



Universität Bielefeld

**Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW**

Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation

**Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung
des Modellvorhabens »Reha vor Pflege«**

Verfasser:

**Klaus Wingefeld
Christa Büker**

**Bielefeld,
August 2003**

Inhalt

Einleitung	1
Problemhintergrund	1
Fragestellungen und methodisches Vorgehen der Begleitforschung	5
Datenbasis.....	7
Zum Aufbau des vorliegenden Berichts	9
1. Das Modellvorhaben »Reha vor Pflege«	10
1.1 Zielsetzungen	10
1.2 Modellorganisation und Leistungsangebot	11
1.3 Zugangskriterien	12
1.4 Zuweisungen	14
2. Case Management	18
2.1 Einführung.....	18
2.2 Case Management im Modellvorhaben »Reha vor Pflege«	20
2.3 Verantwortungsbereiche und Arbeitsweise	23
2.4 Gesamteinschätzung	31
3. Patientenstruktur	34
3.1 Soziodemographische Merkmale.....	34
3.2 Erkrankungen	37
3.3 Kognitiver Status und Verhaltensauffälligkeiten	40
3.4 Pflegebedürftigkeit	43
3.5 Gesundheitliche Versorgung	50
4. Kurzfristige Ergebnisse der Rehabilitation	52
5. Verlauf der Pflegebedürftigkeit nach der Rehabilitation	55
5.1 Pflegestufe und Zeitbedarf als Indikatoren.....	56
5.2 Veränderungen der Pflegestufe	57
5.3 Pflegestufenveränderungen im Spiegel der MDK-Gutachten.....	59
5.4 Veränderungen des Zeitumfangs notwendiger Hilfen.....	61
5.5 Langfristige Verläufe	64
6. Verlauf der Pflegebedürftigkeit im Vergleich	68
6.1 Allgemeine Fragen der Verlaufsforschung.....	68
6.2 Referenzdaten aus der regulären MDK-Begutachtung.....	69
6.3 Verläufe der Pflegebedürftigkeit im Vergleich.....	72
6.4 Zur Frage der Vergleichbarkeit	77
6.5 Fazit	82
Zusammenfassung	83
Literatur	89
Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	92

Einleitung

Einer der tragenden Grundsätze der Pflegeversicherung besteht im Vorrang von Prävention und Rehabilitation gegenüber der dauerhaften Gewährung von Leistungen zur pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung. Er zielt darauf ab, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder einer Verschlimmerung vorzubeugen (vgl. §5 und §31 SGB XI). In der Praxis kommt das Postulat »Rehabilitation vor Pflege« bislang allerdings wenig zum Tragen. Nach wie vor werden die Spielräume zur Nutzung und Veranlassung von Rehabilitationsmaßnahmen bei drohender oder bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit wenig ausgeschöpft. Somit muss davon ausgegangen werden, dass die zur Umsetzung erforderlichen Rahmenbedingungen auf der Ebene des Versorgungsangebotes und der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Leistungsanbietern, Kostenträgern und Gutachterdiensten noch nicht in geeigneter Form sichergestellt sind.

Das im nordrhein-westfälischen Landkreis Lippe durchgeführte Modellvorhaben »Reha vor Pflege« (RvP) hat diese Problematik aufgegriffen und sollte durch die Entwicklung entsprechend zugeschnittener Versorgungsangebote sowie verbesserter Formen der Kooperation und Vernetzung Wege aufzeigen, wie dem Grundsatz des Vorrangs von Rehabilitation im Versorgungsalltag besser Rechnung getragen werden kann. Das Rehabilitationsangebot war für Personen mit drohender oder manifester Pflegebedürftigkeit vorgesehen und sollte einen Beitrag dazu leisten, entsprechend der Vorgaben des SGB XI Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu vermindern oder einem progressiven Verlauf vorzubeugen. Außerdem sollte die Möglichkeit einer verbesserten Durchlässigkeit der Versorgungssysteme nachgewiesen und aufgezeigt werden, dass rechtzeitig eingeleitete Rehabilitationsmaßnahmen mittel- und langfristig zu Kostensenkungen im Gesundheitswesen beitragen können.

Träger des vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Modellprojektes waren der Landesverband und der Kreis Lippe, das Leistungsangebot war bei der Staatsbad Meinberg GmbH sowie zwei Kliniken in der Region angesiedelt. Die wissenschaftliche Begleitung übernahmen aufgabenteilig das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. in Saarbrücken sowie das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Problemhintergrund

Die im SGB XI formulierten Vorgaben zum Vorrang von Rehabilitation vor Pflege richten sich in erster Linie an die Pflegekassen und die Leistungsträger von Rehabilitationsmaßnahmen. Nach §5 Abs. 1 SGB XI sollen die Pflegekassen »bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin(wirken), dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der

Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden«. In Ergänzung dazu verpflichtet Abs. 2 die Leistungsträger dazu, entsprechende Maßnahmen auch dann einzuleiten, wenn Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten ist, um diese »zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern«.

In ähnlicher Weise konkretisieren die Vorschriften des §31 SGB XI (»Vorrang der Rehabilitation vor Pflege«) Pflichten und Verfahrensweisen auf Seiten der Pflegekassen. Sie sollen u.a. »im Einzelfall (prüfen), welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen geeignet und zumutbar sind« (Abs. 1), bei Bedarf den zuständigen Träger der Rehabilitation unverzüglich informieren (Abs. 3) und die Versicherten »bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere bei der Antragstellung« unterstützen (Abs. 4)¹.

Die Betonung des Grundsatzes »Rehabilitation vor Pflege« im SGB XI wie in verschiedenen anderen Rechtsvorschriften hat jedoch daran, dass zumindest bestimmte Gruppen alter Menschen vergleichsweise schlechte Chancen einer Rehabilitation haben, wenig geändert: »Hochaltrige und chronisch Kranke, die einen komplexen Hilfebedarf aufweisen, ggf. pflegebedürftig sind oder bereits in einem Pflegeheim leben, sind in allen Bereichen der Rehabilitation nach wie vor unterrepräsentiert« (Schweizer 2001: 12). Die Umsetzung des Postulats ist im Versorgungsalltag an Voraussetzungen geknüpft, die bis heute nur begrenzt erfüllt sind. Sie umfassen zum einen die Verfügbarkeit eines für Pflegebedürftige bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen geeigneten Rehabilitationsangebotes, zum anderen funktionale Strukturen der Kooperation und Kommunikation zwischen allen beteiligten Instanzen.

Zunächst einmal fehlt es an ambulanten, wohnortnahen Rehabilitationsangeboten, die auf chronisch kranke alte Menschen zugeschnitten sind (vgl. z.B. Nakielski et al. 2001, Schweizer 2001, Stamm 1999, Schnabel 1997, Hoberg/Meschenmoser 1995). Im Vergleich zum beachtlichen Ausbau stationärer geriatrischer Rehabilitation in den vergangenen neunziger Jahren entfaltete die Weiterentwicklung ambulanter Rehabilitationsformen trotz zahlreicher Initiativen und Modellprojekte eine eher bescheidene Dynamik. Nach wie vor werden erhebliche Versorgungslücken konstatiert, von einem auch nur annähernd flächendeckenden Angebot ist die Situation in Deutschland noch weit entfernt.

Die Verfügbarkeit eines Angebotes allein stellt jedoch nicht dessen Nutzung sicher. Die ambulante Rehabilitation kann zu recht als einer derjenigen Bausteine gesundheitlicher Versorgung gelten, der in ausgesprochen hohem Maße von Zugangsbarrieren und Schnittstellenproblemen betroffen ist. Es fehlt nicht nur an Angebotstransparenz (vgl. Sitte 1996), sondern auch an stabilen Kooperationsstrukturen und Verfah-

¹ Die gesetzlichen Vorschriften eröffnen den Pflegekassen sogar die Möglichkeit, »vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation« zu erbringen, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich erscheint (§32 Abs. 1 SGB XI) und der für die Rehabilitation zuständige Träger nicht rechtzeitig tätig wird (Abs. 2).

rensweisen, die für einen reibungslosen Zugang erforderlich wären. Die Akteure, denen in diesem Zusammenhang zentrale Bedeutung zukommt, agieren zum Teil nicht konsequent genug im Sinne der Erfordernisse, die mit der Umsetzung des Grundsatzes »Rehabilitation vor Pflege« verknüpft sind.

Dies hängt u.a. damit zusammen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen keine Anreize bzw. falsche Anreize beinhalten. Der Dualismus von Kranken- und Pflegeversicherung gilt in diesem Zusammenhang häufig als unglückliche Konstruktion (vgl. Neubauer 1997, Schramm 1997, Kühnert 1996). Während das SGB XI den Pflegekasernen eine zentrale Verantwortung für die Initiierung von Rehabilitation bei drohender oder manifester Pflegebedürftigkeit zuweist, fällt die konkrete Einleitung von Maßnahmen in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung. Während die Krankenversicherung die Kosten zu tragen hat, profitiert die Pflegeversicherung ggf. in Form von Einsparungen infolge geringerer Pflegebedürftigkeit bzw. verminderter Leistungsansprüche. Ebenso wird auf das Fehlen von Anreizen für die Versicherten selbst bzw. ihre Angehörigen hingewiesen. Die gesetzlich geregelte Verteilung von Kostenzuständigkeit und Verfahrensverantwortung sowie das Fehlen jeglicher materieller Anreize für die Betroffenen befördert also in keiner Weise die Umsetzung des Grundsatzes »Reha vor Pflege«. Aus ökonomischer Perspektive führt eine konsequente Umsetzung zu einer Mehrbelastung der Krankenversicherung, zu Einsparungen bei der Pflegeversicherung und zu einer Minderung des Leistungsbezugs der Pflegebedürftigen.

Es wäre allerdings verkürzt, allein diese Sachverhalte für Zugangsprobleme und -barrieren verantwortlich zu machen. Hinzu kommen verschiedene andere Faktoren, deren Bedeutung ebenfalls nicht zu unterschätzen ist:

Eine zentrale Rolle für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen spielt nach wie vor der niedergelassene Arzt. Wie er diese wahrnimmt, hängt entscheidend von den ihm zugänglichen Informationen, von seinen Erwartungen an den Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen und von seinen konkreten Erfahrungen mit Patienten ab, die bereits eine Rehabilitation durchgeführt haben. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Skepsis gegenüber Rehabilitationsangeboten unter den niedergelassenen Ärzten durchaus nicht selten ist (Dunkelberg et al. 2002). Aufgrund fehlender Angebotstransparenz sind außerdem vielfach nicht die Voraussetzungen für eine adäquate ärztliche Beratung, Empfehlung und Zuweisung gegeben. Und schließlich ist auf vielfältige Kommunikations- und Kooperationsprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen hinzuweisen (Deck et al. 2000), die der Zuweisungsbereitschaft sicherlich nicht förderlich sind. Auch hier geht es also um strukturelle Defizite, deren Behebung eine wichtige Voraussetzung für einen verbesserten Zugang alter Menschen zu ambulanter Rehabilitation darstellt. Etwas anders gelagerte, aber in den Konsequenzen vergleichbare Probleme ergeben sich im Bereich des Übergangs aus der Krankenhausbehandlung in die Rehabilitation (Schulz-Niewandt 2000, Wingenfeld 1999).

Auch dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kommt im Hinblick auf die Initiierung von Rehabilitationsmaßnahmen bei drohender oder manifester Pflegebedürftigkeit eine wichtige Rolle zu. Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit hat der Medizinische Dienst »auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind« (§18 Abs. 1 SGB XI; vgl. Tews 1995). Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Begutachtung wurden in der Anfangszeit der Pflegeversicherung vergleichsweise selten ausgesprochen (vgl. Wolf/Matthesius 1998). Nach den Angaben im »Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung« (BT-Drucksache 14/5590: 65ff) ist davon auszugehen, dass von 1998 bis 2000 bei etwa 20% der Begutachtungen nach dem SGB XI Maßnahmen der Rehabilitation empfohlen wurden, allerdings scheint es sich hierbei um eine grobe Schätzung auf einer eher unsicheren Datenbasis zu handeln. Aufgrund der Bedeutung der Rolle der Gutachter wird heute nach wie vor auf die Notwendigkeit kontinuierlicher Schulungsmaßnahmen und anderer Aktivitäten hingewiesen, die u.a. sicherstellen sollen, dass gutachterliche Empfehlungen erfolgreich umgesetzt werden (ebd.).

Denn selbst wenn Empfehlungen durch den MDK ausgesprochen werden, setzt damit kein Automatismus ein, der den Betroffenen in die Rehabilitation führt. Eine empirische Studie zeigte vor einigen Jahren auf, dass MDK-Empfehlungen nur in sieben von insgesamt 41 untersuchten Fällen auch umgesetzt wurden, wobei die Initiative ausnahmslos nicht von den Pflegekassen, sondern von den Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen selbst ausging (Lucke et al. 1997). Es ist zwar davon auszugehen, dass die Pflegekassen inzwischen einige Anpassungen vorgenommen haben, doch bleibt festzuhalten, dass auch sie Schwierigkeiten hatten und vermutlich noch haben, die vom SGB XI zugeschriebene Rolle als Initiatoren von Prozessen und Verfahren, die am Ende in eine Rehabilitation einmünden sollen, hinreichend wahrzunehmen.

Unzureichendes Angebot, fehlende ökonomische Anreize, mangelhafte Angebots-
transparenz, Defizite im Bereich der Information, Kommunikation und Vernetzung
sowie eine noch nicht ausreichende Etablierung tragfähiger Verfahrensweisen ergeben
zusammen mit der sicher noch nicht ganz überwundenen Unterschätzung von Reha-
bilitationschancen im Alter eine Gemengelage, die den Weg in die Rehabilitation viel-
fältig behindern kann. Es gibt im Gesundheitswesen Beispiele für Versorgungsangebo-
te, deren Nutzung unter den gegebenen Voraussetzungen schon mit deren Bereitstel-
lung, also gewissermaßen aus sich heraus hinreichend sichergestellt ist oder sogar das
Risiko eines Übermaßes birgt. Die ambulante Rehabilitation älterer Menschen mit
drohender oder manifester Pflegebedürftigkeit gehört sicherlich nicht dazu. Hier fin-
den sich im Gegenteil Bedingungen, die besondere Anstrengungen und eine gezielten
Strategie zur Kompensation oder Aufhebung dysfunktionaler Strukturen verlangen,
wenn dem Postulat »Rehabilitation vor Pflege« in der Praxis stärker Rechnung getra-
gen werden soll.

Fragestellungen und methodisches Vorgehen der Begleitforschung

Der wissenschaftlichen Begleitung durch das Institut für Pflegewissenschaft kam vornehmlich die Aufgabe zu, zu überprüfen, inwieweit das Modellvorhaben tatsächlich seine Zielgruppe erreicht hat und sich Effekte der Rehabilitationsmaßnahmen auf die Pflegebedürftigkeit und deren Verlauf nachweisen lassen. Eine weitere Aufgabe bestand darin, die Erfahrungen mit dem für Koordinationsaufgaben und die Begleitung der Rehabilitationsteilnehmer implementierten Case Management zu dokumentieren. Im Einzelnen wurden folgende Fragestellungen aufgegriffen:

- Welche soziodemographischen Merkmale, welche Erkrankungen und welche Struktur der Pflegebedürftigkeit weisen die im Rahmen des Modellvorhabens behandelten Patienten auf?
- Welche kurzfristigen Effekte auf den Grad der Abhängigkeit von pflegerischer Hilfe und den ihnen zugrunde liegenden Problemlagen sind durch die Rehabilitationsmaßnahmen bewirkt worden?
- Wie stellt sich der Verlauf der Pflegebedürftigkeit im Anschluss an die Rehabilitation dar?
- Wie ist der Verlauf der Pflegebedürftigkeit von Rehabilitationsteilnehmern im Vergleich zu Personen einzuschätzen, die im Rahmen der regulären Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung untersucht wurden? Inwieweit lassen sich vor dem Hintergrund dieses Vergleichs Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahmen ziehen?

Ergänzend zu diesen auf die Patienten bzw. den Verlauf ihrer Pflegebedürftigkeit bezogenen Fragestellungen bestand die Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung in der Dokumentation und Einschätzung des im Modellvorhaben vorgesehenen Case Managements, insbesondere im Hinblick auf:

- die Einbindung und das Aufgabenprofil des Case Managements,
- die sich im Modellverlauf herauskristallisierenden Anforderungen,
- die konkrete Arbeitsweise des Case Managements und
- den Stellenwert des Case Managements für das Modellvorhaben insgesamt.

Zur Bearbeitung dieser Fragestellungen stand der wissenschaftlichen Begleitung folgende Datengrundlage zur Verfügung:

- *Ärztliche Dokumentationen:*

Neben allgemeinen soziodemographischen und medizinischen Informationen, die über den Gesundheitszustand und pflegerelevante Sachverhalte Auskunft geben, enthielt die ärztliche Dokumentation ein Instrument zur Einschätzung von Selbstständigkeit der behandelten Patienten bei alltäglichen Lebensverrichtungen, die zum Beginn und zum Abschluss der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahme überprüft wurde. Be-

standteil waren des Weiteren Informationen über kognitiven Status und etwaige Verhaltensauffälligkeiten sowie eine Einschätzung, inwieweit die im Einzelfall definierten Rehabilitationsziele erreicht werden konnten.

- *Dokumentationen des Case Managements:*

Hiermit ließ sich u.a. die individuelle Versorgungssituation der Patienten rekonstruieren. So gaben die Dokumentationen u.a. Auskunft darüber, welche Versorgungsleistungen von den Patienten innerhalb der letzten sechs Monate in Anspruch genommen wurden und wie sich die aktuelle pflegerische Versorgung darstellte (durch formelle Leistungsanbieter ebenso wie durch informelle Helfer wie z.B. Angehörige, Freunde oder Nachbarn). Die Hilfsmittelversorgung wurde ebenfalls berücksichtigt. Anhand der Dokumentation ließen sich auch in groben Zügen die Tätigkeitsschwerpunkte des Case Managements im Bereich der individuellen Patientenbegleitung nachzeichnen.

- *Ergebnisse der Begutachtung der Rehabilitationsteilnehmer durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung:*

Zur Beschreibung des Profils der Pflegebedürftigkeit der behandelten Patienten und zur Abbildung individueller Verläufe standen die im Auftrag des Modellvorhabens durchgeführten MDK-Gutachten zur Verfügung, die im Regelfall vor Beginn der Rehabilitation und sechs Monate nach deren Abschluss erstellt wurden. Die Begutachtungen wurden ausschließlich zum Zweck der Datenerfassung für die Begleitforschung durchgeführt, waren also kein regulärer Bestandteil des mit dem Modellvorhaben erprobten Versorgungsprogramms. Allerdings bestand eine Bedingung für die Aufnahme von Patienten in das Modellprojekt in der Bereitschaft, sich vor und nach der Rehabilitation einer MDK-Begutachtung zu unterziehen. Es wurde angestrebt, beide Begutachtungen von ein und demselben Gutachter vornehmen zu lassen. Bei Patienten, bei denen kurze Zeit vor Beginn der Rehabilitation bereits eine reguläre Begutachtung stattgefunden hatte, war es dank der Kooperationsbereitschaft des örtlichen MDK möglich, auf deren Ergebnisse zurückzugreifen und somit auf eine erneute Begutachtung zu verzichten. Ergänzend erfolgte bei einem Teil der Patienten eine dritte Begutachtung mit dem Ziel, den Entwicklungsverlauf der Pflegebedürftigkeit zumindest exemplarisch über einen mehr als sechs Monate umfassenden Zeitraum aufzeigen zu können.

- *Allgemeine Informationen zu Organisation und Verlauf des Modellvorhabens:*

Ergänzend zu diesen einzelfallbezogenen Daten standen einige der vom Projektmanagement zentral dokumentierten Informationen zur Verfügung, die u.a. die Zuweisung durch niedergelassene Ärzte, den Aufbau sog. mobiler Stützpunkte zur ambulanten Rehabilitation und einen Überblick über die Gesamtheit der im Modellvorhaben behandelten Patienten betrafen.

- *Referenzdaten der regulären MDK-Begutachtung im Kreis Lippe:*

Sowohl der örtliche Medizinische Dienst als auch der MDK Westfalen-Lippe hatten sich dankenswerterweise bereit erklärt, der wissenschaftlichen Begleitung zu Vergleichszwecken einen Datenauszug von Ergebnissen der Begutachtung zur Verfügung zu stellen, die unabhängig vom Modellvorhaben bei Versicherten in der Modellregion durchgeführt wurden.

- *Interviews mit den Case Managerinnen:*

Ergänzend wurden mit den drei im Modellprojekt tätigen Case Managerinnen in der letzten Phase des Modellvorhabens leitfadengestützte Interviews durchgeführt, die als Grundlage zur Dokumentation und Einschätzung des Case Managements dienten, darüber hinaus jedoch auch wichtige ergänzende Hinweise für eine adäquate Interpretation des übrigen Datenmaterials gaben.

Sämtliche patientenbezogenen Informationen wurden dem Institut für Pflegewissenschaft in vollständig anonymisierter Form übermittelt. Um die verschiedenen Dokumentationen zusammenführen zu können, wurden sie von den Case Managerinnen, die für die Zusammenstellung und Übermittlung des Datenmaterials zuständig waren, mit einem entsprechenden Code gekennzeichnet, anhand dessen eine eindeutige Zuordnung möglich war.

Datenbasis

Bis März 2003 waren nach Angaben des Projektträgers insgesamt 639 Patienten zur Behandlung überwiesen worden. Nicht alle dieser Patienten konnten bei den im vorliegenden Bericht präsentierten Ergebnissen berücksichtigt werden. Dies erklärt sich größtenteils daraus, dass zu dem für die Datenerfassung festgelegten Stichtag (31.3.2003) einige Rehabilitationsmaßnahmen noch nicht abgeschlossen waren oder Dokumentationen von den Projektbeteiligten bis zu diesem Zeitpunkt nicht übermittelt werden konnten.

Zeitliche Aspekte sind auch die Hauptursache für verschiedene Lücken im Datenmaterial, das in die Auswertungen eingegangen ist. Tabelle 1 gibt hierzu einen Überblick:

Tab. 1: Datenbasis (erfasste Patienten)

	Anzahl	Prozent
Zur Rehabilitation überwiesene Patienten	639	100,0
Von der wiss. Begleitung erfasste Patienten	568	88,9
– vollständig dokumentierte Fälle	423	66,2
– ärztliche Dokumentation	553	86,5
– Dokumentation Case Management	540	84,5
– Patienten mit einer Begutachtung	554	86,7
– Patienten mit zwei Begutachtungen	441	69,0
– Patienten mit drei Begutachtungen	53	8,3

Über die insgesamt 568 im Rahmen der Begleitforschung erfassten Patienten lag in 553 Fällen eine ärztliche Dokumentation vor, in 540 Fällen eine Dokumentation des Case Managements und in 554 Fällen ein vor der Rehabilitation erstelltes MDK-Gutachten. Die jeweiligen Abweichungen von der Gesamtzahl sind auf organisatorische Pannen oder schlicht darauf zurückzuführen, dass die Unterlagen von dem im Modellprojekt tätigen Personal nicht erstellt wurden. Letzteres gilt u.a. für Patienten, deren Rehabilitation vorzeitig abgebrochen werden musste (vgl. Kapitel 4). So war es verschiedentlich nicht möglich, eine Abschlussdokumentation des Case Managements anzufertigen, weil die Situation der Patienten ein Abschlussgespräch nicht gestattete (z.B. wegen einer schweren Erkrankung oder eines Krankenhausaufenthaltes) oder die Patienten keine Motivation zeigten, ein solches Gespräch zu führen. Darüber hinaus gelang es in einigen Fällen nicht, die ärztliche Dokumentation verfügbar zu machen.

Die deutlich niedrigere Zahl der Patienten, über die zwei MDK-Gutachten verfügbar sind (441), ergibt sich vornehmlich daraus, dass die zweite Begutachtung sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation durchgeführt, die Datenerfassung jedoch Ende März 2003 abgeschlossen werden sollte. Das bedeutet, dass für fast alle Patienten, deren Rehabilitation nach Oktober 2002 begonnen hatte, nur das erste Gutachten vorlag, da die zweite Begutachtung nach dem festgelegten Stichtag erfolgte bzw. erfolgt wäre. In Einzelfällen unterblieb eine zweite Begutachtung, weil Patienten verstorben oder unbekannt verzogen waren. Bei vorzeitigem Abbruch der Rehabilitation wurde i.d.R. ebenfalls kein zweites Gutachten erstellt. Vollständige Unterlagen – ärztliche Dokumentation, erstes und zweites Gutachten, Aufnahme- und Abschlussdokumentation des Case Managements – waren in 423 Fällen vorhanden.

Vor diesem Hintergrund stellte sich die Grundsatzfrage, auf welche Datenbasis sich die Auswertungen stützen sollten. Das IPW entschied sich im Interesse einer möglichst guten statistischen Absicherung der Ergebnisse dafür, sich nicht auf die 423 vollständig dokumentierten Fälle zu beschränken, sondern mit den für die jeweilige Fragestellung maximal erreichbaren Fallzahlen zu arbeiten. So spricht z.B. nichts dagegen, in die Untersuchung von Verläufen der Pflegebedürftigkeit auch solche Patienten einzubeziehen, über die zwar beide Gutachten vorliegen, jedoch keine ärztliche

Dokumentation; die Daten der ärztlichen Dokumentation sind zur Darstellung der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit nicht erforderlich bzw. nur dann von Interesse, wenn differenzierte Analysen anhand von Parametern durchgeführt werden sollen, die den MDK-Gutachten nicht zu entnehmen sind.

Abgesehen vom Problem der Dokumentationslücken war es im Rahmen der Auswertungen außerdem erforderlich, verschiedene Datenbereinigungen vorzunehmen, um den Verlauf der Pflegebedürftigkeit von Rehabilitationsteilnehmern mit entsprechenden Daten aus der regulären MDK-Begutachtung vergleichen zu können. Auch hierdurch kommt es zu Abweichungen zwischen den Fallzahlen, auf denen die Analysen jeweils beruhen. Es finden sich jedoch durchgängig entsprechende Angaben und Erläuterungen, anhand derer es – wenn vielleicht auch mit einiger Mühe – möglich ist, den Umgang mit dem Datenmaterial nachzuvollziehen. Auf explizite Hinweise auf einzelne fehlende Werte innerhalb einer vorliegenden Falldokumentation wurde allerdings verzichtet.

Zum Aufbau des vorliegenden Berichts

Bevor die Ergebnisse der vom IPW durchgeführten Begleitforschung dargelegt werden, skizziert Kapitel 1 zunächst einmal in groben Zügen Zielsetzung, Aufbau und Verlauf des Modellvorhabens »Reha vor Pflege«.

Im Anschluss werden Charakter, Aufgabenprofil und Arbeitsweise des Case Managements dargelegt, das neben dem Aufbau eines wohnortnahen Rehabilitationsangebotes sicherlich als das wichtigste spezifische Merkmal des Modellvorhabens anzusehen ist (Kapitel 2).

Kapitel 3 greift die Frage nach der Struktur der Personengruppe auf, die vom Rehabilitationsangebot erreicht werden konnte. Gegenstand sind dabei vor allem soziodemographische Merkmale, das im Modellvorhaben vertretene Krankheitspanorama, die Ausprägung der Pflegebedürftigkeit und die häusliche Versorgungssituation.

Sodann wendet sich der Bericht den für die Einschätzung des Modellvorhabens ebenfalls zentralen Ergebnissen zu Effekten der Rehabilitation auf die Pflegebedürftigkeit der behandelten Patienten zu. Kapitel 4 stellt zunächst kurzfristige, d.h. zum Abschluss der Maßnahmen dokumentierte Rehabilitationsergebnisse vor. Kapitel 5 zeigt auf, inwieweit es in der Folge zu Veränderungen der Pflegebedürftigkeit gekommen ist und welche Faktoren in diesem Zusammenhang möglicherweise von Bedeutung waren. Kapitel 6 schließlich stellt den Verlauf der Pflegebedürftigkeit von Rehabilitationsteilnehmern dem Verlauf bei Personen aus dem Kreis Lippe gegenüber, bei denen eine reguläre MDK-Begutachtung durchgeführt wurde.

1. Das Modellvorhaben »Reha vor Pflege«

1.1 Zielsetzungen

Ausgehend von der in der Einleitung skizzierten Problematik – knappes Leistungsangebot und unzureichende Vernetzung – verfolgte das Modellvorhaben das übergeordnete Ziel, Wege aufzuzeigen, wie Rehabilitationspotenziale bei Kranken und Pflegebedürftigen besser ausgeschöpft und damit der Verlauf von Pflegebedürftigkeit positiv beeinflusst oder ihre Entstehung abgewendet werden kann.

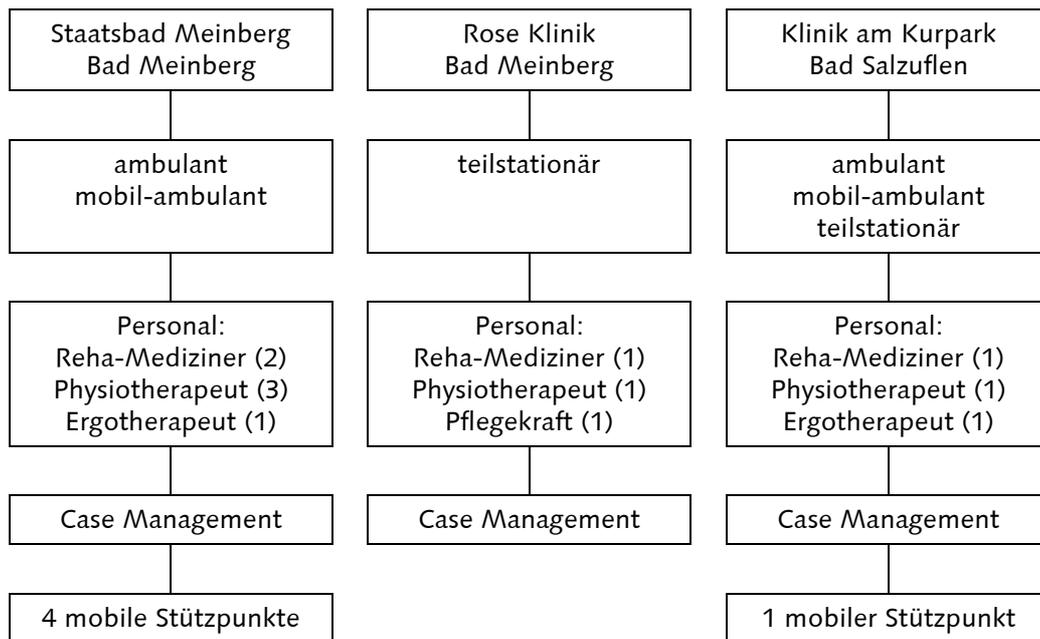
Zur Umsetzung dieses Ziels bediente sich das Modellvorhaben einer doppelten Handlungsstrategie: Zum einen sollte durch die Entwicklung bzw. den Ausbau eines auf die Bedarfslagen von Pflegebedürftigen zugeschnittenen, wohnortnahen Versorgungsangebotes die Voraussetzung dafür geschaffen werden, dass eine Feststellung von Rehabilitationsbedarf auch tatsächlich in die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme einmünden kann. Zum anderen zielte das Projekt darauf ab, über eine verbesserte Angebotstransparenz und Zusammenarbeit der an der Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligten Akteure Zugangshindernisse abzubauen bzw. Kooperationsstrukturen und Verfahrensweisen zu etablieren, die eine effektive Begleitung, Unterstützung des Patienten und Steuerung des Zugangs sicherstellen; das Modellvorhaben sollte mit anderen Worten die Durchlässigkeit des Versorgungssystems bzw. der verschiedenen Versorgungssysteme optimieren, somit eine zeitnahe Rehabilitation ermöglichen und zu einem ausgewogeneren Verhältnis zwischen Bedarf und Angebot an Rehabilitation beitragen.

Von der Entwicklung eines neuen Versorgungsangebotes kann insofern gesprochen werden, als personelle und sachliche Voraussetzungen sowie Rehabilitationsformen bereitgestellt wurden, die in der Region bislang nicht oder nur in geringem Umfang zur Verfügung standen. Insofern beinhaltete das Modellvorhaben einen Implementationsprozess im eigentlichen Sinne des Wortes: Es ging darum, ein erweitertes Rehabilitationsangebot in die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu integrieren und den Zugang durch eine entsprechende Vernetzung sicherzustellen, d.h. dafür Sorge zu tragen, dass das Angebot entsprechend der Zielsetzungen des Modellvorhabens auch tatsächlich genutzt wurde und damit Schwachstellen in der Versorgung Pflegebedürftiger behoben werden konnten.

1.2 Modellorganisation und Leistungsangebot

Auf struktureller Ebene zeichnete sich das Modellvorhaben zum einen durch ein bestimmtes Profil des Rehabilitationsangebotes und zum anderen durch das für Koordinationsaufgaben und die Begleitung der Patienten vorgesehene Case Management aus. Die folgende Abbildung zeigt einen Überblick über die Modellorganisation:

Abb. 1: Organisation des Modellvorhabens »Reha vor Pflege«



Wie ersichtlich, wurde das Rehabilitationsangebot von drei verschiedenen Einrichtungen an zwei Standorten getragen. An beiden Standorten wurden im Laufe des Modellvorhabens ambulante, mobil-ambulante und teilstationäre Rehabilitationsangebote aufgebaut. Bei letzteren handelte es sich um eine Rehabilitationsform, die sich durch eine zeitliche Verdichtung, Intensivierung und eine entsprechend kurze Dauer der Rehabilitationsmaßnahme auszeichnet² (im Regelfall fünf Behandlungstage pro Woche bei einer Dauer von vier bis fünf Wochen gegenüber drei Behandlungstagen und rund zehn Wochen Dauer).

Mobil-ambulante Rehabilitation wurde vornehmlich durch die Staatsbad Meinberg GmbH angeboten, der es gelang, im Laufe der Zeit insgesamt vier sog. mobile Stützpunkte aufzubauen. Ein weiterer entstand am zweiten Standort Bad Salzuflen. Bei diesen Stützpunkten handelte es sich um stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, die die für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen notwendigen Räumlichkei-

² »Teilstationäre Rehabilitation« ist in der Fachdiskussion nicht eindeutig definiert. Zum Teil gilt sie als Variante stationärer, zum Teil als Sonderform ambulanter Rehabilitation (vgl. Winter et al. 1997 und Scheuter 1996).

ten zur Verfügung stellten. Ein Großteil der mobil-ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen wurde hier durchgeführt, Maßnahmen im häuslichen Umfeld der Patienten fanden einer Aufstellung des Projektträgers zufolge in etwa bei jedem vierten Patienten statt.

