegebedürftige Menschen trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben führen können. Die Hilfen sind darauf auszurichten, dass die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiedergewonnen oder erhalten werden können (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen

zur Prävention, Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (§ 5 Abs. 4 SGB XI). Ferner haben die Leistungsträger nach § 5 Abs. 6 SGB XI auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in vollem Umfang einzusetzen, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhüten.

Die Pflegekassen selbst sind allerdings kein Träger für Leistungen zur Rehabilitation. Für diesen Personenkreis ist – soweit es um medizinische Maßnahmen geht und von Ausnahmen abgesehen – in der Regel die GKV zuständiger Leistungsträger. Die Pflegekassen haben aber die Aufgabe u. a. gemäß § 12 Abs. 2 SGB XI dafür zu sorgen, dass die verschiedenen Leistungen nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen, und ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt wird, und die für die medizinische Rehabilitation zuständige Krankenkasse als Reha-Träger zur Bedarfsermittlung frühzeitig zu informieren, soweit die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitationsleistung nicht schon im Rahmen der Pflegebegutachtung schon ermittelt wurde (zum Prozedere vgl. § 18a SGB XI).

Medizinische Rehabilitationsleistungen der Krankenversicherung können nach § 40 SGB V beansprucht werden, wenn die ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen. Dabei wird die Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit/Behinderung in § 11 Abs. 2 SGB V als Aufgabe der GKV besonders herausgestellt (Grundsatz: Rehabilitation vor und bei Pflege).

Vorrang hat die ambulante Rehabilitation. Reicht auch sie zur Erreichung des beabsichtigten und möglichen Reha-Zieles nicht aus, besteht ein Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation.

Eine Sonderform bildet die Mobile Rehabilitation durch wohnortnahe Einrichtungen. Rechtlich wird sie der ambulanten Rehabilitation zugeordnet und kommt in der eigenen Häuslichkeit, und damit auch in stationären Pflegeeinrichtungen in Betracht (§ 40 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Die Krankenkasse bestimmt nach § 40 Abs. 3 SGB V unter Berücksichtigung des angemessenen Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten die für sie geeignete Einrichtung. Diese muss zertifiziert sein und über einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach §§ 111, 111a oder 111c SGB V verfügen.

Eine Leistungspflicht der gesetzlichen Rentenversicherung ist nur in wenigen Fällen gegeben, da bei pflegebedürftigen Menschen eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von § 10 SGB VI nur selten erreichbar ist.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können auch von der Unfallversicherung (SGB VII) und anderen Trägern des sozialen Entschädigungsrechts, der Eingliederungshilfe und Kinder- und Jugendhilfe erbracht werden.

Besteht Versicherungsschutz bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, hängt der Anspruch vom gewählten Tarif ab. Der Standardtarif sieht in der Regel keine Rehabilitationsleistungen vor.

3.2. Ermittlung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe

Die Rehabilitationsträger sind gesetzlich zur Bedarfsermittlung verpflichtet.¹² Diese beruht auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedarfe, Bedürfnisse und Stärken (Art. 26 Abs. 1 Buchst. a UN-BRK) und richtet sich nach § 13 SGB IX auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der WHO (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF).^{13/14}

Die Leistungen sind nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich zu erbringen (§ 25 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX). Diese Maßgaben gelten mit Blick auf § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX auch für Krankenkassen. Die Reha-Leistungen haben zum frühestmöglichen Zeitpunkt einzusetzen.

Bei ambulanter oder stationärer (akutmedizinischer) Krankenbehandlung von Menschen mit einer (drohenden) Behinderung sind die Krankenkassen gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX verpflichtet, in Abstimmung mit den Versicherten (§ 19 SGB IX) entweder selbst oder durch Vereinbarungen mit den Leistungserbringern (Vertragsärzte, Krankenhäuser) zu prüfen, ob entsprechend zielorientierte Leistungen zur Teilhabe prognostisch erfolgreich sein können. Sie sind ggf. unverzüglich einzuleiten.

Vertragsärzte sind nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V zur Verordnung von notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verpflichtet. Versicherte haben nach § 11 Abs. 4 Satz 1 SGB V Anspruch darauf, dass die Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsmanagements unter Berücksichtigung von § 3 Abs. 1 Satz 4 der Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 26 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX ggf. eine Anschlussrehabilitation einleiten.

3.3. Leistungen zur Frührehabilitation

§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V sieht vor, dass die akutstationäre Behandlung im Krankenhaus im Einzelfall auch die erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation umfasst.¹⁵

Bei der Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V handelt es sich rechtlich um Krankenhausbehandlung und nicht um eine besondere Form der medizinischen Rehabilitation. Daher setzt eine Behandlung gem. § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V zwingend eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Patienten voraus. Sie erfolgt als eigens definierter Teil der Krankenhausbehandlung, in der neben der akutmedizinischen Intervention zeitgleich rehabilitative Methoden mit teilhabebezogener Zielsetzung wirksam eingesetzt werden. Sie dient auch einer ggf. zielgerichteten Organisation einer Anschlussversorgung nach Beendigung der Krankenhausbehandlung (Entlassmanagement).

3.4. Sicherstellungsauftrag

Nach § 36 Abs. 1 SGB IX gilt: *„Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität*

¹² Fuchs (2018).

¹³ Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (2018 a und 2018 b).

¹⁴ .

¹⁵ Fuchs (2002).

zur Verfügung stehen. Dabei achten die Rehabilitationsträger darauf, dass für eine ausreichende Anzahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen.“

Bei der (generellen) Auswahl verfügbarer Rehabilitationseinrichtungen für Versorgungsverträge sind nach § 36 Abs. 2 Satz 1 SGB IX zur Erbringung der Leistungen diejenigen Leistungsanbieter auszuwählen, die u. a. die konkrete Leistung in der am besten geeigneten Form ausführen können. Dabei sind auch die Belange von Menschen mit Behinderungen einschließlich Pflegebedürftiger zu berücksichtigen (§ 36 Abs. 1 SGB IX). Die Pflegekassen haben allerdings nach § 12 Abs. 2 SGB XI i. V. m. den §§ 18 Abs. 1 Satz 3 und 31 Abs. 1 SGB XI die Verpflichtung zu prüfen, ob Rehabilitationsmaßnahmen zur Beeinflussung der Pflegebedürftigkeit geboten sind und ggf. die Krankenkasse zu informieren (zum Prozedere vgl. § 18a SGB XI).

Trotz der dargestellten gesetzlichen Grundlagen gibt es für bestimmte Personengruppen Umsetzungsdefizite im Hinblick auf die Bereitstellung bedarfsgerechter medizinischer Rehabilitationsangebote. Dies betrifft insbesondere Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf oder fortbestehendem intensivpflegerischen Bedarf bei einem gleichzeitigen rehabilitativen Versorgungsbedarf. Insofern werden die spezifischen Bedarfe dieser Personengruppe durch entsprechende Angebote nicht in vollem Umfang gedeckt.

3.5. Nachsorge

Nachsorgeleistungen dienen der Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolgs, z. B. zur weiteren Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten, zur Etablierung von Lebensstiländerungen, zur Verstärkung der Selbstwirksamkeitseffekte, zum nachhaltigen Transfer des Gelernten in den Alltag, zur Förderung von persönlicher und sozialer Kompetenz sowie zur Minderung von Schnittstellenproblemen in der Gesundheitsversorgung. Diese finden überwiegend im Rahmen der Krankenbehandlung statt. (Nur für die Rentenversicherung gibt es nach § 17 SGB VI Leistungen zur Nachsorge als eigenständige Leistungsart.)

In diesem Zusammenhang können z. B. folgende Angebote relevant sein:

- Fortführung einzelner Behandlungselemente der vorangegangenen medizinischen Rehabilitation mit kurativer und/oder rehabilitativer Zielsetzung wie Stimm-, Sprech-, Sprach- einschließlich Schlucktherapie und Ergotherapie, Physiotherapie und aktivierende Pflege (gegebenenfalls auch deren Kombination),
- Hilfsmittelversorgung und -anpassung,
- Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, z. B. durch Selbsthilfeangebote,
- Motivation zur Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen, z. B. Disease-Management-Programme.

Nachsorgeleistungen werden auch als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V und § 64 SGB IX erbracht. Hierbei handelt es sich z. B. um Rehabilitationssport und Funktionstraining, die sowohl im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation als auch unabhängig davon ergänzend zur Krankenbehandlung vom Vertragsarzt verordnet werden können. Nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V kann die Krankenkasse auch wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen. Dazu gehören u.a. Asthma- und Diabetesschulungen. Diese Angebote sind allerdings in der Regel von Pflegebedürftigen nicht nutzbar, zumindest wenn ein Pflegegrad 2 oder höher vorhanden ist.

Darüber hinaus besteht für die Krankenkassen nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V die Möglichkeit, solche Leistungen zur Rehabilitation ganz oder teilweise zu erbringen oder zu fördern, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören. Ein entsprechendes und flächendeckendes systematisches Leistungsangebot für diese Personengruppe wurde jedoch bislang nicht entwickelt.

Zur Anbahnung bzw. Einleitung von Leistungen zur nachhaltigen Sicherung des Rehabilitationserfolgs ist die Umsetzung eines Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V sowie des Entlassmanagements nach § 40 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 39a Abs. 1a SGB V durch die Rehabilitationseinrichtungen von entscheidender Bedeutung. Im Anschluss wird die Nachsorge durch die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der Krankenbehandlung und damit nicht als Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt.

4. Bedeutung der Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen

4.1. Perspektiven von Menschen mit (drohender) Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige Menschen sollen wie alle Bürgerinnen und Bürger darauf vertrauen können, bei Bedarf alle notwendigen medizinischen Leistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit auch im Sinne von funktioneller Leistungsfähigkeit, Aktivitäten und Teilhabe zu erhalten. Sie vertrauen weiterhin darauf, dass behandelnde Ärzte eine erforderliche Rehabilitation verordnen, wissen oft jedoch nicht, dass dies eine zu beantragende Leistung ist und dass ein Rehabilitationsantrag beim zuständigen Leistungsträger auch eigenständig – ohne Befürwortung durch einen Arzt – gestellt werden kann. Zugleich fühlen sie sich nicht immer ausreichend beraten.

Auch die Perspektive der Mitglieder des primären sozialen Netzes pflegebedürftiger Menschen, insbesondere der An- und Zugehörigen, sind von Bedeutung, wenn eine Rehabilitation beantragt werden soll. Oft ist den Angehörigen das Potential der Rehabilitation zur Wiederherstellung und Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit, Selbständigkeit und Selbstbestimmung nicht ersichtlich. Verbreitet besteht die Vorstellung, dass bei Bezug von Pflegeleistungen kein Anspruch auf Rehabilitation besteht.

Erforderlich ist auch eine intensivere Aufklärung darüber, dass durch Rehabilitation die Beanspruchung und Belastung der Pflegenden vermindert und damit, z. B. durch Anleitung oder Training mit Hilfsmitteln, auch die Pflege selbst erleichtert werden kann. Dies kann zur Erhöhung der Zufriedenheit und gemeinsamen Lebensqualität beitragen. Rehabilitation kann auch Voraussetzung dafür sein, dass eine häusliche Versorgung überhaupt (erst) wieder möglich wird, oder klären, ob eine dauerhafte Unterbringung in der Langzeitpflegeeinrichtung unumgänglich ist.

4.2. Entscheidungsfindung aus Sicht der Betroffenen

In vielen Fällen trifft die pflegebedürftige Person die Entscheidung für eine Rehabilitation nicht selbst: Nicht immer ist der Betroffene in der Situation der akuten Erkrankung entscheidungsfähig oder -willig und nimmt die Entscheidung für eine Reha-Leistung mehr hin als sie aktiv zu bejahen. Oft wird Rehabilitation im Anschluss an eine akute Erkrankung (z. B.

Schlaganfall, Operation, Unfall oder die Exazerbation einer chronischen Krankheit) ärztlicherseits als Bestandteil des Behandlungskonzeptes angebahnt.

Teilweise kommt es vor allem bei älteren Patienten, die bereits lange Krankenhausaufenthalte hinter sich haben und vordringlich nach Hause zurückkehren möchten, auch zu einer ausdrücklichen Ablehnung einer Anschlussrehabilitation durch die Betroffenen selbst.

Eine andere Situation liegt vor, wenn der Antrag auf Rehabilitation nicht als Anschlussrehabilitation nach einem Akutereignis, sondern wegen einer sich langsam und kontinuierlich verschlechternden Situation mit zunehmenden Beeinträchtigungen gestellt werden soll. Dies setzt eine entsprechende Zustimmung und Beteiligung des Pflegebedürftigen voraus. Viele pflegebedürftige Menschen können sich jedoch nicht vorstellen, für 3–4 Wochen in eine fremde Umgebung „umzuziehen“. Mit der Herauslösung aus dem vertrauten Umfeld und der Trennung von den Bezugspersonen sind häufig Ängste vor allem vor der Konfrontation mit fremder Umgebung, Angewiesenheit auf Hilfeleistungen fremder Personen, Unklarheit über deren Verlässlichkeit, Fremdbestimmung und Überforderung verbunden. Bisweilen tritt auch Skepsis hinzu, ob eine Rehabilitation wirklich notwendig und nützlich ist.

Bei der Entscheidungsfindung kommt daher den Bezugspersonen und den betreuenden Haus-/Fachärzten, denen die Betroffenen vertrauen, eine besondere Rolle zu. Positive Erfahrungen von Ärzten, Therapeuten, Pflegekräften und anderen Akteuren über Reha-Erfolge sind hierbei wesentlich, ein negatives Image der Rehabilitation oder Unwissen über Angebote und Wirkungen sind hinderlich. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang zudem die wohnortnahe Gestaltung einer Rehabilitation. Die in der Praxis durchaus häufige Auswahl von weiter entfernt liegenden Rehabilitationseinrichtungen durch die Krankenkassen ist insoweit kontraproduktiv und oft nicht im Sinne der Betroffenen.

Die Studie¹⁶ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu Rehabilitationsbedarfen von Pflegeheimbewohnern zeigte, dass über 80 % der Bewohnerinnen und Bewohner einer Pflegeeinrichtung mit sozialmedizinisch indiziertem Rehabilitationsbedarf einer Rehabilitation nur zustimmen, wenn sie als mobile Rehabilitation in ihrer Pflegeeinrichtung, d. h. in ihrem vertrauten sozialen Umfeld, durchgeführt wird.

Auch die Tatsache, dass die Zustimmung zur Weiterleitung eines Antrags auf eine Rehabilitation auf Basis einer Empfehlung des MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung seitens der Versicherten in 40 % der Fälle nicht erfolgt, zeigt, dass vielfältige Einflussfaktoren bei den Betroffenen im Hinblick auf eine mögliche Nicht-Inanspruchnahme einer Rehabilitationsleistung bestehen. Dies zeigen die Ergebnisse des im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durch die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführten Forschungsprojekts: „Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung“¹⁷. Eine Zustimmung zur Rehabilitationsempfehlung wird durch soziodemografische, gesundheitliche, persönlichkeitsbezogene und finanzielle Aspekte sowie die rehabilitationsbezogene Einstellung der Versicherten und deren starke Bindung an die Häuslichkeit beeinflusst. Auf eine tatsächliche Inanspruchnahme nach Leistungsbewilligung wirken neben Gesundheitsaspekten insbesondere rehabilitationsbezogene Erwartungen, Wünsche und soziale Unterstützung ein. Hinzu kommen verfahrensseitige Faktoren.

¹⁶ Janßen (2018).

¹⁷ Golla et al. (2019).

Hinsichtlich der Einstellung zu einer Rehabilitation, die maßgeblich von personbezogenen Einstellungen und Lebensführungskonzepten abhängt, bestehen folgende Erkenntnisse: Menschen, die neue Situationen schon immer eher als Herausforderungen erlebt und aktiv gestaltet haben, werden sich eher auf eine medizinische Rehabilitation einlassen können. Viele pflegebedürftige Menschen haben sich hingegen mit ihrer konkreten Situation schon abgefunden. Teilweise halten auch eine resignative Stimmung bis hin zu manifesten Depressionen sie vom Wunsch nach mehr Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit und damit vom Antritt einer Rehabilitation ab. Auch können Sinnesbeeinträchtigungen eine subjektive Barriere für eine Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen darstellen.

Für die Pflegebedürftigen ergeben sich deshalb oft ganz persönliche Fragen, die hier aus der Sicht der Betroffenen beispielhaft dargestellt werden und die im Vorfeld beantwortet werden sollten:

- Will ich überhaupt eine Änderung meiner Lebenssituation?
- Bringt die Rehabilitation etwas für mich?
- Kann ich mir überhaupt vorstellen, meine Wohnung, mein Heim zu verlassen, wenn es nicht unbedingt sein muss?
- Muss ich Fremdbestimmung oder gar Gewalt fürchten?
- Kann ich die Hürden in einer Rehabilitation überhaupt überwinden, die komplizierte Vorbereitung? Wer bringt mich hin?
- Was wird in der Zeit aus meinen Partnern, Schutzbefohlenen oder Freunden?
- Bleiben meine sozialen Kontakte erhalten?
- Fühle ich mich psychisch und körperlich stark genug, das durchzuhalten?
- Bekomme ich dort Besuch?
- Was kostet das?
- Was meint meine Familie?
- Was meint mein Arzt?
- Können da meine (vielen) Krankheiten wirklich behandelt werden?

Akzeptanz oder gar die aktive Forderung einer Rehabilitation bis hin zur Antragstellung aus dem vertrauten Umfeld heraus setzt also einen Prozess der Entscheidungsfindung voraus, der das Selbstverständliche des bisherigen Alltages hinterfragt und dazu zwingt, über die weitere Lebensperspektive nachzudenken. Hieran wird deutlich, dass die Entscheidung zu einer Rehabilitation nicht nur mit Hoffnung, sondern auch mit kritischer Infragestellung der derzeitigen Lebenssituation verbunden ist. Das kann eine hohe Barriere darstellen. Oft führen erst eine akute Erkrankung, die Zeichen der Überforderung der Pflegepersonen oder eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes dazu, diese Barrieren doch noch zu überwinden.

4.3. Ziele aus der Sicht des Pflegebedürftigen – wann ist eine Rehabilitation ein Erfolg?

Ziele lassen sich professionell, d. h. aus einer fachlichen Außenperspektive definieren. Im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells werden Rehabilitationsziele meist im Hinblick auf die funktionelle Leistungsfähigkeit, d. h. auf die Selbständigkeit bestimmt. Aspekte der Selbstbestimmung, der praktischen Teilhabe und der Lebensqualität werden in der Praxis nicht immer in den Fokus der Zieldefinition gerückt.

Eine professionelle Sichtweise allein reicht nicht aus, um die Ziele der medizinischen Rehabilitation zu definieren. Die Ziele der Betroffenen sind ebenso in die Planung der Rehabilitation einzubeziehen. Der medizinisch definierte Rehabilitationsbedarf muss den Betroffenen ein eigenes Anliegen sein, sonst ist nicht zu erwarten, dass sie die Anstrengungen und Anforderungen einer Rehabilitation auf sich nehmen und bewältigen. Subjektiv ist für betroffene Menschen häufig ein wesentliches Ziel, (wieder) unabhängig von Pflege und Fremdhilfe zu werden, wieder das tun zu können, was sie vor der Krankheit oder der Operation konnten oder kurz: „der oder die Alte“ zu bleiben, das Leben möglichst „normal“ weiter gehen zu lassen.

