

Mobile Rehabilitation und Kurzzeitpflege: Chancen und Grenzen

Ausgangspunkt

Ursprüngliche Ziele der Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und § 39c SGB V

Häusliche Pflege vorübergehend nicht ausreichend nach § 42 SGB XI

→ aber kein rehabilitativer Ansatz!

nach Krankenhausaufenthalt

bei Krisensituationen: häusliche Pflege vorübergehend nicht möglich oder ausreichend

These 1

Problempatienten sind nicht Verhinderungspflegepatienten oder Pflegekrisenpatienten, nicht mal „klassische“ Krankenhauspatienten mit mehr Zeit- u/o pflegerischem Organisationsbedarf, sondern die "Nach mir die Sintflut-Patienten" aus **Krankenhausverlegungen** in die KZP aufgrund der DRG-Anreize **ohne klare Zieloption**

Problematisch sind besonders:

- Unbenannter Rehabedarf
- Überbrückung bis zur Rehafähigkeit
- Überbrückung bis zum Rehaantritt
- Überbrückung bei palliativmedizinischem Bedarf

Versorgungsdefizit der vorbehandelnden Einrichtung
→ Rehaempfehlungspflicht aller Einrichtungen, die in KZP entlassen

Nachweis begründeter positiver Prognose bzgl. absehbarer Erreichbarkeit von Rehafähigkeit → ggf. Kooperation mit Heilmittelerbringern/MoGeRe

im Prinzip Fehlallokation
→ rascher Rehabeginn in geeigneterem Setting, ggf. Beginn vorgezogener MoGeRe

im Prinzip Fehlallokation
→ rasche Verlegung in geeigneteres Setting, ggf. zwischenzeitlich Einschaltung externer Kompetenz

These 2

Für diese Fälle bleibt **Kurzzeitpflege** die „**Second-Best-Lösung!**“

- neue Gesichter, neue Umgebung
- raus aus Alltagsbezügen
- real oft schlechteren Bedingungen, da die KZP eine „Übergangskonstellation“ bleibt, hinsichtlich
 - ✓ ärztlicher Versorgung, Heilmitteln, Hilfsmitteln
 - ✓ weniger therapeutischem Equipment
 - ✓ möglicherweise sogar pflegerisch

Fazit

- KZP braucht einen klaren Auftrag, den sie im Einzelfall in Kooperation mit anderen erfüllen muss, im Regelfall soll sie sich auf ihre Kernaufgabe und rasche Verlegung an geeignetere Orte konzentrieren!
- Unrealistisch erscheint, alle KZPs zu „kleinen stationären Rehaeinrichtungen“ aufzurüsten: Dies scheint mir personell, kostenmäßig und von der Effizienz her („second best“) nicht sinnvoll - bis hin zum Risiko, bei entsprechenden Anforderungen bald gar keine KZP-Plätze mehr zu haben!
- **Primär brauchen wir** brauchen - neben mehr AGR zur frühzeitigen Prophylaxe von Pflegebedürftigkeit - **flächendeckende Mo(Ge)Re** zur Ausschöpfung von Rehapotentialen bei (schwer) pflegebedürftigen Versicherten.

→ Die Auswahl des Rehasettings muss sich an seiner **bestmöglichen Eignung zur Erreichung der jeweils individuellen Rehaziele ausrichten (Bedarfs- statt Angebotsorientierung)**

→ Hierzu gibt es derzeit **plausible Hypothesen (je eher Rehaziele durch Adaptation als durch Restitution zu erreichen sind, desto eher sind zugehende gegenüber einrichtungsgebundenen Angeboten erfolgversprechend)**

→ Diese Hypothesen sind zunehmend durch Evidenz zu basieren!