Die mobil-ambulante Rehabilitation in der häuslichen Umgebung wurde von den Projektbeteiligten als eine für die Zukunft besonders wichtige Rehabilitationsform eingestuft. Zum einen stellt sie ein geeignetes Angebot auch für solche Patienten dar, die andere Einrichtungen nicht regelmäßig aufsuchen können und für die sie daher praktisch die einzige Möglichkeit bietet, von Rehabilitationsmaßnahmen zu profitieren. Zum anderen bietet sie den Vorzug, den Patienten in seiner gewohnten Lebensumgebung beobachten und dabei z.B. einschätzen zu können, inwieweit durch veränderte Arrangements in der eigenen Häuslichkeit oder durch den Einsatz von Hilfsmitteln verbesserte Voraussetzungen für den Erhalt von Selbstständigkeit hergestellt werden können (vgl. Schweizer 2001, Raabe 2001, Link/Schlichting 1996, Neubart 1995).

Das in der Übersicht aufgeführte Profil des therapeutischen Personals wurde bei Bedarf ergänzt durch logopädische Leistungen, die im Auftrag der beteiligten Einrichtungen von anderen Versorgungsinstanzen erbracht wurden. In allen drei Einrichtungen stand eine Case Managerin zur Koordination der Zusammenarbeit und zur Unterstützung der Patienten zur Verfügung (vgl. Kapitel 2). Die Behandlung im Rahmen des Modellvorhabens folgte einem interdisziplinären Ansatz. Die Rehabilitationsteams – bestehend aus Medizinern³, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern (Case Management) und zum Teil auch Pflegekräften – arbeiteten unter ärztlicher Leitung und führten regelmäßig (wöchentlich) Besprechungen durch, die Behandlungsplanungen und -verläufe, zum Teil aber auch Fragen der Patientensteuerung zum Gegenstand hatten.

1.3 Zugangskriterien

Da Pflegebedürftigkeit nicht nur, aber vor allem im Alter auftritt, wurden mit dem Postulat »Rehabilitation vor Pflege« ältere, von Pflegebedürftigkeit bedrohte oder bereits betroffene Personen zur vorrangigen Zielgruppe des Modellvorhabens.

Die Aufnahme von Patienten erfolgte auf der Grundlage verschiedener Kriterien, die vor Beginn einer Maßnahme zum Teil von den Case Managerinnen, zum Teil von den Rehabilitationsmedizinern überprüft wurden. Das Angebot richtete sich an Personen mit drohender, erheblicher oder schwerer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI, Personen mit der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) gehörten also nicht zu

³ Das medizinische Personal der Staatsbad Meinberg GmbH, das im Rahmen des Modellvorhabens tätig wurde, bestand nicht aus fest angestellten, sondern aus niedergelassenen Ärzten, die auf Honorarbasis eingebunden waren.

den Adressaten des Projekts⁴. Transportfähigkeit war eine zweite wichtige Teilnahmevoraussetzung, zumindest für die ambulante und teilstationäre, zum Teil jedoch auch für die mobil-ambulante Rehabilitation, sofern sie in den externen Stützpunkten und nicht in der häuslichen Umgebung stattfand.

Ein weiteres Kriterium bezog sich auf den kognitiven Status. Leichte kognitive Störungen führten nicht per se zum Ausschluss aus dem Modellvorhaben, vielmehr wurde im Einzelfall überprüft, inwieweit trotz Einbußen Rehabilitationspotenziale vorhanden waren. Ab einem gewissen Grad kognitiver Einschränkungen galten jedoch die Aufnahmekriterien im Rahmen des Modellvorhabens als nicht erfüllt. Ausschlusskriterien bestanden ferner in einer komplexen Suchtproblematik, einer im Rahmen der Rehabilitation nicht zu lösenden sozialen Problematik sowie in einer fehlenden und voraussichtlich auch nicht herzustellenden Motivation bei Patienten und Angehörigen.

Abb. 2: Aufnahmekriterien

- Drohende Pflegebedürftigkeit oder erhebliche/schwere Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (Pflegestufen I und II)
- Wohnhaft im Kreis Lippe
- Transportfähigkeit (Ausnahme: Reha in der häuslichen Umgebung)
- Keine oder nur geringfügige kognitive Einschränkungen
- Keine komplexe Suchtproblematik oder unlösbare soziale Problematik
- Ausreichende Motivation
- Einverständnis zur Durchführung von MDK-Begutachtungen vor/nach Reha

Vor Therapiebeginn fand regelmäßig eine Prüfung der Aufnahmekriterien durch das Case Management statt, ebenso durch die Rehabilitationsmediziner im Rahmen der routinemäßigen Eingangsuntersuchung. Bei dieser Eingangsuntersuchung wurden außerdem gemeinsam mit dem Patienten Therapieziele festgelegt, auf deren Grundlage wiederum ein Therapieplan mit zumeist zwanzig Behandlungstagen erstellt wurde. Die geplante Behandlungsdauer variierte in Abhängigkeit vom individuellen Rehabilitationsbedarf und Behandlungsverlauf. Für gewöhnlich fassten die Reha-Teams eine Behandlungsdauer von vier bis zehn Wochen ins Auge.

⁴ Diese Entscheidung gründete auf mehreren Überlegungen. Bei Schwerstpflegebedürftigen bestand eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass auch während der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen ein akuter, intensiver Pflegebedarf regelmäßig auftreten würde, für den die personelle Ausstattung des Modellvorhabens nicht ausreichend erschien. Es wurde ferner davon ausgegangen, dass es sich bei Personen mit der Pflegestufe III größtenteils um immobile und nur begrenzt transportfähige Pflegebedürftige handeln würde. Schließlich war zu erwarten, dass im Vergleich zu anderen Zielgruppen nur sehr begrenzte Rehabilitationspotenziale vorhanden sein würden.

Für die Patienten ergaben sich durch die Teilnahme am Modellvorhaben keinerlei Kosten. Eventuell anfallende Transportfahrten wurden aus Projektmitteln finanziert.

1.4 Zuweisungen

Die formale Zuweisung erfolgte durch niedergelassene Ärzte. Ihr ging allerdings oftmals eine Eigeninitiative der Patienten oder Angehörigen voraus, die auf das Modellvorhaben auf verschiedenen Wegen aufmerksam geworden waren. Nach Einschätzung der Projektbeteiligten wurde der Erstkontakt sogar in der Mehrzahl der Fälle durch diese hergestellt. Als entscheidender Faktor für die erfolgreiche Implementation des Versorgungsangebotes erwies sich somit nicht nur die Kooperation mit der Ärzteschaft, sondern auch eine wirksame, auf die Patienten selbst gerichtete Öffentlichkeitsarbeit sowie eine intensive Information und Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern, Beratungsstellen und weiteren Akteuren, die in irgendeiner Weise in die Versorgung von Pflegebedürftigen oder die Begleitung der von Pflegebedürftigkeit bedrohten Personen involviert waren⁵. Patienten bzw. Angehörige erhielten oftmals durch solche Stellen erste Hinweise zum Rehabilitationsangebot und damit die Anregung, sich näher zu informieren und ggf. mit ihrem Hausarzt Möglichkeiten der Durchführung einer Rehabilitation zu erörtern.

Die Etablierung des Rehabilitationsangebotes in der Region verlangte von allen Modellbeteiligten, insbesondere vom Case Management erhebliche Anstrengungen. Der Beginn des Vorhabens war bei den Versorgungsanbietern zum Teil auf Informationsdefizite und Skepsis gestoßen, was dazu führte, dass Zuweisungen durch niedergelassene Ärzte nur schleppend anliefen und auch die in der Region angesiedelten Krankenhäuser, um deren Kooperation sich die Modellbeteiligten ebenfalls bemühten, eher zurückhaltend agierten. Es gelang insbesondere durch gezielte persönliche Kontaktaufnahmen durch die Case Managerinnen und eine Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit (u.a. durch Informationsveranstaltungen), diese Zurückhaltung aufzulösen (vgl. Kapitel 2).

Die für das Modellvorhaben besonders wichtige positive Grundhaltung der Ärzteschaft wurde nicht zuletzt durch Rehabilitationserfolge in der Anfangszeit des Modellvorhabens hergestellt. Die unmittelbare Erfahrung, dass die Rehabilitation deutliche Verbesserungen des Gesundheitszustandes und der Selbstversorgungsfähigkeit ihrer Patienten bewirkte, hatte nach Einschätzung der Modellbeteiligten einen gewissen Sensibilisierungseffekt zur Folge und veranlasste viele niedergelassene Ärzte, Pati-

⁵ Aus anderen Studien ist bekannt, dass gerade unter den Bedingungen suboptimaler Systemstrukturen die Eigenmotivation von Patienten bzw. Pflegebedürftigen ein entscheidender Faktor für die Ausschöpfung von Rehabilitationsangeboten ist (vgl. Lucke et al. 1997).

enten mit einem entsprechenden Bedarf die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme zu empfehlen und eine entsprechende Zuweisung vorzunehmen.

Mit dem örtlichen MDK entwickelte sich im Laufe der Zeit ebenfalls eine stabile Kooperation, die u.a. dazu führte, dass unter der Voraussetzung eines bestehenden Rehabilitationsbedarfs und -potenzials die Gutachter jene Versicherten gezielt über das Leistungsangebot des Modellvorhabens informierten, die sie zum Zweck einer regulären Begutachtung nach dem SGB XI aufsuchten. Auch hier war eine allmähliche Intensivierung der Kooperationsbeziehungen und des Engagements des Medizinischen Dienstes zu beobachten. Regelmäßige Kontakte ergaben sich in erster Linie im Zusammenhang mit dem Auftrag zur Erstellung von Gutachten vor und nach der Rehabilitation, also durch den Modellcharakter des Vorhabens. Die Kontinuität der Kommunikation dürfte in hohem Maße zur Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses und zu einem hohen Grad der Informiertheit auf beiden Seiten beigetragen haben.

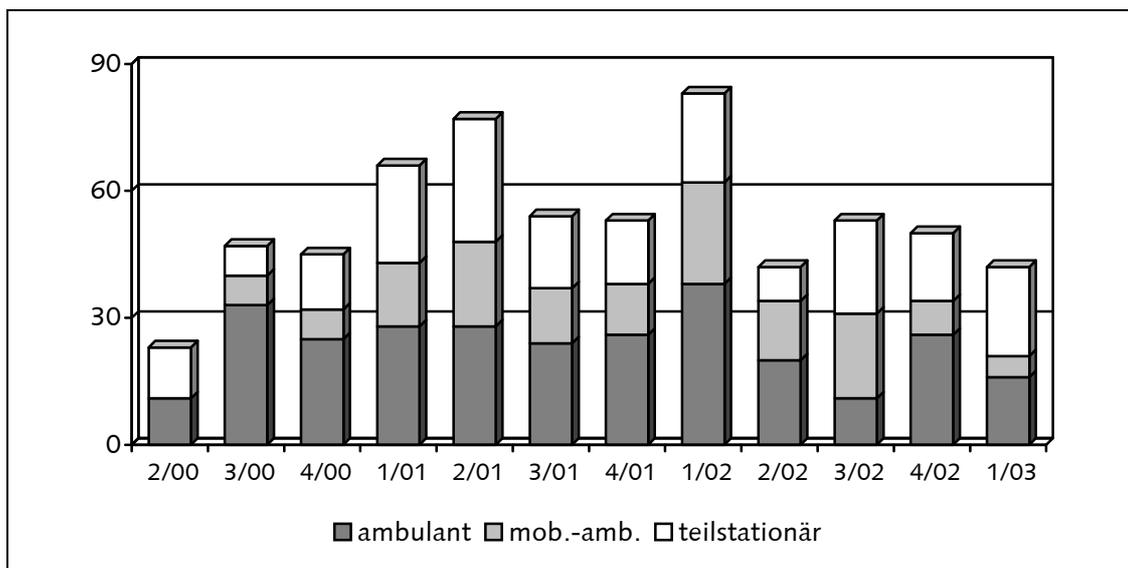
Auch die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern im Kreisgebiet wandelte sich im Verlauf der Durchführung des Modellvorhabens, allerdings blieben Aufnahmen von Patienten direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt eher selten. Dies hing zum Teil mit den besonders hohen Anforderungen an die Koordination und Ressourcenplanung zusammen, die sich bei einem unmittelbaren Übergang aus der Krankenhausbehandlung in die Rehabilitation und mit den damit verbundenen engen zeitlichen Spielräumen ergeben. In dem Maße, in dem das Modellvorhaben an Bekanntheit und Akzeptanz in der Region gewann und eine entsprechende Erhöhung der Zahl der Zuweisungen erfolgte, geriet das Leistungsangebot an die Grenzen der vorgehaltenen Behandlungskapazität, infolge derer es in Spitzenzeiten zur Entstehung von Wartelisten kam. Der unmittelbare Übergang in die Rehabilitation, d.h. der direkte zeitliche Anschluss konnte vor diesem Hintergrund bei den aus dem Krankenhaus stammenden Patienten nicht immer ermöglicht werden. Ähnlich wie bei den niedergelassenen Ärzten durch praktische Erfahrung eine erhöhte Sensibilität und Kooperationsbereitschaft erreicht wurde, konnte sich auf Seiten der Krankenhäuser durch wiederholte Erfahrungen mit Kapazitätsengpässen eine Sichtweise entwickelt haben, in der das Krankenhaus als eine für den Übergang in die Rehabilitation nachrangig verantwortliche Instanz erschien und allein aufgrund des zeitlichen Ablaufs die Verantwortung eher anderen Akteuren zugeordnet wurde, die wie die niedergelassenen Ärzte ohnehin die entscheidende Rolle bei der Weiterführung von therapeutischen Maßnahmen nach der Krankenhauserlassung übernahmen.

Angaben über weitergehende Kooperationsbeziehungen, die für die Zuweisung von Patienten direkt oder indirekt von Bedeutung waren, finden sich im Zusammenhang mit der Beschreibung des Case Managements in Kapitel 2. Als Fazit bleibt an dieser Stelle festzuhalten, dass die Etablierung des Modellvorhabens eine längere, von intensiver Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit gekennzeichnete Implementationsphase erforderte und abgesehen von den am Modell beteiligten Einrichtungen und Patienten zwei Akteursgruppen unterschieden werden können, deren Handeln maßgeblich über Art und Umfang des Zugangs zum Leistungsangebot entscheidet:

Zum einen handelt es sich dabei um die niedergelassenen Ärzte, die entweder von sich aus die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme anregen oder auf Anfrage des Patienten eine entsprechende Beratung und Prüfung der Indikation vornehmen; eine intensive Information der Ärzteschaft und eine tragfähige, auf ihre Belange abgestimmte Kooperation war aus diesem Grunde für die Durchführung des Modellvorhabens lebenswichtig. Kaum weniger von Bedeutung sind jene Akteure, die zwar keine Patienten zuweisen, aber indirekt Wege zum Leistungsangebot bahnen können. Für die Umsetzung des Grundsatzes »Reha vor Pflege« ist es nach den Erfahrungen mit dem Modellvorhaben erforderlich, dass nicht nur niedergelassene Ärzte, sondern alle für Fragen der pflegerischen Versorgung relevanten Stellen eine stärkere Sensibilität gegenüber gesundheitlichen Problemlagen entwickeln, zu deren Lösung eine Rehabilitation beitragen kann – und ggf. über Information und Beratung der Betroffenen Prozesse initiieren, in deren Verlauf der individuelle Bedarf, die Voraussetzungen und die Möglichkeiten einer Rehabilitation näher geprüft werden.

Zwischen Februar 2000 und Ende März 2003 wurden insgesamt 639 Patienten zugewiesen. Wie die folgende Abbildung noch einmal verdeutlicht, waren die ersten Monate des Modellvorhabens durch eine eher zögerliche Inanspruchnahme gekennzeichnet. Diese Situation änderte sich erst Mitte des Jahres 2000, und nach etwa zehn Monaten stabilisierte sich der Patientenzugang auf einem Niveau, das mit Ausnahme einiger Nachfragespitzen in den ersten Jahreshälften 2001 und 2002 im weiteren Verlauf nur noch relativ geringen Schwankungen unterlag. Im monatlichen Durchschnitt begannen, sieht man einmal ab von der ersten Hälfte des Jahres 2000, zwischen 50 und 60 Patienten eine Rehabilitationsmaßnahme.

Abb. 3: Patientenaufnahmen im Zeitverlauf (nach Quartalen)



Quelle: Angaben des Projektträgers

Tab. 2: Patientenzahlen, Behandlungsumfang und -dauer (in Tagen, Mittelwerte)

	Anzahl	Prozent	Beh.tage	Beh.dauer
Ambulant	291	45,5	18,9	71,2
Mobil-ambulant	145	22,7	19,0	69,4
Teilstationär	203	31,8	18,8	37,4
Zusammen	639	100,0	–	–

Quelle: Angaben des Projektträgers

Beim größten Teil der Patienten (45,5%) erfolgte eine ambulante, zumeist rund zehnwöchige Rehabilitation an den beiden Modellstandorten Bad Meinberg und Bad Salzflen. Etwa jeder fünfte Patient nutzte die Möglichkeit einer mobil-ambulanten Rehabilitation. Der Umstand, dass auf die mobil-ambulante Rehabilitation der geringste Anteil der Patienten entfiel, muss allerdings vor dem Hintergrund gesehen werden, dass die entsprechenden Leistungsangebote im Unterschied zu den anderen Rehabilitationsformen nicht von Beginn an in vollem Umfang zur Verfügung standen.

2. Case Management

2.1 Einführung

Case Management stellt einen auf internationaler Ebene anerkannten und insbesondere im englischsprachigen Raum vielfach bewährten Ansatz dar, die ausgeprägte Spezialisierung und Desintegration des Leistungsangebotes in entwickelten Gesundheitssystemen zu kompensieren und eine bedarfsgerechte, planvolle und zugleich wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen (vgl. Ewers/Schaeffer 2000). Mit dem Begriff Case Management wird ein professionelles und zielgerichtetes Unterstützungs- und Versorgungsmanagement bezeichnet, welches am individuellen »Fall« ansetzt (Wendt 1997).

Es existiert kein einheitliches Verständnis von Case Management. In der Versorgungspraxis lassen sich zum Teil stark voneinander abweichende Konzepte ausmachen, die auf den jeweiligen Versorgungsbereich, die organisatorische Anbindung und die konkreten Kooperationsbeziehungen der beteiligten Akteure zugeschnitten sind. Ausgehend von der Entwicklung in Ländern, die wie zum Beispiel die USA über langjährige Erfahrungen mit dem Einsatz von Case Management verfügen, lassen sich allerdings einige Kernfunktionen benennen, die je nach Konzept unterschiedlich gewichtet und ausgestaltet sein mögen, die sich ansonsten jedoch sowohl in der Praxis als auch auf konzeptioneller Ebene als gemeinsame Merkmale wiederfinden (vgl. zum Folgenden Ewers 1996).

Hierzu gehört zunächst einmal die *anwaltschaftliche Funktion* (»Advocacy«). Case Management soll Personen unterstützen, die aus bestimmten Gründen (wie z.B. Krankheit, Behinderung) nicht in der Lage sind, ihre Interessen wahrzunehmen und ihre Angelegenheiten selbständig zu regeln. Dabei ist es ein ausdrückliches Ziel, dem Klienten Hilfe zur Selbsthilfe zu geben und dauerhafte Abhängigkeit zu vermeiden. Neben dem personenzentrierten Ansatz kommt dem Advocacy auch eine sozialpolitische Dimension zu: Case Management soll dazu beitragen, Defizite im Versorgungssystem zu identifizieren, transparent zu machen und damit jenen Stellen, die für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung verantwortlich sind, bessere Voraussetzungen für zielgerichtete Handlungsstrategien zu verschaffen.

In der *Broker-Funktion* versteht sich der Case Manager u.a. als Vermittler zwischen dem Klienten und den Anbietern von Versorgungsleistungen. In dem für Hilfebedürftige oft unüberschaubaren Markt des Gesundheits- und Sozialwesens will Case Management die Suche nach geeigneter Unterstützung erleichtern. Hierzu gehört auch die Aufgabe, ein individuelles Versorgungspaket für den Klienten zusammenzustellen und zugänglich zu machen. Wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Vermittlungstätigkeit sind sowohl eingehende Kenntnis des zur Verfügung stehenden Leistungsangebotes als auch die Neutralität des Case Managers gegenüber einzelnen Leistungsanbietern, wodurch u.a. Wettbewerbsverzerrungen vermieden werden sollen.

Über die reine Vermittlungsfunktion hinaus bietet Case Management vielfach weitere Hilfestellungen an. Dazu gehört die längerfristige Begleitung des Klienten auf seinem Weg durch das System, die Koordination und Kontrolle des Versorgungsverlaufs sowie die Überwachung der zur Verfügung stehenden Mittel.

Die *Gate-Keeper-Funktion* ist das dritte Charakteristikum von Case Management. Dieser Funktion kommt heute eine immer größere Bedeutung zu. Angesichts knapper finanzieller Ressourcen gilt die gezielte Steuerung des Zugangs zur Krankenversorgung als gesamtgesellschaftlich wünschenswert. In seiner Rolle als Gate-Keeper («Türwächter») ist der Case Manager für die Prüfung der Eignung und Berechtigung eines Klienten für den Zugang zu Versorgungsangeboten zuständig. Durch Klientenselektion, ausgabenorientierte Steuerung und kontinuierliche Überwachung des Versorgungsprozesses soll der ineffizienten Nutzung finanzieller Ressourcen vorgebeugt und bei Klienten ebenso wie bei Leistungserbringern das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer wirtschaftlichen Versorgung erhöht werden. So soll etwa die Nutzung kostengünstiger Alternativen vom Case Manager angeregt und gefördert werden.

Neben diesen drei Kernfunktionen gibt es auch auf methodischer Ebene ein wichtiges Merkmal professionellen Case Managements: Das Vorgehen ist an einem Regelkreis aus logisch aufeinander aufbauenden Schritten ausgerichtet, ähnlich dem Verfahren, welches im Rahmen des Pflegeprozesses zur Anwendung kommt. Dabei lassen sich folgende Phasen, Arbeitsschritte und Teilaufgaben unterscheiden (vgl. Ewers 2000):

- *Identifikation*: Dieser erste Schritt betrifft die Auswahl von Klienten, die einer spezifischen Unterstützung bedürfen bzw. in das Case-Management-Programm aufgenommen werden sollen. Der Case Manager überprüft anhand bestimmter vorgegebener Kriterien, ob der Klient einen entsprechenden Bedarf aufweist und die jeweiligen Zugangsvoraussetzungen erfüllt. Die Zuweisung erfolgt in der Regel durch andere Instanzen (z.B. Ärzte, Kliniken, Behörden).
- *Assessment*: Mit Hilfe verschiedener Instrumente erfolgt eine Befragung des Klienten mit dem Ziel, möglichst umfassende Informationen über Versorgungsbedürfnisse, Selbstversorgungsdefizite und -ressourcen zu erhalten. Die darauf und auf zusätzlich eingeholten Informationen basierende Bedarfseinschätzung bildet die wesentliche Voraussetzung für die Formulierung des Hilfe- und Versorgungsplans.
- *Entwicklung des Versorgungsplans*: Der Case Manager erstellt anhand der gesammelten Informationen einen bedarfsorientierten, individuellen Versorgungsplan. Dabei wird der Mitwirkung des Klienten und seines sozialen Umfeldes ein hoher Stellenwert zugeschrieben. In gemeinsamer Absprache werden realistische, erreichbare und überprüfbare Ziele formuliert und Maßnahmen zu ihrer Erreichung festgelegt. Der Versorgungsplan und die vereinbarten Ziele werden schriftlich dokumentiert. *Implementation des Versorgungsplans*: In dieser Phase erfolgt die Umsetzung der geplanten Maßnahmen. Der Case Manager führt dazu ggf. Verhandlungen mit Leistungsanbietern und Kostenträgern, vermittelt Dienste, koordiniert das Leistungsgeschehen und fungiert als Bindeglied zwischen Klient und Versorgungssystem.

- *Monitoring und Re-Assessment:* Case Management umfasst auch die kontinuierliche Überwachung des gesamten Versorgungsablaufs. Hier besteht eine wichtige Aufgabe darin, Veränderungen in der Bedarfslage des Klienten zu erkennen und entsprechend zu reagieren, indem auf der Basis eines aktualisierten Assessments beispielsweise neue Zielvereinbarungen getroffen oder Versorgungspläne geändert werden.
- *Evaluation und Abschluss:* Mit der Entlassung eines Klienten aus der Betreuung durch den Case Manager erfolgt eine ergebnisorientierte Evaluation des Unterstützungsprozesses. Anhand der Evaluation können sich auch Rückschlüsse für eine Optimierung künftiger Versorgungsplanungen ergeben.

Case Management zielt auf die Überbrückung von zeitlichen und räumlichen Dimensionen des Versorgungsgeschehens (Ewers 2000). Es ist darauf angelegt, statt kurzfristig ausgerichteter und isolierter Interventionen eine langanhaltende Unterstützung und Versorgungskontinuität sicherzustellen. So kann entlang des Krankheitsverlaufes frühzeitig und vorausschauend auf sich verändernde Versorgungsbedarfe reagiert und können präventive Potenziale und Ressourcen erkannt und genutzt werden. In Bezug auf die räumliche Dimension agiert Case Management über die Grenzen von Versorgungsinstanzen hinweg. Aus dem vielfältigen Angebot wird für den jeweiligen Klienten ein individuelles Unterstützungspaket geschnürt, welches exakt auf seine Bedürfnisse abgestimmt ist. Case Management kann auf diese Weise wesentlich zu einer am individuellen Bedarf orientierten Versorgungsintegration beitragen.

2.2 Case Management im Modellvorhaben »Reha vor Pflege«

Die organisatorische Einbindung des Case Managements im Modellvorhaben erfolgte direkt bei den drei beteiligten Einrichtungen, d.h. bei der Staatsbad Meinberg GmbH, der Rose Klinik in Bad Meinberg sowie der Staatsbad Salzuflen GmbH mit der Klinik am Kurpark. In jeder Einrichtung stand für das Case Management eine halbe bis drei-viertel Stelle zur Verfügung, die mit einer Sozialpädagogin bzw. Sozialarbeiterin besetzt wurde.

Innerhalb der Einrichtungen war die Case Managerin Mitglied im jeweiligen Reha-Team. Das Team traf in der Regel einmal wöchentlich zusammen, um in erster Linie Informationen auszutauschen und Einzelheiten der Behandlungsplanung für die aktuell im Projekt befindlichen Patienten zu erörtern. Mit der interdisziplinären Zusammensetzung sollte die Möglichkeit geschaffen werden, Patientenbelange aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten, so dass nicht nur medizinische Probleme, sondern auch psychosoziale oder pflegerische Aspekte Berücksichtigung finden konnten.

Das Case Management war ferner eingebunden in die in unregelmäßigen Abständen stattfindenden Sitzungen der Projektleitung, bestehend aus einem Vertreter der

Kreisverwaltung, der Kurdirektion und Geschäftsführung sowie den Klinikverwaltungsleitungen. Thematisiert wurden dabei vor allem die aktuelle Projektentwicklung und Fragen der Projektsteuerung. Aufgrund ihrer zentralen Position innerhalb des Informationsaustausches und der Organisation des Patientendurchlaufs kam der Teilnahme der Case Managerinnen, die von allen Beteiligten sicherlich den besten Überblick über die aktuelle Entwicklung der Kooperation mit externen Partnern ebenso wie über die Entwicklung der Nachfrage nach Reha-Maßnahmen und über lösungsbedürftige Probleme im Projektalltag besaßen, ein hoher Stellenwert zu.

Als wichtigste Funktion des Case Managements wurde während der Vorbereitung des Modellvorhabens die »Zusammenführung und Koordination von individuellem Hilfebedarf und der verfügbaren Hilferessourcen« definiert. »Koordination und Kooperation, Zielfestlegung, Ressourcennutzung, Kontrolle und Neubewertung der Situation zur besten Versorgung der Pflegebedürftigen« galten gemäß Förderantrag als Fragestellungen, die das Aufgabenprofil in besonderer Weise kennzeichnen sollten. Dem Case Management wurde eine zentrale Funktion bei der Initiierung bzw. Einleitung einer Reha-Maßnahme in Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und den Rehabilitationseinrichtungen und in der Begleitung der Pflegebedürftigen im Verlauf der Reha-Maßnahmen zugeordnet. Das Case Management sollte vor allem in dieser Doppelfunktion tätig werden: Zum einen ging es um die *individuelle Unterstützung des Patienten* durch Information, Beratung und ggf. Vermittlung der dem individuellen Versorgungsbedarf entsprechenden Leistungen im Anschluss an die Reha-Maßnahme⁶, zum anderen um den *Aufbau von Netzwerken*, d.h. von Kooperationsbeziehungen innerhalb des regionalen Unterstützungsangebotes, die einen reibungslosen Zugang zu den vom Patienten jeweils benötigten Versorgungsleistungen und sonstigen Hilfen ermöglichen sollten.

Eine Präzisierung der Aufgaben des Case Managements und damit auch der Arbeitsteilung zwischen den Projektbeteiligten erfolgte erst nach Anlaufen des Modellvorhabens. Die ersten Projektmonate können vor diesem Hintergrund als *Phase der konzeptionellen Konkretisierung des Case Managements* bezeichnet werden, wengleich die damit verbundenen Anforderungen die drei Mitarbeiterinnen keineswegs der Verpflichtung enthoben, für die dringend anzubahrenden Kooperationsbeziehungen zu sorgen und auch Koordinationsaufgaben im Rahmen der ersten Rehabilitationsmaßnahmen zu übernehmen. Diese Phase war aus der Sicht der Case Managerinnen mit zum Teil erheblichen Unsicherheiten in Bezug auf die an sie gestellten Erwartungen und Handlungsspielräume gekennzeichnet, die erst nach und nach behoben werden

⁶ »Das Case-Management ist Ansprechpartner, wenn Sie oder Ihre Angehörigen Fragen zum Projekt haben. Die Case-Managerinnen regeln alle weiteren organisatorischen Angelegenheiten und begleiten die Patienten während des gesamten Reha-Prozesses. Das Case-Management hat die Aufgabe, die Reha-Maßnahmen im Rahmen der Hilfeplanung in Absprache mit den niedergelassenen Ärzten, den Krankenhäusern und den Reha-Einrichtungen in die Wege zu leiten. Die Case-Managerinnen organisieren den reibungslosen Ablauf von Transportfahrten, Therapiezeiten, Seminaren und Schulungen« (aus einem für Interessenten und Patienten erstellten Informationsblatt des Case Managements).

konnten. Der spezifische Charakter, den das Case Management im Modellvorhaben letztlich annahm, war insofern das Produkt einer vergleichsweise allgemein formulierten Aufgabenbeschreibung einerseits und der Erfahrung mit der praktischen Erprobung verschiedener Handlungsstrategien und Arrangements andererseits.

Wenngleich sich dieses Vorgehen im Großen und Ganzen bewährt hat und schließlich in eine für das Modellvorhaben recht funktionale Form des Case Managements mündete, hatte der Verzicht auf ein vorab festgelegtes, dezidiertes Case Management-Programm auch einige nachteilige Konsequenzen. Abgesehen von einem gewissen Risiko, die Mitarbeiterinnen in der ersten Phase des Modellvorhabens zu überfordern, wurden die Methoden und Instrumente, derer sich das Case Management bediente, nicht systematisch anhand der zu erwartenden, konkreten Anforderungen an das Case Management entwickelt. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Aufnahme- und Abschlussdokumentation, die für jeden Patienten erstellt wurde. In allen drei Einrichtungen übernahmen die Case Managerinnen jene Instrumente, die ursprünglich für den Zweck der wissenschaftlichen Begleitung entworfen worden waren. Dass sich diese im Blick auf Anforderungen im Arbeitsalltag jedoch als nur bedingt tauglich erwiesen, war durchaus zu erwarten und wurde auch von den drei Mitarbeiterinnen in den gegen Ende des Modellvorhabens durchgeführten Interviews angemerkt. Eine weitere Folge bestand darin, dass die Arbeitsweise des Case Managements in den drei Einrichtungen zum Teil von individuellen Präferenzen der Mitarbeiterinnen geprägt war und entsprechend voneinander abwich.

Die Aufgabenschwerpunkte, die das Case Management im Modellvorhaben letztlich kennzeichneten, lassen sich folgendermaßen untergliedern:

- *Unmittelbar patientenbezogene Aufgaben:* In allen Phasen der Rehabilitation, vom Erstkontakt bis zum Abschluss, fungierte die Case Managerin als zentrale Ansprechpartnerin des Patienten. Ihre Aufgabe bestand darin, interessierte Klienten über Ziele und Ablauf der Maßnahme zu informieren und ein Aufnahmegespräch zur Ermittlung der jeweiligen Lebenssituation und des individuellen Unterstützungsbedarfs vorzunehmen. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse erfolgte die Information und Beratung von Patienten und Angehörigen über das Spektrum an möglichen Unterstützungsangeboten sowie im Bedarfsfall die Mobilisierung von Leistungen anderer Stellen. Die Case Managerin stand im Verlauf der Rehabilitation dem Patienten und seinen Angehörigen bei Bedarf in allen Fragen und Angelegenheiten begleitend zur Seite, leistete Unterstützung im Hinblick auf eine möglichst reibungslose Organisation der Reha-Maßnahme und bildete die Schnittstelle zu den beteiligten Berufsgruppen innerhalb und außerhalb der Einrichtungen. Zu ihren Aufgaben gehörte auch die Gestaltung der Beendigung der Reha-Maßnahme, indem sie zusammen mit dem Patienten eine Reflektion des Geschehens sowie eine Bilanzierung des Erfolgs der geleisteten Unterstützung durchführte.
- *Koordinations- und Steuerungsaufgaben:* Zu Beginn standen die Bekanntmachung und Vernetzung des Modellvorhabens in der Region im Mittelpunkt. Zu den regelmäßigen Koordinations- und Steuerungsaufgaben gehörte die Prüfung der Zugangsvoraussetzungen und die Regelung der notwendigen Formalitäten und orga-

nisatorischen Belange für eine Aufnahme der Patienten in das Projekt. Schließlich nahm sich das Case Management der Aufgabe an, mit Kostenträgern, Leistungsanbietern oder anderen Stellen, die im Anschluss an die Rehabilitation involviert waren oder werden sollten, notwendige Abstimmungen vorzunehmen.