Wenn Pflegebedürftigkeit und Behinderung jedoch auf Dauer bestehen bleiben, heißt dies, mit den Einschränkungen der Aktivitäten, wenn ggf. auch nur mit begrenzter Teilhabe, zurechtzukommen und einen neuen Lebensentwurf entwickeln zu müssen. Aus Perspektive der Rehabilitanden ist z. B. von Bedeutung:

- der Wunsch, zu Hause bleiben zu können,
- (weiterhin) selbst über das Alltagsleben bestimmen zu können,
- nicht oder weniger fremdbestimmt zu werden und sich weniger ohnmächtig zu fühlen,
- möglichst weitgehend das tun und erleben zu können, was man vorher getan und erlebt hat,
- Beziehungen zu wichtigen Personen z. B. Familienmitgliedern (Enkeln), Freunden aufrechterhalten zu können,
- neue Lebensperspektiven entwickeln und neue Arrangements und ein neues Verständnis der eigenen Rolle im familiären Kontext finden zu können,
- die eigene Versorgung sicherstellen zu können,
- Achtung, Wertschätzung, Zuneigung genießen und weiterhin eine „Aufgabe haben“ zu können,
- den Angehörigen nicht peinlich sein oder zur Last fallen zu müssen,
- das Gefühl „noch ein paar gute Jahre haben“ zu können,
- möglichst wenig beschwert durch die Krankheitslast leben zu können,
- keine oder zumindest weniger Schmerzen und eine gute medizinische Versorgung möglichst ohne (neue) Krankenhausbehandlungen zu haben,
- bei den Alltagstätigkeiten soweit wie möglich selbständig sein zu können,
- die Pflege gut zu organisieren und dafür verlässliche Bezugspersonen zu haben, die dies mit Achtsamkeit und Empathie tun.

Besonders wichtig ist der Erhalt des Gefühls von Einbezogenheit in die Lebenswelt (enhanced sense of belonging, siehe Präambel der UN-BRK) sowie von eigener Kontrollkompetenz und Selbstwirksamkeit. Sind diese Ziele nach einer Rehabilitation zumindest teilweise erreicht, wird die Rehabilitation in der Regel als Erfolg empfunden. Diese Erwartungen sind allerdings oft nicht bewusst oder können selten konkret artikuliert werden. Solche Wünsche und Vorstellungen, lassen sich insofern oft erst im Laufe der Rehabilitation eruieren.

Inwieweit Rehabilitation diese Ziele realisieren kann, hängt von zahlreichen Bedingungen ab,¹⁸ beispielsweise:

- von der Art der Erbringung, in stationärer, ambulanter oder mobiler Form,
- von der konzeptionellen Gestaltung des rehabilitativen Angebotes,
- von den individuellen Vorstellungen des Rehabilitanden und person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren und deren Einbezug in den Rehabilitationsprozess,
- von den individuellen Bewältigungsstrategien hinsichtlich der bestehenden Pflegebedürftigkeit,
- von den vorhandenen oder zu erschließenden Ressourcen für die Umsetzung der Strategien z. B. therapeutischer, pflegerischer, sozialer oder finanzieller Art.

Reha-Konzeptionen müssen sich am Erreichungsgrad gerade auch der subjektiven Ziele messen lassen. Ein Grund für die anzutreffende Skepsis gegenüber den zurzeit angebotenen Rehabilitationsangeboten für pflegebedürftige Menschen könnte sein, dass Rehabilitation ihre Wirksamkeit im Hinblick auf die Erreichung der subjektiven Ziele nicht ausreichend entfaltet, diese nicht ausreichend transparent macht oder dass die Patienten und ihre behandelnden Ärzte doch noch verschiedene Erwartungen haben. Dem wäre weiter nachzugehen.

4.4. Zusammenhang von Zielen, Strategien und Formen der Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen

Wie ausgeführt, sind subjektive patientenseitige, objektive professionelle sowie sozialrechtlich normierte Zielbestimmungen von Rehabilitation nicht zwingend deckungsgleich.

Systematisch kann man auf Grundlage der ICF als Ziele von Rehabilitation beschreiben:

- die weitestmögliche Begrenzung und Verbesserung von Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen,
- den bestmöglichen Wiedergewinn beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- den bestmöglichen Erhalt oder die bestmögliche Neugewinnung von Selbstbestimmung und Teilhabe.

Von diesen drei Zielen ist das dritte das entscheidende: Das erste und das zweite Ziel sind vor allem bedeutsam als Voraussetzung für das dritte Ziel, der selbstbestimmten Teilhabe, von dem sie ihre Relevanz beziehen.

Hierzu gehören in der konkreten Umsetzung

- die Linderung von Krankheitssymptomen (z. B. Schmerzen),

¹⁸ Vgl. auch Lübke (2015).

- die Verhütung von Komplikationen oder Fortschreiten der Krankheit und ihrer Folgen,
- die Erhöhung der Selbständigkeit und Minderung der Abhängigkeit von Fremdhilfe,
- der größtmögliche Erhalt des bisherigen räumlichen und sozialen Umfeldes,
- das weitestmögliche Einbezogen sein in gewünschte, auch neue Lebenssituationen,
- die größtmögliche Selbstbestimmung im erreichbaren und gewünschten Lebensumfeld,

und damit sekundär

- die Verminderung des Pflegeaufwandes und der Kosten,
- die Entlastung der Angehörigen bzw. die Ermöglichung häuslicher Pflege,
- die Verbesserung der Lebensqualität.

Die Strategien der hierzu eingesetzten Rehabilitationsleistungen lassen sich beschreiben als

1. Restitution: Wiederherstellung von geschädigten Strukturen und Funktionen bis zum Normalzustand (ad integrum) oder weitestmöglich (ad optimum). Vielfach schließt dies auch die Erreichung weiterer Rehabilitationsziele im Bereich von Aktivitäten und Teilhabe ein.
2. Kompensation: ersatzweise Übernahme verlorener Strukturen, Funktionen und Aktivitäten durch andere, um gleiche Ziele bzw. Aufgaben in der Lebensführung und der Teilhabe zu erreichen.
3. Adaptation: Anpassung der individuellen praktischen Lebensvollzüge an die individuellen Einschränkungen unter den gegebenen Umständen bei gleichzeitiger Anpassung der Kontextfaktoren, d. h. Reduktion hemmender und Stärkung fördernder Umwelt- und personbezogener Faktoren. Dies kann von der Anpassung von Hilfsmitteln, über räumliche und sächliche Maßnahmen bis zu Strategien der subjektiven Bewältigung (Coping) und Stützung von Ressourcen der An- und Zugehörigen reichen.

Alle diese Strategien schließen stets die Prävention von Verschlechterungen oder Komplikationen und das Erreichen einer möglichst hohen Lebensqualität mit ein. Sie sind in der Praxis nicht immer vollständig zu trennen bzw. sind meist gemeinsam und sich ergänzend anzuwenden. Dennoch können einzelne strategische Zugänge dominieren. So werden bei Menschen, bei denen Pflegebedürftigkeit droht, meist restitutive, funktionsverbessernde Strategien im Vordergrund stehen, während bei Menschen, bei denen schon länger und mit Wahrscheinlichkeit auch in der Zukunft Pflegebedürftigkeit besteht, neben immer auch notwendigen aktivitätsverbessernden Vorgehensweisen großer Wert auf Kompensation und Adaptation gelegt werden sollte.

Die restitutive Strategie setzt vorwiegend an der Verbesserung einzelner oder komplexer Funktionen der einzelnen Person an und bedient sich vorwiegend einzel- und gruppen-therapeutischer Maßnahmen. Sie ist optimal in einem Setting durchzuführen, das eine hohe Intensität und Vielfalt solcher Anwendungen ggf. auch unter Einsatz aufwändiger Ausstattungen (bspw. Bewegungsbad) oder komplexer Trainingsgeräte (gewichtsentlastende Laufbänder, computergestützte Geräte etc.) sicherstellen kann. Dies erfordert in der Regel ein einrichtungsgebundenes stationäres oder ambulantes Setting.

Kompensatorische und adaptive Strategien setzen an der Wiedergewinnung oder dem Ersatz von Aktivitäten an und werden optimal möglichst nah an den konkreten, alltäglichen Lebensvollzügen orientiert. Sie sind idealerweise in einem Setting durchzuführen, das dem

weiteren Lebensalltag möglichst nahekommt oder am besten in diesem Alltag selbst besteht. Während auch im stationären und ambulanten Setting versucht wird, möglichst alltagsnah zu behandeln, gelingen kompensatorische und adaptive Strategien im Setting der mobilen Rehabilitation im eigenen und weiteren dauerhaften Lebensumfeld meist besser und effektiver, z. B. durch die Nutzung der eigenen Küche, des Bades, der vorhandenen Treppe und vor allem auch die Einbeziehung der teilweise dauerhaft weiterversorgenden An- und Zugehörigen. So steht hier auch stärker das Gelingen der Pflegeprozesse selbst, z. B. des Transfers, und die Sicherstellung der Mobilität in der Wohnung und der Wohnungsumgebung im Vordergrund. Auch in der mobilen Rehabilitation können relevante Therapiezeiten erreicht werden. Diese werden vor allem durch die tägliche Umsetzung im konkreten Lebensalltag der Betroffenen unter Einbezug der jeweils (noch) erforderlichen Unterstützung ihrer An- und Zugehörigen ergänzt. Das heißt, dass in diesem Setting die Kompetenz aller Beteiligten kontinuierlich durch die Umsetzung des Gelernten auch außerhalb der unmittelbaren Therapiezeiten durch die konkreten Alltagsverrichtungen unter den realen Alltags Herausforderungen gefordert und gefördert wird. Vielen Betroffenen kommt solch ein alltagsintegrierter Ansatz sehr entgegen.

Insofern ist es notwendig, die Entscheidung über die Form der Rehabilitation primär an den individuellen, realistisch erscheinenden Rehabilitationszielen und der Frage, unter welcher der genannten Rehabilitationsstrategien diese in welchem Setting am besten erreichbar erscheinen, zu orientieren. Solche Überlegungen sind insbesondere bei pflegebedürftigen Menschen anzustellen, bei denen eine Funktionsverbesserung im Sinne einer Restitution nur begrenzt, jedoch eine Förderung der Aktivitäten und vor allem der Teilhabe durchaus in relevantem Umfang durch Kompensation und Adaptation möglich ist.

Diese Zusammenhänge unterstreichen die Bedeutung der Indikationsstellung und deren Schärfung im Hinblick auf die tatsächlich mit Wahrscheinlichkeit erreichbaren Ziele sowie die hierzu am besten geeigneten rehabilitativen Strategien. Diese müssen deutlicher als bisher auch in der Allokationsentscheidung zwischen stationärer, ambulanter und mobiler Rehabilitation Berücksichtigung finden.

5. Rehabilitative Versorgungsformen – Defizite, strukturelle Probleme und Lösungsvorschläge

5.1. Vorbemerkungen

Das deutsche Sozialleistungssystem bietet eine differenzierte und umfangreiche Versorgung mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch stationäre und ambulante Einrichtungen. In der Versorgungsrealität zeigen sich jedoch für pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen nach wie vor strukturelle Mängel, so dass die Chancen, Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu mindern, nicht hinreichend genutzt werden. Mit zunehmendem Grad der Beeinträchtigungen ist der Zugang zu Rehabilitationsleistungen oft erheblich erschwert.

Im Folgenden sollen die derzeitigen rehabilitativen Angebote, deren Defizite sowie die Zugangsbarrieren für die einzelnen Gruppen Pflegebedürftiger aufgezeigt und diskutiert werden. Wegen der unterschiedlichen Problemlagen und Versorgungskonzepte wird die Situation der nichtgeriatrischen pflegebedürftigen Patienten und der geriatrischen Patienten

getrennt dargestellt. Dabei wird jeweils mit der Frührehabilitation begonnen, gefolgt von den Angeboten der stationären Rehabilitation, der ambulanten und mobilen Rehabilitation.

Im geriatrischen Bereich stellen in einigen Bundesländern frührehabilitative Angebote im Krankenhaus die einzigen geriatriespezifischen Rehabilitationsangebote dar. Dort ersetzt die teilstationäre Frührehabilitation in geriatrischen Tageskliniken weitgehend die Funktion ambulanter geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen. Daher wird auf die Bedeutung der geriatrischen Tageskliniken im Rahmen ambulanter geriatrischer Rehabilitationsangebote gesondert eingegangen.

Auf Grund geringer Fallzahlen mit Zuständigkeit der Rentenversicherung (vgl. Kap 2 und 3) beschränken sich die folgenden Ausführungen auf die medizinische Rehabilitation in der Zuständigkeit der GKV.

5.2. Indikationsspezifische rehabilitative Versorgung

5.2.1. Indikationsspezifische/fachübergreifende Frührehabilitation

Frührehabilitation im Krankenhaus (vgl. Kap. 3.3) ist erforderlich, wenn im Rahmen der Akutbehandlung potenziell vermeidbare oder reduzierbare, bleibende Schädigungen, Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit drohen. Hierfür kommen in der indikationsspezifischen Versorgung Patienten mit akuten, schwerwiegenden, oft komplikationsreichen Erkrankungen, ggf. mit intensivmedizinischer Behandlungsbedürftigkeit in Betracht. Diese bedürfen frührehabilitativer Maßnahmen auf entsprechend apparativ ausgestatteten und überwachten Einheiten. Hierfür steht in Deutschland für die zahlenmäßig größte Gruppe indikationsspezifischer Frührehabilitanden die neurologische, für die Frührehabilitanden der übrigen Indikationsgebiete die fachübergreifende Frührehabilitation zur Verfügung. (Die geriatrische Frührehabilitation wird in einem gesonderten Kapitel näher dargestellt, sodass sich die nachfolgenden Ausführungen auf die Bereiche Neurologie und fachübergreifende Frührehabilitation beziehen.)

Die neurologische und die fachübergreifende Frührehabilitation hat parallel zur kurativen, ggf. auch intensivmedizinischen Versorgung als allgemeine rehabilitative Aufgaben:¹⁹

- Wiederherstellung der basalen körperlichen und mentalen Funktionen der Patienten, einschließlich der funktionellen Fähigkeiten zur Ausübung von Alltagsaktivitäten,
- Behinderungen und Pflegebedürftigkeit frühzeitig abzuwenden, zu beseitigen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu vermindern,
- Herstellen von Rehabilitationsfähigkeit, d. h. beispielsweise Erarbeitung der erforderlichen Belastbarkeit für eine notwendige Anschlussrehabilitation,
- hierauf aufbauend Erkennen des weiterführenden Reha-Bedarfs, Planung und Einleitung der weiteren rehabilitativen Versorgung, Bestimmung einer geeigneten weiterführenden Reha-Form und der Pflegeüberleitung.

Ziel ist auf Grundlage eines ICF-basierten Konzepts die Wiederherstellung, der Erhalt und die Verbesserung von Aktivitäten und sozialer Teilhabe. Angehörige werden in die Behandlung mit einbezogen und beraten; weitere umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren sollen berücksichtigt werden.

¹⁹ Beyer et al. (2015).

Frührehabilitation ist ein wesentliches Strukturelement der rehabilitativen Versorgung, dem eine entscheidende Weichenstellung zukommt. Für viele Patienten ist nur über eine frührehabilitative Versorgung der Weg zu einer erfolgreichen Rehabilitation möglich, dementsprechend kann die Frührehabilitation für den Erfolg des gesamten Rehabilitationsprozesses von entscheidender Bedeutung sein. Als Teil der Krankenhausleistung bedarf es zur Einleitung einer Frührehabilitation keines gesonderten Antragsverfahrens. Bestehen entsprechende Versorgungsstrukturen, ist die Übernahme der Patienten in eine Frühreha-Einheit/Abteilung unkompliziert möglich, immer vorausgesetzt, dass Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht. Ohne Verzögerungen kann die Behandlung durch ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team frühzeitig beginnen. Für Patientinnen und Patienten mit neurologischen Erkrankungen steht Frührehabilitation bundesweit – wenn auch regional lückenhaft – in Einrichtungen der Phase B zur Verfügung.

Dringenden Bedarf an einer frührehabilitativen Versorgung haben darüber hinaus beispielsweise Patienten mit Langzeitbeatmung, nach Polytrauma, ferner auch Patienten mit schweren internistischen Erkrankungen (nach Sepsis, Multiorganversagen u. a.) oder nach komplikationsreichen postoperativen Verläufen nach abdominal-, kardio- und thoraxchirurgischen Eingriffen. Das Angebot an solchen fachübergreifenden frührehabilitativen Einrichtungen ist deutschlandweit unzureichend; derzeit sind nur 19 Zentren der fachübergreifenden Frührehabilitation vorhanden, die die für die Versorgung dieser Patienten notwendige Versorgungsstruktur aufweisen.

Diesem erheblichen Versorgungsdefizit soll auf der Grundlage des Konzeptes einer "Fachübergreifenden Frührehabilitation"²⁰ begegnet werden. Es sieht zur angemessenen Versorgung der oft hochkomplexen Krankheitsbilder eine interdisziplinäre Struktur der frührehabilitativen Versorgung mit Einbindung der erforderlichen Facharztkompetenzen (Neurologie, Orthopädie, Innere Medizin u. a.) an geeigneten Standorten vor. Zurzeit sind seitens der Gesundheitspolitik und der Krankenkassenverbände leider keine Planungen und Aktivitäten für eine bedarfsgerechte Etablierung solcher notwendigen Strukturen der „Fachübergreifenden Frührehabilitation“ in den Krankenhäusern zu erkennen.

Das Fehlen frührehabilitativer Versorgungsmöglichkeiten führt oft dazu, dass diese Patienten und Patientinnen ohne Klärung eines bestehenden Rehabilitationsbedarfs, sei es direkt oder sei es über eine Kurzzeitpflege als Zwischenstation, in die stationäre Pflege entlassen werden. Dies kommt vor allem dann zum Tragen, wenn sich der akutmedizinische Versorgungsbedarf verringert hat, aber weiterhin ein erheblicher pflegerischer und medizinischer Versorgungsbedarf besteht, der die Übernahme in Reha-Einrichtungen ausschließt, weil diese nicht über die erforderlichen Struktur- und Prozessvoraussetzungen verfügen. Rehabilitationseinrichtungen mit für diese Zielgruppen geeigneten Struktur- und Prozessvoraussetzungen sind kaum vorhanden, obwohl die Rehabilitationsträger nach § 36 Abs. 1 SGB IX darauf hinzuwirken haben, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen. Damit haben diese Patienten oft keine angemessene Rehabilitationschance.

Auf die Problematik von Langzeitbeatmungspatienten soll hier besonders hingewiesen werden. Nach der Entlassung aus der – meist frührehabilitativen – Krankenhausbehandlung werden die Patienten häufig ambulant durch Intensiv-Pflegedienste betreut oder in

²⁰ Ebd.

„Beatmungs-Wohngruppen“ verlegt und dort ggf. auf Dauer untergebracht, ohne dass das Rehabilitationspotenzial weiter abgeklärt und ggf. ein weiterer Weaning-Versuch in einem zertifizierten Weaning-Zentrum durchgeführt wird.²¹ Die Zahl der invasiv außerklinisch beatmeten Patienten ist in den letzten Jahren stark angestiegen. An diesem für die Patienten extrem belastenden, auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sehr fragwürdigen Vorgehen zeigt sich exemplarisch die Notwendigkeit, qualifizierte, weiter differenzierte Rehabilitationsangebote zu schaffen, die tatsächlich den Bedarfen einer solchen Patientengruppe gerecht werden.

5.2.2. Stationäre indikationsspezifische Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in der GKV als ambulante Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 1 SGB V erbracht. Dies schließt die mobile Rehabilitation mit ein. Reichen die Leistungen nach § 40 Abs. 1 SGB V nicht aus, erbringen die Krankenkassen stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V).

Im Kontext einer besseren Bewältigung von Pflegebedürftigkeit ist zu erwähnen, dass entgegen dieser Festlegung für pflegende Angehörige der Zugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dadurch erleichtert wurde, dass sie eine stationäre Form der Rehabilitation in Anspruch nehmen können, auch wenn eine ambulante Form ausreichen würde (§ 40 Abs. 2 SGB V).

2018 wurden insgesamt rund 746.000 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der GKV durchgeführt, davon entfielen fast 82 % auf Leistungen der Anschlussrehabilitation (AR). Gut 89 % aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden als indikationsspezifische Leistungen erbracht, z. B. als kardiologische, orthopädische, onkologische oder neurologische Rehabilitation, hiervon 87 % stationär.

Bei einer indikationsspezifischen Rehabilitation stehen die jeweiligen Krankheitsauswirkungen, d. h. die funktionellen/strukturellen Schädigungen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, die aus einer Erkrankung des jeweiligen Indikationsgebietes, wie Kardiologie, Orthopädie oder Pneumologie resultieren, im Vordergrund. Demzufolge verfügt der ärztliche Leiter einer solchen Einrichtung über die entsprechende Facharztqualifikation. Das Rehabilitationskonzept ist auf das jeweilige Erkrankungsspektrum ausgerichtet. Die Rehabilitanden sollen in der Lage sein, mehrmals täglich aktiv an therapeutischen Maßnahmen, auch an Gruppentherapien, teilzunehmen, im Bereich der pflegerischen Versorgung (nahezu) selbständig sein und sich auf Stationsebene selbständig, ggf. auch mit Hilfsmitteln fortbewegen können. Pflegerische Aspekte spielen mit Ausnahme der neurologischen Rehabilitation, die nach dem Phasenmodell der BAR erbracht wird, eine untergeordnete Rolle.

Bei bereits vorliegender Pflegebedürftigkeit mit erhöhtem pflegerischem und personellem Unterstützungsbedarf stößt die Umsetzung einer indikationsspezifischen Rehabilitation meist an ihre Grenzen, insbesondere weil das notwendige Pflegepersonal fehlt bzw. auch konzeptionell nicht vorgesehen ist. Ferner sind Modifikationen des Reha-Konzepts erforderlich, wenn Gruppenangebote nicht oder nur begrenzt wahrgenommen werden können und mehr Einzeltherapie notwendig wird. Gerade an Einrichtungen der indikationsspezifischen Rehabilitation, die auch pflegebedürftige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufnehmen

²¹ Bornitz (2020).

und adäquat versorgen können, mangelt es. Dies stellt ein wesentliches strukturelles Defizit bei der rehabilitativen Versorgung vor allem jüngerer Pflegebedürftiger dar.

Nach wie vor stehen die Indikationen muskuloskeletale Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen an oberster Stelle. Hier kann grundsätzlich von einer ausreichenden und flächendeckenden Versorgung in Deutschland ausgegangen werden. Über 80 % der Versicherten, die zu Lasten der GKV eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen, sind älter als 65 Jahre.

Stationäre Rehabilitation 2018 (§ 40 Abs. 2 SGB V, nur GKV)

	Gesamt	≥65 Jahre	Anschluss- rehabilitation
Stationäre Rehabilitation (gesamt)	654.005 (100 %)	539.008 (82,4 %)	535.057 (81,8 %)
davon Muskel, Skelett, Bindegewebe	243.164 (37,1 %)	214.481 (88,2 %)	214.359 (88,1 %)
davon Herz-Kreislauf	161.656 (24,7%)	136.364 (84,3 %)	148.063 (91,6 %)

Quelle: KG5 Statistik 2018

Durch den medizinisch-technischen Fortschritt, z. B. neue OP-Methoden, nimmt das Durchschnittsalter der Rehabilitanden auch in der indikationsspezifischen Rehabilitation kontinuierlich zu. Dies erfordert, dass sich die Rehabilitationseinrichtungen auf diese Patientengruppen zunehmend konzeptionell einstellen müssen, z. B. durch mehr Einzeltherapien, individuelle Beratung, Schulung und pflegerische Unterstützung. Im Hinblick auf die personelle Ausstattung der Einrichtungen und deren finanzielle Rahmenbedingungen ist dies jedoch nur begrenzt möglich.

Insofern muss bei Rehabilitanden mit bereits vorbestehender Pflegebedürftigkeit individuell abgewogen werden, ob eine indikationsspezifische Rehabilitation noch möglich oder eine geriatrische Rehabilitation angezeigt ist. Dies kann im Einzelfall zu einem Problem werden, wenn die Rehabilitanden jünger als 60 Jahre sind (vgl. Kap. 2 Personenkreis) oder regional keine geriatrische Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung steht.

5.2.3. Ambulante indikationsspezifische Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation hat sich inzwischen nach der Rentenversicherung auch in der GKV als wohnortnahes Leistungsangebot etabliert. Sie geht ebenso wie die stationäre Rehabilitation von einem ganzheitlichen ICF-basierten Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation umfasst.

2018 betrug der Anteil ambulant durchgeführter medizinischer Rehabilitationen in der GKV 13 % ihrer indikationsspezifischen Rehabilitationsleistungen.

Ambulante Rehabilitation 2018 (§ 40 Abs. 1 SGB V, nur GKV)

	Gesamt	≥65 Jahre	Anschluss- rehabilitation
Ambulante Rehabilitation (alle Indikationen)	92.156 100 %	68.278 (74 %)	66.502 (72,2 %)
davon Muskel, Skelett und Bindegewebe	45.898 (49,8 %)	36.970 (80,5 %)	37.698 (82,1 %)
davon Herz-Kreislauf	13.118 (14,2 %)	10.907 (83,1 %)	11.813 (90 %)

Quelle: KG5 Statistik 2018 (ohne Fallzahlen der Mobilien Geriatrischen Rehabilitation – ca. 1.800 im Jahre 2018)

Die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, die den Patientenkreis einschränken. So muss einerseits u. a. die hausärztliche und pflegerische Versorgung außerhalb der Rehabilitationszeiten sichergestellt und der Versicherte somatisch und psychisch ausreichend belastbar sein, Transportzeiten müssen zumutbar sein. Andererseits ist es für Pflegebedürftige ein großer Vorteil, dass sie in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld verbleiben können.

Der Hauptanteil der ambulanten Rehabilitation wird in den Indikationen muskuloskelettale Erkrankungen mit knapp 46.000 Fällen erbracht, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit rund 13.000 Fällen (2018). Dabei haben sich ambulante Reha-Einrichtungen insbesondere in Ballungszentren und größeren Städten etabliert. In ländlichen Regionen besteht dagegen ein Versorgungsdefizit.

Die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation z. B. nach Operation einer Hüft- oder Kniegelenksendoprothese oder nach einem Myokardinfarkt ist unter Beachtung o. g. Kriterien auch bei älteren Versicherten möglich, vorausgesetzt es liegt kein geriatrisches Krankheitsprofil vor. Ein Vorteil ist, dass das Erlernte, z. B. Treppensteigen, parallel zur ambulanten Rehabilitation in der Häuslichkeit direkt geübt und umgesetzt werden kann.

Besteht bereits vor oder nach der Akutbehandlung eine erhebliche Pflegebedürftigkeit, stoßen indikationsspezifische ambulante Reha-Angebote an enge Grenzen, patientenseitig wegen der höheren somatischen und mentalen Belastungsanforderungen (einschließlich des notwendigen Transports), einrichtungsseitig insbesondere wegen einer notwendigen höheren Personalausstattung und einer angepassten räumlich-apparativen Ausstattung. In (wenigen) Einzelfällen kann die Behandlung von höhergradig pflegebedürftigen Patienten und Patientinnen oder von Menschen mit Behinderungen in ambulanten Reha-Einrichtungen dadurch ermöglicht werden, dass betreuende/pflegende Bezugspersonen oder Betreuende Patienten während der Behandlungen begleiten und unterstützen. Insgesamt spielt die ambulante Rehabilitation für diesen Personenkreis nur eine untergeordnete Rolle.

5.2.4. Mobile indikationsspezifische Rehabilitation

Nach § 40 Abs. 1 SGB V schließt ambulante Rehabilitation auch die mobile Rehabilitation durch wohnortnahe Einrichtungen ein. Der Gesetzgeber nahm bereits 2007 diese Rehabilitationsform in das SGB V auf. Grundlage waren nicht nur Erfahrungen aus Modellprojekten zur mobilen (geriatrischen) Rehabilitation (MoGeRe) seit 1991, sondern auch mit fachübergreifender oder neurologischer Rehabilitation. Damit sollte ein Zugang zur Rehabilitation für bisher unter-/fehl- oder nicht versorgte Personengruppen geschaffen werden, zunächst umgesetzt durch die Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation der Krankenkassen vom 01.05.2007 (siehe Kap. 5.3.5).

Da sich die mobile geriatrische Rehabilitation bewährt hat und auch für jüngere Patientinnen und Patienten eine Versorgungslücke im Hinblick auf eine aufsuchende Rehabilitationsform offensichtlich wurde, hat der GKV-Spitzenverband 2016 Eckpunkte zur mobilen indikationsspezifischen Rehabilitation herausgegeben. Damit wurden die Indikationen über die geriatrischen Indikationen hinaus erweitert sowie Übergangsregelungen für einen erleichterten Aufbau entsprechender Einrichtungen nach § 111c SGB V geschaffen.

Entsprechend der Rahmenempfehlung MoGeRe und o. g. Eckpunkte ist mobile Rehabilitation indiziert, wenn Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose und damit der Erfolg der Rehabilitation nur im gewohnten Umfeld anzunehmen sind, weil der Rehabilitand

- auf die umfassende Anwesenheit einer Bezugsperson und deren Unterstützung angewiesen ist und dies nicht durch Mitaufnahme in eine Einrichtung gewährleistet werden kann oder
- der Rehabilitand im bereits krankheits- bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben muss oder
- der angestrebte Rehabilitationserfolg nicht aus der ambulanten/stationären Rehabilitation in das Wohnumfeld übertragen werden kann.

Vorrangig handelt es sich dabei um Rehabilitanden mit erheblichen Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere kognitions- und verhaltensbezogener Art, respektive Menschen, die auf pflegerische Betreuung in einem Maße angewiesen sind, wie diese in der Regel nicht in ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtungen zu leisten ist. In der mobilen Rehabilitation wird die pflegerische Versorgung weiter von ambulanten Pflegediensten und/oder den An- und Zugehörigen gewährleistet oder durch die stationäre Pflegeeinrichtung bzw. im Rahmen der Eingliederungshilfe als Assistenzleistung. Die Erfahrungen zeigen, dass selbst schwerstpflegebedürftige oder Patienten mit deutlichen kognitiven Einbußen mit der mobilen Rehabilitation positive Reha-Ergebnisse in Hinblick auf Funktionsstatus, Aktivitäten und Teilhabe erreichen können.

Während Einrichtungen der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation – allerdings mit nur wenigen Standorten – bestehen (siehe hierzu Kap. 5.3.5), haben sich Angebote für eine indikationsspezifische mobile Rehabilitation trotz des Eckpunktepapiers vom 01.04.2016 mit erleichterter Anschubphase bisher an keinem Standort neu etabliert. Der Mangel an mobilen Reha-Einrichtungen stellt für die rehabilitative Versorgung von Pflegebedürftigen eine gravierende Versorgungslücke dar.

Die Ursachen für das mangelnde Interesse der Leistungserbringer, solche Einrichtungen zu gründen, sind vielfältig. Beispielhaft sind hier zu nennen:

- nach wie vor enge Indikationskriterien und Rahmenvorgaben, die eine mobile indikationsspezifische Rehabilitation nur zulassen, wenn eine einrichtungsgebundene ambulante oder stationäre Rehabilitation nicht möglich ist (Exklusivitätsvorbehalt) – was u. a. eine Abkehr vom gesetzlich verankerten Prinzip ambulanter vor stationärer Rehabilitation bedeutet,
- aufwendiges Zulassungsverfahren,
- mangelnde Erfahrung der Reha-Einrichtungen mit zugehenden Diensten,
- betriebswirtschaftliche Gründe (mangelnde finanzielle Ausstattung, keine Absicherung von Risiken (Behandlungsausfälle oder Krankenstand der Mitarbeitenden),
- hoher organisatorischer Aufwand,
- Mangel an qualifiziertem Fachpersonal.

5.2.5. Indikationsspezifische Rehabilitation für besondere Personengruppen

Erwachsene Menschen mit angeborenen oder erworbenen Behinderungen (bis zum 60. Lebensjahr) und bestehender Pflegebedürftigkeit stellen eine Personengruppe dar, deren Rehabilitationsbedarfe aktuell nicht oder nur unzureichend gedeckt werden. Besteht hier eine Indikation für eine Rehabilitation auf Grund einer zur vorbestehenden Behinderung hinzugetretenen akuten Erkrankung (z. B. operativ versorgte Fraktur oder akuter Myokardinfarkt), ist die Versorgung in den typischerweise dafür angezeigten indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtungen erschwert oder nicht durchführbar. Diese sind konzeptionell und personell weder im ambulanten noch stationären Setting ausreichend darauf eingerichtet. In Deutschland stehen hierfür nur wenige auf diese Rehabilitandengruppen spezialisierte Einrichtungen zur Verfügung.

Die Durchführung einer stationären Rehabilitation kann im Einzelfall durch Mitaufnahme einer Begleitperson sichergestellt werden. Diese wäre nach § 11 Abs. 3 SGB V aus medizinischen Gründen notwendig, da die Versicherten auf Grund der Beeinträchtigungen der Selbstversorgung einer ständigen Betreuung bedürfen, die über das Maß hinausgeht, welche die Einrichtungen erbringen können. Die Kosten der Mitaufnahme werden von der Krankenkasse übernommen mit Zahlung des jeweiligen Pflegesatzes sowie Reisekosten. Darüber hinaus ist die Mitaufnahme einer Pflegekraft möglich, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Abs. 4 Satz 1 SGB XII durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. In diesem Falle übernimmt der Träger der Kosten der Assistenzleistungen auch die fortlaufenden Assistenzleistungen im Krankenhaus bzw. der Reha-Klinik, d. h. meist die Eingliederungshilfe im sog. Arbeitgebermodell. Diese Möglichkeit besteht aber nicht für andere behinderte Menschen, die das Arbeitgebermodell nicht nutzen.

Für diese Patientengruppe böte sich eine mobile Rehabilitation besonderes an. Daher wurden in das Eckpunktepapier des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) vom 05.04.2016²² angeborene oder erworbene Mehrfachbehinderungen mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf als neues Indikationskriterium für eine mobile indikationsspezifische Rehabilitation aufgenommen. Allerdings gelten die übrigen engen Indikationsvoraussetzungen unverändert (siehe 4.2.4), und entsprechende Leistungsangebote sind – wie oben aufgeführt – bisher nicht etabliert worden.

²² GKV-Spitzenverband (2016).

Eine weitere Personengruppe mit erschwertem Zugang zu einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation sind Patientinnen und Patienten mit chronischen psychischen/psychosomatischen Erkrankungen und eingetretener Pflegebedürftigkeit. Der Anteil von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen zu Lasten der GKV ist mit insgesamt 16.583 erbrachten Leistungen in 2018 (davon 6.393 für Versicherte > 65 Jahre) vergleichsweise gering. Psychosomatische Rehabilitation ist eine Domäne der Rentenversicherung und machte 2016 bei Frauen 22 % und bei Männern 19 % aller Leistungen aus. Die praktische Umsetzung einer psychosomatischen Rehabilitation bei vorliegender Pflegebedürftigkeit ist allerdings schwierig. Die psychosomatische Rehabilitation, wie sie derzeit konzeptionell aufgestellt ist, erfordert ein hohes Maß an Selbständigkeit des Rehabilitanden und ist schwerpunktmäßig auf Gruppentherapien ausgerichtet. Der pflegerische Unterstützungsbedarf könnte im Einzelfall nur durch Mitaufnahme einer medizinisch begründeten Begleitperson sichergestellt werden. Dies setzt aber voraus, dass eine solche zur Verfügung steht und dazu bereit ist. Insofern ist die rehabilitative Versorgung Pflegebedürftiger im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation derzeit nicht gesichert.

Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stehen „Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen“ (RPK) als besonderes Rehabilitationsangebot zur Verfügung. Diese Rehabilitationsleistungen umfassen eine medizinische und berufliche Rehabilitationsphase und können bis zu einem Jahr dauern. Das vorrangige Ziel ist die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben. Rehabilitiert werden in einer RPK vorrangig Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (bspw. Schizophrenie, schwere bipolare Störungen, Zwangs- oder Angststörungen, schwere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen), die erhebliche Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe nach sich ziehen. RPK sind in der Regel kleine Einrichtungen mit enger regionaler Vernetzung.

Pflegebedürftigkeit, insbesondere in höherem Ausmaß, stellt ein Ausschlusskriterium der RPK dar, es sei denn durch die Leistungen zur Rehabilitation ist absehbar, dass Pflegebedürftigkeit vermieden, beseitigt, gebessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann. Rechtlich ist Pflegebedürftigkeit kein Ausschlusskriterium, praktisch in der Umsetzung jedoch sehr wohl.

RPK-Angebote stehen in Deutschland noch nicht flächendeckend zur Verfügung, derzeit gibt es ca. 50 Einrichtungen mit 1800 Behandlungsplätzen. Ambulante Rehabilitationsangebote fehlen in einigen Regionen komplett.²³

5.2.6. Forderungen/Lösungsvorschläge indikationsspezifische Reha

Aus den unter 4.2 dargestellten Problemlagen und Defiziten unter Beachtung der individuell angestrebten und realistischen Teilhabeziele lassen sich folgende Lösungsvorschläge ableiten:

- Aufbau bzw. Erweiterung von frührehabilitativen Versorgungsstrukturen bei neurologischen Erkrankungen und von fachübergreifenden Frührehabilitations-Angeboten, die eine qualifizierte, bedarfsgerechte, möglichst ortsnahe Versorgung gewährleisten – zum Beispiel an Krankenhäusern der Maximal- und Schwerpunktversorgung oder anderen geeigneten Einrichtungen.
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten rehabilitativen Weiterversorgung von pflegebedürftigen Patienten im Anschluss an eine Frührehabilitation durch Einrichtungen

²³ BAG RPK e.V. (2019).

der stationären und ambulanten Rehabilitation, die in der Lage sind, auch Patienten und Patientinnen mit höherem Pflegebedarf angemessen zu versorgen.

- Bei Entlassung aus der Frührehabilitation in den ambulanten Bereich muss ein tragbares Konzept zur medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Weiterbehandlung und Versorgung entwickelt sein (Versorgungs-/Entlassmanagement). Dazu gehört auch die Ermittlung weiterer Rehabilitationsbedarfe.
- Schaffung indikationsspezifischer Rehabilitationsangebote für Menschen mit erhöhtem medizinischem und pflegerischem Unterstützungsbedarf mit einer angemessenen personellen und entsprechenden finanziellen Ausstattung, vorzugsweise unter Nutzung vorhandenen Einrichtungen mit einer entsprechenden konzeptionellen Ausrichtung.
- Bedarfsgerechte Verankerung der mobilen indikationsspezifischen Rehabilitation, u. a. durch Erweiterung der Indikationskriterien, Schaffung finanzieller Anreize zur Etablierung mobiler Rehabilitationsangebote (z. B. Anschubförderung²⁴ sowie Sicherung einer auskömmlichen Finanzierung).
- Die Reha-Träger sollten entsprechend dem Auftrag nach § 36 Abs. 1 SGB IX nachkommen.

5.3. Geriatrisch-rehabilitative Versorgung

In den letzten 15 Jahren wurde die geriatrisch-rehabilitative Versorgung bundesweit deutlich ausgebaut. Dies erfolgte allerdings primär im stationären Bereich und dort ganz überwiegend in der geriatrischen Frührehabilitation, während die ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung seit Jahren auf niedrigem Niveau stagniert.

Dabei erfolgte die Etablierung der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung in den Bundesländern historisch unterschiedlich. In einigen Bundesländern wurde ursprünglich ausschließlich auf das Konzept der geriatrischen Versorgung im Krankenhaus gesetzt, flankiert von geriatrischen Tageskliniken, in denen diese bei Bedarf „quasi ambulant“ fortgesetzt werden kann. Andere Bundesländer etablierten zunächst nahezu ausschließlich stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V. In einigen Bundesländern wie beispielsweise Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen oder dem Saarland wurden schon früh beide Versorgungsstrukturen parallel entwickelt. Unter den Vergütungsanreizen des DRG-Systems²⁵ wurden seit 2003 in allen Bundesländern mit anfangs ausschließlich stationärer geriatrischer Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V zunehmend auch Krankenhausabteilungen für Akutgeriatrie mit der Möglichkeit zur Erbringung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFK) etabliert. Dieser Prozess schreitet noch fort, so dass diese Behandlungsoption bundesweit zunehmend flächendeckend, wenngleich regional noch in unterschiedlicher Dichte zur Verfügung steht. In drei Bundesländern – Berlin, Hamburg, Schleswig-Holstein – gibt es im stationären Bereich allerdings weiterhin eine ausschließliche, in Brandenburg, Hessen und Sachsen-Anhalt eine nahezu ausschließliche akutgeriatrische Krankenhausversorgung mit der Möglichkeit einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Aufgrund dieser strukturell unterschiedlichen

²⁴ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.; 2015).