- *Aufgaben im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Begleitung:* Nach erfolgter Anmeldung gab die Case Managerin das erste MDK-Gutachten in Auftrag, nach Beendigung der Reha-Maßnahme sorgte sie für die Organisation eines Termins zur Durchführung der zweiten Begutachtung. In ihren Zuständigkeitsbereich fiel schließlich auch die Beschaffung und Weiterleitung der übrigen von der wissenschaftlichen Begleitung benötigten Dokumentationen.

2.3 Verantwortungsbereiche und Arbeitsweise

Öffentlichkeitsarbeit

Die wohl wichtigste Aufgabe des Case Managements in der Anfangsphase des Modellvorhabens bestand darin, es bekannt zu machen und über das mit ihm vorgehaltene Leistungsangebot eingehend zu informieren. Hierbei erwies sich, dass eine Öffentlichkeitsarbeit, die wesentlich auf Information durch herkömmliche Medien beruhte (insbesondere schriftliches Material, das an andere Versorgungsanbieter versandt wurde), nur begrenzt wirksam war. Die Erfahrungen der Case Managerinnen unterstreichen vielmehr die Bedeutung direkter Kontaktaufnahmen: Erst nachdem in direktem, d.h. persönlichem Kontakt (vor allem mit den niedergelassenen Ärzten) über das mit dem Modellprojekt zur Verfügung gestellte Leistungsangebot informiert und auch die Verfahrensweise bei der Aufnahme von Patienten eingehend erläutert wurde, gewann das Modellvorhaben einen hinreichenden Bekanntheitsgrad und konnte eine allmählich steigende Überweisungsbereitschaft der Ärzte erreicht werden.

Danach entwickelte sich ein gewisser Selbstlauf der Öffentlichkeitsarbeit. Behandelte Patienten und niedergelassene Ärzte berichteten anderen, nicht beteiligten Personen oder Organisationen bzw. Einrichtungen über ihre Erfahrungen und über Möglichkeiten, das Leistungsangebot des Modellprojekts zu nutzen. Auch die zunehmend intensivere Kooperation mit dem MDK sorgte dafür, dass eine wachsende Zahl von Patienten mit Rehabilitationsbedarf auf das Angebot aufmerksam wurde (über entsprechende Informationen und Empfehlungen im Rahmen der regulären Begutachtung) und nach Konsultation ihrer Hausärzte Zugang zum Modellprojekt fanden.

Auf diese Weise trat das Erfordernis einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit, die zu Beginn sicherlich den Großteil der dem Case Management zur Verfügung stehenden Arbeitszeit kompensiert hatte, allmählich in den Hintergrund. Lediglich bei der Einrichtung neuer mobiler Stützpunkte im Verlauf des Modellvorhabens war eine zeitlich begrenzte Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit erforderlich.

Erstkontakt

Die Case Managerin stellte in der Regel die erste Kontaktperson für Klienten dar, die an einer Rehabilitation interessiert waren. Die Kontaktaufnahme erfolgte hauptsächlich durch die Patienten selbst bzw. deren Angehörige sowie niedergelassene Ärzte, gelegentlich jedoch auch durch Akutkrankenhäuser, Kranken- und Pflegekassen, den MDK, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, niedergelassene Therapeuten oder Sozialberatungsstellen. Auch auf Informationsveranstaltungen zum Projekt wurden Kontakte geknüpft.

Die Prüfung der Eignung eines Interessenten für die Projektteilnahme anhand der vorgegebenen Kriterien lag in der Zuständigkeit des Case Managements. Falls ein Interessent alle Voraussetzungen für eine Aufnahme erfüllte und eine ärztliche Zuweisung vorlag, konnte eine Ablehnung nur noch durch den Rehabilitationsmediziner erfolgen (wenn er aufgrund der Ergebnisse der Aufnahmeuntersuchung eine Teilnahme am Projekt als medizinisch nicht indiziert erachtete).

Zu den vom Case Management zu prüfenden Zugangsvoraussetzungen gehörten fast alle der im Modellvorhaben geltenden Kriterien, so das Vorliegen der Pflegestufe I bzw. II oder drohende Pflegebedürftigkeit, der Wohnort, die Transportfähigkeit des Patienten (sofern keine Rehabilitation in der häuslichen Umgebung ins Auge gefasst wurde), die Motivation sowie der kognitive Status. Die Einschätzung des kognitiven Status erfolgte auf mehreren Wegen:

- Die Case Managerin versuchte, entsprechende Informationen gleich beim telefonischen Erstkontakt zu erhalten, indem sie Fragen zum Erinnerungsvermögen, zum Zurechtfinden in fremder Umgebung und zur Fähigkeit eines situationsgerechten Verhaltens stellte. Eine solche Befragung erfolgte allerdings nur, wenn es sich bei dem Gesprächspartner nicht um den Patienten selbst, sondern um eine dritte Person, z.B. einen Angehörigen oder den Hausarzt handelte.
- Weitere Hinweise ergaben sich ggf. beim Hausbesuch und persönlichen Kennenlernen durch Beobachtung von Verhalten und verbalen Äußerungen. Hierbei zeigte sich jedoch die auch aus anderen Zusammenhängen bekannte Schwierigkeit, in einem einmaligen Gespräch eine Einschätzung der Orientiertheit vorzunehmen.
- Grundsätzlich wurde die Stellungnahme des Hausarztes zur Rehabilitationsfähigkeit des Patienten im Hinblick auf die Diagnose einer dementiellen Erkrankung geprüft.

Es handelte sich dabei allerdings um eine vorläufige Einschätzung. Die definitive Abklärung des kognitiven Status erfolgte bei der Eingangsuntersuchung durch den Rehabilitationsmediziner.

Eine erste Prüfung der Zugangsvoraussetzungen und die Erstinformation des Patienten über die bevorstehende Maßnahme erfolgte also zumeist telefonisch, die Regelung der Aufnahmeformalitäten schriftlich. Das weitere Verfahren wurde von den beteiligten Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt:

In einer Klinik, die ausschließlich teilstationär behandelte, wurden die Patienten nach Prüfung der Zugangsvoraussetzungen und Vorliegen der hausärztlichen Bescheinigung grundsätzlich aufgenommen. Ein persönliches Gespräch zwischen Patient und Case Managerin fand entweder wenige Tage vor Therapiebeginn im Rahmen eines Hausbesuchs oder direkt am Aufnahmetag in der Klinik statt. Die ärztliche Eingangsuntersuchung erfolgte grundsätzlich erst nach dem Gespräch mit der Case Managerin. Zu einer Ablehnung von Patienten aufgrund der Ergebnisse der Untersuchung kam es jedoch nur selten.

Im Falle der anderen beteiligten Einrichtungen erhielten die Patienten zunächst einen Termin zur ärztlichen Eingangsuntersuchung. Die Terminmitteilung erfolgte entweder über das Case Management oder das Sekretariat des zuständigen Arztes, die Organisation des Patiententransportes zur Klinik über das Case Management. An der Untersuchung nahmen auch eine Krankengymnastin und eine Ergotherapeutin teil. Auf eine unmittelbare Beteiligung des Case Managements wurde hingegen verzichtet. Nach der ärztlichen Entscheidung über eine Teilnahme am Projekt und der Erstellung des Therapieplans führte die Case Managerin einen Hausbesuch zur Durchführung des Aufnahmegesprächs durch. Dabei wurde auch der Therapieplan dem Patienten überreicht. Die Durchführung des Hausbesuchs erst im Anschluss an die ärztliche Untersuchung wurde damit begründet, dass vor diesen häufig zeitintensiven Gesprächen Klarheit über die endgültige Aufnahme des Patienten vorliegen sollte, um nicht möglicherweise falsche Hoffnungen zu wecken und die sehr begrenzten Ressourcen der Case Managerinnen nicht mehr als nötig zu belasten.

Patientenaufnahme durch das Case Management

Das Aufnahmegespräch mit einem neuen Patienten und ggf. seinen Angehörigen umfasste in der Regel einen Zeitraum von ein bis zwei Stunden. Im Rahmen einer Ist-Analyse wurden dabei vor allem folgende Merkmale erfasst:

- allgemeine Wohnsituation, behinderten- bzw. pflegegerechte Ausstattung der Wohnung und Versorgung mit Hilfsmitteln,
- Anzahl der im Haushalt lebenden Personen,
- Unterstützung durch Angehörige oder andere informelle Helfer, Unterstützungsmöglichkeiten und Unterstützungsbereitschaft,
- Bezug von Versicherungsleistungen,
- Art und Umfang der Versorgung durch ambulante Pflegedienste oder andere soziale Hilfsdienste (z.B. hauswirtschaftliche Dienste),
- kurz zurückliegende ärztliche Behandlungen und Krankenhausaufenthalte,
- Kontakt zu Selbsthilfegruppen.

Die Ist-Analyse bildete die Grundlage zur Identifizierung von Versorgungslücken und Ermittlung des jeweiligen individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfs. Die Ergebnisse wurden dokumentiert.

Je nach geplanter Rehabilitationsform und Wohnform des Patienten zeigten sich Unterschiede in der Intensität des Aufnahmegesprächs. Stand eine mobil-ambulante Rehabilitation in der häuslichen Umgebung in Aussicht, so war eine sorgfältige Einschätzung des Wohnumfeldes schon deshalb erforderlich, weil die Möglichkeit einer Therapiedurchführung in der häuslichen Umgebung überprüft werden musste. Bei ambulanter und teilstationärer Rehabilitation gehörte regelmäßig die Frage des Transports zur Klinik zum Aufnahmegespräch sowie ggf. die nachfolgende Transportorganisation. Patienten aus einer stationären Pflegeeinrichtung erhielten in der Regel nur wenig Information oder Beratung, die über die Fragen der Projektteilnahme hinausreichten. Auch die Einleitung eines weitergehenden Unterstützungsmanagements erschien bei dieser Klientel verzichtbar, da es in der Verantwortung der Pflegeeinrichtungen lag, den Versorgungsbedarf und eventuelle Veränderungen des Bedarfs abzuschätzen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Information, Beratung und Mobilisierung von Leistungen

Bei vielen Patienten und Angehörigen zeigte sich ein erheblicher Mangel an Kenntnis über Verfügbarkeit und Nutzungsmöglichkeiten anderer Hilfe- und Unterstützungsangebote. Häufiger Informations- und Beratungsbedarf bestand bei folgenden Themen:

- Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung, Hausnotrufsysteme,
- Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialversicherung,
- Nutzung und Beantragung von Sozialtarifen (z.B. Gebührenbefreiung),
- Unterstützungsmöglichkeiten durch ambulanten Pflegedienste,
- Wohnmöglichkeiten außerhalb der gewohnten Umgebung (Betreutes Wohnen, Altenwohnungen, Altenheime),
- Menue-Bringdienst,
- Selbsthilfegruppen,
- Informationen zu bestimmten Krankheitsbildern (z.B. Schlaganfall, Diabetes).

Ein Schwerpunkt der Information und Beratung von *Angehörigen* bildeten Fragen nach Entlastungsmöglichkeiten im Pflegealltag, so vor allem:

- Wo finden Pflegekurse statt?
- Was können ambulante Pflegedienste leisten?
- Wo gibt es Einrichtungen, die der Kurzzeitpflege oder andere Hilfen bei Verhinderung der Pflegeperson leisten?
- Welche Kosten entstehen bei einer Inanspruchnahme dieser Angebote?
- Welche Möglichkeiten für eine stundenweise Entlastung gibt es?

In diesen Fällen gaben die Case Managerinnen Hinweise zum jeweiligen Angebot in der Region⁷. Des Weiteren zeigte sich bei den Angehörigen ein hoher Gesprächsbedarf über die psychische und emotionale Belastung aufgrund der Pflegesituation. Der Austausch über ihre Probleme und die Anerkennung ihrer Pflegetätigkeit durch eine dritte Person wurde offensichtlich als hilfreich empfunden. Ziel der Case Managerinnen in diesen Gesprächen war es, durch aktives Zuhören und Aufzeigen verschiedener Entlastungsmöglichkeiten die Pflegebereitschaft und Motivation der Angehörigen zu stärken.

Mit zunehmendem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses konnte auch bei vielen Patienten ein Bedürfnis festgestellt werden, über persönliche Probleme zu sprechen, die nicht in unmittelbarem Bezug zur Reha-Maßnahme standen. Dabei ging es u.a. um familiäre Konflikte, Lebenskrisen, Krankheitsbewältigung oder Trauerarbeit nach Verlust eines nahen Angehörigen. Die Tätigkeit der Case Managerinnen bestand in diesen Fällen nicht nur in der Information über und ggf. Vermittlung von entsprechenden Hilfeangeboten, sondern ebenso in einer direkten Unterstützung der Betroffenen durch psycho-soziale Entlastung. Auch von Seiten der Case Managerinnen wurde bei offensichtlich vorhandenen persönlichen oder familiären Problemen eine vorsichtige Annäherung im Gespräch versucht. Aufgrund der kurzen Zeit, die ein Patient im Projekt begleitet werden konnte, zeigten sich jedoch an dieser Stelle deutliche Grenzen der Beratung. Die Case Managerin musste in jedem Einzelfall in einem Abwägungsprozess entscheiden, ob das Aufarbeiten von möglicherweise bereits jahrelang schwebenden Konflikten sinnvoll erschien und ob sie die notwendige Hilfestellung überhaupt leisten konnte. Als hilfreich erwies sich in einer der beteiligten Kliniken die Möglichkeit, auf Wunsch des Patienten eine Psychologin hinzuzuziehen.

Zwecks Information und Beratung von Patienten und Angehörigen hielten die Case Managerinnen in einem sogenannten »Materialkoffer« verschiedene Unterlagen bereit, wie z.B. Listen von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen in der Region oder Menue-Bringdienstleistern, Broschüren zur häuslichen Pflege und Wohnberatung, Informationen zur Pflegeversicherung und zum Schwerbehindertenrecht, Listen verschiedener Anbieter von Hausnotrufsystemen, Broschüren von Selbsthilfegruppen, Prospekte zu Behindertenreisen u.a.m. Bei spezifischen Problemstellungen wurden durch die Case Managerinnen weitere Unterlagen besorgt.

Bei dem überwiegenden Teil der Patienten konnte dem Unterstützungsbedarf bereits durch entsprechende Information und Beratung entsprochen werden. Bei ca. einem Viertel der Patienten bestanden jedoch Versorgungslücken, die die Einleitung eines weitergehenden Unterstützungsmanagements in Form der Mobilisierung von Leistungen erforderlich machten. In diesen Fällen erstellte die Case Managerin einen Hilfeplan, in dem gemeinsam mit dem Patienten Ziele und die Durchführung verschiedener Maßnahmen vereinbart wurden. Auf Initiative der Case Managerin wurden die

⁷ Inwieweit eine Nutzung der empfohlenen Angebote erfolgte, konnte aufgrund der Kürze der Zeit, die ein Patient im Projekt verbrachte, in vielen Fällen nicht weiterverfolgt werden.

jeweiligen Maßnahmen eingeleitet bzw. ihre Umsetzung an andere delegiert und überwacht. Zu den häufig erforderlichen Leistungen gehörten:

- *Beantragung und Organisation von Hilfsmitteln:* Bei nicht gedecktem Hilfsmittelbedarf sorgte die Case Managerin z.B. für einen Hausbesuch der zum Reha-Team gehörenden Ergotherapeutin. Die anschließende Organisation der Verordnung des Hilfsmittels durch den Hausarzt, die Weiterleitung an die Kranken- bzw. Pflegekasse sowie ggf. die Kontaktaufnahme zum Sanitätsfachhandel oblag dem Case Management.
- *Organisation von Wohnberatung:* Falls beim Hausbesuch Defizite in Form einer nicht behinderten- bzw. pflegegerechten Wohnraumgestaltung festgestellt wurden, organisierte die Case Managerin einen Besuch der regionalen Wohnberatungsstelle beim Patienten.
- *Vermittlung von ambulanter Pflege und hauswirtschaftlichen Diensten:* Bei vorhandenem pflegerischen oder hauswirtschaftlichen Unterstützungsbedarf, der von den Angehörigen eines Patienten nicht gedeckt werden konnte, bot die Case Managerin Hilfestellung bei der Suche nach einem ambulanten Pflegedienst oder weiterer sozialer Dienste an. Der Patient erhielt zunächst einen Überblick über das Angebot in der Region⁸ und wurde dann nach seinen individuellen Wünschen (z.B. konfessionelle Trägerschaft einer Einrichtung) und Erfahrungen befragt. Auf Wunsch stellte die Case Managerin den Kontakt zu einem ambulanten Pflegedienst her, organisierte einen Menue-Bringdienst oder bemühte sich um eine Haushaltshilfe.

Nur gelegentlicher Unterstützungsbedarf trat auf bei

- *der Vermittlung von Tages- oder Kurzzeitpflege:* Auf Wunsch von Angehörigen und Patienten vermittelte die Case Managerin Kontakte zu Einrichtungen der Tages- oder Kurzzeitpflege.
- *der Unterstützung bei der Suche nach einer neuen Wohnform:* In Fällen, in denen ein langfristiges Verbleiben des Patienten in seiner angestammten Wohnung z.B. aufgrund mangelnder sozialer Unterstützung oder fortschreitender Krankheit nicht mehr möglich erschien, begleitete die Case Managerin die Betroffenen bei der Suche nach einer Einrichtung des Betreuten Wohnens oder einer anderen Einrichtung der stationären Langzeitversorgung.

Patientenbegleitung im Rehabilitationsverlauf

Grundsätzlich waren die Patienten und deren Angehörige darüber informiert, dass das Case Management während der gesamten Rehabilitation für sie zuständig war und in allen wichtigen Belangen kontaktiert werden konnte. Die Inanspruchnahme dieses Angebotes und die Häufigkeit und Intensität der Kontakte gestaltete sich sehr unter-

⁸ Zu den Grundsätzen des Case Managements gehörte die anbieterneutrale Information und Beratung über das regionale Hilfe- und Unterstützungsangebot.

schiedlich. Teilnehmer aus stationären Pflegeeinrichtungen sowie Patienten mit intaktem sozialen Umfeld (hohe Unterstützungsmöglichkeit und -bereitschaft von Angehörigen) und ausreichender Versorgung mit Hilfsmitteln suchten eher selten Kontakt. Patienten hingegen, bei denen Versorgungslücken bestanden, meldeten sich häufiger bzw. wurden aufgrund der Notwendigkeit der Mobilisierung von Hilfeleistungen von Seiten der Case Managerinnen kontaktiert.

In der Regel wurden auftretende Fragen oder Probleme eines Patienten bzw. der Angehörigen telefonisch bearbeitet. In einer der beteiligten Kliniken mit teilstationärem Leistungsangebot führte die Case Managerin nach der Hälfte der Therapiezeit grundsätzlich ein Zwischengespräch mit den Patienten, um eine erste Bilanz zu ziehen und ggf. Veränderungen oder weitere Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten. Von Vorteil war dabei die gute Erreichbarkeit dieser Patienten aufgrund des fest strukturierten Tagesablaufs und der ständigen Präsenz in der Einrichtung. In den anderen Fällen erfolgten keine routinemäßigen Treffen, u.a. weil die Patienten bei ambulanter Rehabilitation zu unterschiedlichen Zeiten zur Therapie erschienen. Gelegentliche Gespräche ergaben sich bei zufälligen Begegnungen in den Therapieabteilungen, die jedoch aufgrund der Größe der Bereiche eher selten waren. Dennoch bestand ein indirekter Kontakt zu allen Patienten über die Therapeuten und Ärzte der Kliniken: Auftretende Fragen oder Probleme des Patienten wurden an das Case Management weitergeleitet bzw. in den regelmäßigen Sitzungen des Reha-Teams besprochen.

Im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme ergab sich je nach Unterstützungsbedarf der Patienten die Notwendigkeit für das Case Management, mit zahlreichen anderen Berufsgruppen, Institutionen und Einrichtungen in der Region Kontakt aufzunehmen und zu kooperieren. Dazu gehörten in erster Linie:

- *Ambulante Pflegedienste:* Falls ein Patient bereits von einem ambulanten Pflegedienst versorgt wurde, war es ggf. erforderlich, für die Zeit der Reha-Maßnahme veränderte Einsatzzeiten zu vereinbaren. Zu den Gesprächsinhalten gehörte u.U. auch der Austausch über die Versorgungssituation des Patienten und – falls erforderlich – eine Anpassung des Versorgungsarrangements.
- *Stationäre Pflegeeinrichtungen:* Bei Patienten aus Einrichtungen der Langzeitversorgung ergab sich die Notwendigkeit von Kontakten zur Besprechung der Modalitäten, wie z.B. Terminplanung, Art der Therapie, benötigte Kleidung, Transport.
- *Beratungsstellen, Ämter und Behörden:* Bei Bedarf kümmerte sich die Case Managerin um Kontakte zu Beratungsstellen (z.B. Wohnberatung, Sozialberatung) sowie Ämtern und Behörden (z.B. Versorgungsamt, Sozialamt, Betreuungsstelle, Bürgerberatung, sozialpsychiatrischer Dienst) und half bei Antragstellungen.

Weitere Kontakte wurden im Einzelfall, z.B. zu niedergelassenen Therapeuten, Selbsthilfegruppen, Sanitätshäusern, Reisediensten, Kirchengemeinden etc. geknüpft. Eher selten gab es Anlass für Kontakte zu den Krankenhäusern der Region – z.B. in Fällen, in denen ein Patient aus dem Krankenhaus direkt in die Rehabilitation vermittelt wurde oder sich aufgrund eines akuten Ereignisses in stationäre Behandlung begeben musste.

Bei einem Abbruch der Reha-Maßnahme aus gesundheitlichen oder persönlichen Gründen wurde die Case Managerin in der Regel von den Ärzten oder Therapeuten der Klinik informiert. In diesen Fällen nahm sie grundsätzlich noch einmal telefonischen Kontakt zum Patienten auf, um weitere Hilfestellung anzubieten, die jedoch eher selten noch angenommen wurde.

Abschluss des Case Managements

Nach Beendigung der Therapie und ärztlicher Abschlussuntersuchung war es zu Aufgabe des Case Managements, in einem gemeinsamen Gespräch mit dem Patienten den Verlauf und das Ergebnis der Projektteilnahme noch einmal zu reflektieren. Dabei wurden vor allem folgende Fragen eruiert:

- Welche Veränderungen im gesundheitlichen Befinden und in der Bewältigung von Alltagsaktivitäten haben sich ergeben?
- Ist die im Aufnahmegespräch festgestellte erforderliche Unterstützung geleistet worden?
- Sind die vereinbarten Ziele erreicht worden?
- Welche Maßnahmen stehen noch aus?
- Hat sich evtl. weitergehender Unterstützungsbedarf ergeben?
- Müssen weitere Maßnahmen eingeleitet werden?

In einer der Kliniken (teilstationäre Rehabilitation) wurde das Abschlussgespräch am Tag der Beendigung ihrer Reha-Maßnahme geführt. Ansonsten erfolgte ein persönlicher Hausbesuch einige Tage nach Therapieende. Dieses Vorgehen wurde damit begründet, dass dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden sollte, sich wieder im Alltag einzuleben und den Erfolg der Maßnahme mit etwas Abstand zu reflektieren. Die Ergebnisse des Gesprächs wurden dokumentiert. Falls keine weitere Unterstützung erforderlich war, endete mit dem Abschlussgespräch die Begleitung des Patienten durch das Case Management. Nicht selten jedoch äußerten Patienten beim Abschlussgespräch weitergehenden Beratungs- und Hilfebedarf, da vielen erst zu diesem Zeitpunkt die vielfältigen Möglichkeiten einer Unterstützung durch das Case Management in Gänze bewusst wurden und sich im Verlauf der Maßnahme ein gewisses Vertrauensverhältnis entwickelt hatte. In diesen Fällen stand die Case Managerin auch nach Abschluss der Reha-Maßnahme im Rahmen ihrer dann allerdings sehr begrenzten Möglichkeiten beratend und begleitend zur Seite⁹.

⁹ In Einzelfällen erfolgte zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Kontaktaufnahme eines Patienten zur Case Managerin aufgrund eines aktuellen Problems, wie z.B. nicht erfolgter Hilfsmittellieferung.

2.4 Gesamteinschätzung

Wie bereits betont, existiert kein einheitliches Konzept für Case Management. Seine Funktion und damit auch das konkrete Aufgabenprofil der zuständigen Mitarbeiter weisen ebenso wie die organisatorischen Merkmale je nach Arbeitsfeld Besonderheiten auf. In dieser Hinsicht besteht das charakteristische Merkmal des im Modellvorhaben Reha vor Pflege realisierten Case Managements darin, dass es für eine begrenzte Episode des Krankheits- und Pflegeverlaufs der betreffenden Patienten zuständig und institutionell an jenen Einrichtungen angebunden war, die das Leistungsangebot zur Verfügung stellten. Diese Konstruktion stellt unter Berücksichtigung der Erfahrungen in anderen Ländern mit einem stärker entwickelten Case Management durchaus keine ungewöhnliche Konstellation dar. So finden sich beispielsweise in den Vereinigten Staaten sogenannte Krankenhaus Case Manager, für die die genannten Besonderheiten ebenfalls zutreffen (vgl. z.B. Williams et al. 1993 und Crummette/Boatwright 1991). Aus ihnen ergeben sich jedoch einige Begrenzungen, die für die Einschätzung der Ergebnisse des Modellprojektes von Bedeutung sind:

Zunächst einmal ist auf die Erfahrung hinzuweisen, dass die Patienten in vielen Fällen zunächst sehr unklare Vorstellungen zur Unterstützung hatten, die sie von den Case Managerinnen erwarten konnten. Oftmals, so wurde in den Interviews berichtet, waren sie erst zum Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme in der Lage, deren Hilfeangebot zu überblicken. Im Unterschied zu einem Case Management, das sich über längere Phasen des Krankheits- und Versorgungsverlaufes erstreckt, endete die Unterstützung also gerade zu jenem Zeitpunkt, zu dem sich ein Vertrauensverhältnis aufgebaut hatte und zu dem die Patienten über hinreichend Wissen und Erfahrungen verfügten, um das Angebot des Case Managements gezielt in Anspruch nehmen zu können. Dies führte im Arbeitsalltag u.a. dazu, dass Patienten zum Teil erst zum Abschluss der Begleitung ihre individuellen Problemlagen und ihren Hilfebedarf formulierten, mit denen sie sich im Zusammenhang mit ihrer zukünftigen Versorgung konfrontiert sahen. Zwar wurde vermieden, die Beziehung zu den Klienten mit der Beendigung der Reha-Maßnahme abrupt abbrechen zu lassen, doch aufgrund ihrer begrenzten zeitlichen Ressourcen und der Konzentration ihrer Aufgaben auf die Begleitung während der Rehabilitationsmaßnahmen waren sie nur bedingt in der Lage, auf die von den Patienten angesprochenen Probleme einzugehen.

Eine klassische Funktion des Case Managements, nämlich die Sicherstellung des Informationsflusses zwischen den an der Versorgung eines Patienten beteiligten Instanzen, wurde im Rahmen des Modellvorhabens nur begrenzt wahrgenommen. Die Tätigkeit der Case Managerinnen konzentrierte sich hier ebenfalls auf die Phase der laufenden Rehabilitationsmaßnahme. Eine explizite Regelung der Informationsübermittlung zum Abschluss der Reha-Maßnahme war im Modellprogramm nicht vorgesehen. Dementsprechend erfolgte die Informationsübermittlung in traditionellen Formen, d.h. vom medizinischen Personal wurde eine Dokumentation für den niedergelassenen Arzt erstellt. Traditionell bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass diese Informationen nicht über die Case Manager, sondern durch den behandelnden Arzt

selbst übermittelt wurden. Die Information anderer Stellen oblag, wenn ein Bedarf gesehen wurde, hingegen dem Case Management. Ein standardisiertes Verfahren gab es jedoch auch hier nicht, vielmehr erfolgte die Information überwiegend auf telefoni-schem Weg. Eine schriftliche Dokumentation für ambulante Pflegedienste beispie-lsweise, die den betreffenden Patienten versorgten, war nicht vorgesehen.

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen bestand darin, dass zumindest im Falle der ambu-lanten und mobil-ambulanten Rehabilitation während der Maßnahme keine routine-mäßigen Gesprächskontakte zum Patienten vorgesehen waren. Die Case Managerin-nen »verfolgten« ihre Fälle vielmehr im Rahmen der wöchentlichen Besprechungen des jeweiligen Reha-Teams. Zwischen Beginn und Ende der Reha-Maßnahme (Ab-schlussgespräch) kam es also nur dann zu Patientenkontakten, wenn dies von anderen Mitgliedern des Teams angeregt wurde, die Patienten von sich aus an das Case Ma-nagement herantraten oder die Case Manager in Einzelfragen (z.B. im Rahmen der zukünftigen Hilfsmittelversorgung) Informationen vom Patienten einholen und Ab-sprachen treffen wollten. Im Falle der teilstationären Rehabilitationsmaßnahmen hin-gegen gehörte es in einer der beteiligten Kliniken zum standardmäßigen Verfahren, den Patienten während der Rehabilitationsmaßnahme zumindest einmal für ein Zwi-schengespräch zu kontaktieren.

Inwieweit die Handhabung der Frage regelmäßiger Patientenkontakte sich auswirkte, kann anhand der vorliegenden Informationen nicht beurteilt werden. Das Case Ma-nagement griff sicherlich alle Unterstützungsbedarfe auf, die ihm im Einzelfall bekannt wurden. Unsicher ist jedoch, inwieweit die Patienten vor dem Hintergrund des schon angesprochenen Umstandes, sich erst zum Abschluss der Reha-Maßnahmen ein kon-kretes Bild vom Unterstützungsangebot des Case Managements machen zu können, auch tatsächlich alle für die gesundheitliche Versorgung maßgeblichen Probleme an das Case Management herangetragen haben. Nicht zuletzt aus diesem Grunde wäre es für vergleichbare Vorhaben erwägenswert, regelmäßige Patientenkontakte auch ohne konkreten Anlass vorzusehen, um Patienten zu ermutigen, all jene Fragen zu thematisieren, die sie im Blick auf ihre zukünftige Versorgung beschäftigen.

Im Hinblick auf die eingangs genannten Kernfunktionen des Case Managements, der Advocacy-, Broker- und Gate-Keeper-Funktion, lässt sich für das Modellvorhaben feststellen, dass das größte Gewicht auf der Ausübung der *anwaltschaftlichen Funkti-on* lag. Die Case Managerinnen bezeichneten sich selbst auch als Anwalt des Patien-ten und waren bemüht, seine Interessen wahrzunehmen, dabei aber auch – insbeson-dere im Hinblick auf die zeitliche Begrenztheit der Unterstützung – Hilfe zur Selbsthil-fe zu geben.

Die *Broker-Funktion* nahm ebenfalls einen wichtigen Stellenwert ein. Das Case Mana-gement hat in erheblichem Maße dazu beigetragen, den Patienten mehr Transparenz und Zugänge im vielfach unüberschaubaren Markt der Unterstützungsangebote zu vermitteln. In etlichen Fällen konnte ein individuelles Versorgungspaket zusammen-gestellt werden. Zur Broker-Funktion gehört allerdings vielfach auch eine langfristige

Begleitung der Klienten zwecks Koordination und Überwachung des vorbereiteten Versorgungsprozesses; dies konnte im Rahmen des Projektes nicht geleistet werden.

Die *Gate-Keeper-Funktion* kam beim Aufnahmeverfahren zum Tragen, in dem die Case Managerinnen anhand vorgegebener Kriterien die Selektion der potentiellen Projektteilnehmer vornahm. Diese hatte jedoch eher den Charakter einer Vorauswahl, da die Entscheidung über eine Projektaufnahme letztlich vom Rehabilitationsmediziner getroffen wurde und die Kriterien zur Auswahl der Patienten für eine Teilnahme am Projekt mit den Mitteln, die dem Case Management zur Verfügung standen, nicht vollständig überprüft werden konnten.

Zweifelsohne kam dem Case Management im Modellvorhaben eine bedeutende Rolle zu. Es ist zu vermuten, dass die bei vielen Patienten erreichten Rehabilitationserfolge zum einen auf der Wirksamkeit der durchgeführten Therapien gründeten, zum anderen aber auch auf der Verbesserung und Stabilisierung der Versorgungssituation durch das Case Management. In vielen Fällen gelang es, Versorgungsdefizite abzubauen und bedarfsgerechte, aufeinander abgestimmte Hilfen bereitzustellen. Vom Einsatz des Case Managements gingen somit positive Wirkungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen aus. Daneben sind auch positive ökonomische Wirkungen durch eine Optimierung der häuslichen Pflegesituation mit der Folge des langfristigen Verbleibs in der häuslichen Umgebung anzunehmen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Instrument Case Management die Gestaltung, den Verlauf und die Ergebnisse des Modellvorhabens entscheidend mit geprägt hat.

3. Patientenstruktur

3.1 Soziodemographische Merkmale

Die übergroße Mehrheit der Rehabilitationsteilnehmer (rund 87%) lebte in einem Privathaushalt, lediglich 13% stammten aus stationären Einrichtungen oder Altenwohnungen (Tabelle 3). Mit 43% war die Gruppe der Personen, die mit ihrem Ehepartner oder Lebensgefährten zu Hause wohnten, am stärksten besetzt. An zweiter Stelle folgten Alleinlebende. Rund 45% waren verheiratet, und fast ebenso hoch lag der Anteil der verwitweten Patienten (Tabelle 4).

Tab. 3: Wohnsituation der Rehabilitationsteilnehmer

	Anzahl Patienten	Prozent
Allein zuhause	197	36,0
Mit Ehepartner/Lebensgefährte zuhause	237	43,2
Mit anderen Personen zuhause	45	8,2
Stationäre Einrichtung/Altenwohnung	69	12,6
Zusammen	548	100,0

Datenbasis: Ärztliche Dokumentation

Tab. 4: Familienstand

	Anzahl Patienten	Prozent
Ledig	29	5,3
Verheiratet	245	45,1
Geschieden	30	5,5
Verwitwet	239	44,0
Zusammen	543	100,0

Datenbasis: Ärztliche Dokumentation

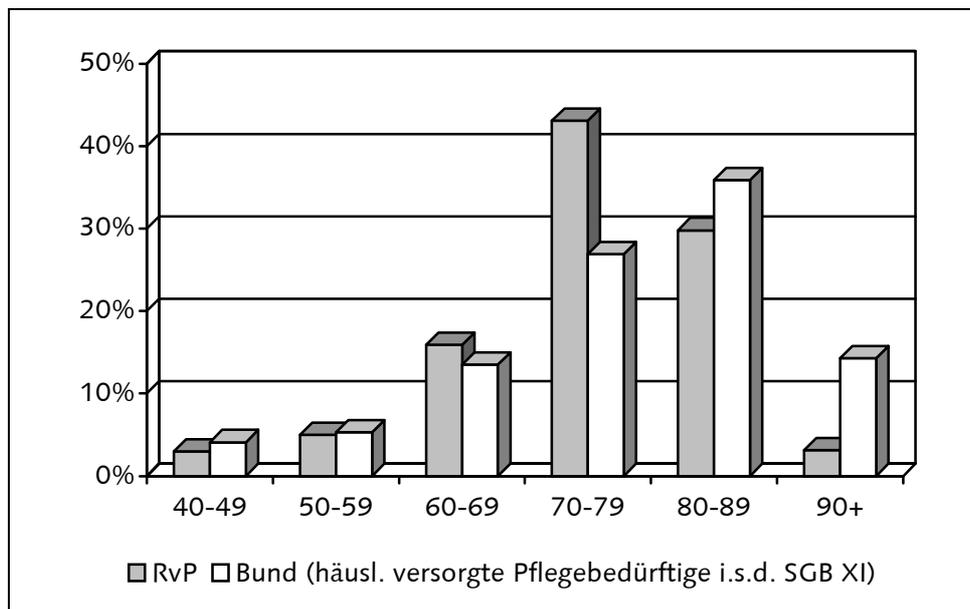
Das Durchschnittsalter (bei Beginn der Rehabilitation) belief sich auf 74,7 Jahre, der Frauenanteil auf 70,3%. Auffällige Abweichungen der Altersstruktur und Geschlechtsverteilung zwischen den Patienten, die ambulant, mobil-ambulant bzw. teilstationär behandelt wurden, sind nicht feststellbar.

Eine nähere Betrachtung zeigt, dass die Rehabilitation vor allem von Patienten im Alter von 70 bis 86 Jahren genutzt wurde. Auf diese Gruppe entfallen 69,1% aller im

Rahmen der vorliegenden Auswertung berücksichtigten Personen. Patienten im Alter unter 45 Jahren hingegen waren ebenso wie die ab 90jährigen kaum vertreten.

Um zu illustrieren, wie sich die Altersstruktur im Vergleich zu Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI darstellt, zeigt die folgende Abbildung eine Gegenüberstellung mit *häuslich* versorgten Leistungsberechtigten Ende des Jahres 2002 im Alter ab 40. Diese Referenzgruppe wurde gewählt, um zumindest eine gewisse Vergleichbarkeit herzustellen, denn wie soeben angemerkt lebte die übergroße Mehrheit der Reha-Patienten im Privathaushalt und nahmen jüngere Patienten nur in Ausnahmefällen das Leistungsangebot in Anspruch.

Abb. 4: Altersstruktur der Patienten im Bundesvergleich¹⁰



Wie ersichtlich, waren die im Rahmen des Modellvorhabens behandelten Patienten vergleichsweise jung. Während die Anteile der unteren Altersgruppen kaum voneinander abweichen, zeigen sich erhebliche Unterschiede bei Senioren im Alter ab 70 Jahren. Weil das Rehabilitationspotenzial in höherem Alter abnimmt und zugleich Pflegebedürftigkeit häufiger auftritt, war dieses Ergebnis durchaus zu erwarten.

Die überwiegende Mehrheit der Patienten stammt, wie bei der Planung des Modellvorhabens vorgesehen, aus dem eher ländlich strukturierten Kreis Lippe. Eine nähere Betrachtung zeigt allerdings eine recht ungleichmäßige Verteilung innerhalb dieser Region. Rund 40% der von der Begleitforschung erfassten Patienten waren in Bad Meinberg und Bad Salzufen wohnhaft, also in unmittelbarer Nähe der am Modellvorhaben beteiligten Einrichtungen. Der auf den Kreis Lippe bezogene Bevölkerungs-

¹⁰ Eigene Berechnungen auf der Basis der ärztlichen Dokumentation und von Daten des Bundesgesundheitsministeriums zum Stichtag 31.12.2002.

3.2 Erkrankungen

Die folgenden Angaben zum Krankheitsspektrum stützen sich vorrangig auf die von den Rehabilitationsmedizinern bei der Aufnahmeuntersuchung gestellten Diagnosen. In etwa der Hälfte der Fälle wurden die Diagnosen nach der Systematik des ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Version) verschlüsselt. Für die übrigen Patienten liegt keine solche Verschlüsselung vor, allerdings konnten die ärztlichen Angaben zum überwiegenden Teil Diagnosegruppen zugeordnet werden.

Als ein hervorstechendes Kennzeichen der im Modellvorhaben behandelten Patienten erweist sich die Multimorbidität mit durchschnittlich 3,4 Diagnosen pro Teilnehmer. Bei rund 43% sind vier oder mehr Diagnosen dokumentiert. Im Vordergrund stehen jene chronische Erkrankungen, die das Krankheitspanorama in entwickelten Industrieländern heute maßgeblich prägen: Die mit Abstand häufigsten Nennungen entfallen auf Erkrankungen des Kreislaufsystems (73,8%, einschließlich Schlaganfall) und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (71,2%).

Tab. 5: Häufigste Erkrankungen

	Anzahl Patienten	Prozent
Krankheiten des Kreislaufsystems	408	73,8
- darunter: Schlaganfall	161	29,1
Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems	394	71,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	194	35,1
Erkrankungen des Nervensystems	164	29,7
Vorangegangene Verletzungen und Operationen	149	26,9
Psychische Störungen bzw. Verhaltensstörungen	117	21,2
Erkrankungen des Urogenitalsystems	115	20,8

Datenbasis: Ärztliche Dokumentation (n = 553, Mehrfachnennungen)

Krankheiten des Kreislaufsystems

Abgesehen von Bluthochdruck, der unter den insgesamt 408 Personen mit Kreislauf-erkrankungen auffällig häufig vertreten war, lassen sich im Großen und Ganzen drei Patientengruppen unterscheiden: Bei den *Herzkranken* fand sich besonders häufig eine Herzinsuffizienz, eine Störung der Reizweiterleitung (Vorhofflattern, Vorhofflimmern) oder eine Herzklappenschwäche. Bei *Gefäßkrankungen* standen Arteriosklerose, Störungen der Hirndurchblutung und Erkrankungen der Beinvenen im Vordergrund. In beiden Gruppen zeigte sich vielfach, als typische Folge dieser Erkrankungen, ein reduzierter Kräftezustand, der die eigenständige Durchführung alltäglicher Lebensverrichtungen erschwerte bzw. verlangsamte. Den dritten Schwerpunkt innerhalb

der Gruppe von Erkrankungen des Kreislaufsystems bildete schließlich die Diagnose *Schlaganfall*, die bei 161 (29,1%) der Patienten vorlag. In vielen Fällen lag das Krankheitsereignis schon mehrere Jahre zurück, und ein Teil der Patienten hatte bereits mehrfach einen Schlaganfall erlitten. Die Folgen variierten von einer leichten Beeinträchtigung der Extremitäten bis hin zu einer kompletten Halbseitenlähmung und/oder schweren Sprachstörung (Aphasie, Apraxie). Auswirkungen auf Alltagsaktivitäten zeigten sich vorwiegend in den Bereichen Mobilität und Körperpflege. Die Patienten benötigten vielfach Unterstützung beim Waschen, beim An- und Auskleiden, bei der Ausscheidung sowie beim Gehen.

Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems

394 Patienten wiesen eine Erkrankung des Muskel- und Skelettsystems auf. Dabei standen chronisch-degenerative Veränderungen im Vordergrund, insbesondere:

- Wirbelsäulenveränderungen (z.B. Schädigungen der Hals- oder Lendenwirbelsäule, Bandscheibenvorfall),
- Verschleiß der Schultergelenke,
- Kniegelenksschädigungen (Gonarthrose),
- Hüftgelenkserkrankungen (Coxarthrose).

Häufig bestanden Schädigungen sowohl im Bereich der Wirbelsäule als auch mehrerer Gelenke (Polyarthrose) zugleich. Bei Frauen wurde außerdem vielfach eine Osteoporose diagnostiziert. Ein Teil von ihnen hatte aufgrund dieser Knochenerkrankung eine Fraktur erlitten, nicht selten hüftgelenksnah mit der Konsequenz eines operativen Eingriffs zur Implantation eines Gelenkersatzes.

Als typische Folgen dieser Schädigungen waren zum einen Mobilitätseinschränkungen, zum anderen chronische Schmerzzustände zu beobachten. Bei fast allen von einer Erkrankung des Bewegungsapparates Betroffenen wurde ein Schmerzsyndrom diagnostiziert, viele Patienten klagten über sehr starke Schmerzen (s.u.).

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Unter den 194 hiervon betroffenen Patienten (35,1%) dominierten die Diagnosen Diabetes und Adipositas sowie die Folgen von Über- und Fehlernährung. Nur in Einzelfällen bestand eine funktionelle Störung bestimmter Organe, wie z.B. eine Überfunktion der Schilddrüse oder eine Erkrankung der Nebennierenrinde.

Erkrankungen des Urogenitalsystems

Jeder fünfte Patienten litt an einer Erkrankung des Urogenitalsystems. Insbesondere eine Harninkontinenz begründete häufig einen erhöhten pflegerischen Hilfebedarf.

Erkrankungen des Nervensystems

Bei den insgesamt 164 Patienten mit Erkrankungen des Nervensystems (29,7%)¹¹ fanden sich in erster Linie die folgenden Diagnosen:

- Morbus Parkinson,
- Polyneuropathien (zum Teil als Spätfolge einer Diabeteserkrankung) und
- Lähmungssyndrome wie Hemiplegie, Paraplegie, Tetraplegie (häufig als Begleitscheinung eines Schlaganfalls).

Eher selten bestanden Erkrankungen des Nervensystems wie Muskelatrophie, Multiple Sklerose, Epilepsie oder partielle Lähmungen (z.B. Facialisparesie).

Vorangegangene Verletzungen und Operationen

Eine der Rehabilitation vorangegangene Verletzung oder Operation wurde bei rund einem Viertel der Patienten diagnostiziert. Recht häufig handelte es sich hierbei um den operativen Ersatz des Hüftgelenkes (Hüftgelenksendoprothese). In einigen wenigen Fällen waren Frakturen aufgetreten, wie z.B. Schenkelhals-, Unterschenkel-, Handgelenks- oder Oberarmfraktur.

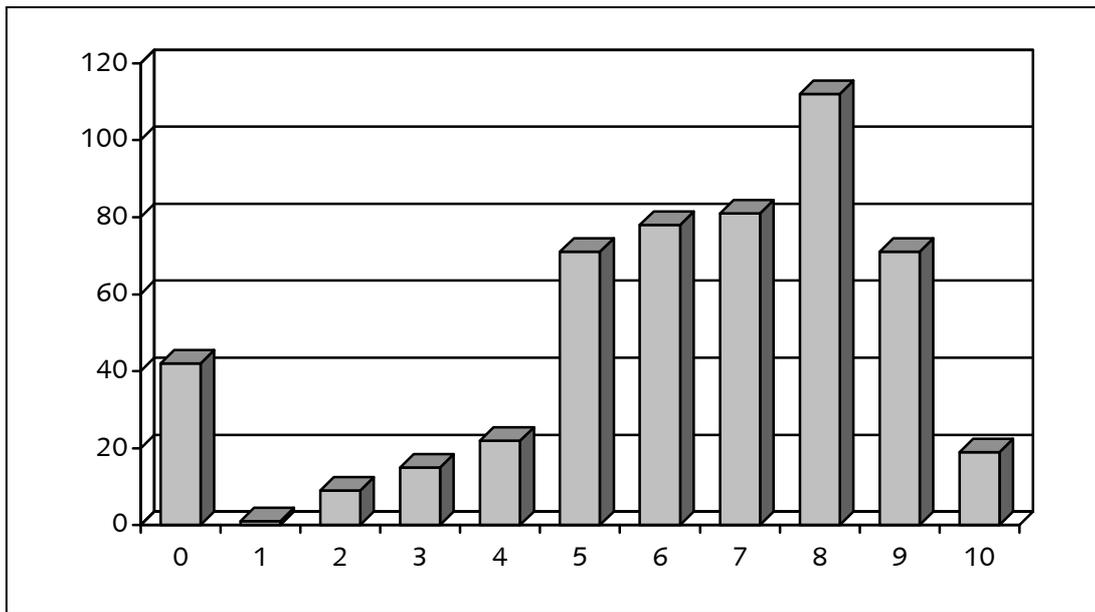
Psychische Störungen bzw. Verhaltensstörungen

117 Personen (21,2%) wiesen Diagnosen auf, die auf psychische Störungen bzw. Verhaltensstörungen hindeuteten. Vorwiegend handelte es sich dabei um depressive Erkrankungen, als deren Ursache oftmals eine unverarbeitete Krankheitsbewältigung oder ein Verlustereignis im Familienkreis benannt wurden. Die zweithäufigste Diagnose bildeten vaskuläre Demenzen. Nur einige wenige Patienten litten unter Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder anderen neurotischen Störungen.

Neben Multimorbidität und der Dominanz von Erkrankungen des Kreislaufsystems und des Muskel- und Skelettsystems kann eine *ausgeprägte Schmerzsymptomatik* als ein charakteristisches Merkmal der im Rahmen des Modellvorhabens behandelten Patientengruppe gelten. Die Ergebnisse von Messungen anhand einer visuellen Analogskala, die von 0 (kein Schmerz) bis 10 (unerträglicher Schmerz) reichte, lassen erkennen, dass die übergroße Mehrheit der Patienten unter starken bis sehr starken Schmerzen zu leiden hatte. Lediglich 17% von ihnen gaben einen Wert in der unteren Hälfte der Skala an. Am häufigsten wurde der Wert 8 genannt, der Durchschnitt belief sich auf 6,3.

¹¹ Unabhängig von den Diagnosen waren in insgesamt 35,4% der Fälle Hinweise auf Paresen oder Sensibilitätsstörungen dokumentiert.

Abb. 6: Schmerz



Datenbasis: Ärztliche Dokumentation (n = 521)

Die starke Ausprägung der Schmerzsymptomatik ist vor allem im Zusammenhang mit Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems zu sehen, die bei mehr als 70% der Patienten diagnostiziert wurden, außerdem im Zusammenhang mit vorangegangenen Verletzungen bzw. Operationen, von denen immerhin jeder vierte Patient betroffen war. Neben funktionellen Einschränkungen im Bereich der Mobilität und Körpermotorik kann die Schmerzsymptomatik als wichtigstes Merkmal gelten, das sowohl für das Rehabilitationsgeschehen wie auch für das Profil der Pflegebedürftigkeit der im Modellvorhaben behandelten Patienten von herausragender Bedeutung war.

3.3 Kognitiver Status und Verhaltensauffälligkeiten

Da kognitive Einbußen u.a. mit der zunehmenden Zahl dementiell erkrankter Pflegebedürftiger mehr und mehr an Bedeutung für die pflegerische Versorgung gewonnen haben und heute als eine der wichtigsten Ursachen für die Abhängigkeit von Fremdhilfe im Alter anzusehen sind, stellt sich die Frage, wie sich ein Rehabilitationsangebot mit der Zielsetzung »Reha vor Pflege« in dieser Hinsicht einordnet.

Das Modellvorhaben hielt kein Leistungsangebot vor, das auf die besonderen Bedarfslagen psychisch kranker bzw. kognitiv stark beeinträchtigter alter Menschen zugeschnitten war. Andererseits erschien es nicht angebracht, jegliche Patienten mit einer wenn auch nur schwach ausgeprägten Einbuße auszuschließen. Zum einen war aufgrund der Altersstruktur der Zielgruppe zu erwarten, dass eine geringfügige und nicht

unbedingt krankheitsbedingte Minderung der kognitiven Leistungsfähigkeit keineswegs selten auftreten würde. Darüber hinaus waren Patienten zu berücksichtigen, bei denen Einbußen als Folge solcher Erkrankungen auftreten, die mit zu den Hauptanlässen für die Durchführung einer geriatrischen Rehabilitation zählen. Insbesondere ist auf die große Gruppe der Schlaganfallpatienten hinzuweisen, die auch im Modellvorhaben mit einem relativ hohen Anteil von 29% vertreten waren. Vorübergehende kognitive Einbußen sind bei Schlaganfallpatienten kein seltener Befund und mit einer besseren Prognose verknüpft als beispielsweise bei Patienten mit Morbus Alzheimer (vgl. z.B. Galski et al. 1993). Und schließlich kann und sollte die Förderung kognitiver Fähigkeiten auch im Rahmen eines Rehabilitationsangebotes, das vornehmlich auf körperliche Defizite und Ressourcen ausgerichtet ist, ein maßgebliches Teilziel der Behandlung sein (vgl. Stähelin 2000).

Vor diesem Hintergrund ist die Entscheidung, das Rehabilitationsangebot für Patienten mit geringfügigen kognitiven Einbußen zu öffnen, zu interpretieren. Gemessen an der Zielsetzung, bestehende Rehabilitationspotentiale so weit wie möglich auszuschöpfen, ohne die Leistungsfähigkeit des vorgehaltenen Angebotes zu überfordern, erscheint die Vorgehensweise der Projektbeteiligten durchaus funktional. Auf eine eindeutige Operationalisierung wurde allerdings zugunsten der individuellen Einschätzung durch die Rehabilitationsmediziner verzichtet.

Wie nun hat sich dieses Arrangement auf die Patientenstruktur ausgewirkt? Die im Rahmen der ärztlichen Dokumentation erhobenen Daten lassen erkennen, dass ein durchaus nicht unerheblicher Anteil der Patienten kognitive Einbußen aufwies. Lediglich bei 75% der Patienten lagen keine Hinweise auf einen solchen Befund vor (Tabelle 6). Jeder fünfte Rehabilitationsteilnehmer wies Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses auf und immerhin 7% der Patienten Beeinträchtigungen des Langzeitgedächtnisses. Der Anteil der Rehabilitationsteilnehmer mit Orientierungseinschränkungen belief sich auf insgesamt rund 10%.

Tab. 6: Kognitive Beeinträchtigungen

	Anzahl Patienten	Prozent
Personenerkennung	16	2,9
Zeitliche Orientierung	34	6,2
Örtliche Orientierung	28	5,0
Situative Orientierung	49	8,9
Kurzzeitgedächtnis	117	21,1
Langzeitgedächtnis	38	6,8
Unbeeinträchtigt/keine Angabe	416	75,2

Datenbasis: Ärztliche Dokumentation (n = 553, Mehrfachnennungen)

Weitere Datenauswertungen zeigen jedoch, dass es sich in den allermeisten Fällen um mäßige Beeinträchtigungen handelte. Dies lässt sich auch anhand anderer Angaben im Rahmen der medizinischen Dokumentation ablesen, die sich auf die Fähigkeit der Patienten, Entscheidungen im Lebensalltag zu treffen, und Verhaltensauffälligkeiten beziehen. Die in den beiden folgenden Tabellen ausgewiesenen Werte bestätigen, dass offenbar nur eine kleine Minderheit der Patienten Symptome einer *schweren* kognitiven bzw. psychischen Störung aufwies:

Tab. 7: Entscheidungskompetenz im Lebensalltag

	Anzahl Patienten	Prozent
trifft ohne Hilfe folgerichtig Entscheidungen	421	76,1
hat Schwierigkeiten, in unbekanntem Situationen Entscheidungen zu treffen	39	7,1
braucht meistens Anleitung, um Entscheidungen zu treffen	17	3,1
trifft selten/nie Entscheidungen	7	1,3
keine Einschätzung möglich/keine Angabe	69	12,4

Datenbasis: Ärztliche Dokumentation (n = 553)

Tab. 8: Verhaltensauffälligkeiten

	Anzahl Patienten	Prozent
Keine Auffälligkeiten dokumentiert	469	84,8
Neigt zum ziellosen Herumgehen	3	0,5
Zeigt verbale Aggressivität	8	1,4
Zeigt körperliche Aggressivität	2	0,4
Schwierigkeiten, Aufforderungen zu folgen	5	0,9
Wenig Bereitschaft, Aufforderungen zu folgen	8	1,4
Hinweise auf hirnorganisches Psychosyndrom	14	2,5
Depressive Störung	13	2,4
Sonstige Auffälligkeiten ¹²	31	5,6

Datenbasis: Ärztliche Dokumentation (n = 553)

¹² »Sonstige Auffälligkeiten« fasst eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Angaben aus der ärztlichen Dokumentation zusammen. Mehrfach hingewiesen wurde auf geringe Motivation, Passivität oder Antriebsarmut; ansonsten fanden sich vereinzelt Angaben wie »Angstneurose«, »Somatisierungstendenz«, »Schmerzfixierung« oder »mangelhafte Kritikfähigkeit«, Hinweise auf unterschiedliche Befunde, die sich nicht sinnvoll zusammenfassen lassen.

Somit ist im Einklang mit den ärztlichen Diagnosen festzustellen, dass die große Mehrheit der im Rahmen des Modellvorhabens behandelten Patienten auf kognitiver und psychischer Ebene sowie auf der Verhaltensebene keine Auffälligkeiten aufwies. Anzeichen für ein hirnorganisches Psychosyndrom oder andere Befunde, die auf eine schwerwiegende psychische Erkrankung hindeuten, wurden von den Rehabilitationsmedizinern nur bei wenigen Patienten dokumentiert.

3.4 Pflegebedürftigkeit

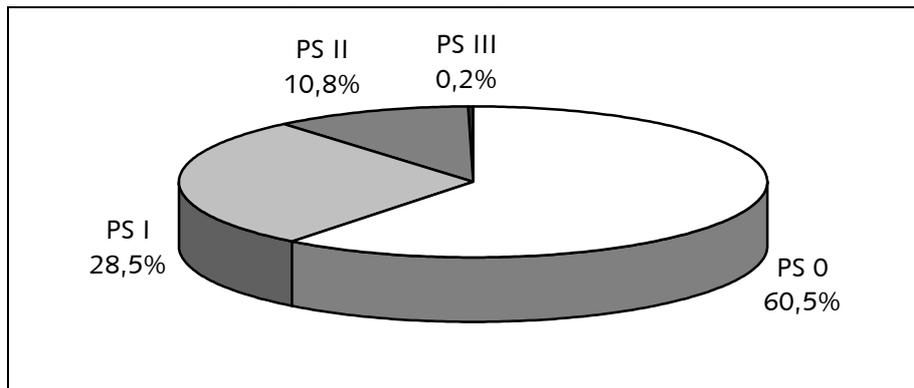
Aufgrund der Aufnahmekriterien war zu erwarten, dass die Rehabilitationsteilnehmer im Durchschnitt einen geringeren Grad der Pflegebedürftigkeit aufweisen als Personen, die Leistungen nach dem SGB XI in Anspruch nehmen können. Dies erklärt sich insbesondere aus dem generellen Ausschluss von Patienten mit der Pflegestufe III und von solchen mit erheblichen kognitiven Einbußen sowie aus dem Ziel, einer drohenden Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Nach den Ergebnissen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wiesen 219 bzw. rund 40% der Patienten, über die entsprechende Angaben vorliegen, einen Hilfebedarf auf, der nach den Vorgaben des SGB XI einen Leistungsanspruch im Rahmen der Pflegeversicherung begründet¹³. Darunter befanden sich 158 Patienten mit der Pflegestufe I, 60 Patienten mit der Pflegestufe II und – eine einmalige Ausnahme – ein Patient mit der Pflegestufe III. Dementsprechend bestand bei der Mehrheit der Patienten ein Bedarf unterhalb des Schwellenwertes zur »erheblichen Pflegebedürftigkeit« bzw. zur Pflegestufe I (vgl. §15 SGB XI). Sie werden im Folgenden – aus pragmatischen Gründen und in Anlehnung an den im Rahmen der Pflegeversicherung gängigen Sprachgebrauch – als »geringfügig Pflegebedürftige« bezeichnet, wenngleich gegenüber dieser Etikettierung aus fachlicher Sicht starke Bedenken vorgebracht werden müssen¹⁴.

¹³ Leistungen der Pflegeversicherung können Pflegebedürftige beanspruchen, bei denen der zur Versorgung notwendige Zeitaufwand nicht ausgebildeter Pflegepersonen mindestens 90 Minuten im Tagesdurchschnitt besteht, wovon mehr als 45 Minuten auf pflegerische Hilfen im Bereich der Ernährung, Körperpflege und Mobilität entfallen müssen (Pflegestufe I). Zur Anerkennung der Pflegestufe II muss der pflegerische Bedarf mindestens zwei Stunden und der notwendige Gesamtzeitaufwand mindestens drei Stunden betragen. Voraussetzung für die Zuordnung der Pflegestufe III schließlich ist ein notwendiger Zeitbedarf von fünf Stunden täglich, wovon mindestens vier Stunden auf die pflegerische Versorgung entfallen müssen; zusätzlich muss ein regelmäßiger nächtlicher Hilfebedarf vorliegen (vgl. §15 SGB XI). Eine weitere Voraussetzung für die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI besteht darin, dass der Bedarf auf Dauer, d.h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate besteht (§14 Abs.1 SGB XI).

¹⁴ Personen, die nach den Kriterien des SGB XI geringfügigen Pflegebedarf aufweisen, können de facto in hohem Maße von pflegerischer Hilfe abhängig sein. Dies erklärt sich daraus, dass die Pflegeversicherung bei der Prüfung des Leistungsanspruches lediglich einen Teil des regelmäßig anfallenden Pflegebedarfs in Rechnung stellt. »Geringfügig Pflegebedürfti-

Abb. 7: Pflegestufen zu Beginn der Rehabilitation



Datenbasis: Begutachtung RvP (n = 554)

Welche Gründe für diese Verteilung bzw. den hohen Anteil geringfügig Pflegebedürftiger ausschlaggebend waren, kann nur vermutet werden. Sicherlich dürfte der Umstand, dass Rehabilitationspotenziale bei moderaten funktionellen Einbußen stärker ausgeprägt sind als etwa bei Funktionsausfällen, das ärztliche Zuweisungsverhalten beeinflusst haben. Auch steigt mit der Pflegestufe der Anteil psychisch erkrankter Pflegebedürftiger und damit jener Personen deutlich an, die nach den Aufnahmekriterien keinen Zugang zum Rehabilitationsangebot erhielten. Und schließlich könnte in einigen Fällen die Aussicht auf eine Minderung oder den Fortfall von Leistungen der Pflegeversicherung die Motivation zur Durchführung einer Rehabilitation beeinträchtigt haben¹⁵. Sämtliche Patienten wurden im Vorfeld der Rehabilitation darüber aufgeklärt, dass eine solche Entwicklung eintreten könnte.

Ein genaueres Bild der Pflegebedürftigkeit ergibt die Aufschlüsselung des Bedarfs an pflegerischer und hauswirtschaftlicher Hilfe. Wie Abbildung 8 erkennen lässt¹⁶, lag der

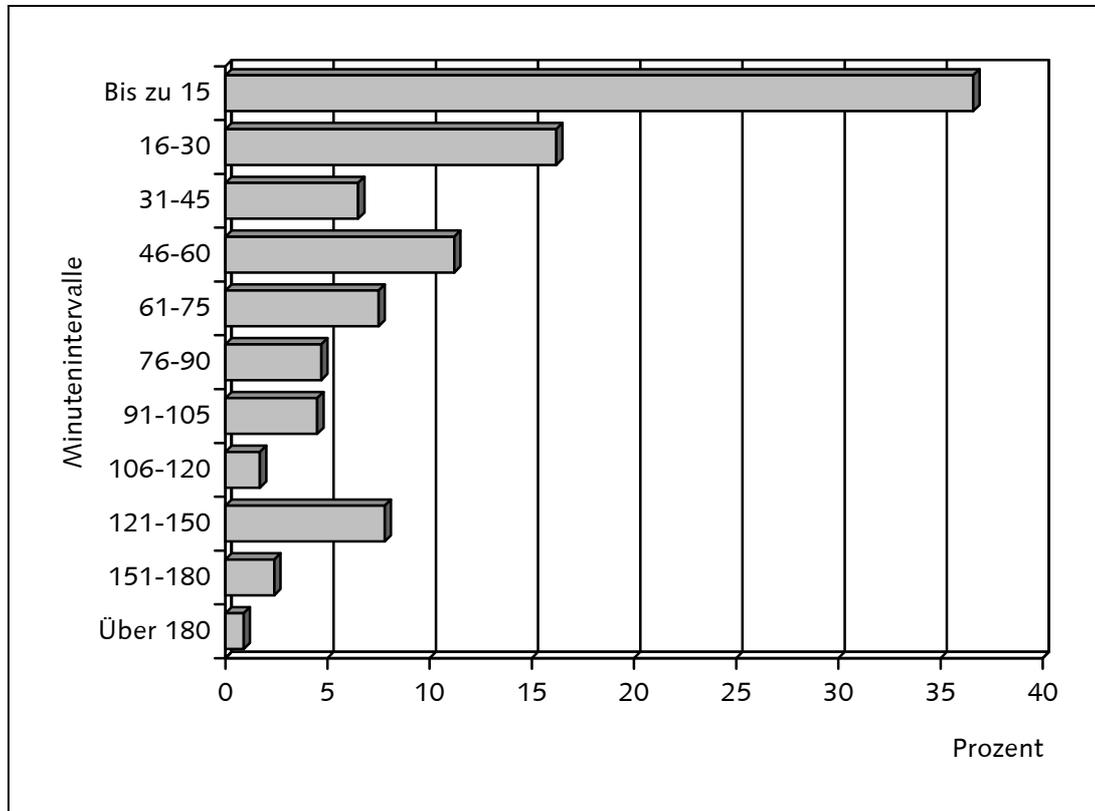
ge« mit hohem Pflegebedarf sind beispielsweise psychisch Kranke, die zwar zur selbstständigen Durchführung vieler alltäglicher Verrichtungen noch in der Lage sind, aber (etwa aufgrund eines hohen Risikos der Selbstgefährdung) einer kontinuierlichen Beaufsichtigung und der Unterstützung in ihrer gesamten Lebensführung bedürfen.

¹⁵ Die Erwartung von Minderung oder Fortfall von Versicherungsleistungen wird in der Literatur neben anderen für die Motivation relevanten Aspekten häufig als Hemmnis der Inanspruchnahme von Rehabilitation diskutiert (vgl. etwa Lucke et al. 1997, Neubauer 1997, Kühnert 1996). Auch die Case Managerinnen im Modellvorhaben wiesen darauf hin, dass dieses Thema potentielle Teilnehmer häufiger beschäftige. Ob diese Erwartung allerdings tatsächlich in nennenswertem Maße zu Entscheidungen gegen eine Rehabilitationsmaßnahme führt, ist bislang nicht empirisch belegt.

¹⁶ Auch bei den an dieser Stelle präsentierten Auswertungsergebnissen weichen die zugrunde liegenden Fallzahlen zum Teil voneinander ab. Dies erklärt sich daraus, dass für einzelne Patienten keine vollständigen Begutachtungsergebnisse vorliegen. So konnte beispielsweise bei einigen Patienten anhand des zweiten MDK-Gutachtens im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme zwar die Pflegestufe bei Beginn der Rehabilitation rekonstruiert werden, eine Aufschlüsselung der Begutachtungsergebnisse im Einzelnen war auf diesem Wege je-

sog. Grundpflegebedarf (tagesdurchschnittlicher Zeitaufwand für notwendige Hilfen im Bereich der Ernährung, Körperpflege und Mobilität) bei gut der Hälfte der Patienten nicht höher als 30 Minuten, bei rund 37% sogar bei maximal einer viertel Stunde.

Abb. 8: Grundpflegebedarf



Datenbasis: Begutachtung RvP (n = 536)

Eine Differenzierung des Zeitbedarfs anhand der vom SGB XI unterschiedenen Verrechnungsbereiche ergibt, dass die Pflegeabhängigkeit je nach Bereich recht unterschiedlich ausgeprägt war (Tabelle 9). So fiel der Bedarf im Bereich der Nahrungsaufnahme mit im Durchschnitt knapp 5 Minuten sehr gering aus, im Vordergrund stand vielmehr der Unterstützungsbedarf im Bereich der Körperpflege, demgegenüber selbst der Bedarf im Bereich der Mobilität mit durchschnittlich 14 Minuten eher gering erscheint. Der Mittelwert für den Grundpflegebedarf insgesamt liegt bei 45 Minuten und damit bei jenem zeitlichen Schwellenwert, der zur Anerkennung der Pflegestufe I überschritten werden muss.

doch nicht möglich. Darüber hinaus kam es vereinzelt vor, dass Angaben in den Gutachten fehlten oder nicht eindeutig interpretiert werden konnten.

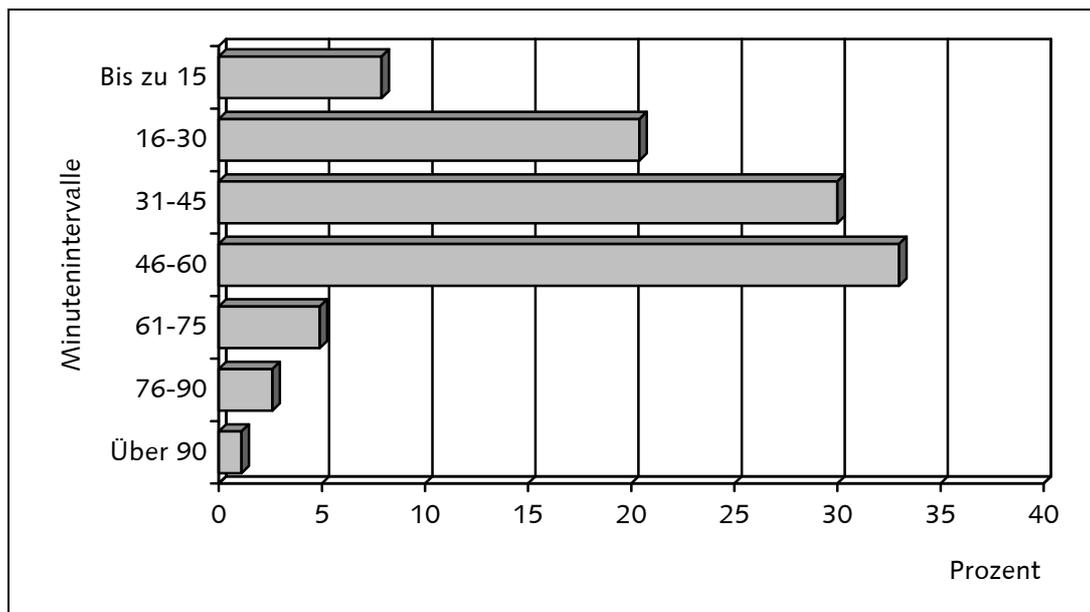
Tab. 9: Mittlerer Pflegebedarf nach Verrichtungen

Verrichtungen im Bereich ...	Minuten
Körperpflege	26,1
Ernährung	4,7
Mobilität	14,2
Insgesamt	45,0

Datenbasis: Begutachtung RvP (n = 534)

Interessanterweise zeigt sich im Bereich des hauswirtschaftlichen Bedarfs (Abbildung 9) eine deutlich abweichende Verteilung: Hier stellen Patienten mit einem geringfügigen Unterstützungsbedarf (unter 16 Minuten) eine kleine Minderheit dar. Bei rund zwei Drittel der Patienten bewegte sich der Bedarf im Bereich zwischen 30 und 61 Minuten (Mittelwert: 45 Minuten).