²⁵ DRGs (Diagnosis Related Groups) fassen eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen- und Prozedurenkombinationen zu Gruppen mit vergleichbarem ökonomischem Aufwand in möglichst auch medizinisch-klinisch homogenen Gruppen zusammen (vgl. GKV-Spitzenverband).

Versorgungssituationen sind die rehabilitativen Versorgungsbedarfe geriatrischer Patienten regional unterschiedlich gut abgedeckt.

5.3.1. Vollstationäre geriatrische Frührehabilitation

Die geriatrische Frührehabilitation ist Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Im Gegensatz zur indikationsspezifischen Frührehabilitation ergibt sich ihre Indikation bei Patienten und Patientinnen, deren Risiko für bleibende Verluste ihrer bisherigen Autonomie und Selbständigkeit bis hin zur Pflegebedürftigkeit in der Regel nicht primär in der Schwere oder intensivmedizinischen Behandlungsbedürftigkeit ihrer Erkrankungen begründet ist, sondern in ihrer hohen Vulnerabilität aufgrund der durch Alternsprozesse und Multimorbidität bedingten Reduktion ihrer Reservekapazitäten. Dies sind überwiegend geriatrische Patienten; sie bedürfen häufig frühzeitig die kurative Behandlung begleitender rehabilitativer Leistungen, um potenzielle Folgen dieses Risikos so weit wie möglich zu reduzieren. Sie erfolgen bei entsprechender Indikation als „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK). Im entsprechenden Prozedurencode OPS 8-550* sind die strukturellen und prozessualen Erbringungsvoraussetzungen festgelegt. Durch die enge Verzahnung von akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlung können geriatrische Patientinnen und Patienten, die im Rahmen akuter Krankheitsereignisse besonders gefährdet und vom Verlust ihrer Autonomie und Selbständigkeit bedroht sind, angemessen behandelt werden. Da es sich um eine Krankenhausbehandlung handelt, ist der Zugang zur akutgeriatrischen Behandlung unkompliziert – sei es als Krankenhauseinweisung durch den Vertragsarzt oder als Verlegung aus einer anderen Krankenhausabteilung. Bundesweit wurde diese OPS-Leistung 8-550* pro Jahr bei 362.989 Patienten abgerechnet – und zwar durch 716 Krankenhäuser,²⁶ d. h. durch ca. jedes zweite an der Allgemeinversorgung beteiligte Krankenhaus.²⁷

Nach einer frührehabilitativen Versorgung muss den Patientinnen und Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung bei weiterbestehendem Reha-Bedarf eine medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V – stationär, ambulant oder mobil – offenstehen. In Bundesländern mit ausschließlich akutgeriatrischer Krankenhausversorgung oder mit nur vereinzelt stationären Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V steht geriatrischen Patienten eine ggf. notwendige weitere stationäre rehabilitative Behandlung nicht oder nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Dies stellt ein schwerwiegendes Defizit dar, das in diesen Bundesländern spätestens seit Einführung des DRG-Systems zu einem höheren Anteil von Verlegungen in Pflegeeinrichtungen (sei es der Lang- oder Kurzzeitpflege) oder aber in die Häuslichkeit ohne weitere Klärung resp. Ausschöpfung rehabilitativer Potenziale der betroffenen geriatrischen Patienten geführt hat. Eine alternative Verlegung in eine indikationsspezifische Reha-Einrichtung oder die Verlegung zur geriatrischen Rehabilitation in ein anderes Bundesland stellen für diese Zielgruppe in der Regel keine bedarfsgerechte und angemessene Alternative dar. Hinzu kommt, dass seit der DRG-Einführung frührehabilitative Leistungen prinzipiell nur noch pauschaliert und nicht mehr individuell bedarfsbezogen (wie vor Einführung des DRG-Systems) vergütet werden, was den Umfang der Erbringung dieser

²⁶ Auswertungen des Kompetenz-Centrums Geriatrie und des GKV-Spitzenverbandes Daten auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG. 2018.

²⁷ Nur ca. 360 dieser 716 Krankenhäuser verfügen über eigene geriatrische Abteilungen bzw. handelt es sich um geriatrische Fachkrankenhäuser. Nur diese weisen die vom Bundesverband Geriatrie geforderten Struktur- und Prozessqualitätskriterien der geriatrischen frührehabilitativen Versorgung mit einem entsprechenden interdisziplinären Team im Krankenhaus auf.

Leistungen deutlich limitiert hat.²⁸ Eine weiterführende Alternative stellt in diesen Ländern teilweise die teilstationäre Behandlungsführung in einer geriatrischen Tagesklinik dar (siehe Kap. 5.3.3).

Neben diesen strukturellen Defiziten vertreten Kostenträger teilweise noch immer die Auffassung, dass eine frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung rehabilitativ „fallabschließend“ sei, obwohl damit in vielen Fällen erst die Fähigkeit zur Teilnahme an einer anschließenden teilhabeorientierten medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V erreicht wird. Dies führt mitunter dazu, dass sie eine medizinisch angezeigte Anschlussrehabilitation ablehnen, und zwar auch in Bundesländern, in denen entsprechende geriatrische Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung stehen.

5.3.2. Stationäre geriatrische Rehabilitation

Den 716 Einrichtungen zur Erbringung geriatrisch-frührehabitativer Angebote stehen ca. 161 stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen²⁹ zur Erbringung stationärer geriatrischer Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V gegenüber, die zudem über die Bundesländer in sehr unterschiedlicher Dichte (siehe Kap. 5.3) verteilt sind.

Stationäre geriatrische Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V)

	Gesamt	≥65 Jahre	Anschluss- rehabilitation
Stationäre Reha (alle Indikationen)	654.005	539.008 (82,4%)	535.057 (81,8%)

Davon:

Geriatric	77.388 (11,8%)	75.475 (97,5%)	69.638 (90,0%)
------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Quelle: KG5 Statistik 2018

Eine bedarfsgerechte Versorgung ist damit nach Auffassung der DVfR nicht sichergestellt. Hierfür sind verschiedene Aspekte von Bedeutung:

Wichtig für die Rehabilitation geriatrischer Patienten und Patientinnen ist, dass diese Angebote möglichst wohnortnah zur Verfügung stehen, damit die notwendige Einbindung in das soziale und mit der medizinischen und pflegerischen sonstigen Versorgung befasste Umfeld sichergestellt werden kann. Nur so ist es beispielsweise realistisch, dass An- und Zugehörige den Rehabilitanden besuchen und ggf. mit in den Rehabilitationsprozess eingebunden werden können. Da geriatrische Rehabilitanden häufig auch nach ihrer Rehabilitation pflegebedürftig bleiben und auf die Unterstützung von An- und Zugehörigen angewiesen sind, ist dieser Aspekt der relativen Wohnortnähe von entscheidender Bedeutung. Nur so ist ein frühzeitiger Einbezug der in die Unterstützung eingebundenen Bezugspersonen sowie darüber hinaus auch regionaler Dienstleister möglich – beginnend bei einer mit diesen abgestimmten und

²⁸ Kolb et al. (2014).

²⁹ Vgl. Destatis (2017 b).

idealerweise mitgetragenen Reha-Zieldefinition bis hin zur Entlassung mit einem ebenfalls abgestimmten, an die Reha-Ergebnisse angepassten Plan zur weiteren, möglichst passgenau an den Bedarf der Rehabilitanden, aber auch an die Ressourcen der Unterstützenden angepassten Versorgung. Ergänzend wäre die Erbringung abschließender Therapieeinheiten im Wohnumfeld des Rehabilitanden ein gutes Mittel zur Stärkung einer zielgenauen, alltagsorientierten Weiterversorgung und damit nachhaltigen Wirksamkeit der Rehabilitation.

Eine wesentliche Zugangsbarriere für geriatrische Patientinnen und Patienten zu stationären (wie auch ambulanten) Leistungen zur Rehabilitation ist die unzureichende Reha-Bedarferkennung sowohl in der ambulanten wie auch der stationären Versorgung in Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern, insbesondere jenseits von geriatricspezifischen Fachabteilungen. Ferner erschwert eine oft unzureichende Qualität der Reha-Verordnungen die Beurteilung der Reha-Indikation.

Auf der anderen Seite kommt eine restriktive Bewilligungspraxis bei einem Teil der Krankenkassen bzw. ihrer Sachbearbeiter hinzu. Bei schwerer betroffenen Patienten und Patientinnen wird die Ablehnung von Reha-Anträgen seitens einiger Kostenträger häufig mit einer „fehlenden Rehabilitationsfähigkeit“ begründet. Dies betrifft vor allem Patienten, die schon im Vorfeld in einen höheren Pflegegrad eingestuft waren. Bei weniger komplex-geschädigten geriatrischen Patienten wird die Indikation für eine Rehabilitation mit der Argumentation infrage gestellt, anstelle einer Rehabilitation sei eine Heilmittelversorgung im ambulanten Setting ausreichend. Diese Argumentationslinie der Kostenträger, teilweise auch des MDK, ist der wohl häufigste Anlass für ein Widerspruchsverfahren. Ein Widerspruchsverfahren ist für die Antragsteller aufwendig, führt zu Verzögerungen und wird bzw. kann von den Betroffenen oft nicht bewältigt werden. Auch wenn gut begründete Widersprüche überwiegend zum Erfolg führen, bleiben Fälle, in denen trotz guter Begründung ein Reha-Antrag negativ beschieden wird. Den betroffenen Patienten wird damit eine Rehabilitationschance genommen.

Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde der Auftrag der Rehabilitationsträger zu einer differenzierten, auf die Beeinträchtigung der Teilhabe und der sich daraus ergebenden Teilhabeziele orientierten Feststellung des individuellen Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 13 Abs. 2 SGB IX) hervorgehoben und bekräftigt.

Nicht zuletzt besteht bei vielen pflegebedürftigen Menschen auch keine Bereitschaft mehr, ihr Wohnumfeld für eine Rehabilitation (nochmals) zu verlassen, zumal wenn diese nur wohnortfern zur Verfügung steht.

Aber auch stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen stellen unterschiedliche Anforderungen an die Selbständigkeit und das Vorhandensein von Kompetenzen, so dass schwerer betroffene Pflegebedürftige zum Teil nicht aufgenommen werden. Seitens der Leistungserbringer wird dabei die Unterfinanzierung stationärer geriatrischer Reha-Einrichtungen beklagt, die eine qualitativ angemessene Rehabilitation und rehabilitative Pflege komplex-geschädigter und höhergradig pflegebedürftiger Patienten erschwert.

5.3.3. Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (geriatrische Tagesklinik)

Geriatrische Tageskliniken sind Krankenhauseinrichtungen nach § 39 SGB V, in denen eine teilstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird. In der Regel erfolgt diese als „teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung“ in weitgehender Anlehnung an die stationäre „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“. Kern ist auch hier eine teamintegrierte

Behandlung durch ein multiprofessionelles geriatrisches Behandlungsteam unter fachärztlich geriatrischer Leitung. Diese Behandlung ist keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne von § 40 SGB V. Gleichwohl deckt sie mit ihren Möglichkeiten im Rahmen der Akutversorgung einen wichtigen Teil des rehabilitativen Bedarfs an teilhabeorientierten Leistungen ab.

Der Vorteil der geriatrischen Tageskliniken im Vergleich zu ambulanten geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen liegt in der gleichzeitigen rehabilitativen und ärztlich-medizinischen Versorgungsoption einschließlich aller diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Krankenhauses sowie der meist höheren Ausstattung mit Pflegefachkräften. Dieses Setting erlaubt beispielsweise eine erforderliche komplexe medikamentöse Einstellung oder die Behandlung (nicht selten) auftretender Dekompensationen oder Komplikationen bei vorbestehenden chronischen Erkrankungen. Geriatrische Tageskliniken sind, soweit vorhanden, wohnortnahe Einrichtungen und können daher aufgrund des teilstationären Settings in der Häuslichkeit auftretende Probleme unmittelbarer in ihre rehabilitative Behandlung einbeziehen. Sie sind, wie ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen, insofern oft enger als stationäre Einrichtungen mit dem räumlichen und sozialen Umfeld der Patienten verbunden; dies stärkt die Alltagsrelevanz der Behandlung und die Orientierung auf Teilhabesicherung.

Da es sich leistungsrechtlich um eine Krankenhausbehandlung handelt, setzt die tagesklinische Behandlung entsprechend Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit resp. die Notwendigkeit des Einsatzes der besonderen Mittel eines Krankenhauses voraus. Diese ist in dieser Phase der Behandlung nicht bei jedem Patienten hinreichend zu begründen.

Bundesweit stehen für diese Form der teilstationären geriatrisch rehabilitativen Leistungserbringung 167 geriatrische Tageskliniken mit 41.417 Fällen pro Jahr³⁰ in der Regel in enger räumlicher Anbindung an geriatrische Fachabteilungen in Krankenhäusern zur Verfügung. Besondere Bedeutung und ihre ganz überwiegende Verbreitung hat die geriatrische Tagesklinik in Bundesländern, in denen es keine geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V gibt. Dort kann sie unter Umständen bei einem Teil der Patienten über die stationär erbrachte geriatrische Frührehabilitation (GFK) hinaus bestehenden Reha-Bedarf durch eine teilstationäre Fortsetzung der Behandlung abdecken. Voraussetzung ist, dass der Zustand der Patienten die täglichen Transporte in die Tagesklinik zulässt und sie außerhalb der tagesklinischen Behandlung medizinisch und pflegerisch ausreichend versorgt sind. Ist eine häusliche Versorgung (noch) nicht zu gewährleisten, erfolgt in den letzten Jahren auch eine vermehrte Verlegung der Patienten in die Kurzzeitpflege und aus dieser heraus eine teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung in einer Tagesklinik. Diese Kombination kompensiert in diesen Bundesländern damit zu Teilen die dort fehlenden stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen.

In den letzten Jahren sind diese Einrichtungen allerdings teilweise unter zunehmendem Druck geraten, weil einige Leistungsträger die im Vergleich zu ambulanten Rehabilitationseinrichtungen höheren Kosten nicht mehr zu tragen bereit sind und den Bedarf an den besonderen Mitteln des Krankenhauses für diese leistungsrechtlich frührehabilitative und damit dem Krankenhausbereich nach § 39 SGB V zuzuordnende Leistung in Frage stellen. Die teilweise Schließung von geriatrischen Tageskliniken stellt einen Verlust in der Versorgung

³⁰ Destatis (2017 a).

geriatrischer Patienten dar, der selbst bei einer Umwandlung in eine ambulante geriatrische Reha-Einrichtung nur unzureichend kompensiert werden kann.

5.3.4. Ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR)

Ambulante Rehabilitation ist als ein wohnortnahes Angebot für geriatrische Patientinnen und Patienten besonders vorteilhaft, da sie hierbei in ihrem gewohnten oder ständigen Wohnumfeld verbleiben können.

Voraussetzung für die Durchführung einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation (AGR) sind die Transportfähigkeit des Rehabilitanden, eine gesicherte häusliche und hausärztliche Versorgung außerhalb der Therapiezeiten und eine ausreichende körperliche und mentale Belastbarkeit für die mehrmals tägliche aktive Teilnahme an rehabilitativen Therapien. In der Praxis sind aber eine (grund-)pflegerische Versorgung während der Rehabilitation und eine Anpassung der Behandlungen (z. B. mehr Einzelbehandlungen) nur eingeschränkt möglich, was die Aufnahme von höhergradig Pflegebedürftigen erschwert.

Unter den seit 2004 bestehenden Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (AGR) mit hohen Qualitätsanforderungen ohne entsprechende Finanzierung stagniert die Zahl der Einrichtungen bundesweit. 2018 existierten ca. 60 Einrichtungen mit 2.236 Fällen pro Jahr.³¹

Ambulante geriatrische Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V ohne MoGeRe)

	Gesamt	≥65 Jahre	amb. Anschluss- rehabilitation
Ambulante Rehabilitation (alle Indikationen)	92.156	68.278 (74,1%)	66.502 (72,2%)

Davon:

Geriatric	2.236 (2,4%)	2.178 (97,4%)	1.611 (72,0%)
------------------	-----------------	------------------	------------------

Quelle: KG5 Statistik 2018

Aus der vertragsärztlichen Versorgung, deren Zuweisungsanteil bei knapp 28 % dieser Fälle liegt, kommt die ambulante geriatrische Rehabilitation vor allem dann in Frage, wenn es zu Verschlechterungen chronischer Erkrankungen mit progredienten funktionellen Beeinträchtigungen und einem Fortschreiten geriatrischer Syndrome kommt, die es zu mindern oder zu beseitigen gilt. Deshalb sind ambulante Rehabilitationseinrichtungen besonders für Patienten mit drohender und geringgradiger Pflegebedürftigkeit geeignet.

Die Indikationsstellung für eine ambulante geriatrische Rehabilitation aus dem ambulanten Bereich heraus ist in der Praxis allerdings erschwert: einerseits muss ein geriatrisches Krankheits- und Beeinträchtigungsprofil vorliegen, das die Notwendigkeit einer komplexen Rehabilitationsmaßnahme begründet, zum anderen sollen die Patientinnen und Patienten

³¹ Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Vertragsdatenbank (Daten 11/2019) und KG5-Statistik (2018) des GKV-Spitzenverbandes. Es ist davon auszugehen, dass viele dieser 60 AGR nur noch formal bestehen und de facto nicht an der Patientenversorgung teilnehmen.

die Reha-Einrichtung möglichst selbständig oder mittels angebotenen Fahrdiensten aufsuchen und das individuelle Reha-Programm aktiv und weitgehend eigenständig absolvieren können. In der indikationsspezifischen ambulanten Rehabilitation ist die Kombination dieser beiden Anforderungen als selbstverständlich akzeptiert. Anträge für eine ambulante geriatrische Rehabilitation aus der vertragsärztlichen Versorgung scheitern hingegen häufig daran, dass die Kostenträger eine Kostenübernahme bei Patienten, die den Zugang in eine solche Einrichtung und die Teilnahme an den Therapien dort in dieser Selbständigkeit noch leisten können, mit der Begründung ablehnen, dass dann auch der Einsatz von Heilmitteln ausreichend sei. Die Schwierigkeit der Indikationsstellung und die Erfahrung zu häufiger Leistungsablehnung sind wichtige Gründe, dass Vertragsärzte nur selten Verordnungen ausstellen, selbst wenn eine Einrichtung vor Ort zur Verfügung steht.

5.3.5. Mobile Geriatrische Rehabilitation (MoGeRe)

Mobile Geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) zielt nach den derzeit geltenden Rahmenempfehlungen MoGeRe vom 01.05.2007 als Sonderform der ambulanten Rehabilitation auf schwerer und schwerstbetroffene Patienten, die in den herkömmlichen Reha-Einrichtungen – stationär oder ambulant – nicht adäquat versorgt werden können, weil bei ihnen Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose ausschließlich im gewohnten und ständigen Wohnumfeld – sei es in der Privatwohnung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung – vorliegt.