Abb. 9: Hauswirtschaftlicher Bedarf



Datenbasis: Begutachtung RvP (n = 530)

Zu den Zielsetzungen des Modellvorhabens gehörte zwar nicht nur, Pflegebedürftigkeit zu mildern und einer Verschlimmerung entgegenzuwirken, sondern auch eine *drohende* Pflegebedürftigkeit zu verhindern, d.h. eine Situation, in der Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden müssen. Dessen ungeachtet wirft der sehr geringe Pflegebedarf von mehr als einem Drittel der Patienten die Frage auf, inwieweit hier tatsächlich von »drohender Pflegebedürftigkeit« gesprochen werden kann und die Aufnahmekriterien im Rahmen des Modellprojektes in der Praxis wirksam wurden.

Der Beantwortung dieser Fragen kommt man durch eine genauere Betrachtung der Patienten mit einem Grundpflegebedarf von maximal 15 Minuten näher. Von ihren Erkrankungen her handelt es sich ganz überwiegend um Patienten, die unter chronisch-degenerativen Veränderungen des Stütz- und Bewegungsapparates leiden, insbesondere unter Arthrosen und Wirbelsäulenerkrankungen. 151 oder 77% der Patienten mit einem Pflegebedarf unterhalb von 16 Minuten wiesen Erkrankungen aus diesem Bereich auf, fast immer verbunden mit einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik. An zweiter Stelle, allerdings mit großem Abstand, stehen Schlaganfallpatienten (24 Fälle). Andere Krankheitsgruppen sind unter den Patienten mit einem sehr geringen Pflegebedarf nur vereinzelt vertreten:

Tab. 10: Patienten mit notwendigem Pflegezeitaufwand bis zu 15 Minuten

Erkrankungen	Anzahl	Prozent
Chronisch-degenerative Veränderungen des Stütz- und Bewegungsapparates	151	77,0
Zustand nach Apoplex	24	12,2
Gerontopsychiatrische Erkrankung	6	3,1
Zustand nach Verletzung/Unfall/Fraktur	6	3,1
Erkrankungen des Nervensystems	4	2,0
Herz-Kreislauf-Schwäche	4	2,0
Karzinom	1	0,5
Zusammen	196	100,0

Datenbasis: Begutachtung RvP

In Einklang mit dem Krankheitspanorama zeigt die nähere Auswertung der vorliegenden Dokumentationen, dass fast alle Patienten unter Mobilitätseinschränkungen litten, die allerdings nicht so stark ausgeprägt waren, dass eine selbstständige Fortbewegung oder die auf eine gewisse Mobilität angewiesene Durchführung anderer Vorrichtungen ausgeschlossen war. Häufig fand sich der Hinweis darauf, dass die Durchführung von Vorrichtungen nur verlangsamt und zum Teil mit einer erhöhten Schmerzbelastung möglich war. In engem Zusammenhang mit der eingeschränkten Mobilität steht bei der fraglichen Patientengruppe ein deutlich ausgeprägter Bedarf im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung, und zwar vornehmlich in solchen Bereichen, in denen die Fähigkeit zur eigenständigen Fortbewegung notwendig ist. Unterstützungsbedarf bestand insbesondere im Hinblick auf Einkäufe, Reinigungsarbeiten in der Wohnung und der Wäscheversorgung; nur selten wurde hingegen auf einen Unterstützungsbedarf im Bereich der Mahlzeitenzubereitung oder beim Geschirrspülen hingewiesen. Schließlich ist die schon angesprochene Schmerzbelastung zu berücksichtigen. Der Mittelwert der subjektiven Einschätzung anhand der visuellen Analogskala zeigte den gleichen Wert, der auch bei anderen, stärker pflegebedürfti-

gen Patienten errechnet wurde. Bei den Zielen der Rehabilitation standen entsprechend dieser Sachverhalte Mobilitätsverbesserung und die Schmerzlinderung im Vordergrund.

Im Gesamtbild erscheint es somit durchaus berechtigt, trotz eines auffällig geringen Unterstützungsbedarfs im Sinne des SGB XI von drohender Pflegebedürftigkeit zu sprechen. Diese Einschätzung stützt sich u.a. auf den empirisch belegten Umstand, dass Mobilitätseinschränkungen neben psychischen Erkrankungen im Alter als wichtigster Risikofaktor für eine dauerhafte Pflegeabhängigkeit anzusehen sind (vgl. z.B. Schneekloth/Potthoff 1993). Ein zunehmender Mobilitätsverlust führt nicht nur dazu, dass die Betroffenen beim Gehen, Treppensteigen oder anderen Formen der Fortbewegung in die Abhängigkeit von Fremdhilfe geraten, sondern erschwert oder verunmöglicht auch die selbstständige Durchführung anderer Aktivitäten, wie z.B. die Toilettenbenutzung oder das Duschen/Baden¹⁷.

Unabhängig von der MDK-Begutachtung wurden Merkmale der Pflegebedürftigkeit auch von den Rehabilitationsmedizinern erfasst. Eine Einschätzung der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen erfolgte im Rahmen der ärztlichen Dokumentation zu zwei Zeitpunkten, zu Beginn und zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme. Hierbei fand ein Instrument Anwendung, dessen Aufbau stark an den Barthel-Index angelehnt ist¹⁸. Das Instrument wurde von einer der am Modellvorhaben beteiligten Einrichtungen übernommen, die es bereits vor Beginn des Projektes eingesetzt hatte.

Die folgende Tabelle zeigt den Grad der Selbstständigkeit der Patienten zu Beginn der Rehabilitation¹⁹.

¹⁷ Das die Pflegebedürftigkeit fördernde Potenzial von Mobilitätseinschränkungen wird erheblich verstärkt, wenn sie von einer hohen Schmerzbelastung begleitet werden. Diese führt dazu, dass bestimmte, schmerzauslösende Handlungen soweit wie möglich gemieden werden und damit eine Nutzung bzw. Aktivierung der betreffenden körperlichen Ressourcen reduziert wird oder gar völlig unterbleibt.

¹⁸ Abweichend vom originären Barthel-Index beinhaltet das Instrument nicht 10, sondern insgesamt 13 Indikatoren. Dies ist zurückzuführen auf eine stärkere Differenzierung der Indikatoren, die Auskunft über den Grad der Mobilität geben. Unberücksichtigt blieb hingegen der Bett- bzw. Rollstuhltransfer. Aufgrund dieser Modifizierungen ist es nicht möglich, den Grad der Selbstständigkeit der Reha-Patienten wie im Falle des Barthel-Indexes in Form eines Punktwertes zusammenzufassen. Dementsprechend sind keine auf einem solchen Punktwert beruhenden Vergleiche im Zeitverlauf oder Vergleiche mit Patientengruppen aus anderen Vorhaben möglich. Ansonsten führte die Verwendung eines modifizierten Indexes zu keinerlei Einschränkungen. Er gibt verlässlich Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit bei *einzelnen* Verrichtungen, die jeweiligen Ausprägungen der Indikatoren sind eindeutig definiert (vgl. Tabelle) und bei sieben Indikatoren unverändert aus dem Barthel-Index übernommen worden.

¹⁹ Die abweichenden Fallzahlen bei den einzelnen Verrichtungen erklären sich aus der Unvollständigkeit einiger ärztlicher Dokumentationen.

Tab. 11: Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen

<i>Verrichtung</i>	<i>Grad der Selbstständigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Essen n = 528	völlig selbständig	63,3
	mit Hilfe	35,6
	nicht selbständig	1,1
Waschen n = 526	selbständig	65,4
	nicht selbständig	34,6
Toilette n = 522	völlig selbständig	72,2
	mit Hilfe	19,0
	nicht selbständig	8,8
Baden/Duschen n = 524	völlig selbständig	62,0
	mit Hilfe	38,0
Anziehen n = 525	völlig selbständig	46,3
	mit Hilfe	38,3
	nicht selbständig	15,4
Stuhlgang n = 530	unter Kontrolle	94,9
	gelegentlich nicht unter Kontrolle	4,0
	regelmäßig nicht unter Kontrolle	1,1
Wasserlassen n = 530	immer unter Kontrolle	64,3
	gelegentlich nicht unter Kontrolle	29,6
	regelmäßig nicht unter Kontrolle	0,2
Rollstuhlunabhängigkeit n = 507	Rollstuhlunabhängigkeit	76,3
	kommt allein mit dem Rollstuhl zurecht	8,5
	braucht Hilfe oder Aufsicht	10,5
	braucht maximale Hilfe	4,7
Gehen n = 526	50 m selbständig oder mit Stock	61,0
	50 m mit Hilfe	15,4
	keine 50 m, auch mit Hilfe	23,6
Treppensteigen n = 523	selbständig oder mit Stock, mind. 1 Stockwerk	45,5
	mit Hilfe oder Aufsicht, mind. 1 Stockwerk	26,8
	nicht möglich	27,7
Gehen im Freien n = 523	selbständig möglich, mindestens 100 m	45,7
	mit Hilfe oder alleine, aber weniger als 100 m	32,7
	nicht möglich	21,6
Einkaufen n = 527	selbständig möglich	18,4
	mit Hilfe	30,6
	nicht möglich	51,0

Datenbasis: Ärztliche Dokumentation

Es fällt auf, dass vor allem bei Verrichtungen, deren Durchführung eine gewisse Mobilität, Körperkraft und Motorik erfordert, der Anteil der auf Fremdhilfe angewiesenen Patienten vergleichsweise hoch liegt. Lediglich 18,4% der Teilnehmer waren in der Lage, ohne Unterstützung Einkäufe zu erledigen. Im Falle der Verrichtungen »Treppen steigen«, »Gehen im Freien« und »Anziehen« belief sich der Anteil der hierbei nur eingeschränkt selbstständigen Patienten auf jeweils rund 46%. Knapp ein Viertel der Patienten war auf einen Rollstuhl angewiesen.

Ein vergleichsweise hoher Grad der Selbstständigkeit zeigt sich dagegen bei der Mahlzeitaufnahme, der Toilettenbenutzung und der Körperhygiene (Baden/Duschen und Waschen). Der Anteil der selbstständigen Personen bewegt sich hier in der Marge zwischen 62% und 72%.

3.5 Gesundheitliche Versorgung

Fast alle in der häuslichen Umgebung versorgten Rehabilitationsteilnehmer konnten auf ein recht stabiles informelles Hilfepotenzial zurückgreifen (Tabelle 12). Die Unterstützung wurde vornehmlich durch Ehepartner oder Töchter geleistet, seltener waren Söhne, Schwiegertöchter/-söhne oder Enkelkinder beteiligt. In rund 17% der Fälle erfolgte eine Unterstützung auch durch Nachbarn oder Freunde. Insgesamt war die häusliche Versorgung durch recht gute Unterstützungsmöglichkeiten und eine hohe Unterstützungsbereitschaft informeller Helfer gekennzeichnet. Nur in Einzelfällen fanden sich Hinweise auf eine bestehende oder drohende Diskrepanz zwischen benötigter und geleisteter Hilfe. Vorwiegend lag dabei eine gesundheitliche Beeinträchtigung der Pflegeperson zugrunde.

Tab. 12: Informelle Helfer bei häuslicher Versorgung

Unterstützung durch ...	Anzahl Patienten	Prozent
eine Person	242	50,9
zwei Personen	120	25,3
drei und mehr Personen	67	14,1
Keine Unterstützung/fehlende Angabe	46	9,7

Datenbasis: Dokumentation Case Management (n = 475)

Wie bereits angemerkt, waren rund 40% der Rehabilitationsteilnehmer leistungsberechtigt im Sinne des SGB XI, im Durchschnitt bereits über einen Zeitraum von 23,4 Monaten vor Beginn der Rehabilitation. Nach den vorliegenden Informationen nahmen 57,6% der häuslich Versorgten Geldleistungen in Anspruch, 18,4% Sachleistungen und 24,1% Kombinationsleistungen. Diese Anteile weichen von den im Rahmen

der Pflegestatistik ermittelten Daten auf Bundesebene deutlich ab: Dort lag der Anteil Pflegebedürftiger, die die Unterstützung einer ambulanten Pflegeeinrichtung in Anspruch nahmen (Sach- und Kombinationsleistungen), Ende des Jahres 2001 mit 30% deutlich niedriger als im Modellvorhaben (Statistisches Bundesamt 2003). Knapp 13% der häuslich versorgten Patienten nutzten (zum Teil zusätzlich) ambulante Pflegeleistungen nach den Vorschriften des SGB V.

Ergänzt wurde die Unterstützung von informellen Helfern und Pflegediensten in mehr als einem Drittel der Fälle durch hauswirtschaftliche Leistungen, zumeist im Bereich von Reinigungsarbeiten. Rund 10% nutzten außerdem Menue-Bringdienste.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln erschien bei den meisten Patienten ausreichend. Defizite waren nur in relativ wenigen Fällen festzustellen, lediglich in Bezug auf Badewannenlifter zeigte sich vergleichsweise häufig ein ungedeckter Bedarf:

Tab. 13: Hilfsmittelversorgung

	vorhanden	ungedeckter Bedarf
Gehhilfen	352	15
Rollstuhl	140	7
Badewannenlifter	104	36
Toilettenstuhl	99	4
Notrufsystem	68	17
Sonstige Hilfsmittel	285	26

Datenbasis: Dokumentation Case Management (absolute Zahlen, n = 540)

Erwartungsgemäß war nahezu jeder Rehabilitationsteilnehmer in regelmäßiger hausärztlicher Behandlung, rund 49% nahmen zusätzlich Leistungen eines oder mehrerer Fachärzte in Anspruch. Bei 190 von 540 Personen bzw. 35,2% war innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der Rehabilitation eine Krankenhausbehandlung erforderlich, bei 11,5% sogar mehrfach. Es fällt auf, dass es sich dabei häufig um vergleichsweise lange Aufenthalte handelte: Die durchschnittliche Dauer über alle Aufenthalte lag bei 34,8 Tagen.

4. Kurzfristige Ergebnisse der Rehabilitation

Zur Beschreibung von kurzfristigen Rehabilitationseffekten stehen zwei Parameter zur Verfügung, zum einen die Einschätzung der behandelnden Ärzte, inwieweit Rehabilitationsziele im Einzelfall erreicht werden konnten, zum anderen die Einschätzung der Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen, wie sie in Kapitel 3.4 vorgestellt wurde.

Die Rehabilitationsziele wurden im Rahmen der ärztlichen Dokumentation nicht standardisiert, sondern individuell für jeden Patienten in Form von Freitextangaben formuliert. Zum Abschluss der Maßnahme sollte für jedes Rehabilitationsziel eingeschätzt werden, ob es vollständig, teilweise oder nicht erreicht werden konnte. Aufgrund der fehlenden Standardisierung bzw. des Verzichts auf standardisierte Kriterien zur Bestimmung des Grades der Zielerreichung handelt es sich bei diesen Informationen lediglich um grobe Orientierungswerte, nicht um exakte Daten. Insbesondere war es notwendig, die Freitextangaben aus der ärztlichen Dokumentation Gruppen von Rehabilitationszielen zuzuordnen. Die in Tabelle 14 differenzierten Bereiche (Mobilität, Schmerzen, usw.) subsumieren daher jeweils recht unterschiedliche Zielformulierungen. Die Tabelle lässt allerdings erkennen, wo die Schwerpunkte der Rehabilitationsmaßnahmen lagen, und sie zeigt auch, dass es in den einzelnen Bereichen durchaus unterschiedliche Behandlungserfolge gegeben hat.

Tab. 14: Rehabilitationsziele (Prozentangaben)

Ziele im Bereich ...	Vollständig erreicht	Teilweise erreicht	Nicht erreicht	Fallzahl
Mobilität	48,8	39,9	11,3	336
Schmerzen	45,2	40,7	14,1	305
Motorik	36,8	47,8	15,4	253
Körperkraft	53,7	36,4	9,8	214
Alltagsverrichtungen	55,0	33,1	11,9	160
Psychische Probleme	61,9	30,9	7,2	97
Kognitive Leistungen	36,7	43,3	20,0	60
Sprache	37,8	51,4	10,8	37
Haushaltsführung	65,2	26,1	8,7	23
Sonstige Zielsetzungen ²⁰	42,1	40,5	17,4	121

Datenbasis: Ärztliche Dokumentation

²⁰ Unter der Kategorie »Sonstige Rehabilitationsziele« wurden u.a. (mit einer Häufigkeit zwischen 12 und 19 Nennungen) Gewichtsreduktion, Verbesserung der Atemfunktionen, das Erlernen bestimmter Selbstpflegehandlungen sowie eine Verbesserung der Kontinenz zusammengefasst. Ansonsten ist hier ein breites Spektrum von nur vereinzelt genannten Zielsetzungen vertreten.

Nach den vorliegenden Angaben standen die Förderung der Mobilität sowie die Schmerzlinderung eindeutig im Vordergrund der Rehabilitation. Der Eindruck der auf körperliche Beweglichkeit konzentrierten Maßnahmen verstärkt sich noch, wenn die relativ große Zahl von Patienten berücksichtigt wird, bei denen eine Förderung der Motorik und Stärkung der Körperkraft (Muskulatur, Ausdauer etc.) angestrebt wurde. Die im Vergleich besten Ergebnisse konnten (abgesehen von der selbstständigen Haushaltsführung, ein Ziel, das nur für wenige Patienten angegeben wurde) interessanterweise bei der Bewältigung psychischer Probleme erreicht werden. Soweit ersichtlich, ging es in diesen Fällen vielfach um misslungene Krankheitsbewältigung und Belastungen infolge einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik. Weniger gute Ergebnisse ergaben sich bei der Förderung kognitiver Leistungsfähigkeit und der Körpermotorik. »Gute« und »eher schlechte« Ergebnisse beim Erreichen der angestrebten Rehabilitationsziele sind im vorliegenden Zusammenhang allerdings sehr relative Begriffe. Im Gesamtbild zeigt sich, dass sich über alle hier differenzierten Bereiche hinweg in 80 bis 90% der Fälle ein Rehabilitationserfolg ergeben hat, auch wenn die jeweils formulierten Ziele nicht vollständig erreicht werden konnten.

Während die Angaben über das Erreichen von Rehabilitationszielen nur einen groben Eindruck des Rehabilitationserfolgs vermitteln können, bietet ein Vergleich der zu Beginn und zum Abschluss der Rehabilitation eingeschätzten Selbstständigkeit bei ausgewählten Verrichtungen ein genaueres Bild. Tabelle 15 zeigt die Ergebnisse dieses Vergleichs für jene Patienten, die zum Beginn (oder zum Abschluss) der Rehabilitation bei den genannten Verrichtungen Einschränkungen ihrer Selbstständigkeit aufwiesen.

Tab. 15: Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen zu Beginn und zum Abschluss der Rehabilitation (Prozentangaben)

Verrichtung	geringer	unverändert	verbessert	Fallzahl*
Essen	–	73,1	26,9	183
Waschen	–	74,1	25,9	169
Toilette	1,5	65,6	33,0	137
Baden/Duschen	–	83,1	16,9	308
Anziehen	0,4	58,0	41,6	269
Stuhlgang	–	77,8	22,2	23
Wasser lassen	0,6	86,7	12,7	181
Rollstuhlunabhängigkeit	0,9	63,0	36,1	114
Gehen	–	42,9	57,1	191
Treppensteigen	0,4	48,0	51,6	267
Gehen im Freien	0,4	45,0	54,6	265
Einkaufen	–	76,1	23,9	407

*Berücksichtigt sind nur Patienten, die zu Beginn oder zum Abschluss bei der jeweiligen Verrichtung Einschränkungen der Selbstständigkeit aufwiesen.

Datenbasis: Ärztliche Dokumentation

Die günstigsten Effekte traten demnach im Bereich der Mobilität auf. So liegt der Anteil der Patienten mit Verbesserungen beim Gehen und Treppensteigen über 50% und damit deutlich höher als bei anderen Verrichtungen. Verbesserungen bei Verrichtungen im Zusammenhang mit körperlichen Ausscheidungen weisen demgegenüber Werte auf, nach denen die betreffenden Fähigkeiten der Patienten vielleicht stabilisiert, aber offenbar nur selten verbessert werden konnten.

Bei insgesamt 85 bzw. 15,4% der Patienten kam es während der Rehabilitationsmaßnahme zu einem akuten Krankheitsereignis, einem Unfall oder einer medizinischen Intervention außerhalb des Rehabilitationsprogramms. Zwei weitere Patienten verstarben während der Maßnahmen. Es ist ein breites, hinsichtlich Art und Schwere kaum zu systematisierendes Spektrum von Ereignissen festzustellen. Am häufigsten genannt wurden Harnwegserkrankungen (2,5%), grippale Infekte oder Infekte der Atemwege (2%), medizinische Eingriffe (z.B. Entfernung eines Hauttumors – insgesamt 1,6%) sowie Stürze und vergleichbare Unfälle (1,6%), die überwiegend keine schwerwiegenden Folgen hatten (zwei Patienten zogen sich während des Behandlungsverlaufs jedoch Frakturen zu). Andere Erkrankungen bzw. Ereignisse wurden nur sehr vereinzelt dokumentiert, so z.B. schwere Herzrhythmusstörungen, venöse Thrombosen oder das Auftreten eines Lungenödems.

Nur bei einer Minderheit dieser Patienten handelte es sich um ein so schwerwiegendes Ereignis, dass die Rehabilitation abgebrochen werden musste. In den meisten Fällen, in denen es zu einer vorzeitigen Beendigung kam, waren andere Gründe ausschlaggebend. Ein Abbruch erfolgte bei insgesamt 34 bzw. 6,2% der insgesamt 553 Patienten, die bei der vorliegenden Auswertung berücksichtigt wurden (einschließlich der beiden verstorbenen Patienten). Die Gründe lassen sich nicht in jedem Einzelfall rekonstruieren, doch können – abgesehen von akuten Erkrankungen – zwei typische Konstellationen unterschieden werden: Zum einen gab es eine Reihe von Fällen, in denen sich die Patienten bereits kurz nach Beginn der Rehabilitation nicht mehr in der Lage sahen, diese fortzusetzen, weil sie die Maßnahmen oder die häufigen Transporte als zu anstrengend empfanden oder weil die mit der Rehabilitation verbundene Terminorganisation zu hohe Anforderungen stellte. Zum anderen gab es mehrere Patienten, deren Motivation – wiederum aus unterschiedlichsten Gründen – mit Beginn der Rehabilitation spürbar nachließ. In einzelnen Fällen kam es kurzfristig zu einer Intensivierung von Verwirrheitszuständen, die z.B. zur Folge hatte, dass Termine vergessen wurden oder – bei einem Patienten – keine klare Erinnerung mehr daran bestand, dass eine Rehabilitation überhaupt stattfinden sollte.

Rehabilitationsabbrüche erfolgten im Durchschnitt nach 6,9 Behandlungstagen. Sie waren im Falle der ambulanten Rehabilitation etwas seltener zu beobachten als bei der mobil-ambulanten und teilstationären Rehabilitation (4,6 gegenüber 7,5 und 7,3%). Die Unterschiede sind jedoch nicht so stark ausgeprägt, dass man von einem systematischen Zusammenhang mit der Form der Rehabilitation sprechen könnte.

5. Verlauf der Pflegebedürftigkeit nach der Rehabilitation

Dauerhafte Pflegebedürftigkeit ist in den meisten Fällen verknüpft mit chronischen Erkrankungen oder bleibenden Behinderungen. Zwar können auch akute Krankheiten oder Verletzungen mit reversiblen Schädigungen gerade bei älteren Menschen mit einer langwierigen Phase der Rekonvaleszenz einhergehen, die den vom SGB XI genannten Zeitraum von sechs Monaten – Kriterium für Dauerhaftigkeit – erreicht, doch sind es heute mehrheitlich chronische und vielfach progredient verlaufende Erkrankungen, die einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI zugrunde liegen. Im Alter sind dies insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie dementielle Erkrankungen (vgl. BMFSFJ 2002, Bickel 2000, Steinhagen-Thiessen/Borchert 1996, Schneekloth/Potthoff 1993). Insofern ist festzustellen, dass der Verlauf von Pflegebedürftigkeit bei chronisch Kranken zwar Schwankungen unterliegen mag, zumeist jedoch einen abwärts gerichteten Trend aufweist bzw. einen auf lange Sicht zunehmenden Verlust von Selbstversorgungsfähigkeit beinhaltet. Er kann durch medizinische, andere therapeutische sowie pflegerische Interventionen verlangsamt und unter gewissen Umständen phasenweise aufgehalten, aber letztlich nicht umgekehrt werden.

Vor diesem Hintergrund wird immer wieder auf die Bedeutung *realistischer* Zielsetzung in der Rehabilitation alter Menschen hingewiesen (vgl. z.B. Hildebrand 1998 und Schütz 1997). Es kann nicht erwartet werden, dass in Fällen, in denen Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten ist, mit Hilfe von Rehabilitationsmaßnahmen regelmäßig eine Situation erreicht werden könnte, in der die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung nicht mehr erforderlich ist. Vielmehr muss eine Stabilisierung der verbliebenen funktionellen Fähigkeiten schon als Erfolg gelten. Allerdings müssen sich entsprechende Leistungsangebote daran messen lassen, inwieweit es tatsächlich gelungen ist, einem Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken oder eine drohende Pflegebedürftigkeit abzuwenden, d.h. zu verhindern, dass Erkrankte mit einer entsprechenden Disposition in dauerhafte Abhängigkeit von pflegerischer Hilfe geraten.

Kapitel 5 der vorliegenden Studie skizziert zunächst einmal auf rein deskriptiver Ebene den Verlauf der Pflegebedürftigkeit der Patienten im Modellvorhaben »Reha vor Pflege«, wie er sich in den verfügbaren Daten aus der Begutachtung durch den MDK darstellt. Die Frage nach möglichen Effekten der Rehabilitation ist damit noch nicht beantwortet. Einige erste Anhaltspunkte hierzu lassen sich den Ausführungen der beteiligten Gutachter entnehmen (Kapitel 5.3). Eine nähere Einschätzung setzt allerdings die Gegenüberstellung mit Verläufen bei anderen Pflegebedürftigen voraus, die sich in Kapitel 6 anschließt.

5.1 Pflegestufe und Zeitbedarf als Indikatoren

Bei der Nutzung von Begutachtungsergebnissen stellt sich u.a. die Grundsatzfrage, welche Indikatoren zur Beschreibung von Veränderungen der Pflegebedürftigkeit herangezogen werden sollten.

So erweist sich die Pflegestufe als nur bedingt geeignet, Veränderungen der Selbstversorgungsfähigkeiten im pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich abzubilden. Abgesehen davon, dass in die Pflegestufenzuordnung nicht die Gesamtheit des pflegerisch relevanten Unterstützungsbedarfs einfließt, hängt dies insbesondere mit den zeitlichen Schwellenwerten zusammen, nach denen die einzelnen Pflegestufen voneinander abgegrenzt werden. Die Festlegung dieser Schwellenwerte beruht auf sozialpolitischen Entscheidungen, nicht auf fachlichen Kriterien. Eine solche Entscheidung besteht zum Beispiel darin, dass der Umfang des notwendigen Pflegezeitbedarfs, von dem an die Pflegestufe I zugeordnet wird, bei tagesdurchschnittlich 46 und nicht bei 60 oder 30 Minuten liegt.

Es kommt hinzu, dass die Zuordnung einer Pflegestufe an das Kriterium »Dauerhaftigkeit« geknüpft ist. Der aktuelle Unterstützungsbedarf kann also die jeweiligen Zeitgrenzen überschreiten, ohne dass die betreffende Pflegestufe empfohlen wird. Derartige Fälle gab es auch unter den Rehabilitationsteilnehmern: Bei vier Patienten kamen die Gutachter zu dem Schluss, dass trotz eines Unterstützungsbedarfs oberhalb des entsprechenden zeitlichen Schwellenwertes nicht die Pflegestufe I zugeordnet werden könne, weil der Bedarf voraussichtlich nicht für mindestens sechs Monate vorliegen werde, und in einem Fall wurde aus dem gleichen Grund nicht die Pflegestufe II, sondern die Pflegestufe I empfohlen.

Vor allem aber grenzen die zeitlichen Schwellenwerte zur Unterscheidung der Pflegestufen recht ausgedehnte Zeitkorridore ein, beispielsweise im Falle der Pflegestufe I einen Zeitumfang zwischen 45 und 120 Minuten. So führt eine Verringerung des notwendigen Zeitaufwandes um 10 Minuten bei einem Pflegebedürftigen, der im Bereich der Grundpflege einen Hilfebedarf von tagesdurchschnittlich 50 Minuten aufweist, zu einer Reduzierung der Pflegestufe, während es bei einem Pflegebedürftigen, dessen Bedarf sich in weit höherem Umfang von 100 auf 50 Minuten verringert, zu keiner Veränderung der Pflegestufe kommt. Geringfügige Effekte von Rehabilitationsmaßnahmen könnten sich auf diese Weise viel stärker in den Ergebnissen niederschlagen als eine erhebliche Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeit und das Gesamtergebnis dadurch deutlich verzerren. Des Weiteren ist auf die Gruppe der Personen mit der sog. Pflegestufe 0 hinzuweisen, bei denen sich Verbesserungen mit Hilfe der Pflegestufe überhaupt nicht darstellen lassen.

Alles in allem bietet die Verwendung der Pflegestufe also lediglich eine grobe Orientierung bei der Darstellung der Entwicklung von Pflegeabhängigkeit. Sie ist von großer Bedeutung, wenn es darum geht, veränderte Leistungsansprüche aufzuzeigen und etwaige Kosteneffekte zu untersuchen, aber im Hinblick auf die Untersuchung von Verläufen ergänzungsbedürftig. Es erscheint daher angebracht, zusätzlich die im Rah-

men der Begutachtungen ermittelten notwendigen Pflegezeiten unabhängig von der Pflegestufe als Indikator zu nutzen²¹. Mit ihrer Hilfe lassen sich Veränderungen des Bedarfs erfassen, auch wenn sich diese, obwohl sie wesentlich sind, nicht in einer Veränderung der Pflegestufe niederschlagen. Allerdings setzt ihre Verwendung eine Definition dessen voraus, was unter einer »wesentlichen« Veränderung verstanden werden soll. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden Abweichungen von mehr als 15 Minuten als eine solche wesentliche Veränderung gewertet²².

5.2 Veränderungen der Pflegestufe

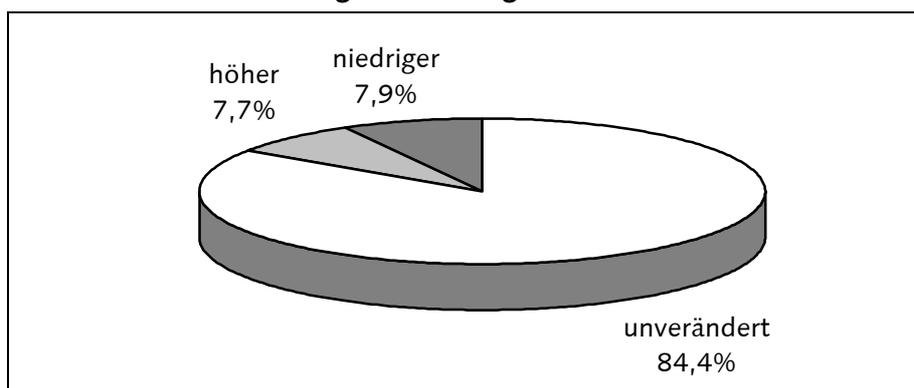
Zur Beschreibung der Veränderungen von Pflegestufen im Anschluss an die Rehabilitation stehen Daten von insgesamt 441 Patienten zur Verfügung. Der mittlere Zeitraum zwischen Abschluss der Rehabilitation und der entsprechenden Begutachtung belief sich auf 160 Tage.

Innerhalb dieses Zeitraumes kam es bei 35 Patienten (7,9%) zu einer Veränderung des Hilfebedarfs in einem Umfang, der zur Zuordnung einer niedrigeren Pflegestufe führte. Die Anzahl der Patienten mit einer höheren Pflegestufe lag geringfügig niedriger (34 Fälle bzw. 7,7%). Bei der großen Mehrheit der Patienten ergab sich also keine Veränderung der Pflegestufe.

²¹ Der ermittelte Pflegezeitaufwand bzw. der Zeitaufwand für hauswirtschaftliche Hilfen stellt unter den bei der Begutachtung vorgenommenen Einschätzungen die verlässlichste Größe für den hier zur Diskussion stehenden Zweck dar. Mit der Einführung eines neuen Gutachtenformulars Anfang des Jahres 2000 entfiel die früher vorgenommene, umfassendere Einschätzung der Abhängigkeit bei elf Aktivitäten des täglichen Lebens, wie sie in ähnlicher Weise auch im Rahmen der Pflegeplanung üblich ist. Diese Änderung, die im Blick auf die Durchführung des Begutachtungsverfahrens funktional gewesen sein mag, führte zu einem aus pflegewissenschaftlicher Sicht bedauerlichen Verlust an Daten, anhand derer sich die Abhängigkeit bei alltäglichen Verrichtungen vergleichsweise differenziert und unabhängig von Zeitwerten vornehmen ließ. Die heute verwendeten Gutachtenformulare sehen lediglich eine Einschätzung vor, inwieweit sich Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates, der inneren Organe, der Sinnesorgane und des Nervensystems oder der Psyche auf die Selbständigkeit bei vier Alltagsaktivitäten auswirken.