Die MoGeRe zeichnet sich gegenüber anderen Rehabilitationssettings vor allem durch ihre unmittelbare Alltagsrelevanz aufgrund der Erbringung der Leistungen im konkreten Lebensumfeld der Pflegebedürftigen aus. So können die individuellen umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren unmittelbar in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Transferprozesse von Reha-Ergebnissen in den Alltag entfallen. Ferner können in diesem Setting die pflegenden und betreuenden An- und Zugehörigen, die ambulanten Pflegedienste oder in stationären Pflegeeinrichtungen das Pflegepersonal unmittelbar in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden. Wie die Basisdokumentation des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCG) zeigt, liegen die Zuwächse im Bereich der körperlichen Selbstversorgungsfähigkeit im Alltag gemessen im Barthel-Index nur unwesentlich unter denen anderer Formen der geriatrischen Rehabilitation. Dies gilt auch für Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen. Zusätzlich ist bei dieser zugehenden rehabilitativen Leistungserbringung von einer größeren Nachhaltigkeit der Rehabilitationsergebnisse auszugehen.³²

Die äußerst engen Indikationskriterien der Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation verlangen, dass vor der positiven Indikationsstellung für eine MoGeRe eine mögliche Versorgung in anderen rehabilitativen Erbringungsformen zu prüfen ist und begründet werden soll, warum nur im Rahmen eines mobilen Settings eine erfolgreiche Rehabilitation zu erwarten ist (siehe auch Kap. 5.2.3). Diese Engführung der Indikationskriterien war und ist ein Hindernis für die Etablierung von Angebotsstrukturen der MoGeRe. Mittlerweile erhalten einzelfallbezogen auch Patienten außerhalb der hierfür in den Rahmenempfehlungen MoGeRe benannten Indikationskriterien eine Kostenbewilligung durch Krankenkassen, auch in Ermangelung von Versorgungsalternativen. Dies sind beispielsweise Patienten, die aufgrund einer erforderlichen Isolation bei vorliegenden multiresistenten Keimen

³² Janßen (2018).

eine Depression entwickeln, Chemotherapie-Patienten zur Vermeidung des erhöhten Infektionsrisikos im Rahmen eines Klinikaufenthaltes oder Patienten mit fehlenden Deutschkenntnissen, die zur Rehabilitation auf einen Dolmetscher angewiesen sind, der in der häuslichen Umgebung zur Verfügung steht.

Bisher nicht beachtet wird der Aspekt, ob die mobile rehabilitative Leistungserbringung für bestimmte Gruppen pflegebedürftiger Menschen in Anlehnung an § 36 SGB IX zwar nicht die einzige, aber die zur Erreichung seiner Rehabilitationsziele geeignetste Form der Rehabilitation ist. Dies dürfte insbesondere für Patienten der Fall sein, deren rehabilitatives Potenzial weniger in weiterer Restitution, d. h. dem Wiedergewinn verlorener Funktionen und damit in intensiver und hochfrequenter Therapie als vornehmlich in Kompensation, also deren Ausgleich über andere Funktionen, und in der Adaptation, also der Anpassung von Kontextfaktoren liegt. Je mehr sich trotz Rehabilitation der Lebensmittelpunkt pflegebedürftiger Menschen voraussichtlich auf ihr unmittelbares Wohnumfeld begrenzen wird, desto eher werden bestehende Teilhabechancen durch eine Rehabilitation unmittelbar in diesem Umfeld und mit den dort Beteiligten zu eröffnen sein.

Eine weitere Chance mobiler Rehabilitation liegt darin, hierdurch Menschen zu erreichen, die sich eine Rehabilitation nur noch unter der Voraussetzung vorstellen können, hierfür ihr gewohntes Lebensumfeld nicht mehr verlassen zu müssen. Dies betrifft besonders alte und schwer pflegebedürftige Menschen, die lange und wiederholte Krankenhausaufenthalte hinter sich haben. Für sie stellt die gewohnte räumliche und soziale Umgebung der Häuslichkeit oder des Pflegeheimes oft den letzten ihnen verbliebenen sicheren Bezugspunkt dar, den sie meist nicht (noch einmal) für eine Rehabilitation mit für sie ungewissem Ergebnis zu verlassen bereit sind. Hinweise hierfür finden sich ebenfalls in erheblichem Umfang in der genannten BMG-Studie, aber auch in ersten Untersuchungen zu den mit unter 25 % sehr geringen Umsetzungsquoten der von MDK-Gutachtern im Rahmen der Pflegebegutachtung nach SGB XI gestellten Rehabilitationsempfehlungen.³³

Zweckmäßig kann es auch sein, eine mobile Rehabilitation bereits in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zu beginnen (siehe Umsetzungshinweise/Übergangsregelungen zur MoGeRe vom 01.05.2010). Das Team startet dort mit der rehabilitativen Versorgung, begleitet die Überleitung des Patienten nach Hause, wo die Rehabilitation abgeschlossen wird. Vor allem für Patienten, die nach Krankenhausaufenthalten in eine Kurzzeitpflege entlassen werden, kann dieses Rehabilitationsangebot von Bedeutung sein. Wie die Studie im Auftrag des BMG³⁴ zeigte, findet sich in der Kurzzeitpflege eine große Gruppe von pflegebedürftigen bzw. geriatrischen Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt, bei denen entweder eine vorliegende Reha-Indikation im Krankenhaus nicht erkannt wurde oder bei denen sich erst während des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege eine Reha-Indikation herausgestellt hatte. Die Größenordnung liegt bei 30 %. Zugleich zeigen die Auswertungen der Basisdokumentation des KCG gerade für die Untergruppe mit einer MoGeRe in der Kurzzeitpflege den höchsten Zuwachs im Barthel-Index.

Die genannten Potenziale mobiler geriatrischer Rehabilitation werden sich aber nur entfalten können, wenn eine bedarfsdeckende Zahl entsprechender Leistungsangebote zur Verfügung steht. Seit Inkrafttreten der diese rehabilitative Erbringungsform explizit benennenden

³³ GKV-Spitzenverband (2018).

³⁴ Janßen (2018).

Klarstellung im SGB V im Jahr 2007 haben sich allerdings bis heute bundesweit nur 18 mobile geriatrische Rehabilitationseinrichtungen mit gut 1.700 GKV-Fällen im Jahre 2018 etabliert. Die Ursachen für das mangelnde Interesse der Leistungserbringer, solche Einrichtungen zu gründen, sind vielfältig und beispielhaft bereits im Kapitel 5.2.4 aufgeführt. Eine ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung mit mobiler geriatrischer Rehabilitation ist somit bis heute nicht gewährleistet.

5.3.6. Forderungen/Lösungsvorschläge geriatrisch-rehabilitativer Versorgung

- Bedarfsgerechter Auf- und Ausbau der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation nach den §§ 111 und 111c SGB V in allen Bundesländern sowie deren Einbindung in regionale Versorgungsnetzwerke, um eine wohnortnahe bedarfsgerechte und qualifizierte Versorgung zu gewährleisten.
- Beim Neuaufbau- oder Ausbau stationärer geriatrischer Reha-Einrichtungen sollten vorrangig Träger zum Zuge kommen, die bereit sind, gleichzeitig eine ambulante/mobile Rehabilitation mit aufzubauen.
- Bedarfsgerechter Ausbau von geriatrischen Tageskliniken, angeschlossen an Abteilungen für Akutgeriatrie.
- Bedarfsgerechte Etablierung mobiler geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen durch Schaffung von Anreizen zur Gründung mobiler geriatrischer Rehabilitation z. B. durch eine Anschubfinanzierung in Anlehnung an das bayerische Förderprogramm
- Konsequente Feststellung des individuellen Bedarfs an Teilhabeleistungen nach § 13 SGB IX als Grundlage der Leistungsentscheidung.
- Aufwandsgerechte Finanzierung der Leistungen der geriatrischen Rehabilitation, sowohl der ambulanten als auch der stationären Einrichtungen.

6. Probleme und Herausforderungen für die Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung – Prozessqualität

6.1. Zugang und Zugangsbarrieren zur Rehabilitation

Neben den im vorigen Kapitel beschriebenen strukturellen Defiziten in der Versorgungslandschaft mit dem Fehlen wesentlicher Elemente einer differenzierten und bedarfsgerechten rehabilitativen Versorgung gibt es weitere Gründe, warum viele pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen keinen Zugang zur Rehabilitation haben.

Durch das SGB IX sind die gesetzlichen Voraussetzungen zur Ermittlung von Bedarfen und zur Überwindung der Schnittstellenprobleme der sektoralen Gliederung des Gesundheits- und Sozialversicherungssystems zwar geschaffen worden, es mangelt aber bisher an deren konsequenten Beachtung und Umsetzung. Es ist eine Schwachstelle des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems, dass auf unterschiedlichen Ebenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, obwohl notwendig, nicht zuverlässig in Erwägung gezogen und initiiert werden.³⁵

³⁵ Vgl. Behrens, Zimmermann (2017) und Behrens (2019).

Ursachen dafür können beispielsweise sein: fehlendes Fachwissen oder auch fehlende Bereitschaft vieler Akteure im Gesundheitswesen, einen Reha-Bedarf konsequent zu ermitteln, unzureichende Auseinandersetzung mit den rehabilitativen Versorgungsmöglichkeiten und dem Teilhaberecht. Dies gilt besonders bei vorliegender Pflegebedürftigkeit und hat zur Folge, dass Rehabilitationsbedarf häufig nicht erkannt wird und die Betroffenen somit keine Rehabilitationschance erhalten.

Die Prävalenz von chronischen Krankheiten, Multimorbidität einschließlich geriatrischen Syndromen mit progredienten funktionellen Beeinträchtigungen und Einschränkungen der Teilhabe nimmt stetig zu. Es wäre zu erwarten, dass die Zahl entsprechender Rehabilitationsleistungen ebenfalls kontinuierlich ansteigt; dies ist aber nur in sehr geringem Umfang der Fall. Eine realistische Chance auf eine Rehabilitation haben diese Menschen derzeit weitgehend nur als Anschlussrehabilitation nach einer stationären Krankenhausbehandlung, obwohl auch dies nicht immer zuverlässig und bedarfsdeckend geschieht.

Diese Unterversorgung geht quantitativ weniger auf hohe Ablehnungsanteile bei Anträgen als darauf zurück, dass Anträge gar nicht erst gestellt werden.³⁶

6.2. Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Patienten im Krankenhaus

In den Krankenhäusern hat der Anteil pflegebedürftiger und von Pflegebedürftigkeit bedrohter älterer Patienten mit chronischen und psychiatrischen Erkrankungen, besonders mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz, erheblich zugenommen. Aber auch der Anteil von jüngeren Patienten mit Behinderungen und bereits vorbestehender oder neu aufgetretener Pflegebedürftigkeit ist gestiegen. Auf diese Entwicklung sind die Krankenhäuser trotz vielfältiger Bemühungen fachlich und organisatorisch nur unzureichend vorbereitet. Die Krankenhausbehandlung umfasst nach § 39 Abs. 1a SGB V ein Entlassmanagement zur Unterstützung der sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Daneben besteht unverändert der Anspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V. Ziel ist die Sicherstellung der medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Anschlussversorgung. Bei Bedarf nimmt das Krankenhaus Kontakt zur Kranken- und Pflegekasse auf und unterstützt bei Antragstellung genehmigungspflichtiger Leistungen, z. B. auch einer Anschlussrehabilitation.

Wird im Krankenhaus eine Reha-Indikation gestellt und sind die Kriterien für eine indikationsspezifische Rehabilitation gegeben, ist der Weg in eine rehabilitative Weiterbehandlung in der Regel gebahnt. Aber dabei kann sich Pflegebedürftigkeit als gravierende Barriere für die Aufnahme in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung erweisen (siehe Kap. 5). Dies gilt sowohl für jüngere als auch ältere Patienten und Patientinnen. Obwohl die für geriatrische Patienten vorgesehenen und prinzipiell auf Pflegebedürftigkeit eingestellten geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ein spezifisches Angebot darstellen, ist auch eine geriatrische Anschlussrehabilitation durchaus nicht selbstverständlich: Hier ist es von der Fachkompetenz, dem Engagement der Ärzte, der Inanspruchnahme von geriatrisch rehabilitativer Kompetenz und den vorhandenen rehabilitativen Versorgungsstrukturen abhängig, ob an eine Anschlussrehabilitation gedacht und diese initiiert wird. Jedoch kann auch hier ein hoher Grad der Pflegebedürftigkeit als Barriere wirken. So wird aus der Praxis

³⁶ Vgl. Behrens, Zimmermann (2017).

heraus berichtet, dass ein Barthel-Index beispielsweise von ca. 45 Punkten als Kriterium für eine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit von der aufnehmenden Reha-Einrichtung erwartet wird.

Außerhalb dieser „gebahnten“ Wege erhalten viele dieser Patienten keinen Zugang zu einer angemessenen Rehabilitation, selbst dann nicht, wenn prinzipiell entsprechende Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen. Die wesentlichen Gründe sind:

- Gerade Patienten mit Pflegebedürftigkeit benötigen oft eine besondere rehabilitativ-medizinische Expertise zur Einschätzung ihres Reha-Bedarfs und zur Ermittlung einer Reha-Indikation, einschließlich der geeigneten Allokation. Es handelt sich oft um komplexe Problemstellungen, bei denen es schwierig ist, Rehabilitationsziele zu definieren und somit auch die Reha-Prognose zu beurteilen. (vgl. dazu Kap. 4.4) Dafür steht in den Krankenhäusern die Expertise von Rehabilitationsmedizinern nur begrenzt zur Verfügung. Reha-Beauftragte mit entsprechender Expertise, analog zu den Beauftragten für Palliativmedizin, Transplantation oder Krankenhaushygiene in Kliniken, gibt es nicht. Geriater beklagen, dass sie, selbst wenn sie vor Ort sind, bei entsprechenden Fragestellungen oft nicht hinzugezogen werden.
- In den Krankenhäusern sind häufig keine verlässlichen Prozesse zur systematischen und umfassenden Ermittlung eines Rehabilitationsbedarfs gerade pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Patienten festgelegt und etabliert. Nicht immer wird der Sozialdienst oder ein interdisziplinäres Team rechtzeitig und mit ausreichenden Ressourcen einbezogen. Das routinemäßig durchzuführende Entlassmanagement/Versorgungsmanagement reicht oft nicht aus. So hängt es oft von der Initiative und dem Engagement einzelner Akteure ab, ob die Wege in eine geeignete medizinische und ggf. soziale Rehabilitation gebahnt werden.
- Meist sind in Weiterbildung stehende Assistenzärztinnen und -ärzte – und somit keine Fachärztinnen – damit betraut, die Reha-Verfahren einzuleiten, womit sie aber aufgrund ihres Ausbildungsstands vielfach überfordert sind. Oft können sie auf eine entsprechende Anleitung bzw. Unterstützung nicht zurückgreifen.
- Entgegen der Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienst im Krankenhaus der BAR³⁷ werden die Kompetenzen der Sozialdienste in den Krankenhäusern nicht hinreichend genutzt. Ihnen wird meist nur die Abwicklung der Reha-Anträge übertragen. Eine eigenständige Rolle bei der Identifizierung eines Reha-Bedarfs oder Unterstützung der Reha-Antragstellung wird ihnen in der Regel nicht zugestanden. Hinzu kommt eine deutlich zu geringe personelle Stellenausstattung.
- Die durch das DRG-System bedingte Verweildauerkürzung im Krankenhaus hat die Identifizierung eines Rehabilitationsbedarfs und die Einleitung entsprechender Maßnahmen gerade für pflegebedürftige Patienten zusätzlich erschwert. Sobald medizinisch einigermaßen stabil, sollen sie entlassen werden, mit der Folge, dass sie häufig ohne fachgerechte Prüfung einer Reha-Indikation entweder nach Hause entlassen werden, wo die Angehörigen oft mit der Situation überfordert sind, oder direkt in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Ist einer dieser Schritte vollzogen, hat der Betroffene kaum noch eine Chance auf eine Rehabilitation.

³⁷ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (2016).

- Pflegebedürftige Menschen brauchen mehr Zeit für die Entscheidung zu einer Rehabilitation; unter hohem Zeitdruck kann sie oft nicht erfolgen. Es kann z. B. ein längerer Aufklärungs- und Überzeugungsprozess mit und durch Angehörige oder Hausärzte nötig sein. Auch lässt der Zustand der Patienten es bei einem frühen Zeitpunkt der Entlassung oft nicht zu, das Reha-Potential korrekt zu beurteilen. In beiden Fällen kann ein Antrag für eine sich später als notwendig erweisende Rehabilitation nicht während des Aufenthalts im Krankenhaus gestellt werden. Gerade pflegebedürftige Menschen brauchen dann eine Begleitung über die Entlassung hinaus, zum Beispiel durch eine Fallmanagerin, die die notwendigen Schritte zu einer Rehabilitation vornimmt.

Zur Problematik Pflegebedürftiger in der Kurzzeitpflege nach stationärer Krankenhausbehandlung siehe Kapitel 6.4.

Die beschriebenen Aspekte machen die Schnittstelle „Entlassung aus dem Krankenhaus“ für diese Patientengruppen zu einer relevanten Barriere. Positiv zu bewerten ist, dass mit dem Rahmenvertrag Krankenhaus-Entlassmanagement³⁸ der Fokus auf die verschiedenen Aspekte einer möglichst lückenlosen Weiterversorgung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt gerichtet wurde. Die sich aus § 11 Abs. 4 SGB V ergebende Verpflichtung der Krankenhäuser, im Rahmen des Entlass-/Versorgungsmanagements neben den medizinisch/ärztlichen, pflegerischen und sozialen Aspekten ggf. einen Reha-Bedarf umfassend zu ermitteln, wird dennoch häufig nicht umgesetzt.

Ab 01.01.2020 erfolgt die Beantragung und Verordnung von Anschlussrehabilitation auf bundeseinheitlichen Antragsformularen, was die Arbeit in den Kliniken erleichtern dürfte. Der ärztliche Befundbericht ist ICF-basiert und enthält deutlich mehr Informationen (u. a. auch die Angaben von Komplikationen im Verlauf, die Anforderungen an die Einrichtung, bei geriatrischen Patienten den Barthel-Index, bei neurologischen zusätzlich den Frühreha-Index). Es ist zu hoffen, dass sich dies zukünftig positiv bei der Reha-Bedarfserkennung, aber auch der richtigen Allokation sowie bei der Genehmigung auswirkt.

Forderungen/Lösungsvorschläge zur Schnittstelle Krankenhaus:

- Im Krankenhaus müssen obligatorisch Prozesse zur Ermittlung eines Reha-Bedarfs bei jeder Patientin und jedem Patienten mit drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit etabliert werden.
- Zur Sicherstellung dieser Prozesse sollte in jeder Klinik ein Reha-Beauftragter bestellt werden. Er stellt fachlich und organisatorisch die weitere rehabilitative Versorgung sicher, ggf. unter Hinzuziehung weiterer fachlicher Expertise (z. B. Neurochirurgen, Kardiologen).
- Perspektivisch muss erreicht werden, dass rehabilitationsmedizinisch erfahrene Ärztinnen und Ärzte einschließlich Geriater zur Ermittlung eines Reha-Bedarfs im Akutkrankenhaus obligatorisch einbezogen werden.
- Ein obligatorisches Screening im Hinblick auf einen Reha-Bedarf sollte bei allen Krankenhauspatienten über 70 Jahre, ferner bei zu erwartendem oder bestehender Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 erfolgen. Bei diesen Patienten ist zur Entlassung eine ärztliche Stellungnahme zu fordern, ob eine Rehabilitation indiziert ist oder nicht.

³⁸ 2. Änderungsvereinbarung vom 12.12.2018, in Kraft gesetzt zum 01.01.2019.

Insbesondere sollte zukünftig keine Entlassung von Patienten in eine Kurz- oder Langzeitpflegeeinrichtung erfolgen, ohne vorherige Überprüfung eines Reha-Bedarfs.

- Krankenhäuser sollten zur Schaffung funktionierender, vernetzter Strukturen mit differenzierten Hilfs- und Pflegeangeboten und ortsnahen Rehabilitationsangeboten verpflichtet werden.
- Interne Schulung des ärztlichen Personals und des Sozialdienstes in Akutkrankenhäusern in wesentlichen Fragen der Rehabilitationsmedizin und der differenzierten Reha-Angebote.

6.3. Überleitung und weiter bestehender Rehabilitationsbedarf pflegebedürftiger Menschen nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation (§ 111 SGB V)

Auch nach Abschluss einer stationären Rehabilitation stellt sich bei fortbestehender Pflegebedürftigkeit die Frage nach der weiteren Anschlussversorgung und der Sicherung der Teilhabe.