²² 15 Minuten stellen ein Drittel und damit einen relevanten Teil des Zeitumfangs dar, von dem an die Voraussetzungen für die Pflegestufe I gegeben sind. Sofern sich also bei der ersten und zweiten Begutachtung eine Abweichung der ermittelten Pflegezeiten von bis zu 15 Minuten ergibt, wird unterstellt, dass es zu keiner signifikanten Veränderung der Pflegeabhängigkeit gekommen ist. Liegt der bei der zweiten Begutachtung ermittelte Zeitwert um mindestens 16 Minuten höher oder niedriger, wird hingegen von einer relevanten Veränderung ausgegangen. Dieses Vorgehen bietet eine deutlich höhere Sensitivität für Abweichungen als die Verwendung der Pflegestufenzuordnung.

Abb. 10: Veränderungen der Pflegestufe nach Rehabilitation



Datenbasis: Begutachtung RvP (n = 441)

Wie die nachfolgende Tabelle erkennen lässt, fielen die Ergebnisse je nach Pflegestufe recht unterschiedlich aus:

Tab. 16: Veränderungen der Pflegestufe nach Rehabilitation

<i>Patientenzahlen</i>				
Pflegestufe vor Reha	Pflegestufe nach Reha			Summe
	niedriger	unverändert	höher	
0	–	261	21	282
I	22	84	12	118
II	13	27	1	41
Insgesamt	35	372	34	441
<i>Prozentangaben</i>				
Pflegestufe vor Reha	Pflegestufe nach Reha			Fälle
	niedriger	unverändert	höher	
0	–	92,6	7,4	282
I	18,6	71,2	10,2	118
II	31,7	65,9	2,4	41
Insgesamt	7,9	84,4	7,7	441

Datenbasis: Begutachtung RvP

Bei Patienten, denen vor Beginn der Rehabilitation die sog. Pflegestufe 0 zugeordnet wurde, kam es in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle zu keiner Veränderung. 7,4% von ihnen (21 Patienten) entwickelten einen Hilfebedarf, der einen Leistungsanspruch nach dem SGB XI begründete (darunter vier Patienten, denen die Pflegestufe II zugeordnet wurde). Eine deutlichere Varianz zeigt sich bei Rehabilitationsteilnehmern mit der Pflegestufe I. Hier verringerte sich die Pflegebedürftigkeit bei in etwa

jedem fünften Patienten soweit, dass der zeitliche Schwellenwert für die Anerkennung der Pflegestufe I unterschritten wurde. Der Anteil der Patienten mit einer höheren Pflegestufe lag demgegenüber mit 10,2% wesentlich niedriger (einem der Patienten wurde die Pflegestufe III zugeordnet, in den elf übrigen Fällen die nächsthöhere Pflegestufe II). Deutlich herausragende Zahlen zeigen sich bei Patienten mit der Pflegestufe II. Hier wurde sogar bei jedem dritten Patienten eine niedrigere Pflegestufe (I) ermittelt.

Die Ergebnisse offenbaren auch gewisse Unterschiede, wenn die Patienten nach Art der Rehabilitation unterteilt werden. So zeigte sich bei Teilnehmern, die eine teilstationäre Rehabilitation durchführten, der niedrigste Anteil von Fällen mit einer geringeren Pflegestufe und zugleich der höchste von solchen mit einer höheren Pflegestufe. Allerdings sind die Abweichungen relativ gering, so dass fraglich ist, ob aus den ermittelten Werten auf einen Zusammenhang geschlossen werden kann.

Tab. 17: Pflegestufenveränderungen nach Art der Rehabilitation

	Pflegestufe nach Reha (Prozentangaben)			Fälle
	niedriger	unverändert	höher	
Ambulant	7,9	86,4	5,8	191
Mobil-ambulant	10,5	82,9	6,7	105
Teilstationär	6,2	82,8	11,0	145

Datenbasis: Begutachtung RvP

5.3 Pflegestufenveränderungen im Spiegel der MDK-Gutachten

Die präsentierten Zahlen haben rein deskriptiven Charakter, d.h. sie sagen für sich genommen wenig darüber aus, inwieweit eine geringere oder unveränderte Pflegestufe tatsächlich der Teilnahme am Modellvorhaben zu verdanken war. Näherer Aufschluss darüber ergibt sich im Vergleich mit Referenzdaten in Kapitel 6. Einige Hinweise auf Gründe für die Erhöhung oder Verringerung der Pflegestufe lassen sich allerdings auch den vorliegenden Dokumentationen, insbesondere den zweiten MDK-Gutachten entnehmen. So führten die Gutachter in der Mehrheit der Fälle, in denen sich eine Verringerung der Pflegestufe ergab, diese auf einen Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme zurück²³. Bei zwei Patienten wurde eine allgemeine Besserung der

²³ Beispielhaft seien einige Passagen aus den betreffenden Gutachten zitiert: »Die Patientin erfreut sich nach Abschluss der Reha-Maßnahme einer deutlich verbesserten Beweglichkeit, die es ihr ermöglicht, wieder im eigenen Haushalt zu leben. Die im Vorgutachten (...) konstatierte erhebliche Pflegebedürftigkeit existiert somit günstigerweise nicht mehr«. – »Die Patientin hat durch die Reha eine Selbsthilfefähigkeit erlangt, so dass der grundpflegerische Hilfebedarf sogar unter die Zeitschwelle der erheblichen Pflegebedürftigkeit gesun-

Selbstversorgungsfähigkeit nach einem der Rehabilitation vorausgegangenem akuten Ereignis (schwerwiegende Fraktur und Schlaganfall) konstatiert. In den übrigen zwölf Fällen liegen keine Hinweise auf mögliche Ursachen der Verringerung des Hilfebedarfs vor.

Ebenso geben viele Gutachten Hinweise auf Ursachen einer Erhöhung der Pflegestufe. Bei neun (von insgesamt 34) Patienten war sie einem nach der Rehabilitation eingetretenen akuten Ereignis geschuldet, zumeist einem Schlaganfall oder einer schwerwiegenden Fraktur, Ereignisse, die nach Auffassung der Gutachter eine langwierige Rekonvaleszenzphase erwarten ließen. In acht Fällen wurde eine Progredienz der zugrunde liegenden Erkrankung (z.B. Morbus Parkinson oder chronische Polyarthrit) angegeben. Bei fünf Patienten fanden sich Hinweise auf zunehmende Altersgebrechlichkeit bzw. einen allgemeinen körperlichen Abbau, und schließlich wurde der erhöhte Hilfebedarf in sechs Fällen mit dem Auftreten bzw. einer Verstärkung von Hirnleistungsstörungen in Verbindung gebracht. Bei sechs Patienten liegen keine nähere Informationen zu möglichen Ursachen vor.

Zur Illustration sind im Folgenden kurze Fallbeschreibungen wiedergegeben, die auf der Basis von Angaben aus den Gutachten und der ärztlichen Dokumentation erstellt wurden und exemplarisch einen Eindruck vermitteln sollen, welche konkreten Entwicklungen sich hinter dem Zahlenmaterial verbergen:

Fallbeispiel 1 (Pflegestufe vor Reha: I; nach Reha: 0; Alter: 73 Jahre)

Die Patientin litt unter schmerzhaften Gelenksbeschwerden mit Bewegungseinschränkung sowie Problemen im kognitiven Bereich. Es konnte durch die Reha-Maßnahme eine deutliche Besserung der Motorik und Mobilität erzielt werden. Der zuvor bestehende Hilfebedarf in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität reduzierte sich auf eine lediglich gelegentlich erforderliche Hilfestellung beim Baden. Auch die hauswirtschaftliche Versorgung konnte durch die Patientin wieder selbst geleistet werden.

Fallbeispiel 2 (Pflegestufe vor Reha: II; nach Reha: I; Alter: 79 Jahre)

Wenige Monate vor der Rehabilitation kam es bei der Patientin zu einem Schlaganfall mit Halbseitenlähmung und Sprachstörungen mit den Folgen eines umfassenden Hilfebedarfs in allen Bereichen. Durch die Reha-Maßnahme konnte eine erhebliche Verringerung des Hilfebedarfs bei der Körperpflege und Mobilität erreicht werden.

Fallbeispiel 3 (Pflegestufe vor Reha: II; nach Reha: I; Alter: 69 Jahre)

Der rollstuhlpflichtige Patient benötigte aufgrund zweier Schlaganfälle umfassende Hilfestellung. Durch die Teilnahme an der Reha-Maßnahme konnten die Selbsthilfefähigkeiten soweit verbessert werden, dass kein Hilfebedarf mehr bei der Nahrungsaufnahme bestand und eine erhebliche Reduktion des Hilfebedarfs bei der Körperpflege und Mobilität erzielt werden konnte.

ken ist«. – »Durch die ambulante Rehabilitationsmaßnahme konnte eine allgemeine Besserung erzielt werden«. – »Der Gesundheitszustand der Versicherten hat sich durch die Reha-Maßnahme gebessert. Es besteht jetzt ein Hilfebedarf, der zwar die inhaltlichen aber nicht mehr die zeitlichen Voraussetzungen der erheblichen Pflegebedürftigkeit erfüllt«.

Fallbeispiel 4 (Pflegestufe vor Reha: I; nach Reha: 0; Alter: 75 Jahre)

Die Rehabilitation erfolgte nach einer Beinamputation. Der Umgang und das Gehen mit der Prothese stellte für den Patienten eine erhebliche Schwierigkeit dar. Aufgrund des noch un-
verarbeiteten Krankheitsgeschehens bestand zudem eine depressive Stimmungslage und eine
ablehnende Haltung zur eigenständigen Durchführung verschiedener Verrichtungen. Im Zuge
der Rehabilitation verbesserte sich die psychische Situation; der Umgang mit der Prothese
wurde deutlich besser. Die Durchführung pflegerischer Verrichtungen erfolgte wieder durch
den Patienten selbst.

Fallbeispiel 5 (Pflegestufe vor Reha: 0; nach Reha: I; Alter: 80 Jahre)

Die Patientin litt an einer degenerativen Skeletterkrankung mit schmerzhaften Bewegungseinschränkungen. Durch die Teilnahme am Projekt konnten zunächst (insbesondere im Bereich der Mobilität) erhebliche Fortschritte erzielt werden. Etwa drei Monate nach Beendigung der Reha-Maßnahme erlitt die Patientin jedoch einen Schlaganfall, infolge dessen sie in allen Be-
reichen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) auf Hilfe angewiesen war. Es kam zur Aufnahme
in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Fallbeispiel 6 (Pflegestufe vor Reha: 0; nach Reha: II; Alter: 81 Jahre)

Zum Zeitpunkt der Reha-Maßnahme wies die Patientin Verschleißerscheinungen der Gelenke
sowie einen beginnenden geistigen Abbau auf. Es konnte zwar eine Verbesserung der Beweg-
lichkeit, nicht jedoch der kognitiven Leistungen erzielt werden. Bereits wenige Wochen nach
Beendigung der Reha-Maßnahme zeigte sich ein schnell fortschreitender intellektueller Abbau
mit der Folge eines Bedarfs in allen Bereichen pflegerischer Verrichtungen. Der Hausarzt diag-
nostizierte Morbus Alzheimer.

Fallbeispiel 7 (Pflegestufe vor Reha: II; nach Reha: III; Alter: 77 Jahre)

Die Teilnahme des Patienten am Modellprojekt erfolgte aufgrund einer Parkinsonschen Er-
krankung und den Folgen eines Schlaganfalls. Die Mobilität des überwiegend rollstuhlpflichti-
gen Patienten verbesserte sich soweit, dass über kurze Strecken selbstständiges Gehen mög-
lich war. Bereits kurz nach der Rehabilitation zeigte sich jedoch eine deutliche Verschlech-
terung durch ein Fortschreiten des Parkinson-Syndroms und einen massiven Abbau der intellek-
tuellen Fähigkeiten mit erheblicher Erhöhung des täglichen Hilfebedarfs.

Fallbeispiel 8 (Pflegestufe vor Reha: I; nach Reha: II; Alter: 74 Jahre)

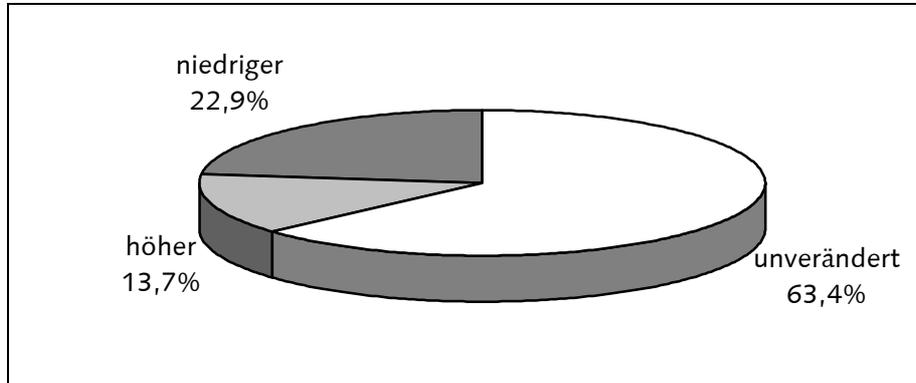
Die Reha-Maßnahme bewirkte bei der Patientin, die unter einer schweren rheumatischen
Erkrankung und den Folgen eines Schlaganfalls litt, nur eine kurzzeitige Stabilisierung des Zu-
standes. Wenige Tage nach Beendigung der Reha kam es zu einem erneuten Rheuma-Schub,
der zu einer deutlichen Verschlechterung der Beweglichkeit und Selbsthilfefähigkeit führte. Da
ein Verbleib im häuslichen Umfeld nicht mehr möglich war, erfolgte der Umzug in ein Pflege-
heim.

5.4 Veränderungen des Zeitumfangs notwendiger Hilfen

Gemessen an den Abweichungen zwischen dem Umfang des notwendigen Unterstüt-
zungsbedarfs, der bei den Begutachtungen vor und nach der Rehabilitation ermittelt
wurde, gibt es weit ausgeprägtere Unterschiede zwischen den beiden Begutachtungs-
zeitpunkten als es die Betrachtung der Pflegestufenveränderungen nahelegt. Die fol-
genden Abbildungen weisen den Anteil der Patienten aus, bei denen die Abweichung

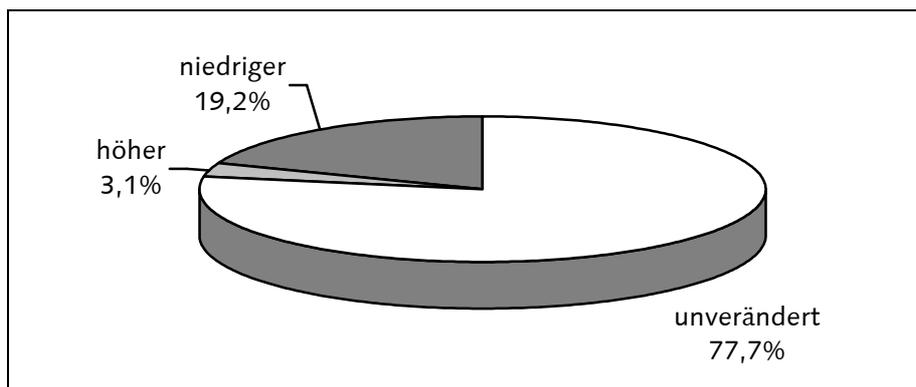
des Bedarfs im Bereich der Pflege bzw. der hauswirtschaftlichen Unterstützung höher als 15 Minuten lag.

**Abb. 11: Veränderungen des Pflegebedarfs
(um mehr als 15 Minuten)**



Datenbasis: Begutachtung RvP (n = 423)

**Abb. 12: Veränderungen des hauswirtschaftlichen Bedarfs
(um mehr als 15 Minuten)**



Datenbasis: Begutachtung RvP (n = 417)

Im Bereich des *pflegerischen Bedarfs* kam es bei etwa jedem vierten Patienten zu einer nach den weiter oben definierten Kriterien als relevant zu betrachtenden Reduzierung des notwendigen Zeitaufwandes. Er verringerte sich bei diesen Patienten im Durchschnitt um 34,2 Minuten. Der Anteil der Patienten mit erhöhtem Unterstützungsbedarf lag deutlich niedriger bei 13,7%; dabei fiel der durchschnittliche Anstieg der ermittelten Pflegezeiten mit 45,1 Minuten vergleichsweise hoch aus.

Ein ähnliches Bild ergibt sich beim *hauswirtschaftlichen Bedarf*. Hier wies jeder fünfte Patient deutlich verringerte Werte auf, sie lagen im Durchschnitt um 29,2 Minuten niedriger. Eine Erhöhung des hauswirtschaftlichen Bedarfs erweist sich als eher seltene Ausnahme. Sie betraf lediglich 3,1% der Patienten.

Somit bilden zwar auch unter Verwendung des ermittelten notwendigen Zeitaufwands die Patienten mit einem weitgehend unveränderten Unterstützungsbedarf die am stärksten besetzte Gruppe, doch fällt ihr Anteil mit 63,3% (Pflegebedarf) deutlich geringer aus als sich bei Betrachtung der veränderten Pflegestufen ersehen ließe. Deswegen ungeachtet ergeben sich nach wie vor gewisse Verzerrungen. Dies hängt in erster Linie mit der stark besetzten Gruppe von Personen mit einem geringfügigen Pflegebedarf im Umfang von bis zu 15 Minuten zusammen, bei denen die notwendigen Pflegezeiten im besten Fall unverändert bleiben. Allein durch diese Patientengruppe ist zu erklären, weshalb das Ergebnis »unveränderter Pflegebedarf« unter der Gesamtheit der Rehabilitationsteilnehmer dominiert. Tabelle 18 differenziert daher die Patienten anhand der in Minutenintervalle eingeteilten Zeiten für den Pflegebedarf, die bei der Begutachtung vor der Rehabilitation ermittelt wurden:

Tab. 18: Veränderter Pflegebedarf nach Minutenintervallen

Bedarf vor Reha	Veränderungen (mind. 16 Min. – in Prozent)			Fälle
	geringer	unverändert	höher	
Bis zu 15	–	96,6	3,4	176
16-30	44,6	35,4	20,0	65
31-45	42,9	42,9	14,3	28
46-60	24,4	56,1	19,5	41
61-75	23,5	52,9	23,5	34
76-90	38,9	22,2	38,9	18
91-105	61,1	22,2	16,7	18
106-120	25,0	50,0	25,0	4
121-150	40,7	44,4	14,8	27
Über 150	66,7	0,0	33,3	12
Gesamt	22,9	63,4	13,7	423

Datenbasis: Begutachtung RvP

Durch die Differenzierung wird offenkundig, dass abgesehen von der besagten Patientengruppe mit einem Bedarf unterhalb von 16 Minuten eine recht hohe Variabilität in der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit existiert. Bei den übrigen Patienten liegt der Anteil der Personen mit unverändertem Pflegebedarf unter 50%. In fünf der insgesamt zehn unterteilten Gruppen liegt der Anteil der Personen mit einem deutlich geringeren Pflegebedarf ebenso hoch oder sogar höher als der Anteil der Patienten, bei denen sich keine Veränderungen ergeben haben.

Die folgende Tabelle zeigt, wie sich Veränderungen des Pflegebedarfs in den drei vom SGB XI unterschiedenen Verrichtungsbereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität im Einzelnen darstellen. Da auch in diesem Fall die Einbeziehung von Patienten

mit einem geringfügigen Bedarf unterhalb von 16 Minuten einen nivellierenden Effekt hätte, blieben sie bei den Berechnungen ausgeschlossen.

Tab. 19: Veränderter Pflegebedarf nach Verrichtungen (Mittelwerte)

Pflegebedarf bei 2. Begutachtung:	Körperpflege		Nahrungsaufnahme		Mobilität	
	vor R.	nach R.	vor R.	nach R.	vor R.	nach R.
geringer (n = 96)	40,1	21,7	7,1	3,5	22,2	10,0
unverändert (n = 98)	33,9	33,7	6,1	6,6	19,4	17,5
höher (n = 51)	39,2	69,6	8,1	18,4	21,7	28,8

Datenbasis: Begutachtung RvP

Die Ergebnisse zeigen, dass Veränderungen des Pflegebedarfs in den vom SGB XI berücksichtigten Verrichtungsbereichen sich relativ gleichmäßig verändern, wenn die Abhängigkeit von Fremdhilfe abnimmt. So ist bei Patienten mit einem geringeren Pflegebedarf in allen drei Verrichtungsbereichen eine Halbierung des notwendigen Zeitaufwands auszumachen. Bei Patienten mit höherem Bedarf hingegen fällt der hohe Zuwachs im Bereich der Körperpflege auf, wohingegen die Differenzen bei der Nahrungsaufnahme und Mobilität deutlich weniger ins Gewicht fallen.

5.5 Langfristige Verläufe

Die nachfolgenden Ausführungen geben einen Überblick zu den Ergebnissen der bei insgesamt 53 Patienten durchgeführten dritten Begutachtung. Sie wurde im Durchschnitt 401 Tage nach Abschluss der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Einbezogen werden konnten 43% der Patienten, deren Rehabilitation in der Zeit von August 2001 bis Januar 2002 endete. Das Ziel bestand darin, die Nachhaltigkeit von Veränderungen der Pflegebedürftigkeit über einen längeren Zeitraum zu prüfen als es mit Hilfe der Begutachtungsdaten möglich ist, die sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation ermittelt wurden.

Die Beantwortung der Frage, ob dieses Ziel erreicht werden konnte, hängt entscheidend davon ab, inwieweit es sich bei den erfassten Patienten um eine für das Modellvorhaben charakteristische Patientengruppe handelt. Ein Überblick zu charakteristischen Merkmalen der Patienten mit drei Begutachtungen gibt Auskunft darüber:

- Das Durchschnittsalter der Patienten lag mit 73,8 Jahren geringfügig unterhalb des mittleren Alters der Patienten insgesamt (74,7).
- Patienten mit teilstationärer Rehabilitation waren mit 43,4% (Patienten insgesamt: 32,4%) überrepräsentiert, ambulant und mobil-ambulant behandelte Patienten entsprechend unterrepräsentiert.

- Die Struktur der Pflegebedürftigkeit vor Beginn der Rehabilitation wich von der Gesamtgruppe der Patienten erheblich ab. Die Pflegestufe 0 war mit 83% deutlich überrepräsentiert (60,5%), der Anteil von Patienten mit der Pflegestufe I nur in etwa halb so hoch wie bei der Gesamtgruppe und die Pflegestufe II nur mit einem Patienten vertreten.
- Dementsprechend lag auch der Grundpflegebedarf zu Beginn der Rehabilitation bei Patienten mit drei Begutachtungen deutlich niedriger. Der Anteil von Personen mit einem Bedarf unter 16 Minuten belief sich auf 54% (gegenüber 37%). Patienten mit einem Bedarf von mehr als 30 Minuten waren lediglich zu 23% vertreten (Gesamtgruppe: 47%).
- Untypisch ist die Patientengruppe auch im Hinblick auf Veränderungen der Pflegestufe, die bei der zweiten Begutachtung festgestellt wurden. Bei 50 Patienten (94,3%) kam es zu keiner Veränderung, ein Patient verschlechterte sich und zwei wiesen eine niedrigere Pflegestufe auf. Demgegenüber bewegte sich der Anteil von Patienten mit einer höheren bzw. geringeren Pflegestufe in der Gesamtgruppe jeweils auf 8%.

Insofern ist festzustellen, dass es sich um eine für die im Rahmen des Modellvorhabens behandelten Patienten nicht repräsentative Gruppe handelte. Die Auswertungsergebnisse müssen vor diesem Hintergrund sehr vorsichtig interpretiert werden.

Der Vergleich der bei der zweiten und dritten Begutachtung ermittelten Daten zeigt, dass 49 Patienten (92,5%) keine veränderte Pflegestufe aufwiesen, vier Patienten (7,5%) hingegen eine höhere²⁴. Im Einzelnen ergaben sich folgende Entwicklungen:

Tab. 20: Langfristige Stabilität der Pflegestufe nach der Rehabilitation

Pflegestufe bei 2. Begutachtung gegenüber 1. Begutachtung	Pflegestufe bei 3. Begutachtung gegenüber 2. Beg. (Patientenzahlen)			Summe
	niedriger	unverändert	höher	
niedriger	–	2	–	2
unverändert	–	47	3	50
höher	–	–	1	1
insgesamt	–	49	4	53

Datenbasis: Begutachtung RvP

- Zwei Patienten, bei denen im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme eine Rückstufung stattfand, konnten die niedrigere Pflegestufe auch bis zur dritten Begutachtung halten.

²⁴ Angesichts der geringen Zahl der Fälle mit der Pflegestufe I und II (vor Reha) wird an dieser Stelle auf eine Aufschlüsselung der Verläufe nach Pflegestufe verzichtet.

- Von 50 Patienten, bei denen sich die Pflegestufe nach der Rehabilitation zunächst nicht verändert hatte, wiesen 47 auch bei der dritten Begutachtung keine Veränderung auf. Bei drei Patienten ergab sich eine höhere Pflegestufe.
- Ein Patient, bei dem es zu einer höheren Stufe nach der Rehabilitation kam, hatte sich bis zur dritten Begutachtung noch einmal verschlechtert.

Verwendet man nicht die Pflegestufe, sondern den Pflegezeitbedarf als Indikator, so ergibt sich folgendes Bild:

Tab. 21: Langfristige Stabilität des Grundpflegebedarfs nach der Rehabilitation (Veränderungen um mindestens 16 Minuten)

Bedarf bei 2. Begutachtung gegenüber 1. Begutachtung	Bedarf bei 3. Begutachtung gegenüber 2. Beg. (Patientenzahlen)			Summe
	niedriger	unverändert	höher	
niedriger	5	5	–	10
unverändert	2	34	3	39
höher	–	1	2	3
insgesamt	7	40	5	52

Datenbasis: Begutachtung RvP

Die Tabelle ist ähnlich zu lesen wie die vorangegangene:

- Bei fünf von zehn Patienten, bei denen sich sechs Monate nach der Rehabilitation ein niedrigerer Zeitbedarf ergeben hatte, blieb dieser auch bis zur dritten Begutachtung unverändert. Bei ebenfalls fünf Patienten verringerte sich der Zeitbedarf nochmals.
- Bei 34 von 39 Patienten mit zunächst unverändertem Zeitbedarf kam es auch langfristig zu keiner Veränderung. Zwei wiesen einen niedrigeren, drei einen höheren Bedarf auf.
- Es waren lediglich drei Patienten vertreten, die bei der zweiten Begutachtung einen höheren Bedarf als vor Beginn der Rehabilitation zeigten. Bei zwei Patienten erhöhte sich der Bedarf im weiteren Verlauf erneut.

Für sich genommen deuten die präsentierten Zahlen auf eine gewisse Stabilität der Pflegebedürftigkeit hin, die bei der zweiten Begutachtung sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation ermittelt wurde. Die Daten zum Pflegezeitbedarf legen den Eindruck nahe, dass im Prinzip mit zwei Arten von Verläufen zu rechnen ist: Kommt es bereits innerhalb einer Frist von sechs Monaten zu einer Erhöhung des Pflegebedarfs, so ist im Weiteren eher mit einer progredienten Entwicklung statt einer Stabilisierung oder gar Verbesserung zu rechnen. In allen anderen Fällen bleibt der Bedarf in der Haupttendenz stabil, Verbesserungen sind im Zeitverlauf eher zu erwarten als Verschlechterungen.

Es ist jedoch ausdrücklich zu betonen, dass diese Aussagen den Charakter von Hypothesen besitzen, die aufgrund der geringen Fallzahlen empirisch nur schwach abgesichert sind. Sie können außerdem nur für eine Teilgruppe der behandelten Patienten Geltung beanspruchen, nämlich für Patienten, die sich mehrheitlich durch einen recht geringen Grad der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI auszeichnen.

Im Gesamtbild muss also festgestellt werden, dass sich aus den Ergebnissen der dritten Begutachtung keine verlässlichen und verallgemeinerbaren Aussagen zur Stabilität der Pflegebedürftigkeit im Anschluss an die Rehabilitation ableiten lassen. Es bleibt unsicher, inwieweit die sich in ihnen andeutenden Entwicklungstendenzen Aufschluss über die Gesamtheit der Patienten geben.

6. Verlauf der Pflegebedürftigkeit im Vergleich

6.1 Allgemeine Fragen der Verlaufsforschung

Die kurzfristige Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen zur Behebung oder Verringerung funktioneller Defizite ist durch zahlreiche, vornehmlich aus dem englischsprachigen Raum stammende empirische Studien belegt (vgl. Meier-Baumgartner et al. 1992 und 2002). Die Einschätzung der *Nachhaltigkeit* von Interventionseffekten wirft hingegen zahlreiche methodische Probleme auf, aufgrund derer trotz einer beachtlichen Anzahl von Studien nach wie vor von einem umfangreichen Forschungsbedarf gesprochen werden muss. Dies gilt insbesondere für den Stand der Forschung in Deutschland (vgl. Leistner 2000, Schütz 1997, Meier-Baumgartner 1997). Zwar liegen auch hier inzwischen mehrere Langzeitstudien mit ermutigenden Ergebnissen vor, jedoch weisen sie starke Unterschiede im Hinblick auf die untersuchten Patientengruppen, Versorgungssettings, die forschungsleitenden Fragestellungen und das methodische Design auf, was die Vergleichbarkeit erschwert und zum Teil sogar ausschließt. Vor allem aber muss festgestellt werden, dass das Kardinalproblem von Verlaufsstudien im Bereich der Rehabilitationsforschung bis heute weitestgehend ungeklärt ist: die Schwierigkeit, die zahlreichen auf den Verlauf einwirkenden Faktoren zu isolieren.

Meier-Baumgartner et al. betonten erst kürzlich in Bezug auf die Rehabilitation nach akuten Ereignissen, dass noch unklar sei, »welche Interventionen zu Verbesserungen der Funktionalität und Lebensqualität führen, die größer sind als der natürliche Rekonvaleszenzverlauf« (Meier-Baumgartner et al. 2002: 18). Zwar ist die Problematik bei chronischen Erkrankungen und dauerhafter Pflegebedürftigkeit etwas anders gelagert, doch stellt sich auch hier die Frage, wie Effekte bestimmter Interventionen zweifelsfrei nachgewiesen und von anderen Faktoren abgegrenzt werden können. Denn Pflegebedürftigkeit beinhaltet per se Abhängigkeit von Fremdhilfe und ist damit untrennbar mit Effekten von Unterstützungsleistungen verknüpft, sei es von Angehörigen oder anderen Personen im näheren sozialen Umfeld, sei es durch den Einsatz beruflicher Pflege. Der Verlauf hängt insbesondere bei Patienten, die vergleichsweise moderate funktionelle Beeinträchtigungen aufweisen, nicht zuletzt von der Qualität dieser Unterstützung ab: Eine auf Aktivierung und Förderung von Selbstständigkeit gerichtete Pflege führt auf Dauer zu einem anderen Verlauf als eine Versorgung, in die der Pflegebedürftige nicht aktiv eingebunden wird und bei der stattdessen eine vollständige Übernahme aller mit der Durchführung von Pflege verbundenen Tätigkeiten durch Pflegekräfte oder Angehörige erfolgt. Eigenaktivität erscheint unter diesen Umständen nicht erforderlich, Pflegeabhängigkeit wird eher gefördert. Aber auch die materielle Umgebung, d.h. die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln sowie Zuschnitt und Ausstattung der Wohnumgebung, kann den Verlauf von Pflegebedürftigkeit in erheblichem Maße beeinflussen (vgl. Braubach 2003). Ebenso ist der Verlauf von Pflegebedürftigkeit nicht losgelöst vom Verlauf der zugrunde liegenden, meist chronischen

Erkrankungen und von dem durch die Betroffenen, ihre sozialen Bezugspersonen oder professionellen Akteure getragenen Krankheitsmanagement zu sehen (vgl. Corbin/Strauss 1988). Dies gilt insbesondere für den direkten oder indirekten Einfluss einer ärztlichen oder sonstigen therapeutischen Behandlung.

Abgesehen davon hängt die Nachhaltigkeit des Erfolges von Rehabilitationsmaßnahmen, deren Dauer und Intensität naturgemäß begrenzt ist, bis zu einem gewissen Grad davon ab, inwieweit die Patienten sowie andere an der Versorgung beteiligte Personen oder Einrichtungen im Anschluss dafür Sorge tragen, dass gewonnene Ressourcen für eine bessere Krankheitsbewältigung und eine erhöhte Selbstständigkeit auch weiterhin aktiviert und gefördert werden.

Als angemessene Lösung solcher Probleme und daher als Methode der Wahl zur Einschätzung von Interventionseffekten gelten randomisierte kontrollierte Studien mit Stichprobengrößen, die eine Nivellierung der Wirksamkeit der genannten Faktoren garantieren. Die Durchführung einer solchen Studie war im Rahmen des Modellvorhabens jedoch nicht möglich. Ebenso wenig konnte zu Vergleichszwecken auf andere Forschungsergebnisse zum Verlauf von Pflegebedürftigkeit zurückgegriffen werden; größere Studien auf der Basis von Begutachtungsergebnissen sind in Deutschland nicht vorhanden. Es gab vereinzelt Versuche, diese Informationsquelle für die Forschung nutzbar zu machen, allerdings mit dem Ziel einer Beschreibung von Strukturen der Pflegebedürftigkeit zu einem gegebenen Zeitpunkt und nicht zur Darstellung und Analyse von Entwicklungsverläufen (vgl. z.B. Bartholomeyczik et al. 1998).

Dank der Unterstützung des MDK Westfalen-Lippe war es jedoch möglich, Daten aus der regulären Begutachtung durch den Medizinischen Dienst in der Modellregion heranzuziehen, mit deren Hilfe sich Verläufe der Pflegebedürftigkeit einer Referenzgruppe rekonstruieren ließen. Der darauf fußende Vergleich kann unter methodischen Gesichtspunkten nicht die Qualität und Aussagekraft erreichen, die von einer randomisierten kontrollierten Studie zu erwarten wäre. Ebenso ausdrücklich muss jedoch festgestellt werden, dass dieses Vorgehen beim gegenwärtigen Stand der Forschung in Deutschland die beste Möglichkeit bietet, die Ergebnisse des Modellvorhabens begründet einzuschätzen. Die methodischen Begrenzungen, die sich trotz aller Bemühungen nicht vermeiden ließen, werden an entsprechender Stelle eingehend diskutiert.

6.2 Referenzdaten aus der regulären MDK-Begutachtung

Mit dem Versuch, Daten der regulären Begutachtung für Verlaufsanalysen nutzbar zu machen, hat die Begleitforschung zum Modellvorhaben »Reha vor Pflege« Neuland betreten. Um sie als Referenz zur Einschätzung des Verlaufs der Pflegebedürftigkeit bei den Rehabilitationsteilnehmern nutzbar zu machen, waren einige nicht unerhebliche Hindernisse zu überwinden.

Durch die Unterstützung des MDK Westfalen-Lippe und dem für die Modellregion zuständigen Medizinischen Dienst war es möglich, einen Datenauszug zu erhalten, der Angaben über Ergebnisse der Begutachtung von Personen im Kreis Lippe enthielt. Die beim MDK Westfalen-Lippe zentral vorgehaltenen Daten sind EDV-technisch erfasst. Die Datenbank ist allerdings nicht personenbezogen konfiguriert, sondern definiert die einzelne Begutachtung als »Fall«. Personen beispielsweise, bei denen im Verlauf der Zeit insgesamt drei Begutachtungen durchgeführt wurden, sind in der Datenbank mit drei Fällen vertreten. Da die Daten in anonymisierter Form erfasst werden, ist eine Zuordnung zum betreffenden Pflegebedürftigen nur auf Umwegen möglich. So war es erforderlich, eine Reihe von Variablen zu definieren, anhand derer die einzelnen Begutachtungen als zusammengehörig identifiziert werden konnten. Die hierbei verwendeten Merkmale waren: Geburtsdatum, Geschlecht, Wohnort (Postleitzahl) und Pflegekasse. Stimmt all diese Merkmale überein, so wurde angenommen, dass es sich um Begutachtungen ein und derselben Person handelte.

Die auf diese Weise identifizierten Fälle wurden anhand von Terminangaben, der zeitlichen Abfolge und der Art der Begutachtung (Erst- und Wiederholungsbegutachtung) auf Plausibilität des Zusammenhangs überprüft. Begutachtungen, bei denen Zweifel an der Plausibilität entstanden, wurden aus der Auswertung ausgeschlossen. Eine besondere Schwierigkeit warfen dabei Begutachtungen auf, bei denen keine Pflegestufe empfohlen wurde (sog. Pflegestufe 0). Sie werden unter bestimmten Umständen auch dann als Erstbegutachtung geführt, wenn es sich faktisch bereits um die zweite oder sogar dritte Begutachtung handelt. Dies ist dann der Fall, wenn zuvor keine Bedarf festgestellt wurde, der einen Leistungsanspruch nach dem SGB XI begründet hätte. Deshalb wurden die Auszüge aus der Datenbank getrennt nach Pflegestufen generiert. Aufgrund dessen lassen sich Entwicklungsverläufe der Pflegebedürftigkeit anhand des MDK-Datenmaterials streng genommen lediglich getrennt nach Pflegestufen aufzeigen.

Bei der skizzierten Verfahrensweise gibt es natürlich keine vollständige Gewissheit darüber, dass die einander zugeordneten Begutachtungen tatsächlich bei ein und derselben Person durchgeführt wurden. Die Wahrscheinlichkeit einer fehlerhaften Zuordnung ist allerdings äußerst gering, so dass sie vernachlässigt werden kann. Häufiger dürfte es sich ergeben haben, dass Personen ausgeschlossen wurden, weil sich eines der bei der Zuordnung verwendeten Merkmale verändert hatte: Wenn ein Pflegebedürftiger nach der ersten Begutachtung den Wohnort oder die Pflegekasse wechselte, konnte er im Rahmen des gewählten Auswahlverfahrens nicht mehr erfasst werden.

In einem weiteren Schritt musste sichergestellt werden, dass die Struktur der im Datenauszug vertretenen Personengruppe mit der Patientenstruktur im Modellvorhaben vergleichbar ist. Aus diesem Grunde wurden Personen mit einer pflegebegründenden Diagnose, die auf eine dementielle oder andere schwere psychische Erkrankung hinwies, ausgeschlossen. Da die Rehabilitationsteilnehmer ganz überwiegend aus der häuslichen Umgebung stammten, beinhaltet der Datenauszug außerdem keine Pfl-

gebedürftigen, die zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung vollstationär versorgt wurden. Auch die Gruppe der Kinder und Jugendlichen blieb unberücksichtigt. Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe III bei erster Begutachtung) waren von vornherein nicht einbezogen.

Mit Hilfe des beschriebenen, teilweise recht aufwendigen Selektionsverfahrens konnten in einem ersten Schritt 842 Fälle rekonstruiert werden, anhand derer sich der Verlauf der Pflegebedürftigkeit von Personen aus dem Kreis Lippe nachzeichnen lässt. Der Zeitraum wurde auf 1.3.2000 bis 30.6.2002 eingegrenzt.

Um Vergleichbarkeit herzustellen, waren jedoch weitere Selektionen vorzunehmen. Mitunter ergeben sich bei der regulären MDK-Begutachtung relativ kurze Zeitabstände, insbesondere aufgrund von Begutachtungen im Rahmen von Widerspruchsverfahren. Gerade in diesen Fällen kann es zu einer überdurchschnittlich häufigen Abweichung des Ergebnisses der zweiten Begutachtung kommen (vgl. Wagner/Lürken o.J.: 29), was wiederum zu einem verzerrten Bild über den Verlauf der Pflegebedürftigkeit führen könnte. Um dies zu vermeiden, wurden Personen, bei denen die beiden Begutachtungszeitpunkte weniger als 90 Tage auseinander lagen, aus der Auswertung ausgeschlossen. Nach dem gleichen Kriterium blieben einige Rehabilitationsteilnehmer bei der Gegenüberstellung mit den Ergebnissen der regulären MDK-Begutachtung unberücksichtigt. Denn auch hier gab es einzelne Fälle, bei denen der MDK-Besuch vergleichsweise rasch nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme erfolgte. Es handelt sich zumeist um Patienten, für die bereits vor Eintritt in das Modellvorhaben eine reguläre Begutachtung durchgeführt wurde und der Termin für die routinemäßige Wiederholungsbegutachtung dementsprechend nah am Datum des Abschlusses der Rehabilitation lag.

Außerdem stellte sich die Frage, inwieweit eine Gegenüberstellung der Begutachtungsergebnisse im Falle der Rehabilitationsteilnehmer mit der sog. Pflegestufe 0 vertretbar erscheint, da viele von ihnen, wie bereits dargestellt, einen sehr geringfügigen Pflegebedarf aufwiesen. Es war nicht zu erwarten, dass sich der recht hohe Anteil dieser Patienten in ähnlicher Weise in den Daten der regulären Begutachtung wiederfindet. Eine nähere Prüfung des vom MDK Westfalen-Lippe zur Verfügung gestellten Datenmaterials zeigte zwar, dass Personen mit einem Grundpflegebedarf unterhalb von tagesdurchschnittlich 16 Minuten auch hier keinesfalls eine Ausnahme darstellen (ihr Anteil unter den identifizierten Fällen mit der Pflegestufe 0 belief sich auf knapp 40%), doch liegt ihr Anteil immer noch deutlich niedriger als bei den Rehabilitationsteilnehmern (61%). Es erschien somit ratsam, auch diese Personengruppe in der Auswertung nicht zu berücksichtigen.

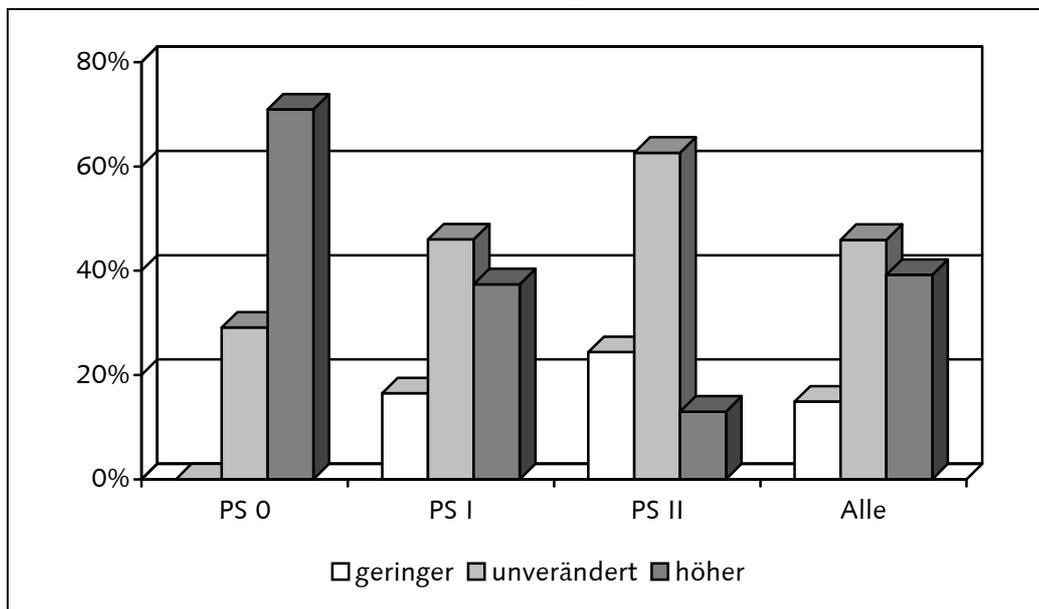
Aufgrund dieser Verfahrensweise ergeben sich Fallzahlen, die von den vorangegangenen Darstellungen abweichen. In die Auswertung einbezogen wurden insgesamt 238 Rehabilitationsteilnehmer sowie 719 Pflegebedürftige, deren Verläufe mit Hilfe der Datenbank des MDK Westfalen-Lippe rekonstruiert werden konnten. Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von Rehabilitationsteilnehmern drückt sich dementsprechend in etwas anderen Werten aus als in den bislang präsentierten Ergebnissen. Dies

erschwert möglicherweise die Nachvollziehbarkeit der Analysen, ist jedoch aus methodischen Gründen unvermeidlich. Es sei auch noch einmal betont, dass es um eine andere Fragestellung geht. Während Kapitel 5 den Verlauf der Pflegebedürftigkeit im Anschluss an die Rehabilitation auf rein deskriptiver Ebene vorstellte, geht es nunmehr um die Frage, inwieweit durch die Rehabilitation der Eintritt von Pflegebedürftigkeit verhindert, Pflegebedürftigkeit reduziert oder einer Verschlimmerung entgegengewirkt werden konnte.

6.3 Verläufe der Pflegebedürftigkeit im Vergleich

Offenbar ist für den Verlauf der Pflegebedürftigkeit generell eine relativ hohe Variabilität kennzeichnend: Von den insgesamt 719 Fällen, die mit der Datenrecherche beim MDK Westfalen-Lippe identifiziert werden konnten, wiesen 45,9% bei der zweiten Begutachtung eine unveränderte Pflegestufe auf, bei 39,2% kam es zu einer Höherstufung und bei immerhin 14,9% zur Zuordnung einer niedrigeren Pflegestufe (mittlerer Abstand zwischen den Begutachtungen: 261 Tage).

Abb. 13: MDK-Begutachtung Kreis Lippe: Pflegestufenveränderungen



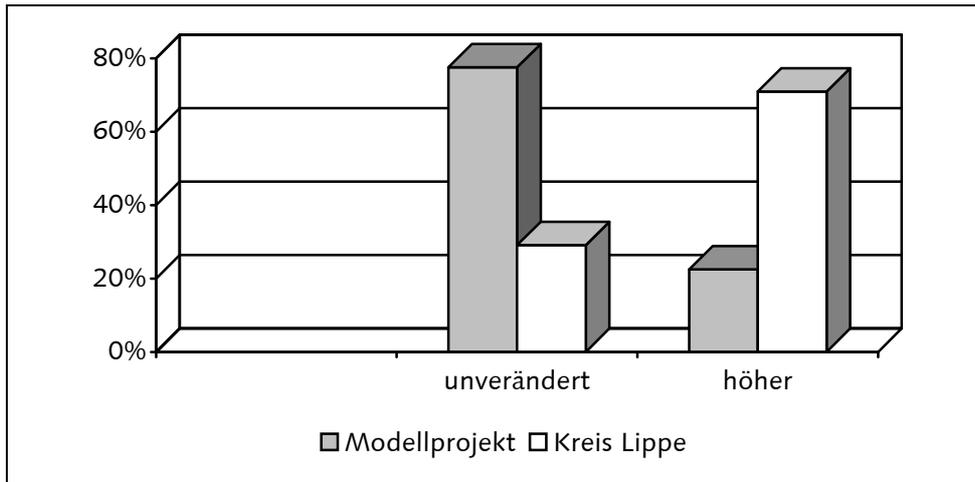
Datenbasis: Begutachtung Kreis Lippe (n = 719)

Dabei stellt sich die Entwicklung je nach Pflegestufe, die zu Beginn des Beobachtungszeitraumes vorlag, sehr unterschiedlich dar. So ist eine Zunahme von Pflegebedürftigkeit insbesondere bei Personen mit der Pflegestufe 0 festzustellen. Etwas moderatere, aber im Gesamtbild ebenfalls von einem Trend zur Erhöhung der Pflegebedürftigkeit gekennzeichnete Entwicklungen ergeben sich im Falle der Pflegestufe I.

Bei Personen mit der Pflegestufe II zeigt sich erstaunlicherweise, dass sich neben den rund 62,6% Pflegebedürftigen mit unveränderter Pflegestufe eine Verringerung der Pflegebedürftigkeit häufiger ergab als eine Zunahme. Die verfügbaren Angaben zu den Erkrankungen (Diagnosegruppen) lassen vermuten, dass es sich ähnlich wie bei einer Reihe von Rehabilitationsteilnehmern um Pflegebedürftige handelt, die nach einem akuten Ereignis (vor allem Fraktur und Schlaganfall) für eine so lange Zeit auf Fremdhilfe angewiesen waren, dass das Kriterium »dauerhafte Pflegebedürftigkeit« erfüllt war, längerfristig jedoch eine deutliche Stärkung der Selbstversorgungsfähigkeiten eingetreten ist.

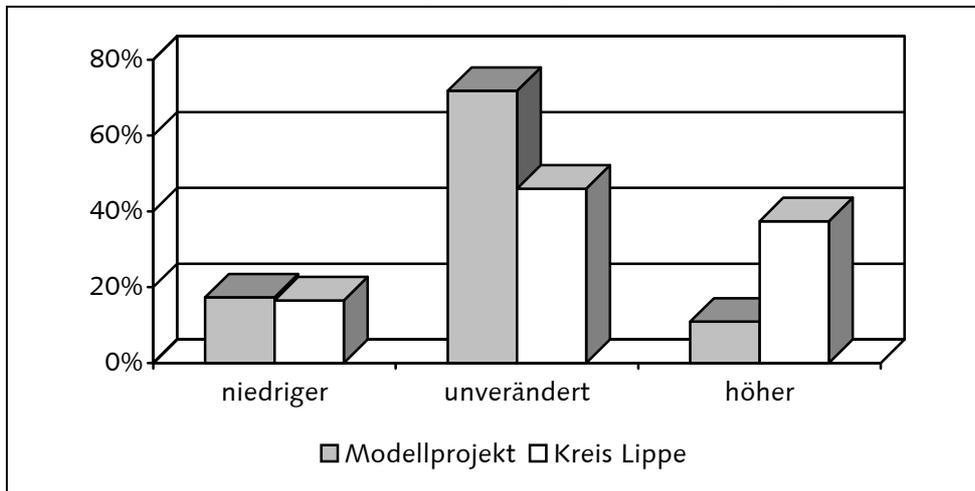
In der folgenden Gegenüberstellung mit den Ergebnissen des Modellvorhabens ist erkennbar, dass die Rehabilitationsteilnehmer einen insgesamt deutlich besseren Verlauf der Pflegebedürftigkeit erwarten konnten als andere Pflegebedürftige. Im Falle der Pflegestufe 0 sind die Unterschiede besonders deutlich ausgeprägt: Während sich hier Verschlechterungen im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme lediglich bei 22,5% der Patienten ergaben, liegt der entsprechende Anteil in der Referenzgruppe bei 70,9%, d.h. um das dreifache höher. In der Tendenz ähnlich fällt der Vergleich bei den Pflegestufe I und II aus. Zwar sind die Unterschiede weniger groß, doch hebt sich der Verlauf der Pflegebedürftigkeit der Rehabilitationsteilnehmer auch hier von anderen Pflegebedürftigen deutlich ab.

Abb. 14: Veränderung der Pflegestufe 0 im Vergleich



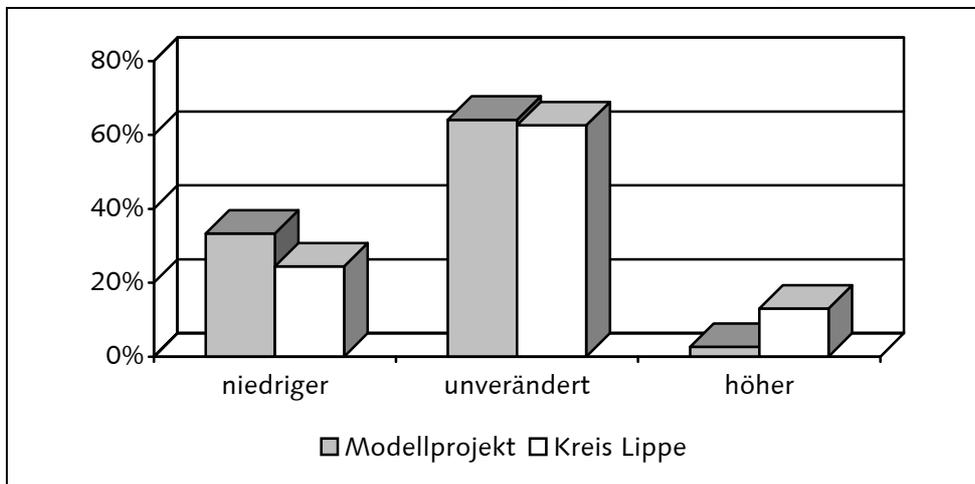
Datenbasis: Begutachtung RvP (n = 89) und Kreis Lippe (n = 134)

Abb. 15: Veränderung der Pflegestufe I im Vergleich



Datenbasis: Begutachtung RvP (n = 110) und Kreis Lippe (n = 454)

Abb. 16: Veränderung der Pflegestufe II im Vergleich



Datenbasis: Begutachtung RvP (n = 39) und Kreis Lippe (n = 131)

Tab. 22: Pflegestufenveränderungen im Vergleich

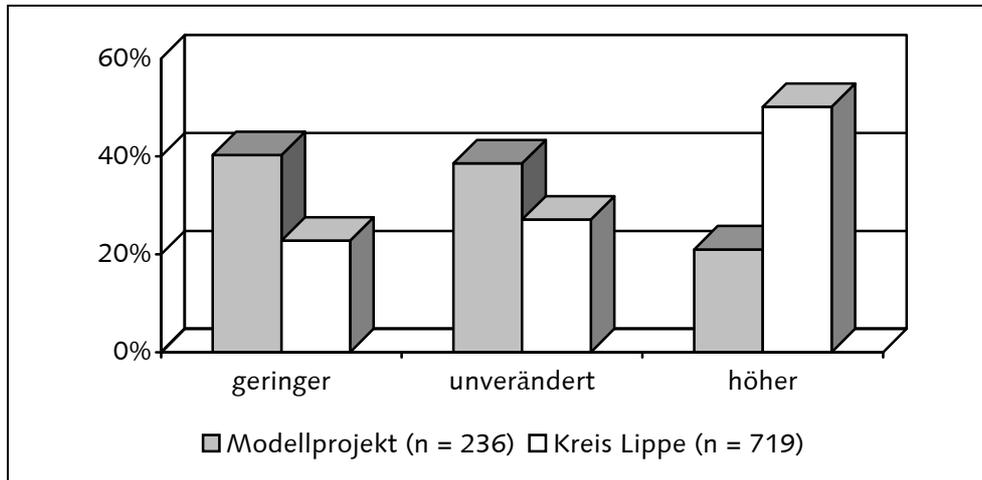
<i>Absolute Zahlen</i>				
	niedriger	unverändert	höher	Zusammen
<i>Insgesamt</i>				
Modellprojekt	32	173	33	238
MDK-Beg. Kreis Lippe	107	330	282	719
<i>Pflegestufe 0</i>				
Modellprojekt	–	69	20	89
MDK-Beg. Kreis Lippe	–	39	95	134
<i>Pflegestufe I</i>				
Modellprojekt	19	79	12	110
MDK-Beg. Kreis Lippe	75	209	170	454
<i>Pflegestufe II</i>				
Modellprojekt	13	25	1	39
MDK-Beg. Kreis Lippe	32	82	17	131
<i>Prozentangaben</i>				
	niedriger	unverändert	höher	Fälle
<i>Insgesamt</i>				
Modellprojekt	13,4	72,7	13,9	238
MDK-Beg. Kreis Lippe	14,9	45,9	39,2	719
<i>Pflegestufe 0</i>				
Modellprojekt	–	77,5	22,5	89
MDK-Beg. Kreis Lippe	–	29,1	70,9	134
<i>Pflegestufe I</i>				
Modellprojekt	17,3	71,8	10,9	110
MDK-Beg. Kreis Lippe	16,5	46,0	37,4	454
<i>Pflegestufe II</i>				
Modellprojekt	33,3	64,1	2,6	39
MDK-Beg. Kreis Lippe	24,4	62,6	13,0	131

Datenbasis: Begutachtung RvP und Kreis Lippe

Auch bei der Gegenüberstellung der Verläufe von Rehabilitationsteilnehmern mit denen von Personen einer Vergleichsgruppe muss berücksichtigt werden, dass die Kriterien für die Zuordnung einer Pflegestufe nur ein sehr grobes und möglicherweise verzerrtes Bild von Veränderungen der Pflegebedürftigkeit erzeugt. Insofern ist es auch in diesem Zusammenhang wichtig, Veränderungen des Unterstützungsbedarfs unabhän-

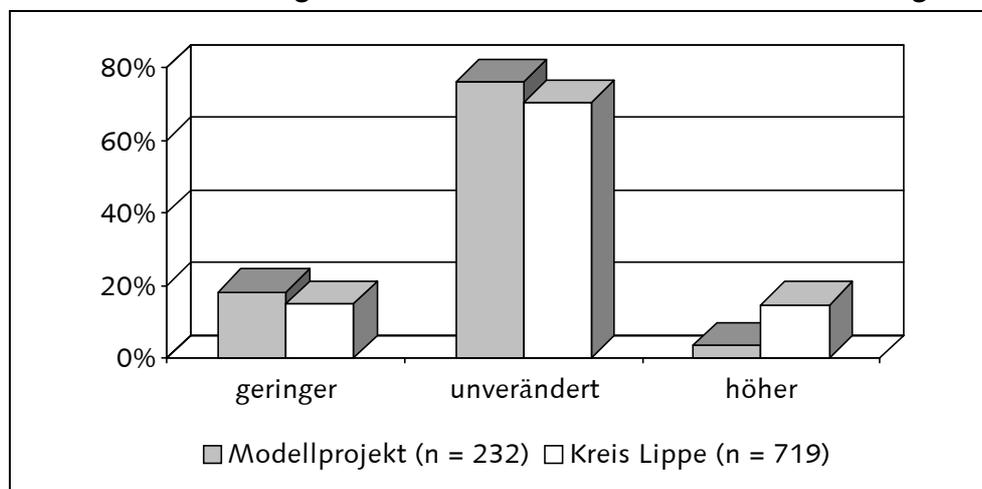
gig von Pflegestufen darzustellen. Dabei wird genauso verfahren wie im vorangegangenen Abschnitt 5: Veränderungen des Zeitbedarfs innerhalb einer Marge von ± 15 Minuten werden als geringfügige Abweichungen interpretiert und mit dem Prädikat »unverändert« versehen. Erst wenn sich darüber hinausgehende Unterschiede ergeben, ist von einem geringeren oder höheren Bedarf die Rede.

Abb. 17: Veränderungen des Grundpflegebedarfs im Vergleich



Der Anteil der Personen, bei denen es im Zeitverlauf zu einer relevanten Verringerung des Pflegebedarfs kam, liegt in der Gruppe der Rehabilitationsteilnehmer mit 40% annähernd doppelt so hoch wie in der Referenzgruppe. Auch der Anteil der Personen mit unverändertem Bedarf fällt mit 38,6% gegenüber 27,1% deutlich höher aus. Einen dementsprechend großen Abstand zeigen die Anteile von Personen, bei denen es zu einem höheren Bedarf gekommen ist: Er lag in der Vergleichsgruppe mit 50,1% mehr als doppelt so hoch wie unter den Rehabilitationsteilnehmern (21,2%).

Abb. 18: Veränderungen des hauswirtschaftlichen Bedarfs im Vergleich



Wie ersichtlich, fallen die Differenzen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung wesentlich geringer aus. Zwar kam es hier in der Vergleichsgruppe ebenfalls deutlich häufiger zu einem höheren Unterstützungsbedarf als bei den Rehabilitationsteilnehmern (14,7% gegenüber 3,4%), doch scheint der hauswirtschaftliche Bedarf generell eine weit geringere Variabilität aufzuweisen als der Grundpflegebedarf.

6.4 Zur Frage der Vergleichbarkeit

Welche Schlussfolgerungen aus dieser Gegenüberstellung gezogen werden können, hängt entscheidend davon ab, ob es sich bei den beiden Personengruppen tatsächlich um vergleichbare Samples handelt.

Zunächst einmal stellt sich die Frage, inwieweit die Gruppe der Rehabilitationsteilnehmer und die Referenzgruppe vom Krankheitsspektrum her ähnliche Strukturen aufweisen. Eine genaue Prüfung der Übereinstimmung pflegebegründender Diagnosen (bei der ersten Begutachtung) ist anhand des verfügbaren Datenmaterials allerdings nicht möglich²⁵. Aus diesem Grunde wurde folgendes Verfahren gewählt: Anhand einer nach Krankheitsgruppen differenzierten Analyse der Verläufe von Pflegebedürftigkeit wird zunächst überprüft, bei welchen Krankheitsgruppen sich nennenswerte Abweichungen von den innerhalb der Referenzgruppe im Durchschnitt zu erwartenden Verläufen ergeben. Sofern solche Abweichungen auftreten, ist in einem zweiten Schritt die Frage zu beantworten, ob die betreffenden Erkrankungen in der Gruppe der Rehabilitationsteilnehmer und der Referenzgruppe ungleich vertreten sind²⁶.

Die entsprechenden Auswertungen ergaben, dass die nach Krankheitsgruppen differenzierten Verläufe nur selten von den Durchschnittswerten abweichen. Auffälligkeiten zeigten sich lediglich bei folgenden Diagnosegruppen:

- *Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen*: Diese Gruppe hebt sich im Hinblick auf den Verlauf der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Referenzgruppe positiv ab. Es kam im Zeitverlauf doppelt so häufig wie im Durchschnitt zu einer Verringerung der Pflegestufe, der Anteil der Personen mit höherer Pflegestufe lag deutlich unter dem Durchschnitt. Allerdings entfällt auf diese Teilgruppe lediglich ein Anteil von 6% der Fälle, so dass sie das Gesamtergebnis kaum beeinflusst. Der Anteil weicht in seiner Größenordnung offenbar nur unwesentlich von der Gruppe der Rehabilitationsteilnehmer ab.

²⁵ Der Datenauszug des MDK WL enthielt *eine* pflegebegründende Hauptdiagnose, während die im Rahmen des Modellvorhabens erstellten Gutachten zum Teil *mehrere* Diagnosen auswiesen, unter denen die Hauptdiagnose oftmals nicht eindeutig identifizierbar war.

²⁶ Soweit ersichtlich, ergeben sich Abweichungen bei Krankheiten des Nervensystems, des Kreislaufsystems, des Muskel-/Skelettsystems sowie bei Krebserkrankungen.

- *Krankheiten des Nervensystems*: Die hiervon betroffenen Personen haben nach den vorliegenden Daten eine schlechtere Entwicklung zu erwarten als der Durchschnitt. Sie sind allerdings in der Referenzgruppe mit 2,5% schwächer vertreten als unter den Rehabilitationsteilnehmern.
- *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*: Auch diese Gruppe zeigt einen vom Durchschnitt abweichenden Verlauf. Bei 78% kam es zu keiner Veränderung der Pflegestufe, bei 22% zu einer höheren. Die Personengruppe macht mit 2,5% einen sehr geringen Anteil der Referenzgruppe aus, so dass auch diese Abweichung wenig ins Gewicht fällt. Entsprechende pflegebegründende Diagnosen waren bei den Rehabilitationsteilnehmern etwas häufiger festzustellen.
- *Krebserkrankungen*: Krebskranke zeigen einen im Gesamtbild schlechten Verlauf der Pflegebedürftigkeit. Zwar liegt der Anteil der Fälle mit niedrigerer Pflegestufe bei 17% und damit leicht über dem Durchschnitt, keine Veränderung hingegen ergab sich lediglich bei 24,5%, während bei 58,5% eine höhere Pflegestufe zu verzeichnen war. Es handelt sich um Diagnosen, auf die in der Referenzgruppe mit 7% ein deutlich größerer Anteil als bei den Rehabilitationsteilnehmern (rund 2%) entfällt.

Alle übrigen Krankheitsgruppen zeigen Werte, die recht nahe am Durchschnitt liegen. Auffälligkeiten zeigen somit jene Gruppen, auf die jeweils nur ein verhältnismäßig geringer Anteil der insgesamt 719 Personen entfällt (zusammengenommen 18%). Die Richtung der Abweichung ist unterschiedlich, zum Teil sind bessere, zum Teil schlechtere Verläufe zu verzeichnen. Im Hinblick auf den Vergleich mit den Rehabilitationsteilnehmern verdient in erster Linie die Gruppe der Krebskranken Aufmerksamkeit: Zum einen kam es bei ihnen zu vergleichsweise ungünstigen Verläufen, zum anderen waren Krebserkrankungen im Modellvorhaben deutlich seltener zu beobachten. Da diese Personengruppe jedoch lediglich einen Anteil von 7% ausmacht, fallen diese Besonderheiten im Gesamtbild kaum ins Gewicht.

Resümierend lässt sich insofern feststellen, dass die relativ besseren Verläufe bei den Rehabilitationsteilnehmern nicht mit der zum Teil abweichenden Struktur der pflegebegründenden Diagnosen erklärt werden kann.

Abgesehen vom Krankheitsspektrum könnte es weitere Merkmale geben, die in den beiden Gruppen ungleich ausgeprägt waren und Einfluss auf die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit ausübten. Hierzu gehören insbesondere das Alter, der Umfang des Unterstützungsbedarfs und die Beobachtungsdauer. Die folgende Tabelle enthält nach Pflegestufen aufgeschlüsselte Angaben zu diesen Parametern, anhand derer sich die Vergleichbarkeit näher beurteilen lässt:

Tab. 23: Ausgewählte Merkmale der Rehabilitationsteilnehmer und der Vergleichsgruppe

<i>Pflegestufe II</i>	Modellprojekt	Kreis Lippe
Mittlere Beobachtungsdauer ¹⁾	173	231
Durchschnittsalter	71,6	78,7
Mittlerer Pflegebedarf ²⁾	145,6	150,5
Mittlerer hausw. Bedarf ²⁾	62,1	55,1
<i>Pflegestufe I</i>		
<i>Pflegestufe I</i>	Modellprojekt	Kreis Lippe
Mittlere Beobachtungsdauer	163	248
Durchschnittsalter	73,2	78,8
Mittlerer Pflegebedarf	71,5	69,0
Mittlerer hausw. Bedarf	53,7	60,7
<i>Pflegestufe 0</i>		
<i>Pflegestufe 0</i>	Modellprojekt	Kreis Lippe
Mittlere Beobachtungsdauer	168	279
Durchschnittsalter	75,7	76,4
Mittlerer Pflegebedarf	26,6	28,5
Mittlerer hausw. Bedarf	45,1	57,3
¹⁾ Zwischen Rehabilitationsabschluss und zweiter Begutachtung (Modellprojekt) bzw. zwischen erster und zweiter Begutachtung (Vergleichsgruppe). ²⁾ Jeweils bei der ersten Begutachtung, in Minuten.		

Pflegestufe II

Rehabilitationsteilnehmer mit der Pflegestufe II waren im Durchschnitt sieben Jahre jünger als entsprechend eingestufte Personen aus der Vergleichsgruppe. Der mittlere notwendige Pflegezeitaufwand weicht ebenso wie der hauswirtschaftliche Bedarf in den beiden Gruppen nur unwesentlich voneinander ab. Einen deutlichen Unterschied zeigen jedoch die Mittelwerte der Beobachtungsdauer, sie liegt bei der Referenzgruppe um rund zwei Monate höher als bei den Rehabilitationsteilnehmern.

Pflegestufe I

In Bezug auf den pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bedarf lässt sich im Falle der Pflegestufe I ähnliches feststellen wie bei Personen mit der Pflegestufe II: Es treten hier nur geringfügige Unterschiede auf. Erneut zeigt sich jedoch eine Abweichung der mittleren Beobachtungsdauer, die mit 248 Tagen bei der Referenzgruppe erneut deutlich höher lag als bei den Rehabilitationsteilnehmern.

Pflegestufe 0

Geringfügig Pflegebedürftige weichen in den Merkmalen Durchschnittsalter und mittlerer Pflegebedarf nur unmerklich voneinander ab. Der hauswirtschaftliche Bedarf liegt bei Rehabilitationsteilnehmern um rund 12 Minuten im Tagesdurchschnitt niedriger. Die Unterschiede der mittleren Beobachtungsdauer sind im Falle der Pflegestufe 0 am stärksten ausgeprägt. Auch hier weisen die Rehabilitationsteilnehmer einen niedrigeren Mittelwert auf als die Vergleichsgruppe.