Bei den meisten Patienten und Patientinnen findet die stationäre Rehabilitation ortsfern statt, was die Überleitung in die Häuslichkeit und längerfristige Versorgung – ansteigend mit der Komplexität der Beeinträchtigungen – erschwert und eine nachhaltige Unterstützung durch die Reha-Klinik unmöglich macht. Dies zeigt sich besonders am Beispiel der jüngeren, schwerbetroffenen Patienten, z. B. nach Schädelhirntrauma. Oft wollen die Familien diese Patienten wieder zu Hause aufzunehmen, sind dabei aber häufig mit der Situation überfordert. Sie haben Probleme die erforderliche medizinische Versorgung durch Haus- und Fachärzte, Therapeuten sowie Pflegekräfte zu Hause zu organisieren.

Stationäre Rehabilitationskliniken haben im Rahmen des Entlassmanagements nach § 40 Abs. 2 Satz 6 SGB V i. V. m § 39 Abs. 1a SGB V die sektorenübergreifende Versorgung der Rehabilitanden beim Übergang in die Versorgung nach medizinischer Rehabilitation zu unterstützen und den Anspruch des Berechtigten auf ein entsprechendes Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V zu erfüllen. Dies umfasst bei festgestelltem Versorgungsbedarf die Einleitung der medizinischen und/oder pflegerischen Anschlussversorgung des Rehabilitanden, ggf. inklusive frühzeitiger Kontaktaufnahme zum weiterbehandelnden Arzt oder Leistungserbringer und ebenso die Einleitung ggf. weiterhin erforderlicher ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder ergänzender Leistungen zur Rehabilitation.

Soweit dies für den Versicherten unmittelbar nach Entlassung erforderlich ist, können die Rehabilitationseinrichtungen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen.

Das Entlassmanagement richtet sich nur auf kurzfristige Bedarfe und kann umso weniger von der Klinik unterstützt werden, umso weiter diese vom Wohnort entfernt ist. Gerade schwerbetroffene oder komplexbetroffene Pflegebedürftige können über das Entlassmanagement hinausgehende, längerfristige Bedarfe aufweisen, und zwar sowohl im Bereich der Krankenbehandlung und der Pflege als auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation oder anderer Teilhabeleistungen, z. B. der Eingliederungshilfe.

Für diese Problematik kommen im Rahmen der medizinischen Versorgung beispielsweise folgende Lösungen in Betracht:

- In vielen Fällen bietet es sich an, dass eine Fallmanagerin/ein Fallmanager vor Ort den Übergang in die häusliche Versorgung gemeinsam mit den Angehörigen sicherstellt. Diese Aufgabe könnten auch zugehende Reha-Dienste übernehmen, die am Patientenwohntort etabliert sind und in enger Abstimmung mit dem Reha-Team der Klinik eine begrenzte Anzahl von Reha-Therapieeinheiten vor Ort erbringen, ggf. eine passgenaue Hilfsmittelversorgung und einen optimierten Versorgungsmix organisieren. Diese Aufgaben könnten z. B. Teams der mobilen Rehabilitation oder auch fachlich und personell gut ausgestattete Pflegestützpunkte übernehmen, falls diese mit entsprechenden Kompetenzen und Ressourcen vorhanden sind.
- Sind die Teilhabeziele nach einer stationären Rehabilitation nicht erreicht oder kann diese nicht ausreichend lange durchgeführt werden, kann in Einzelfällen dennoch ein weiterer Rehabilitationsbedarf bestehen, d. h. auch, es können noch weitere relevante Rehabilitationsziele formuliert werden. Erfahrungen in der MoGeRe und auch einer mobilen fachübergreifenden Rehabilitation (Bad Kreuznach) zeigen, dass durch eine mobile Rehabilitation im häuslichen Umfeld auch schwer betroffene Patienten nach einer stationären Rehabilitation alltagsrelevante Verbesserungen und wesentliche Teilhabeziele erreichen können. Dies setzt voraus, dass mobile Rehabilitation am Patientenwohntort zur Verfügung steht.
- Gerade jüngere Menschen, die pflegebedürftig bleiben, haben in der Regel auch Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Diese bietet umfassende Leistungen zur sozialen Teilhabe, die z. B. auch die Organisation und die Sicherstellung der Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenbehandlung und der Pflege sowie der Wirksamkeit ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen (§ 78 SGB IX) umfassen. Ziele der Rehabilitation werden auch durch sog. befähigende Assistenzleistungen verfolgt, so dass die in der Reha-Klinik erfolgte Teilhabeförderung ggf. nahtlos weitergeführt werden kann. Es muss sichergestellt sein, dass eine entsprechende Bedarfsermittlung erfolgt, damit die Rehabilitanden diese Leistungen auch in Anspruch nehmen können.
- Die Leistungsträger sollten es – gerade auch gemeinsam mit kommunalen Stellen – als ihre Aufgabe ansehen, die Etablierung solcher nachsorgenden bzw. weiterbehandelnden Dienste und Einrichtungen zu ermöglichen und zu fördern. Es ist davon auszugehen, dass bei einem Teil der pflegebedürftigen Patienten nicht gewollte Heimunterbringungen vermieden und mit Rückkehr nach Hause eine stabilere und in Hinblick auf die Teilhabe und Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien bessere häusliche Versorgung erzielt werden können.

Lösungsvorschläge/Forderungen zur Schnittstelle Rehaklinik/Ambulante Versorgung

- Einführung eines Fallmanagements bzw. einer Fallbegleitung bei umfassendem weiteren Versorgungsbedarf zur Ermöglichung der Teilhabe, möglichst in eigener Häuslichkeit.
- Flexibilisierung der Rehabilitation durch häusliche Therapieeinheiten durch die entlassende Rehabilitationseinrichtung sowie mobile Rehabilitation bei fortbestehendem medizinischem Reha-Bedarf.

- Bedarfserkennung und ggf. Einleitung einer Bedarfsermittlung im Hinblick auf andere Teilhabeleistungen, z. B. der Eingliederungshilfe, ggf. auch im Hinblick auf Teilhabe am Arbeitsleben (Werkstatt für behinderte Menschen).
- Bildung sozialraumorientierter Netzwerke, insbesondere zur Vermeidung von Heimaufnahmen.
- Optimierung der Hilfsmittelversorgung in Kooperation mit wohnortnahen Hilfsmittel-erbringern.

6.4. Rehabilitationsbedarf und Zugang zur Rehabilitation für pflegedürftige Menschen in der Kurzzeitpflege

Rund zwei Drittel der Nutzerinnen und Nutzer von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen werden nach einer Krankenhausbehandlung aufgenommen. Die Gründe sind eine protrahierte Rekonvaleszenz, ein neu entstandener Pflegebedarf oder die Zunahme einer schon bestehenden Pflegebedürftigkeit, so dass eine ambulante Versorgung zumindest aktuell nicht gesichert ist. Ein weiterer Grund ist die Überbrückung bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit oder dem Freiwerden eines Platzes in einer Reha-Einrichtung. Der Kurzzeitpflege kommt eine wesentliche Weichenstellung für die weitere Versorgung dieser Menschen zu. In der schon erwähnten Studie zur mobilen Rehabilitation im Pflegeheim und in der Kurzzeitpflege wiesen 44 % der Klienten der Kurzzeitpflege nach Krankenhausbehandlung einen Rehabilitationsbedarf auf. Von diesen war nur bei knapp einem Drittel (ca. 14 % aller Probanden) seitens der Krankenhäuser ein Rehabilitationsverfahren eingeleitet worden, bei den anderen – rund 30 % aller Probanden – war der Reha-Bedarf nicht erkannt worden.³⁹

Es muss gewürdigt werden, dass einige Kurzzeitpflege-Einrichtungen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln bemüht sind, für die ihnen anvertrauten Patienten die optimale Weiterversorgung zu organisieren, insbesondere auch die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu ermöglichen. In der Kurzzeitpflege gibt es aber in aller Regel keine fachlich fundierte Instanz, die einen Rehabilitationsbedarf ermitteln und ein Reha-Verfahren einleiten könnte. Meist werden die Patientinnen und Patienten der Kurzzeitpflege von lokal verfügbaren Ärzten und Ärztinnen versorgt, die Versorgung durch den Hausarzt, der zumindest den Patienten kennt, ist oft schon allein aufgrund der räumlichen Entfernungen nicht gegeben. Wenn im Krankenhaus trotz Reha-Bedarf kein Reha-Verfahren eingeleitet wurde, ist die Kurzzeitpflege erfahrungsgemäß für Pflegebedürftige häufig eine quasi gebahnte Durchgangsstation in die vollstationäre Pflege; dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um „eingestreute Kurzzeitpflegeplätze“ in stationären Pflegeeinrichtungen handelt.⁴⁰ Wenn Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege eine mobile geriatrische Rehabilitation erhalten, zeigt sich, dass bei der überwiegenden Zahl der Fälle Heimunterbringungen verhindert werden können.

In den Kurzzeitpflege-Einrichtungen müssen Strukturen und Prozesse etabliert werden, durch die ein Rehabilitationsbedarf erkannt und ein Reha-Verfahren eingeleitet wird. Eine Möglichkeit besteht darin, dass rehabilitativ weitergebildete Fachpflegekräfte ein zu

³⁹ Janßen (2018).

⁴⁰ 2018 lag im Bereich der AOK-Nordost der Anteil der Klienten der Kurzzeitpflege nach Krankenhausbehandlung (nach § 42 SGB XI), die anschließend in die Langzeitpflege aufgenommen wurden, bei 52,5 %. – Individuelle Mitteilung des Vorstandes der AOK-Nordost an den Ausschuss anhand eig. Statistiken

entwickelndes standardisiertes Screening zur Erfassung eines Reha-Bedarfs bei den Klienten der Kurzzeitpflege durchführen, bei denen nach einem Krankenhausaufenthalt kein Reha-Verfahren eingeleitet wurde. Bei positivem Ergebnis des Screenings können diese dann einen Antrag durch den behandelnden Arzt anregen oder gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen einen Rehabilitationsantrag direkt bei der zuständigen Krankenkasse stellen. Alternativ könnten auch qualifizierte Therapeuten diese Aufgabe übernehmen.

Lösungsvorschläge/Forderungen Schnittstelle Kurzzeitpflege

- Weiterbildung von Pflegefachkräften der Kurzzeitpflege in rehabilitativer Pflege,
- Vermittlung von rehabilitationsmedizinischer Grundkompetenz zur Identifizierung von möglichen Rehabilitationsbedarfen und Anregung einer Antragstellung über die betreuenden Vertragsärzte,
- Etablierung eines Screening-Verfahrens zur Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs bei allen Klienten der Kurzzeitpflege nach Krankenhauserlassung, bei denen kein Reha-Verfahren eingeleitet wurde.

6.5. Rehabilitationsbedarf und Zugang zur Rehabilitation für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen

Lange galten Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung als nicht oder nur in Ausnahmefällen rehabilitationsfähig; diese Sichtweise wird heute nicht mehr vertreten. Die BMG-Studie MoGeRe in stationären Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflege⁴¹ hat gezeigt, dass auch für Bewohnerinnen und Bewohner einer Pflegeeinrichtung alltagsrelevante, selbstbestimmte Rehabilitations- und Teilhabeziele mit einer positiven Rehabilitationsprognose festgestellt werden können. Selbst bei erheblichen kognitiven Einschränkungen erwies sich dies als möglich, wenn u. a. auch auf die Beobachtungen der Bezugspflegerinnen und An- oder Zugehörigen zurückgegriffen werden konnte. In der erwähnten Studie wurde in einer großen Stichprobe bei über 20 % der untersuchten Pflegeheimbewohner eine Rehabilitationsindikation ermittelt. Ferner konnte in einem weiteren Studienteil gezeigt werden, dass mit einer mobilen geriatrischen Rehabilitation bei Pflegeheimbewohnern ein deutlicher Zugewinn in Hinblick auf funktionelle Verbesserungen, mehr Aktivitäten und Erweiterung der Teilhabemöglichkeiten einhergeht, der auch noch ein halbes Jahr nach der rehabilitativen Intervention nachweisbar war.

Die meisten Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen weisen ein geriatrisches Krankheits- und Schädigungsprofil mit einer erhöhten Vulnerabilität auf. Besteht ein Rehabilitationsbedarf, ist die mobile Rehabilitation fast immer die angemessene und erfolgversprechendste Form der Rehabilitation. Mit der mobilen Form der Rehabilitation kann ein Ortwechsel vermieden werden, der für diese Menschen häufig eine besondere Gefährdung mit der Dekompensation körperlicher und mentaler Schädigungen bedeutet kann. Ferner ist der Zielhorizont der Rehabilitation wesentlich: Im Vordergrund stehen Reha-Ziele, die auf die Wiedererlangung eines möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebens in der Pflegeeinrichtung gerichtet sind. Die Chancen zur Teilhabe in ihrem Umfeld, im Pflegeheim und aus dem Pflegeheim heraus sollen wieder eröffnet werden, damit eine aktive Teilnahme an Aktivitäten innerhalb und außerhalb des Heims (z. B. Besuche bei Angehörigen, Restaurantbesuche oder

⁴¹ Janßen (2018).

Teilnahme an Veranstaltungen außerhalb des Heimes) wieder möglich wird (siehe Kap. 4.4). Darüber hinaus waren in der erwähnten Studie nämlich über 80 % der Bewohner mit einem erkannten Reha-Bedarf nur dann zu einer Rehabilitation bereit, wenn diese als mobile Rehabilitation vor Ort im Pflegeheim durchgeführt wird.

Diese Aspekte – weitere lassen sich hinzufügen – spielen nicht nur bei Vorliegen von „mentalenen Schädigungen“, wie sie in den Rahmenempfehlungen zur MoGeRe⁴² als einschränkendes Indikationskriterium genannt werden, sondern bei der Rehabilitation aller Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung die entscheidende Rolle. Hier zeigt sich nochmals, dass die restriktiven Indikationskriterien der Rahmenempfehlung MoGeRe nicht zielführend sind und aufgegeben werden sollten – hauptsächliches Kriterium sollte sein, durch welche rehabilitative Versorgungsform das beste Reha-Ergebnis zu erwarten ist.

Der Zugang von Pflegeheimbewohnern zu einer Rehabilitation hängt wesentlich von den versorgenden Vertragsärzten ab. Sie sehen bei Pflegeheimbewohnern bisher noch seltener eine Rehabilitationsindikation als bei Pflegebedürftigen, die in der eigenen Häuslichkeit leben. Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern ist eine stärkere Vernetzung und Kooperation von Ärzten und Pflegekräften erforderlich. Um dies zu fördern, wurden zum 1. Juli 2016 mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Haus- und Fachärzte können diese Leistungen abrechnen, wenn sie mit einem Pflegeheim einen Kooperationsvertrag⁴³ nach § 119b SGB V abschließen. Solche Verträge sehen eine koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung und eine ärztliche Steuerung der multiprofessionellen Zusammenarbeit von Arzt, Pflege, Therapie, Sozialarbeit vor. Hierzu gehört auch die Veranlassung und Durchführung und/oder Koordination von Rehabilitationsleistungen unter Einbezug aller Berufsgruppen. Mit solchen Kooperationsverträgen soll auch gewährleistet werden, dass im Rahmen der ärztlichen Versorgung bei den Pflegeheimbewohnern ein Rehabilitationsbedarf erkannt und Antragsverfahren eingeleitet werden. Allerdings ist drei Jahre nach der Verabschiedung des Gesetzes noch kein Anstieg von Reha-Leistungen für Pflegeheimbewohner dokumentiert. Angesichts dieser Situation ist es auch notwendig, dass Pflegekräfte qualifiziert und in ihrem professionellen Selbstverständnis bestärkt werden, Reha-Bedarfe zu erkennen und daraus einen Antrag legitimiert anregen oder gemeinsam mit dem Bewohner stellen zu können.

Ein weiteres Zugangshindernis zu einer Rehabilitation für Pflegeheimbewohner ist das weitgehende Fehlen von Teilhabekonzepten mit entsprechenden Rahmenvorgaben in der stationären Pflege, die die Umsetzung rehabilitativ orientierter Pflege zum expliziten Ziel haben. In den meisten Pflegeeinrichtungen fehlt bei einem großen Teil der Pflegekräfte ein teilhabeorientiertes Pflegeverständnis, das auf die Realisierung individueller Teilhabeziele ausgerichtet ist, die gemeinsam mit dem Bewohner und nach Möglichkeit mit seinen Angehörigen entwickelt werden.⁴⁴ Im Rahmen eines solchen Prozesses würde sich die Frage, inwieweit zur Erreichung der Ziele eine medizinische Rehabilitation indiziert ist, direkt stellen. Den Pflegefachkräften fehlen – wie schon angeführt – ausreichende Kenntnisse zur Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs und über die Einleitung eines Reha-Verfahrens. Standardisierte Screenings zur Erkennung des Rehabilitationsbedarfs, wie sie ansatzweise

⁴² Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg.; 2007).

⁴³ Der Kooperationsvertrag muss die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllen und ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

⁴⁴ Bleck C et al (2020).

schon in einigen Einrichtungen etabliert sind, könnten ein angemessenes vorgeschaltetes Verfahren darstellen.

Lösungsvorschläge/Forderungen Schnittstelle stationäre Pflege

- Rolle der Kooperationsärzte nach § 119 b SGB V für die Belange der Rehabilitation stärken.
- Entwicklung eines Screenings zum Gesundheitszustand und Rehabilitationsbedarf bei allen Neuaufnahmen in die stationäre Pflege, das von Pflege- und therapeutischen Fachkräften (z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten) durchgeführt wird.
- Notwendigkeit der Weiterentwicklung und des Ausbaus von Konzepten rehabilitativer, d. h. teilhabeorientierter Pflege.

6.6. Rehabilitationsbedarf pflegebedürftiger Menschen bei Versorgung im eigenen häuslichen Umfeld

Die Frage nach einer medizinischen Rehabilitation kann sich für in der eigenen Häuslichkeit lebende Patienten bei einer zunehmenden Verschlechterung ihres Gesundheits- und funktionellen Status mit drohender Pflegebedürftigkeit, aber auch bei der Verschlechterung einer schon bestehenden Pflegebedürftigkeit stellen. Meist liegen chronische Krankheiten zugrunde, aber auch Verschlechterungen als Folge einer aufgetretenen Akuterkrankung.

Der Anteil durchgeführter Leistungen der stationären Rehabilitation, die durch Vertragsärzte verordnet wurden, liegt bei ca. 18 %, in der stationären geriatrischen Rehabilitation mit 10 % noch deutlich niedriger. In der ambulanten geriatrischen Rehabilitation knapp bei 28 % bei insgesamt geringer Fallzahl⁴⁵ und in der MoGeRe bei 13 %⁴⁶. Diese Zahlen weisen darauf hin, dass der Zugang zur Rehabilitation aus dem ambulant-vertragsärztlichen Bereich beschränkt und gering ist. Insofern ist davon auszugehen, dass vielen Patienten trotz eines Reha-Bedarfs der Zugang zur medizinischen Rehabilitation versperrt ist.

Ein wesentliches Hindernis ist, dass viele Vertragsärzte und -ärztinnen bei diesen Patienten, besonders bei vorliegender Pflegebedürftigkeit, einen Reha-Bedarf nicht erkennen und somit wenige Reha-Verfahren einleiten. Hinzu kommt die häufig beklagte restriktive Bewilligungspraxis der Kostenträger, da sich häufig abgelehnte Anträge auf die Vertragsärzte demotivierend auswirkt.

Eine Analyse der IGES-Studie⁴⁷ zu Leistungsbewilligungen und -ablehnungen der Krankenkassen mit einer ergänzenden Berechnung der Ablehnungen aus dem ambulanten Bereich aus dem Jahr 2016 zeigt, dass bei Anträgen an die Krankenkassen aus dem ambulanten Bereich eine Ablehnungsquote von fast 50 % vorliegt. Auf der Grundlage der Daten der amtlichen Statistik KG 5 ist für die Jahre 2017 und 2018 erkennbar, dass ca. 63 % aller Anträge auf stationäre medizinische Rehabilitation aus der vertragsärztlichen Versorgung, die nicht Anschlussrehabilitation waren, bewilligt wurden. Eine Ablehnung aus rein medizinischen Gründen erfolgte in den Jahren 2017 und 2018 in 30 %. Widersprüche waren in ca. 40 % erfolgreich. Dafür dürften mehrere Faktoren verantwortlich sein. Aus den Erfahrungen der

⁴⁵ KG 5-Statistik 2018.

⁴⁶ Pippel, Lübke, Meinck (2019).

⁴⁷ Sander et al. (2017).

Widerspruchsausschüsse wurde z. B. berichtet, dass in vielen Fällen die Qualität der Anträge unzureichend sei und dass Zweifel an einer hinreichenden Qualifikation der Gutachter aufgetreten seien. Von Vertragsärzten wird dazu berichtet, dass von ihnen in Erwartung einer Ablehnung gar nicht erst Anträge gestellt werden.

Skepsis oder ablehnende Einstellungen der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen gegenüber einer Rehabilitation, aber auch Erfahrungen oder Enttäuschung in Bezug auf den Erfolg und Nutzen der Rehabilitation spielen zusätzlich eine Rolle bei der zurückhaltenden Verordnungspraxis. Hinzukommt, dass Betroffene oft nicht bereit sind, für eine Rehabilitation die Häuslichkeit zu verlassen.

Gerade für in der eigenen Häuslichkeit lebende pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen haben Beratungsangebote einen hohen Stellenwert, um angemessene Hilfestellung und Unterstützung bis hin zu einem umfassenden Hilfe- und Pflegearrangement zu erhalten. Die vielfältigen existierenden Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von ihrer Konzeption, ihrem Auftrag, teils auch von der vertretenen Fachlichkeit nur sehr unzureichend auf eine Fragestellung nach einer notwendigen Rehabilitation zur Sicherung und Stärkung von Selbstbestimmung und Teilhabe ausgerichtet. Im Zentrum stehen „Fragen rund um die Pflege“ mit einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung und der dazu notwendigen Hilfen. Nimmt man den Beratungsauftrag: Erhalt bzw. Verbesserung von sozialer Teilhabe ernst, müsste die Beratung über die Möglichkeiten und Ziele einer Rehabilitation fester, ja zentraler Bestandteil der Unterstützung der hilfeschuchenden Klienten und Angehörigen sein. Mit der Pflegeberatungs-Richtlinie (§ 7a SGB XI) des GKV-Spitzenverbandes vom 07.05.2018 wurde ein wichtiger Schritt getan, medizinische Rehabilitation verpflichtend bei der Ermittlung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs und Angebote der Rehabilitation in der Beratung zu berücksichtigen und ggf. bei Antragstellung für eine Rehabilitation Hilfestellung zu leisten. Nach der erst einjährigen Umsetzungsphase der Richtlinie lässt sich noch nicht sagen, inwieweit für pflegebedürftige bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen dadurch der Zugang zu einer angemessenen Rehabilitation verbessert wird. Die Ergebnisse der Einrichtungen und Dienste zur Beratung und Initiierung von medizinischer Rehabilitation sollten evaluiert werden mit dem Ziel, die Umsetzung dieser zu begrüßenden Neuorientierung zu überprüfen und ggf. Wege zu weiteren Verbesserungen in Hinblick auf einen verbesserten Zugang zur Rehabilitation aufzuzeigen.

Lösungsvorschläge/Forderungen ambulante Pflege

- Bessere rehabilitationsmedizinische Qualifizierung von Vertragsärzten und -ärztinnen (siehe auch Kap. 7).
- Verbesserung der Möglichkeiten für Vertragsärzte und Beratungsstellen, auf reha-erfahrene Experten zugreifen zu können, z. B. im Sinne von Konsilen, auch durch Ärztinnen und Ärzte aus Reha-Einrichtungen.
- Der Vertragsarzt sollte systematisch und regelhaft durch die Pflegedienste, die Pflegeberatung, die therapeutischen Fachkräfte und die Sozialen Dienste bei der Bedarfsermittlung und Antragstellung unterstützt werden (können).
- Vertragsärzte benötigen bessere Informationen über die Strukturen und Prozesse der Rehabilitation. Möglichkeiten der direkten Kommunikation zwischen Vertragsarzt und Reha-Klinik sollten geschaffen werden.

- Unterstützung der Rehabilitation durch die Krankenkassen durch zügige Bearbeitung von Reha-Anträgen unter der Beachtung der gesetzlichen Pflicht zu einer umfassenden Bedarfsermittlung (auch eigene Bedarfsermittlung, sei es durch den MDK oder durch Nacherhebungen, wenn der Antrag mittels Muster 61 nicht ausreichend ist), bei fehlenden Informationen Zusammenarbeit mit dem Antragsteller im dialogischen Prozess statt Antragsablehnung.
- Screening-Verfahren zur Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs mit Initiative zur Einleitung eines Reha-Verfahrens sollten obligatorischer Bestandteil der Konzeption einer Beratungseinrichtung sein, z. B. der Pflegestützpunkte.
- Evaluierung der Einrichtungen zur Pflegeberatung unter den Gesichtspunkt einer adäquaten Initiierung von medizinischer Rehabilitation.
- Durch ein gutes „Casemanagement“ in Beratungseinrichtungen können Aufnahmen in stationäre Pflegeeinrichtungen verhindert werden.
- Systematische Berücksichtigung der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe. (Hinweis: Dies setzt aber geeignete Einrichtungen und Dienste, auch bei stationärer Wohnform, voraus.).
- Information und Aufklärung der Patienten und Angehörigen über die Möglichkeiten der Rehabilitation.

6.7. Verhinderung von vermeidbaren Heimeinweisungen durch Rehabilitation

Die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung stellt dann eine angemessene Versorgung dar, wenn sie auf einer bewussten und gewollten Entscheidung beruht und/oder wenn sie aufgrund des Hilfe- und Pflegebedarfs, bestehender oder drohender Überforderung der Pflegepersonen oder auch auf Grund der räumlichen Gegebenheiten nicht vermeidbar ist. Die meisten Pflegebedürftigen stehen einer Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung zunächst ablehnend gegenüber; für viele bedeutet sie Verlust von Selbständigkeit und Selbstbestimmung, Abhängigkeit und Einschränkung ihrer Teilhabemöglichkeiten und in vielen Fällen die Notwendigkeit, Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen zu müssen. Heimeinweisungen sollen nach Möglichkeit vermieden oder zumindest hinausgezögert werden. Pflegebedürftige dabei zu unterstützen, heißt ihrem Selbstbestimmungsrecht Geltung zu verschaffen. Rehabilitation ist nicht das einzige, aber ein mögliches Element, um Heimunterbringungen zu verhindern. Dies ist eine wesentliche Zielsetzung der Rehabilitation bei pflegebedürftigen Menschen.

Besonders vulnerable Situationen sind die Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung, die Aufnahme in die Kurzzeitpflege nach dem Krankenhaus oder eine kontinuierliche Verschlechterung im ambulanten Bereich ohne Akutereignis. Wird ein Reha-Bedarf bei Pflegebedürftigen an diesen Schnittstellen nicht geprüft und daher „übersehen“, ist der Weg in die stationäre Pflege vorgezeichnet. Nur ein besonders engagiertes, gut stützendes Umfeld kann diesen Schritt verhindern.

Pflegebedürftigen Menschen Rehabilitation vorzuenthalten, bedeutet, ihnen eine selbstbestimmte Wahl über ihre weiteren Lebensumstände zu nehmen. Selbstbestimmte Teilhabe als Richtschnur ernst zu nehmen, heißt für alle Akteure, die an der Gesundheits- und pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligt sind, sie ihrem Wunsch entsprechend bei dieser existentiellen Weichenstellung mit den zur Verfügung stehenden

Möglichkeiten zu unterstützen. Das heißt Krankenhäuser, Einrichtungen der Kurzzeit- und Langzeitpflege, Beratungsstellen u. a. als Institutionen und deren Mitarbeitende müssen es als ihren Auftrag sehen, Möglichkeiten aufzuzeigen, nichtgewollte und vermeidbare Unterbringung in stationäre Pflegeeinrichtungen zu verhindern.

Lösungsvorschläge/Forderungen vermeidbare Heimeinweisung

- Vermeidung einer nicht gewünschten Heimunterbringung sollte wesentliches Ziel der Krankenhaussozialdienste und aller andern Akteure sein.
- Vor Aufnahme in vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollte im Krankenhaus eine MDK-Pflegebegutachtung mit Prüfung einer Reha-Empfehlung erfolgen.
- Screening eines Reha-Bedarfs bei Fehlen einer aktuellen MDK-Pflegebegutachtung,
- Über die vorhandenen Möglichkeiten der Unterstützung für Angehörige zur Erschließung von Ressourcen bei der häuslichen Pflege ist vermehrt aufzuklären.
- Formen der persönlichen Assistenz (im Sinne von zeitweiser Betreuung, Begleitung) und nicht nur der Pflege sind verstärkt auch für Ältere zu nutzen, auch außerhalb der Eingliederungshilfe.

7. Stärkung der Rehabilitation und Rehabilitationsmedizin als integraler Bestandteil von Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte und der Gesundheitsberufe

Es besteht Konsens, dass bei pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen an den verschiedenen Schnittstellen des Gesundheitswesens ein Rehabilitationsbedarf oft nicht erkannt, geprüft und weitergehend ermittelt wird (siehe auch Kap. 6), obwohl es eine Reihe von gesetzlichen Bestimmungen gibt, die das verhindern sollen.⁴⁸ So besteht z. B. nach § 34 SGB IX für Ärzte eine Beratungspflicht bzgl. der Leistungen zur Teilhabe, ebenso für andere Gesundheitsberufe, aber auch für Lehrer, Jugendleiter und Erzieher u. a. Diese Bestimmungen sind allerdings weitgehend unbekannt.

Es wäre verkürzt, das „Übersehen“ von Reha-Indikationen generell auf ein verbreitetes Desinteresse und einen allgemeinen Unwillen der Ärzte den Belangen ihrer Patienten gegenüber zurückzuführen, wenn sie jenseits der kurativen Behandlung liegen. Vielmehr sind die Gründe dafür vielschichtig.

Die Darstellung der Versorgungsproblematik von Pflegebedürftigen wäre allerdings in Hinblick auf die medizinische Rehabilitation unvollständig, wenn nicht zumindest einige zentrale Aspekte skizziert würden, die diese Situation begünstigen und begründen. Vorrangig ist die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte sowie der anderen beteiligten Berufsgruppen im Hinblick auf die Aspekte Rehabilitation und Teilhabe zu verbessern. Da Ärzten eine Schlüsselrolle bei der Reha-Bedarfserkennung und Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens zukommt, wird hier auf drei Aspekte der ärztlichen Aus- und Weiterbildung fokussiert. Dabei soll nicht außer Acht gelassen werden, dass auch Pflegekräfte, Therapeuten und

⁴⁸ Dazu gehören neben § 12 SGB IX auch §§ 5 Abs. 4 und § 12 Abs. 2 SGB XI insbesondere auch die §§ 33 f. SGB IX.

Sozialarbeiter gerade bei behinderten und pflegebedürftigen Menschen die Aufgabe der Teilhabesicherung und damit rehabilitative Aspekte ebenfalls berücksichtigen müssen.

7.1. Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit

Die Zunahme chronischer Krankheiten und der Folgen von akuten Erkrankungen (z. B. Schlaganfällen), von Unfällen und von Komplikationen eingreifender medizinischer Behandlungsverfahren geht vermehrt mit Behinderungen und Pflegebedürftigkeit einher. Trotz vielfältiger Bemühungen ist die Ärzteschaft auf diesen Wandel nur unzureichend vorbereitet. Für die medizinische Ausbildung sind die prüfungsrelevanten Inhalte im Gegenstandskatalog festgelegt. In der gültigen Version von 2013 wird „Pflegebedürftigkeit“ noch nicht einmal erwähnt. Auch in dem ab 2021 gültigen Gegenstandskatalog wird Pflegebedürftigkeit unter „Konsultationsanlässe“ nur als Begriff ohne jede weitere Erläuterung, geschweige denn Operationalisierung genannt. Sowohl im „Absolventenprofil“ als auch unter den „Übergeordneten Kompetenzen“ fehlt der Umgang mit (drohender) Pflegebedürftigkeit. In allen medizinischen Fachrichtungen werden in großer Zahl, oft sogar mehrheitlich pflegebedürftige Patienten behandelt. Behinderung und Pflegebedürftigkeit werden aber von den meisten Ärzten nicht als solche thematisiert und als Herausforderung für ärztliche oder andere, z. B. rehabilitative Interventionen gesehen.

In der Diskussion mit Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis z. B. zur Indikationsstellung für therapeutische oder rehabilitative Leistungen gewinnt man, mit Ausnahme der Geriatrie und manchen neurologischen sowie sozialpädiatrischen Einrichtungen, den Eindruck, dass Pflegebedürftigkeit als ein gegebener Zustand hingenommen wird, als würde sie ärztlicherseits nicht als wesentlich beeinflussbar gelten. Die mit der Behandlung von Krankheitsbildern verbundene Aufgabe der Bewältigung und Minderung der Pflegebedürftigkeit wird in den meisten ärztlichen Disziplinen als „fachfremd“ ausgeklammert. Wenn überhaupt eine ärztliche Aufgabenstellung gesehen wird, wird sie an Fachgebiete wie die Geriatrie und ggf. noch an die Rehabilitationsmedizin, ansonsten an die Pflege delegiert.

Es ist zu fordern, dass Ursachen, Auswirkungen, Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit gerade auch in Hinblick auf Einschränkung der Teilhabe in der Aus- und Weiterbildung verankert werden. Diese Thematik sollte auch Gegenstand der ärztlichen Prüfung am Ende des Studiums sein und jeweils fachspezifisch gewichtet zum Inhalt der Logbücher⁴⁹ und Gegenstand der Facharztprüfungen werden. Diese Aspekte sind auch in den kontinuierlichen Fortbildungen zu etablieren.

7.2. Rehabilitation zur Beeinflussung von Pflegebedürftigkeit

Im gültigen Gegenstandskatalog zur ärztlichen Ausbildung von 2013 wird der Begriff „Rehabilitation“ nur einmal unter „Anwendung konservativer, operativer und physikalischer Behandlungsverfahren“ erwähnt. Erst im ab 2021 gültigen Gegenstandskatalog werden das auf der ICF basierende Konzept der Rehabilitation und Kompetenzen in Hinblick auf die Rolle des Arztes im multiprofessionellen Team zum Inhalt und Prüfungsgegenstand. Auch das Erkennen eines Reha-Bedarfs wird als ärztliche Aufgabe benannt. Auch wenn dies ein wesentlicher Schritt zu einer besseren Verankerung des Reha-Gedankens in der Ärzteschaft

⁴⁹ Logbücher beinhalten die Richtlinien der Weiterbildungsordnung jeder Facharztqualifikation und dienen der Dokumentation der Weiterbildung. Das Führen eines Logbuchs ist für jede/n Ärztin/Arzt in Weiterbildung verpflichtend vorgeschrieben. Siehe z.B. Website der Bundesärztekammer.

bedeutet, bleibt die Problematik der Pflegebedürftigkeit und damit die Aufgabe der Rehabilitation in diesem Kontext ausgeklammert.

Ein zeitgemäßes Verständnis medizinischer Versorgung erfordert, dass bei allen Erkrankungen mit drohenden, nicht nur vorübergehenden Schädigungen und Beeinträchtigungen und bei Multimorbidität die Möglichkeiten rehabilitativer Interventionen bekannt sind und planvoll und frühzeitig eingeleitet werden. Dass bei Pflegebedürftigkeit solch ein Verständnis in der ärztlichen Praxis und der Klinik selbst bei den „klassischen“ Rehabilitationsindikationen (wie kardiologisch, neurologisch, muskuloskelettal) kaum oder zu wenig verankert ist, zeigen die in den vorigen Kapiteln beschriebenen Zugangshemmnisse zu einer Rehabilitation für Pflegebedürftige. Die Wertigkeit und die Effekte von Rehabilitation werden zwar im Allgemeinen nicht in Zweifel gezogen. Rehabilitative Aspekte und Behandlungsmöglichkeiten als integralen Bestandteil der Krankheitslehre und hier besonders der chronisch verlaufenden Krankheiten anzusehen, ist in den meisten Fachgebieten nicht selbstverständlich. Ein eindrückliches Beispiel ist die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, bei der evidenzbasiert belegt ist, dass medizinische Rehabilitation die höchste Wirksamkeit auch im Vergleich zu allen medikamentösen Interventionen hat (vgl. Vortrag auf der DVfR-Fachtagung „Pflegebedürftig? – Selbstbestimmte Teilhabe durch Rehabilitation ermöglichen!“). Die Initiierung und Durchführung einer pulmologischen Rehabilitation findet aber nur in Ausnahmefällen statt; dies steht in deutlichem Widerspruch zu der stetigen Zunahme und der Bedeutung dieser häufigen Erkrankung für die gesamte Gesundheitsversorgung.

7.3. Ziele der Rehabilitation bei (drohender) Pflegebedürftigkeit und Behinderung

Im Verständnis vieler Ärztinnen und Ärzte wird Rehabilitation nach wie vor einseitig und verkürzt als Wiederherstellen und Wiedergewinnung von Funktionen mit dem Ziel einer verbesserten Selbständigkeit gesehen, während die zentrale Zielsetzung jeder Rehabilitation – Wiedergewinnung und Verbesserung von Teilhabe und Selbstbestimmung – teils ganz unbekannt ist oder als „soziale“ und damit als nichtmedizinische Aufgabenstellung gilt. Ein Indiz dafür kann die Beschränkung auf die Verwendung von Instrumenten wie Barthel-Index oder FIM-Skala bei der Überprüfung des Rehabilitationserfolges sein, die lediglich Selbständigkeit messen, nicht aber die selbstbestimmte Teilhabe. Begünstigt wird dies dadurch, dass z. Z. weltweit keine validen und umfassenden Instrumente zur Messung von Selbstbestimmung und Teilhabe oder zur Erhebung von Teilhabebeeinträchtigungen vorhanden sind. Die Forschungen dazu stehen noch am Anfang.⁵⁰

Bei einem verkürzten Verständnis von Rehabilitation werden pflegebedürftige und damit behinderte Menschen, vor allem mit einem höheren Pflegegrad als nicht rehabilitationsfähig betrachtet, weil bei ihnen oft nur geringe oder mäßige funktionelle Fortschritte erreichbar sind. Nur die Teilhabeorientierung eröffnet ihnen über die begrenzten, durch funktionelles Training erzielbaren Fortschritte hinaus relevante Verbesserungen auf der Ebene von Aktivitäten und Teilhabe, u. a. auch durch Adaptation, Kompensation und Gestaltung der Kontextfaktoren

⁵⁰ Die DVfR hat in ihren Positionspapieren zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX (2018) und zu Wirkung und Wirksamkeit (2018) (www.dvfr.de) darauf aufmerksam gemacht, dass sowohl bei der Bedarfsermittlung als auch bei der Überprüfung der Wirkungen von Interventionen auf die Teilhabe ein diskursiver Prozess erforderlich ist, und auf den bestehenden Forschungsbedarf hingewiesen.

(siehe Kap. 4.4). Nur unter dieser Zielperspektive ist bei pflegebedürftigen Menschen eine angemessene Reha-Bedarfsermittlung möglich.

Unabhängig von ihrem Fachgebiet müssen alle Ärzte ein Grundverständnis des bio-psycho-sozialen Modells der WHO als konzeptionelle Grundlage der ICF haben, auf dem rehabilitative Konzepte basieren. Es erweitert den klinischen Blick auf die Krankheitsauswirkungen und die Wechselwirkungen zwischen den Komponenten. Diese Grundkenntnisse und Zusammenhänge müssen in der ärztlichen Aus- und fachärztlichen Weiterbildung vermittelt werden, damit zukünftig Ärzte besser in der Lage sind, einen Reha-Bedarf bei den von ihnen behandelten Patienten zu ermitteln, gerade auch bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit. Dabei sollten diese Kenntnisse nicht nur in den Lernzielen verankert sein, sondern auch Prüfungsrelevanz erhalten. Dadurch kann erreicht werden, dass diese Inhalte in ausreichendem Umfang gelehrt und dann auch gelernt werden.

Teilhabe- und Selbstbestimmungsorientierung ärztlichen und therapeutischen Handelns erfordert nicht nur das Wissen um die Zusammenhänge im biopsychosozialen Modell, sondern auch entsprechende Handlungskompetenzen. Diese liegen in der Fähigkeit zu einer hermeneutisch orientierten und diskursiven Gesprächsführung auf Augenhöhe, in einer anerkennenden und wertschätzenden Haltung und in einer Methodenkompetenz, die es gestattet, medizinisches Expertenwissen mit dem zu verbinden, was man nur in der persönlichen Begegnung mit den Rehabilitanden erfahren kann und oft erst mit ihnen erarbeiten muss: ihre einzigartigen biografischen Erfahrungen, Ziele, Bedürfnisse, Ressourcen und individuellen Lebenssituationen einschließlich ihrer Empfindungen angesichts der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen.^{51 52}

7.4. Lösungsmöglichkeiten/Forderungen

In der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Fachgebiete müssen folgende Themen verankert werden:

- Begriff, Ursachen und Folgen von Pflegebedürftigkeit (auch im Sinne der Behinderung) und die Möglichkeiten ihrer Beeinflussung durch ärztliche Interventionen.
- Grundkonzepte der Rehabilitation, rehabilitative Interventionen und teilhabeorientierte Behandlungsmöglichkeiten als integraler Bestandteil jeder Krankheitslehre.
- Zielsetzung der Rehabilitation als Maßnahme zur Wiedergewinnung und Verbesserung der selbstbestimmten Teilhabe entsprechend dem modernen Behinderungsbegriff und dem bio-psycho-sozialen Konzept der ICF.
- Vermittlung von Handlungskompetenzen für eine teilhabeorientierte Betreuung von Patienten.
- Parallele Überlegungen müssen auch für die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller anderen Gesundheitsberufe gelten und bei der Ausgestaltung entsprechender Ausbildungs- und Studienordnungen berücksichtigt werden.

⁵¹ Dazu liegen systematisierte Konzepte vor, die diese Thematik einschließlich der Methodik zu lehren und lernen gestatten, vgl. dazu das Praxishandbuch: Behrens, Langer (2016).

⁵² Diese Kompetenz wird in Pflege, Therapie und Medizin als Teil der Kompetenz aufgefasst, interne Evidenz in der Begegnung unter Nutzung der externen Evidenz aufzubauen, vgl. Behrens (2019).

- Diese Themen sollten prüfungsrelevant sein.

8. Lösungsvorschläge und Forderungen

Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit werden die wesentlichen Lösungsvorschläge und Forderungen des Positionspapiers zusammengefasst. Die Zusammenfassung enthält zunächst Kernforderungen, die kapitelübergreifend für das Gesamtthema bedeutend sind. In einem zweiten Teil werden wesentliche Lösungsvorschläge und Forderungen zu Kapitel 5 (Rehabilitative Versorgungsformen) und Kapitel 6 (Schnittstellen der Gesundheitsversorgung) dargestellt.

Die detaillierten Lösungsvorschläge und Forderungen zu diesen Kapiteln und allen weiteren Kapiteln finden sich jeweils unter den Kapitelabschnitten, in denen ihr Hintergrund dargelegt wird.

8.1. Allgemeine Kernforderungen:

Im Fokus der aktuellen Diskussion um die Pflege, einschließlich der Gesetzesvorhaben und deren Umsetzung steht die Frage, wie Pflegebedürftigkeit durch gezielte Strategien vermieden oder vermindert werden kann. Die vorhandenen Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation für pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen sind vermehrt zu nutzen und weiterzuentwickeln. Die große Gruppe der jüngeren Pflegebedürftigen bedarf dabei besonderer Aufmerksamkeit. Übergreifende Vorschläge sind:

- Die Ansätze zu einer teilhabeorientierten Pflege sollten konzeptionell weiterentwickelt und in der pflegerischen Versorgung umgesetzt werden; dies gilt insbesondere auch in der stationären und in der Kurzzeitpflege. Teilhabeorientierte Pflege sollte gewährleisten, dass die Möglichkeiten der Rehabilitation zur Vermeidung, Verminderung und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit allen Akteuren bekannt sind, ein Reha-Bedarf der Klienten frühzeitig erkannt und ein Reha-Verfahren initiiert wird. Die Pflegebedürftigen sollen bei der Antragstellung und nach der Rehabilitation (im Falle der mobilen Rehabilitation auch während der Rehabilitation) begleitet werden, um so die Erfolge zu sichern und auszubauen.
- Die Krankenkassen sollten sicherstellen, dass auch bei Pflegebedürftigen der Reha-Bedarf nach § 13 SGB IX umfassend ermittelt wird.
- In der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Fachgebiete sind zu verankern:
 - Kenntnisse und praktisches Wissen über Ursachen und Folgen von Pflegebedürftigkeit und die Möglichkeiten ihrer Beeinflussung durch ärztliche, therapeutische und pflegerische sowie durch rehabilitative Interventionen.
 - Kenntnisse der konzeptionellen Grundlagen der Rehabilitation, insbesondere Orientierung auf selbstbestimmte Teilhabe, Nutzung des der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modells der WHO sowie der rehabilitativen Interventionsmöglichkeiten als integraler Bestandteil jeder Krankheitslehre.
 - Handlungskompetenzen im Hinblick auf die Bedarfserkennung und -ermittlung, die Behandlung und Betreuung durch eine teilhabeorientierte und diskursive Gesprächsführung und Kommunikation mit allen Beteiligten.

Analoge Überlegungen müssen auch für die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller anderen Gesundheitsberufe gelten und bei der Ausgestaltung entsprechender Ausbildungsordnungen berücksichtigt werden.

- An allen Schnittstellen der Versorgung von pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen muss eine Prüfung eines Reha-Bedarfs erfolgen und ggf. ein Reha-Antragsverfahren eingeleitet werden. Dies gilt in besonderem Maße vor jeder Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Wenn dies nicht möglich ist, sollte eine solche Prüfung in der stationären Pflegeeinrichtung nachgeholt werden.
- Menschen mit (drohender) Pflegebedürftigkeit und ihre An- und Zugehörigen sind umfassend über die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation, aber auch der anderen Leistungen zur Teilhabe sowie zu barrierefreiem Wohnen, zur Hilfsmittelversorgung zu informieren und entsprechend zu beraten.
- Pflegende An- und Zugehörige sollten unterstützt und somit eine Versorgung in der häuslichen Umgebung langfristig gesichert und erleichtert werden. Dies beinhaltet den weiteren Ausbau differenzierter Beratungs- und Unterstützungsleistungen und eine begleitende Anleitung durch Fachpflege und Fallmanager.
- Die bei Pflegebedürftigen oft schwierige Ermittlung und die Verfolgung der subjektiven Reha-Ziele der Rehabilitanden muss ein zentraler Aspekt der Prozessqualität der Rehabilitation sein. Reha-Konzepte müssen sich am Erreichungsgrad gerade auch der subjektiven selbstbestimmten Teilhabeziele messen lassen.
- Die Allokationsentscheidung sollte sich vor allem an den selbstbestimmten individuellen, realistisch erscheinenden Rehabilitationszielen und der Frage orientieren, mit welcher der vorhandenen Rehabilitationsstrategien diese in welchem Setting am besten erreichbar erscheinen.
- Die teilhabefördernde und barrierefreie Gestaltung präventiver Maßnahmen und Angebote sowie des Sozialraumes sollen ausgebaut werden. Danach sind die Planungen auf lokaler und kommunaler Ebene zur Versorgung Pflegebedürftiger auszurichten.
- Es besteht ein umfangreicher Forschungsbedarf zur Entwicklung optimaler Strategien zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit.

8.2. Spezifische Kernforderungen

Indikationsspezifische/fachübergreifende Frührehabilitation (Kap. 5.2.1)

- Aufbau bzw. Erweiterung von frührehabilitativen Versorgungsstrukturen bei neurologischen Erkrankungen und von fachübergreifenden Frührehabilitations-Angeboten, die eine qualifizierte, bedarfsgerechte, möglichst ortsnahe Versorgung gewährleisten – zum Beispiel an Krankenhäusern der Maximal- und Schwerpunktversorgung oder anderen geeigneten Einrichtungen.

Indikationsspezifische Rehabilitation (Kap. 5.2.2–5.2.5)

- Schaffung indikationsspezifischer Rehabilitationsangebote für Menschen mit erhöhtem medizinischem und pflegerischem Unterstützungsbedarf mit einer angemessenen personellen und entsprechenden finanziellen Ausstattung.

- Bedarfsgerechte Verankerung der mobilen indikationsspezifischen Rehabilitation, u. a. durch Erweiterung der Indikationskriterien, Schaffung finanzieller Anreize zur Etablierung mobiler Rehabilitationsangebote (z. B. Anschubförderung⁵³ sowie Sicherung einer auskömmlichen Finanzierung).

Geriatrisch-rehabilitative Versorgung (Kap. 5.3)

- Bedarfsgerechter Auf- und Ausbau der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation nach den §§ 111 und 111c SGB V in allen Bundesländern sowie deren Einbindung in regionale Versorgungsnetzwerke, um eine wohnortnahe bedarfsgerechte und qualifizierte Versorgung zu gewährleisten.
- Beim Neuaufbau- oder Ausbau stationärer geriatrischer Reha-Einrichtungen sollten vorrangig Träger zum Zuge kommen, die bereit sind, gleichzeitig eine ambulante/mobile Rehabilitation aufzubauen.
- Bedarfsgerechter Ausbau von geriatrischen Tageskliniken, angeschlossen an Abteilungen für Akutgeriatrie.
- Bedarfsgerechte Etablierung mobiler geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen durch Schaffung von Anreizen zur Gründung mobiler geriatrischer Rehabilitation z. B. durch eine Anschubfinanzierung in Anlehnung an das bayerische Förderprogramm.
- Aufwandsgerechte Finanzierung der Leistungen der geriatrischen Rehabilitation, sowohl in ambulanten wie auch stationären Einrichtungen.

Schnittstelle Krankenhaus (Kap. 6.2)

- Im Krankenhaus müssen obligatorische Prozesse zur Ermittlung eines Reha-Bedarfs bei jedem Patienten mit drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit etabliert werden.
- Ein obligatorisches Screening im Hinblick auf einen Reha-Bedarf sollte bei allen Krankenhauspatienten über 70 Jahre, ferner bei zu erwartendem oder bestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Bei diesen Patienten ist zur Entlassung eine ärztliche Stellungnahme zu fordern, ob eine Rehabilitation indiziert ist oder nicht. Insbesondere sollte zukünftig keine Entlassung von Patienten in eine Kurz- oder Langzeitpflegeeinrichtung erfolgen, ohne vorherige Überprüfung eines Reha-Bedarfs.
- Zur Sicherstellung dieser Prozesse sollte in jeder Klinik ein Reha-Beauftragter bestellt werden. Perspektivisch muss erreicht werden, dass rehabilitationsmedizinisch erfahrene Ärzte, einschließlich Geriater zur Ermittlung eines Reha-Bedarfs im Akutkrankenhaus obligatorisch einbezogen werden.

Schnittstelle stationäre Rehabilitation (Kap. 6.3)

- Einführung eines Fallmanagements bzw. einer Fallbegleitung bei umfassendem weiterem Versorgungsbedarf zur Ermöglichung der Teilhabe, möglichst in eigener Häuslichkeit.

⁵³ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.; 2015).

- Flexibilisierung der Rehabilitation durch häusliche Therapieeinheiten durch die entlassende Reha-Einrichtung sowie bei fortbestehendem medizinischem Reha-Bedarf Mobile Rehabilitation.
- Bedarfserkennung und ggf. Einleitung einer Bedarfsermittlung im Hinblick auf andere Teilhabeleistungen, z. B. der Eingliederungshilfe, ggf. auch im Hinblick auf Teilhabe am Arbeitsleben (Werkstatt für behinderte Menschen).
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung, u. a. in Kooperation mit wohnortnahen Hilfsmittelerbringern.

Schnittstelle Kurzzeitpflege (Kap. 6.4)

- Weiterbildung von Pflegefachkräften der Kurzzeitpflege in rehabilitativer Pflege und Ermittlung von rehabilitationsmedizinischer Grundkompetenz zur Identifizierung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs und zur Anregung einer Antragstellung über die betreuenden Vertragsärzte.
- Etablierung eines Screening-Verfahrens zur Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs bei allen Klienten der Kurzzeitpflege nach Krankenhausentlassung, bei denen kein Reha-Verfahren eingeleitet wurde.

Stationäre Pflege (Kap. 6.5)

- Es gilt, Aufgaben und Kompetenzen der Kooperationsärzte nach § 119 b SGB V für die Belange der Rehabilitation zu stärken.
- Entwicklung und Durchführung eines Screenings zum Gesundheitszustand und Rehabilitationsbedarf bei allen Neuaufnahmen in die stationäre Pflege durch Pflegefachkräfte und therapeutische Fachkräfte (z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten)

Ambulante Versorgung (Kap. 6.6)

- Verbesserung der Möglichkeiten für Vertragsärzte und Beratungsstellen, auf regional verfügbare Reha-erfahrene Experten zur Beratung zugreifen zu können, z. B. im Sinne von Konsilen.
- Der Vertragsarzt sollte systematisch und regelhaft durch die Pflegedienste, die Pflegeberatung, die therapeutischen Fachkräfte und die Sozialen Dienste bei der Bedarfsermittlung und Antragsstellung unterstützt werden (können).
- Vertragsärzte benötigen bessere Informationen über die Strukturen und Prozesse der Rehabilitation. Möglichkeiten der direkten Kommunikation zwischen Vertragsarzt und Reha-Klinik sollten geschaffen bzw. verbessert werden.
- Unterstützung der Rehabilitation durch die Krankenkassen durch zügige Bearbeitung von Reha-Anträgen unter der Beachtung der gesetzlichen Pflicht zu einer umfassenden Bedarfsermittlung. Zusammenarbeit mit dem Antragsteller im dialogischen Prozess (statt alleiniger Antragsablehnung).
- In Beratungseinrichtungen (z. B. Pflegestützpunkten) sollten Screening-Verfahren zur Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs und die Initiative zur Einleitung eines Reha-Verfahrens obligatorischer Bestandteil der Konzeption sein. Durch ein gutes Fallmanagement der Beratungsstellen sollten vermeidbare Aufnahmen in stationäre Pflegeeinrichtungen verhindert werden.

- Systematische Berücksichtigung der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe. (Hinweis: Dies setzt aber geeignete Einrichtungen und Dienste, auch bei stationärer Wohnform, voraus.)

Verhinderung von vermeidbaren Heimeinweisungen (Kap. 6.7)

- Vermeidung einer nicht gewünschten Heimunterbringung sollte wesentliches Ziel der Krankenhausärzte und -sozialdienste, der ambulanten Beratungsstellen, der ambulanten Pflege und der Vertragsärzte sein.
- Vor Aufnahme in vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollte eine MDK-Pflegebegutachtung, die eine obligatorische Überprüfung des Reha-Bedarfs einschließt, erfolgen.
- Formen der persönlichen Assistenz (im Sinne von zeitweiser Betreuung, Begleitung) und nicht nur der Pflege sind verstärkt auch für Ältere zu nutzen, auch außerhalb der Eingliederungshilfe.

Diese Stellungnahme wurde im Fachausschuss „Medizinische Rehabilitation vor/bei Pflegebedürftigkeit“ erarbeitet und vom Hauptvorstand der DVfR am 12. November 2020 beschlossen.

Heidelberg, November 2020

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

Vorsitzender der DVfR

K.-Dieter Voß

Leiter des Fachausschusses „Medizinische Rehabilitation vor/bei Pflegebedürftigkeit“

Dr. med. Martin Warnach

Stellvertretender Leiter des Fachausschusses „Medizinische Rehabilitation vor/bei Pflegebedürftigkeit“

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

Quellen

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.): Information zur Förderung der Anfangsphase von Leistungserbringern der mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) ab 2015. https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2015/10/mogere_foerderinformation.pdf, zuletzt abgerufen am 13.09.2019.

Behrens J., Langer G. (2016): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“, 4. Aufl. 2016, Hogrefe Verlag

Behrens J., Zimmermann M. (2017): Sozial ungleich behandelt? A. Sens und P. Bourdieus Theorien und die soziale Ungleichheit im Gesundheitswesen – am Fallbeispiel präventiver Rehabilitation, Hogrefe, Bern.

Behrens J. (2019): Theorie der Pflege und der Therapie, Hogrefe Verlag.

Beyer et al.: Positionspapier zur Fachübergreifenden Frührehabilitation. Phys Med Rehab Kuror 2015; 25: 260–280; Beyer J., Seidel E. J. Frührehabilitation ist erstes Glied einer nahtlosen Rehabilitationskette. Rehabilitation 2017; 56: 272–285.

Bleck C. et al. (2020): STAP. Selbstbestimmt Teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen. Abschlussbericht. Nomos.

Bornitz F., Ewert R., Knaak C., Magnet F. S., Windisch W., Herth F.: Weaning from invasive ventilation in specialist centers following primary weaning failure – a prospective multicenter-study of weanability in patients receiving prolonged domiciliary ventilation. Dtsch Arzteb Int 2020; 117:205-10.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V.: Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen, 2016.

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.: Berentung vermeiden, Teilleistung würdigen, Nachsorge ermöglichen, 08.03.2019.

Bundesministerium für Gesundheit: Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten 2018.

Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser 2017 a.

Destatis: Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2017 b.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.: Positionspapier der DVfR zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG): „Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX“, 2018 a.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.: Stellungnahme der DVfR zu Inhalten der Bedarfsermittlung im SGB IX: „Morbidity, Sorge um Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung“, 2018 b.

Fuchs H.: Frührehabilitation, in: Soziale Sicherheit 5/2002 S. 169–174.

Fuchs H.: Intention des Gesetzgebers zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX und Begriffsbestimmung – Teil I: Intention des Gesetzgebers hinter altem und neuem Recht, Beitrag A16-2018; Teil II: Trägerübergreifend einheitliche Mindestanforderungen, Beitrag A17-2018; beide auf www.reha.recht.de.

GKV-Spitzenverband: Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Berichtsjahr 2017. 2018; 1–10.

GKV-Spitzenverband: Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation vom 05.04.2016. 2016; 1–11.

GKV-Spitzenverband: KG5-Statistik (2018).

Golla A., Richter C., Mau W., Saal S.: Abschlussbericht für das Forschungsprojekt: „Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung“, 2019.

Hajek A., Brettschneider C., Ernst A., Posselt T., Mamone S., Wiese B. et al.: Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. Gesundheitswesen 2016; 79(02): 73–79.

Janßen H.: Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege – Abschlussbericht. Hochschule Bremen 2018; 1–123.

Kolb G., Breuninger K., Gronemeyer S., van den Heuvel D., Lübke N., Lüttje D. et al.: 10 Jahre geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im DRG-System. Z Gerontol Geriatr 2014; 47(1):6–12; AOK-Bundesverband. Fehlanreize prägen die geriatrische Versorgung. Blickpunkt Klinik, Nov. 2018; 5.

Lübke N.: Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. In: (Hrsg.) K-CGKbMN, (ed.): G3-Gutachten im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Hamburg 2015; 1–216.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.: Statistiken der Pflegeberichterstattung, Berichtsjahr 2018.

Meinck M., Lübke N.: Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 3: Prävalenz und prädiktiver Wert geriatrietypischer Merkmalskomplexe in einer systematischen Altersstichprobe. Z Gerontol Geriatr 2013;46(7):645–657.

Pippel K., Lübke N., Meinck M.: Basisdokumentation Mobile Geriatrische Rehabilitation – Jahresbericht 2018. Hamburg: KCG (Hrsg.) 2019; 1–105.

Rothgang H. et al.: Barmer Pflegereport 2018.

Sander M. et al. (IGES; 2017): Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. Studie für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege Berlin.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek): Vertragsdatenbank (Daten 11/2019).