Zusammenfassend ist somit festzustellen: Während die Werte zum Unterstützungsbedarf zumeist kaum voneinander abweichen, zeigt sich im Hinblick auf das Alter bei den Pflegestufen I und II, dass die Rehabilitationsteilnehmer im Durchschnitt etwas jünger waren als die Personen aus der Referenzgruppe. Vor allem aber – dies gilt für alle Pflegestufen – liegt der Beobachtungszeitraum bei der Referenzgruppe deutlich höher. Hier drängt sich die Frage auf, inwieweit dieser Umstand für die »besseren« Ergebnisse bei den Rehabilitationsteilnehmern verantwortlich gemacht werden kann. Nach den einführenden Darlegungen in Kapitel 5 wäre davon auszugehen, dass Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf tendenziell zunimmt. Zwar ergab die Langzeitbeobachtung der Rehabilitationsteilnehmer (Kapitel 5.5) keine Anhaltspunkte für eine Kumulation gesteigerter Pflegebedürftigkeit im Anschluss an die zweite Begutachtung, doch besitzt diese Feststellung aus den schon dargelegten Gründen wenig Aussagekraft. Andererseits stellt sich die Frage, ob einschneidende Zunahmen der Pflegebedürftigkeit innerhalb der zwei bis vier Monate angenommen werden können, um die die Beobachtungsdauer bei der Referenzgruppe abweicht.

Diese Frage lässt sich anhand des Datenmaterials prüfen. Zu diesem Zweck wurden die Daten der Referenzgruppe um Fälle mit besonders großem Zeitabstand zwischen den beiden Begutachtungen bereinigt, indem eine zeitliche Begrenzung so definiert wurde, dass sich mit der Gruppe der Rehabilitationsteilnehmer identische mittlere Zeitabstände ergaben. Das Resultat der Prüfung zeigt, dass die abweichende Beobachtungsdauer die Unterschiede zwischen den Verläufen in beiden Gruppen nicht zu erklären vermag: Die prozentualen Anteile von Personen aus dem Kreis Lippe mit niedrigerer, unveränderter bzw. höherer Pflegestufe blieben weitestgehend stabil.

Tab. 24: Pflegestufenveränderungen in der Referenzgruppe nach Beobachtungsdauer

	Beob.dauer (in Tagen)	Veränderung der Pflegestufe			Fälle
		niedriger	unverändert	höher	
Pflegestufe 0	168	–	24,0	76,0	75
	279	–	29,1	70,9	134
Pflegestufe I	163	20,8	45,8	33,5	236
	248	16,5	46,0	37,4	454
Pflegestufe II	173	22,2	66,7	11,1	90
	231	24,4	62,6	13,0	131

Datenbasis: Begutachtung Kreis Lippe

Die verfügbaren Daten geben somit keine Hinweise darauf, dass Unterschiede in der Beobachtungsdauer die Vergleichbarkeit in Frage stellen. Der noch verbleibende Unsicherheitsfaktor ist die Altersstruktur, zumindest im Falle der Pflegestufen I und II. Deren Abweichung erscheint allerdings zu schwach ausgeprägt, um die zum Teil doch recht beträchtlichen Unterschiede in den Verläufen der Pflegebedürftigkeit erklären zu können. Zudem ist sie gerade dort, wo die Verläufe besonders stark differieren (Pflegestufe 0), vernachlässigenswert gering.

Es gibt jedoch einen anderen Faktor, der für unterschiedliche Selektionseffekte gesorgt haben könnte – einen Faktor, der sich in den Daten nicht unmittelbar niederschlägt. Er betrifft das Antragsverhalten von Personen, die nicht leistungsberechtigt im Sinne des SGB XI sind, und könnte die besonders krasse Abweichung der Verläufe dieser Personengruppen zumindest mitverursacht haben. Es wäre denkbar, dass sich Personen, die sich bereits einer Begutachtung unterzogen haben, ohne als mindestens »erheblich pflegebedürftig« eingestuft worden zu sein, zum Teil erst dann einen neuen Antrag auf Leistungen stellen, wenn sich aufgrund einer deutlich erhöhten Pflegeabhängigkeit bessere Aussichten auf eine Anerkennung ergeben. Der Automatismus der Wiederholungsbegutachtungen von Pflegebedürftigen in Sinne des SGB XI (mindestens Pflegestufe I) kommt hier nicht in vergleichbarer Weise zum Tragen. Sollte diese Vermutung zutreffen, so wären aufgrund des methodischen Vorgehens bei der Rekonstruktion von Verläufen anhand der Datenbank des MDK Westfalen-Lippe gerade jene Personen systematisch ausgeschlossen worden, bei denen keine gravierende Veränderung der Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

Insofern könnten die Verläufe von Personen mit der Pflegestufe 0 im Gesamtbild günstiger ausfallen als es die mit Hilfe des MDK-Datenauszugs ermittelten Ergebnisse nahe legen. Wie stark die durch die Datenselektion verursachte Verzerrung ausgeprägt ist, lässt sich allerdings nicht angeben.

6.5 Fazit

Die vergleichende Datenauswertung hat gezeigt, dass die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von Rehabilitationsteilnehmern von den Verläufen bei Personen der Referenzgruppe deutlich abwich. Es kam weit häufiger als in der Referenzgruppe zu einer relevanten Verringerung oder Stabilisierung des Zeitbedarfs in der Grundpflege und dementsprechend seltener zu einer Erhöhung. Die Unterschiede drücken sich ebenfalls in Veränderungen der Pflegestufe aus, die im Falle der Rehabilitationsteilnehmer günstiger ausfielen als in der Referenzgruppe. Die stärksten Abweichungen zwischen Pflegestufenveränderungen ergaben sich bei geringfügig Pflegebedürftigen.

Eine nähere Prüfung des Datenmaterials ließ allerdings erkennen, dass die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen zum Teil eingeschränkt ist. Festzuhalten bleibt:

- Bei Personen mit der Pflegestufe I und II (zu Beginn des jeweiligen Beobachtungszeitraums) kann Vergleichbarkeit im Großen und Ganzen unterstellt werden. Es gibt abgesehen von einer moderaten Abweichung des Durchschnittsalters keine Hinweise darauf, dass die im Durchschnitt günstigeren Verläufe der Rehabilitationsteilnehmer auf Variablen zurückzuführen sind, die in den beiden Gruppen ungleichmäßig vertreten sind. Insofern ist mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem positiven Effekt der Rehabilitation auf den Verlauf der Pflegebedürftigkeit auszugehen.
- Bei Personen mit der sog. Pflegestufe 0 hingegen bestehen Zweifel an der Vergleichbarkeit. Möglicherweise waren in der Referenzgruppe jene Personen unterrepräsentiert, bei denen während des Beobachtungszeitraumes keine Erhöhung der Pflegebedürftigkeit in einem Maße eintrat, das zu einer erneuten Begutachtung Anlass gegeben hätte. Es ist zwar nicht anzunehmen, dass ausschließlich dieser Tatbestand die außerordentlich starken Abweichungen in den Verläufen der Pflegebedürftigkeit erklärt, so dass auch hier ein positiver Effekt der Rehabilitation unterstellt werden kann; dieser Effekt dürfte jedoch weniger stark ausgeprägt sein als es die ermittelten Zahlen vermuten lassen.

Im Gesamtbild können die Ergebnisse des Modellvorhabens somit als Bestätigung der Hypothese interpretiert werden, dass Rehabilitationsmaßnahmen zumindest auf mittlere Sicht ein geeignetes Mittel darstellen, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit zu verhindern, Pflegebedürftigkeit zu verringern oder einer Zunahme von Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Es bedarf allerdings weitergehender Forschung, um die Effekte von Rehabilitationsmaßnahmen verlässlicher als in der vorliegenden Studie quantifizieren zu können.

Zusammenfassung

Das im nordrhein-westfälischen Landkreis Lippe durchgeführte Modellvorhaben »Reha vor Pflege« (RvP) sollte durch die Entwicklung geeigneter Versorgungsangebote sowie verbesserter Formen der Kooperation und Vernetzung Wege aufzeigen, wie dem Grundsatz des Vorrangs von Rehabilitation im Versorgungsalltag besser Rechnung getragen werden kann. Das Vorhaben sollte den Nachweis erbringen, dass es mit wohnortnaher ambulanter Rehabilitation als Teil eines regionalen Versorgungsnetzwerkes möglich ist, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu vermindern und einem progressiven Verlauf vorzubeugen. Die wissenschaftlichen Begleitung durch das Institut für Pflegewissenschaft übernahm hierbei die Aufgabe, zu überprüfen, inwieweit das Modellvorhaben tatsächlich seine Zielgruppe erreicht hat und sich Effekte der Rehabilitationsmaßnahmen auf die Pflegebedürftigkeit und deren Verlauf nachweisen lassen. Darüber hinaus sollte das für Koordinationsaufgaben und die Begleitung der Rehabilitationsteilnehmer vorgesehene Case Management dokumentiert und eingeschätzt werden.

Das Rehabilitationsangebot wurde von drei verschiedenen Einrichtungen an zwei Standorten getragen. An beiden Standorten wurden im Laufe des Modellvorhabens ambulante, mobil-ambulante und teilstationäre Rehabilitationsangebote aufgebaut.

Die *Etablierung des Leistungsangebotes* erforderte eine längere, von intensiver Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit gekennzeichnete Implementationsphase. Abgesehen von den am Modell beteiligten Einrichtungen und den Patienten gab es zwei Akteursgruppen, deren Handeln maßgeblich über Art und Umfang des Zugangs zum Leistungsangebot entschied. Zum einen handelt es sich dabei um die niedergelassenen Ärzte, die entweder von sich aus oder auf Anfrage des Patienten eine entsprechende Beratung und Prüfung der Indikation vornahmen. Kaum weniger von Bedeutung waren jene Akteure, die zwar keine Patienten zuweisen, aber indirekt Wege zum Leistungsangebot bahnen können. Für die Umsetzung des Grundsatzes »Reha vor Pflege« ist es nach den Erfahrungen mit dem Modellvorhaben erforderlich, dass nicht nur niedergelassene Ärzte, sondern alle für Fragen der pflegerischen Versorgung relevanten Stellen eine stärkere Sensibilität gegenüber gesundheitlichen Problemlagen entwickeln, zu deren Lösung eine Rehabilitation beitragen kann – und über Information und Beratung Prozesse initiieren, in deren Verlauf der individuelle Bedarf, die Voraussetzungen und die Möglichkeiten einer Rehabilitation näher geprüft werden.

Das von drei Mitarbeiterinnen getragene *Case Management* hatte in diesem Zusammenhang ebenfalls einen wichtigen Stellenwert. In allen Phasen der Rehabilitation, vom Erstkontakt bis zum Abschluss, fungierte die Case Managerin als zentrale Ansprechpartnerin des Patienten und Kontaktstelle der beteiligten Akteure. Ihr Tätigkeitsfeld umfasste Information, Beratung, Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs, Vermittlung/Mobilisierung von Leistungen anderer Stellen, Koordinations- und Steuerungsaufgaben, die Prüfung der Zugangsvoraussetzungen und die Regelung der notwendigen Formalitäten und organisatorischen Belange für eine Auf-

nahme der Patienten. Schließlich übernahm das Case Management die Aufgabe, mit Kostenträgern, Leistungsanbietern oder anderen Stellen, die im Anschluss an die Rehabilitation involviert waren oder werden sollten, notwendige Abstimmungen vorzunehmen.

Dem Case Management kam im Modellvorhaben eine zentrale Rolle zu, insbesondere bei der Etablierung des Leistungsangebotes und der Begleitung der Patienten. Außerdem ist zu vermuten, dass die bei vielen Patienten erreichten Rehabilitationserfolge zum Teil auch der Verbesserung und Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation durch das Case Management zu verdanken war. In einer Reihe von Fällen gelang es, Versorgungsdefizite abzubauen und bedarfsgerechte, aufeinander abgestimmte Hilfen zu vermitteln. Das Case Management hat die Gestaltung, den Verlauf und die Ergebnisse des Modellvorhabens entscheidend mitgeprägt.

Die übergroße Mehrheit der Rehabilitationsteilnehmer lebte in einem *Privathaushalt*, lediglich 13% stammten aus stationären Einrichtungen oder Altenwohnungen. Das Durchschnittsalter belief sich auf 74,7 Jahre. Eine nähere Betrachtung der Altersstruktur zeigte, dass die Rehabilitation vor allem von Patienten im Alter von 70 bis 86 Jahren genutzt wurde (69,1% aller im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung berücksichtigten Personen). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt waren die Patienten damit *vergleichsweise jung*.

Abgesehen von den beiden Modellstandorten wurde vor allem dort eine Nachfrage nach Rehabilitationsmaßnahmen wirksam, wo sog. mobile Stützpunkte vorhanden waren. Dies und verschiedene andere Befunde unterstreichen die *Bedeutung wohnortnaher Rehabilitationsangebote* für Personen, die pflegebedürftig sind oder Erkrankungen und Dispositionen aufweisen, die ein erhöhtes Risiko der Pflegebedürftigkeit bergen. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung eines Versorgungsangebotes, das geeignete Voraussetzungen zur Realisierung des Grundsatzes »Rehabilitation vor Pflege« herstellen will, verdienen daher mobil-ambulante Rehabilitationsformen besondere Aufmerksamkeit.

Als ein hervorstechendes Kennzeichen des *Krankheitsspektrums* erwies sich Multimorbidität mit durchschnittlich 3,4 Diagnosen pro Teilnehmer. Bei rund 43% sind vier oder mehr Diagnosen dokumentiert. Die mit Abstand häufigsten Diagnosen umfassen Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (71,2%) und Erkrankungen des Kreislaufsystems (73,8%), einschließlich Schlaganfall (29,1%). Darüber hinaus kann eine ausgeprägte *Schmerzsymptomatik* als charakteristisches Merkmal gelten. Die Ergebnisse von Messungen anhand einer visuellen Analogskala lassen erkennen, dass die übergroße Mehrheit der Patienten unter starken bis sehr starken Schmerzen litt.

Entsprechend der Aufnahmekriterien waren Patienten mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen im Modellvorhaben nicht vertreten. Geringfügige *kognitive Einbußen* bildeten allerdings keinen Ausschlussgrund. Die erhobenen Daten lassen erkennen, dass ein durchaus nicht unerheblicher Anteil der Patienten kognitive Einbußen aufwies (schätzungsweise 25%). Der Anteil der Rehabilitationsteilnehmer mit

Orientierungseinschränkungen belief sich auf insgesamt rund 10%. In den allermeisten Fällen handelte es sich jedoch um geringe oder mäßige Beeinträchtigungen.

Die *Pflegebedürftigkeit der Rehabilitationsteilnehmer* war vergleichsweise gering ausgeprägt. 219 bzw. rund 40% der 554 Patienten, über die entsprechende Angaben vorliegen, wiesen einen Hilfebedarf auf, der nach den Vorgaben des SGB XI einen Leistungsanspruch im Rahmen der Pflegeversicherung begründete (Pflegestufe I: 28,5%, Pflegestufe II: 10,8%). Dementsprechend bestand bei der Mehrheit der Patienten ein Bedarf unterhalb des Schwellenwertes zur Pflegestufe I.

Der *Grundpflegebedarf* (tagesdurchschnittlicher Zeitaufwand für notwendige Hilfen im Bereich der Ernährung, Körperpflege und Mobilität) lag bei gut der Hälfte der Patienten nicht höher als 30 Minuten, bei rund 37% sogar bei maximal einer viertel Stunde. Bei der zuletzt genannten Gruppe handelt es sich ganz überwiegend um Patienten, die unter chronisch-degenerativen Veränderungen des Stütz- und Bewegungsapparates litten, insbesondere unter Arthrosen und Wirbelsäulenerkrankungen (77% der Patienten mit einem Pflegebedarf unterhalb von 16 Minuten). An zweiter Stelle, allerdings mit großem Abstand, stehen Schlaganfallpatienten (12,2%). Andere Erkrankungen waren unter den Patienten mit einem sehr geringen Pflegebedarf nur vereinzelt vertreten. Im Gesamtbild erscheint es somit berechtigt, trotz eines auffällig geringen Unterstützungsbedarfs im Sinne des SGB XI von einem erhöhten Risiko der Pflegebedürftigkeit zu sprechen.

Zur Beschreibung von *kurzfristigen Rehabilitationseffekten* standen zwei Parameter zur Verfügung, zum einen die Einschätzung der behandelnden Ärzte, inwieweit Rehabilitationsziele im Einzelfall erreicht werden konnten, zum anderen die Einschätzung der Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen. Nach den vorliegenden Angaben standen die Förderung der Mobilität sowie die Schmerzlinderung eindeutig im Vordergrund der Rehabilitation. Nach ärztlicher Einschätzung war in 80 bis 90% der Fälle ein Rehabilitationserfolg zu verzeichnen, auch wenn die jeweils formulierten Ziele nicht immer vollständig erreicht werden konnten. Recht gute Ergebnisse zeigten sich u.a. im Bereich der Bewältigung psychischer Probleme. Soweit ersichtlich, ging es in diesen Fällen vielfach um misslungene Krankheitsbewältigung und Belastungen infolge einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik. Weniger gute Ergebnisse ergaben sich bei der Förderung kognitiver Leistungsfähigkeit und der Körpermotorik. Gemessen an der zu Beginn und zum Abschluss der Rehabilitation eingeschätzten Selbstständigkeit bei ausgewählten Verrichtungen traten die günstigsten Effekte im Bereich der Mobilität auf. Der Anteil der Patienten, bei denen sich hier Verbesserungen ergaben, lag deutlich höher als bei anderen Verrichtungen.

Bei insgesamt 85 bzw. 15,4% der Patienten kam es während der Rehabilitationsmaßnahme zu einem akuten Krankheitsereignis, einem Unfall oder einer medizinischen Intervention außerhalb des Rehabilitationsprogramms. Zwei weitere Patienten verstarben während der Maßnahmen. Nur selten handelte es sich um ein so schwerwiegendes Ereignis, dass die Rehabilitation abgebrochen werden musste. In den meisten Fällen einer vorzeitigen Beendigung waren andere Gründe ausschlaggebend. Abbrü-

che erfolgten bei insgesamt 6,2% der von der wissenschaftlichen Begleitung erfassten Patienten, im Durchschnitt nach 6,9 Behandlungstagen.

Zur *Beschreibung des Verlaufs der Pflegebedürftigkeit* im Anschluss an die Rehabilitation standen Daten über insgesamt 441 Patienten zur Verfügung. Der mittlere Zeitraum zwischen Abschluss der Rehabilitation und der entsprechenden Begutachtung belief sich auf 160 Tage. Innerhalb dieses Zeitraumes kam es bei 35 Patienten (7,9%) zu einer Veränderung des Hilfebedarfs in einem Umfang, der zur Zuordnung einer niedrigeren Pflegestufe führte. Die Anzahl der Patienten mit einer höheren Pflegestufe lag nahezu ebenso hoch (34 Fälle bzw. 7,7%). Die Ergebnisse im Einzelnen:

- Bei Patienten, denen vor Beginn der Rehabilitation die sog. Pflegestufe 0 zugeordnet wurde, kam es ganz überwiegend zu keiner Veränderung. Nur 7,4% entwickelten einen Hilfebedarf, der einen Leistungsanspruch nach dem SGB XI begründete.
- Bei Rehabilitationsteilnehmern mit der Pflegestufe I verringerte sich die Pflegebedürftigkeit bei 18,6% so weit, dass der zeitliche Schwellenwert für die Anerkennung der Pflegestufe I unterschritten wurde. Der Anteil der Patienten mit einer höheren Pflegestufe lag mit 10,2% niedriger.
- Auffällige Zahlen zeigten sich bei Patienten mit der Pflegestufe II. Hier wurde bei jedem dritten Patienten eine niedrigere Pflegestufe (I) ermittelt. Eine höhere Einstufung erfolgte lediglich in einem Fall.

Im Bereich des *grundpflegerischen Bedarfs* kam es fast bei jedem vierten Patienten zu einer spürbaren Reduzierung des notwendigen Zeitaufwandes (um mehr als 15 Minuten im Tagesdurchschnitt, im Durchschnitt um 34,2 Minuten). Der Anteil der Patienten mit erhöhtem Unterstützungsbedarf lag deutlich niedriger bei 13,7%; dabei fiel der durchschnittliche Anstieg mit 45,1 Minuten vergleichsweise hoch aus. Keine Veränderungen waren bei 63,4% festzustellen.

Abgesehen von der großen Patientengruppe mit einem geringfügigen Bedarfs unterhalb von 16 Minuten existiert eine recht hohe Variabilität in der Entwicklung des Pflegezeitbedarfs: Bei den übrigen Patienten lag der Anteil der Personen mit unverändertem Pflegebedarf unter 50% (Gesamtgruppe: 63,4%). In fünf von insgesamt zehn nach Umfang des Bedarfs unterteilten Gruppen war der Anteil der Personen mit einem deutlich geringeren Pflegebedarf ebenso hoch oder sogar höher als der Anteil der Patienten, bei denen sich keine Veränderungen ergeben hatten. Insofern fielen die Verläufe der Pflegebedürftigkeit günstiger aus als es die Zahlen über die Gesamtgruppe der Patienten vermuten lassen.

Zur *Einschätzung von langfristigen Verläufen* standen Ergebnisse einer dritten Begutachtung von insgesamt 53 Patienten zu Verfügung, die im Durchschnitt 401 Tage nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde. Für sich genommen deuten sie auf eine gewisse Stabilität der Pflegebedürftigkeit hin, die sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation ermittelt wurde. Allerdings sind verlässliche

Aussagen aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht möglich. Zudem handelte es sich nicht um eine für das Modellvorhaben repräsentative Gruppe.

Die Frage, inwieweit die Rehabilitation tatsächlich den Verlauf der Pflegebedürftigkeit beeinflusst hat, konnte auf zwei Wegen näher untersucht werden:

Einige *Hinweise auf Gründe für die Erhöhung oder Verringerung der Pflegestufe* lassen sich den MDK-Gutachten entnehmen. So führten die Gutachter in der Mehrheit der Fälle, in denen sich eine Verringerung der Pflegestufe ergab, diese auf einen Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme zurück. Ebenso gaben die Gutachten Hinweise auf Ursachen einer Erhöhung der Pflegestufe. Bei neun (von insgesamt 34) Patienten war sie einem nach der Rehabilitation eingetretenen akuten Ereignis geschuldet, zumeist einem Schlaganfall oder einer schwerwiegenden Fraktur. In acht Fällen wurde eine Progredienz der zugrunde liegenden Erkrankung (z.B. Morbus Parkinson oder chronische Polyarthrit) angegeben. Bei fünf Patienten fanden sich Hinweise auf zunehmende Altersgebrechlichkeit bzw. einen allgemeinen körperlichen Abbau, und schließlich wurde der erhöhte Hilfebedarf in sechs Fällen mit dem Auftreten bzw. einer Verstärkung von Hirnleistungsstörungen in Verbindung gebracht.

Nähere Einschätzungen ermöglichte ein *Vergleich mit Daten aus der regulären Begutachtung* durch den Medizinischen Dienst in der Modellregion. Um die Daten sinnvoll gegenüberstellen zu können, musste allerdings ein Teil der behandelten Patienten unberücksichtigt bleiben.

Danach konnten die Rehabilitationsteilnehmer einen insgesamt deutlich besseren Verlauf der Pflegebedürftigkeit erwarten als andere Pflegebedürftige:

- Der Anteil der Personen, bei denen es im Zeitverlauf zu einer relevanten Verringerung des *Pflegezeitbedarfs* kam, lag in der Gruppe der Rehabilitationsteilnehmer mit 40% annähernd doppelt so hoch wie in der Referenzgruppe.
- Auch der Anteil der Personen mit unverändertem Bedarf fiel mit 38,6% gegenüber 27,1% höher aus.
- Einen entsprechend großen Unterschied zeigten die Anteile von Personen mit einem höheren Bedarf: Er lag in der Vergleichsgruppe mit 50,1% mehr als doppelt so hoch wie unter den Rehabilitationsteilnehmern (21,2%).

Diese Unterschiede spiegelten sich auch in *Veränderungen der Pflegestufe* wider. Im Falle der Pflegestufe 0 waren sie besonders auffällig: Während sich hier Verschlechterungen im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme bei lediglich 22,5% der Patienten ergaben, lag der entsprechende Anteil in der Referenzgruppe bei 70,9%, d.h. um das dreifache höher. In der Tendenz ähnlich fiel der Vergleich bei den Pflegestufe I und II aus. Zwar waren die Unterschiede nicht so stark ausgeprägt, doch hob sich der Verlauf der Pflegebedürftigkeit der Rehabilitationsteilnehmer auch hier von anderen Pflegebedürftigen deutlich ab.

Eine nähere Prüfung des Datenmaterials ließ allerdings erkennen, dass die *Vergleichbarkeit der beiden Gruppen* zum Teil eingeschränkt ist. Während bei Personen mit den

Pflegestufen I und II (zu Beginn des jeweiligen Beobachtungszeitraums) Vergleichbarkeit im Großen und Ganzen unterstellt werden kann und mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem positiven Effekt der Rehabilitation auf den Verlauf der Pflegebedürftigkeit auszugehen ist, bestehen bei Personen mit der sog. Pflegestufe 0 Zweifel. Möglicherweise waren in der Referenzgruppe jene Personen unterrepräsentiert, bei denen während des Beobachtungszeitraumes keine Erhöhung der Pflegebedürftigkeit in einem Maße eintrat, das zu einer erneuten Begutachtung Anlass gegeben hätte. Es ist nicht anzunehmen, dass ausschließlich dieser Tatbestand die starken Abweichungen in den Verläufen der Pflegebedürftigkeit erklärt, so dass auch hier ein positiver Effekt der Rehabilitation unterstellt werden kann; der Effekt dürfte jedoch weniger stark ausgeprägt gewesen sein als es die ermittelten Zahlen vermuten lassen.

Im Gesamtbild zeigen die Ergebnisse des Modellvorhabens, dass Rehabilitationsmaßnahmen ein geeignetes Mittel darstellen, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit zu verhindern, Pflegebedürftigkeit zu verringern oder einer Zunahme entgegenzuwirken. Erreicht wurden in erster Linie Personen, bei denen Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI noch nicht eingetreten war bzw. einzutreten drohte. Gemessen an der Struktur der Patientengruppe und im Blick auf die Verläufe der Pflegebedürftigkeit lässt sich feststellen, dass der Erfolg des Modellvorhabens vor allem in der Abwendung drohender Pflegebedürftigkeit sowie einer Stabilisierung der Selbstständigkeit bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit zu sehen ist.

Literatur

- Bartholomeyczik, S./Ulmer, E./Linhart, M./Schumann, G./Tuschen, P. (1998): Analyse des Bedarfs an häuslicher und stationärer Pflege nach SGB XI - Auswertungen von Begutachtungsdaten des MDK in Hessen. In: Steppe, H./Ulmer, E./Saller, R./Tuschen, P./Weinand, B. (Hg.): Pflegebegutachtung - besser als ihr Ruf? Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 65-105
- Bickel, H. (2000): Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. Gesundheitswesen 62, Nr. 4, S. 211-218
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. BT-Drucksache 14/8822
- Braubach, M. (2003): Wohnumwelt und Pflegebedürftigkeit im Alter. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (P03-119). Bielefeld: IPW
- Corbin, J.M./Strauss, A.L. (1988): Unending work and care. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Crummette, B.D./Boatwright, D.N. (1991): Case management in inpatient pediatric nursing. Pediatric Nursing 17, Nr. 5, S. 469-473
- Deck, R./Heinrichs, K./Koch, H./Kohlmann, T./Mittag, O./Peschel, U./Ratschko, K.H./Welk, H./Zimmermann, M. (2000): »Schnittstellenprobleme« in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. Gesundheitswesen 62, Nr. 8/9, S. 431-436
- Dunkelberg, S./Lachmann, A./van den Bussche, H./Müller, K. (2002): Was denken Hausärzte aus den neuen und alten Bundesländern über Rehabilitation? Gesundheitswesen 64, Nr. 6, S. 369-374
- Ewers, M. (2000): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber, S. 53-90
- Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health (P96-208) am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin: WZB
- Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber
- Galski, T./Bruno, R.L./Zorowitz, R./Walker, J. (1993): Predicting length of stay, functional outcome and aftercare in the rehabilitation of stroke patients. The dominant role of higher-order cognition. Stroke 24, Nr. 12, S. 1794-1800
- Hildebrand, H.-T. (1998): Geriatrische Behandlung zur Minderung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Prävention 21, Nr. 4, S. 127-128
- Hoberg, R./Meschenmoser, E.-M. (1995): Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg. Blätter der Wohlfahrtspflege 142, Nr. 7/8, S. 161-163

- Kühnert, S. (1996): Rehabilitation vor Pflege: Realisierungsmöglichkeiten und Umsetzungserfordernisse geriatrischer Rehabilitation. In: Schott, T./Badura, B./Schwager, H.-J./Wolf, P./Wolters, P. (Hg.): Neue Wege in der Rehabilitation. Weinheim/München: Juventa, S. 122-134
- Leistner, K. (2000): Evaluierung in der geriatrischen Rehabilitation aus der Perspektive des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33, Nr. 2, S. 90-95
- Link, L./Schlichting, R. (1996): Mobile Rehabilitation - komplexe Versorgung zu Hause. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Ein Jahr Pflegeversicherung. Reihe »Thema« Nr. 119. Köln: KDA, S. 133-143
- Lucke, M./Messner, T./Lucke, C. (1997): Erfahrung in der Umsetzung von Vorgaben nach dem Pflegeversicherungsgesetz - ambulante Rehabilitation, Hilfsmittel und Pflegeeinsatz. Gesundheitswesen 59, Nr. 3, S. 168-173
- Meier-Baumgartner, H.P. (1997): Geriatrische Rehabilitation unter ökonomischen Gesichtspunkten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30, Nr. 6, S. 414-418
- Meier-Baumgartner, H.P./Pientka, L./Anders, J./Heer, J./Friedrich, C. (2002): Die Effektivität der postakuten Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen nach einem Schlaganfall oder einer hüftgelenksnahen Fraktur. Eine evidenzbasierte Literaturübersicht des Zeitraums 1992 bis 1998. Stuttgart: Kohlhammer
- Meier-Baumgartner, H.P./Nerenheim-Duscha, I./Görres, S. (1992): Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren Band 12.2. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer
- Nakielski, H./Jonas, I./Raabe, H. (2001): Geriatrische Rehabilitation in Deutschland: Grundsätze, Organisation, Finanzierung und Effektivität. Pro Alter 34, Nr. 1, S. 16-24
- Neubart, R. (1995): Tagesklinik auf Rädern. Mobile geriatrische Rehabilitation im Landkreis Oder-Spree. Blätter der Wohlfahrtspflege 142, Nr. 7/8, S. 174-176
- Neubauer, G. (1997): Geriatrische Rehabilitation aus ökonomischer Sicht. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30, Nr. 6, S. 439-442
- Raabe, H. (2001): Therapie in der eigenen Wohnung. Die mobile ambulante Rehabilitation. Pro Alter 34, Nr. 1, S. 25-30
- Scheuter, W. (1996): Neue Möglichkeiten der Rehabilitation. Zur Abgrenzung der ambulanten von den semistationären Rehabilitationsmaßnahmen. Mitteilungen der LVA Württemberg, Nr. 2/96, S. 71-73
- Schnabel, E. (1997): Ambulante geriatrische Rehabilitation - Rahmenbedingungen, Modelle, Perspektiven. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30, Nr. 6, S. 425-429
- Schneekloth, U./Potthoff, P. (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer
- Schramm, A. (1997): Rehabilitation unter ökonomischen Gesichtspunkten - Wie ist die geriatrische Rehabilitation im deutschen Gesundheitssystem positioniert? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30, Nr. 6, S. 405-409

- Schulz-Nieswandt, F. (2000): Die Zukunft der medizinischen Rehabilitation gemäß SGB V und SGB XI im Kontext des Wandels des bundesdeutschen medizinischen Versorgungssystems. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie - Supplement 33, Nr. 1, S. 150-156
- Schütz, R.M. (1997): Rehabilitation unter ökonomischen Gesichtspunkten - Grundsätzliche geriatrische Anmerkungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30, Nr. 6, S. 401-404
- Schweizer, C. (2001): Mobile Rehabilitation – Ein Rehabilitationskonzept für Pflegebedürftige. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft
- Sitte, M. (1996): Aktivierende Pflege und Rehabilitation. Was kann die Pflegeversicherung hierzu leisten? In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Ein Jahr Pflegeversicherung. Reihe »Thema« Nr. 119. Köln: KDA, S. 60-66
- Stamm, T. (1999): Hausarzt als Garant der ambulanten geriatrischen Reha. Geriatrie Praxis 11, Nr. 3, S. 14-16
- Statistisches Bundesamt (2003): Kurzbericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt
- Steinhagen-Thiessen, E./Borchelt, M. (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, K.U./Baltus, P.B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 151-182
- Tews, H.P. (1995): Die Situation muß bundesweit verbessert werden. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen besetzt eine zentrale Stelle bei der ambulanten geriatrischen Rehabilitation - Die Rechtsgrundlagen sind ausreichend. Blätter der Wohlfahrtspflege 142, Nr. 7/8, S. 166-169
- Wagner, A./Lürken, L. (o.J.): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1999/2000. Hrsg. vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen. Essen: MDS
- Wendt, W.R. (1997): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Williams, F.G./Warrick, L.H./Christianson, J.B./Netting, F.E. (1993): Critical factors for successful hospital-based case management. Health Care Management Review 18, Nr. 1, 63-70
- Wingenfeld, K. (1999): Konzepte und Maßnahmen zur Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs aus der stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung in die Betreuung durch eine Pflegeeinrichtung. Teilstudie des Projekts »Evaluation des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen«. Projektbericht. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft
- Winter, I./Jurda, R./Haase, I./Aubele, S./Burger, A./Fröhlich, E. (1997): Ein Modell der integrierten teilstationären Rehabilitation. Gesundheitswesen 59, Nr. 6, S. 357-361
- Wolf, N./Matthesius, G. (1998): Empfehlung von rehabilitativen Maßnahmen bei älteren pflegebedürftigen Menschen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Berlin und Brandenburg. Gesundheitswesen 60, Nr. 2, S. 65-74

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tab. 1: Datenbasis (erfasste Patienten)	8
Tab. 2: Patientenzahlen, Behandlungsumfang und -dauer	17
Tab. 3: Wohnsituation der Rehabilitationsteilnehmer	34
Tab. 4: Familienstand.....	34
Tab. 5: Häufigste Erkrankungen	37
Tab. 6: Kognitive Beeinträchtigungen	41
Tab. 7: Entscheidungskompetenz im Lebensalltag	42
Tab. 8: Verhaltensauffälligkeiten	42
Tab. 9: Mittlerer Pflegebedarf nach Verrichtungen	46
Tab. 10: Patienten mit notwendigem Pflegezeitaufwand bis zu 15 Minuten.....	47
Tab. 11: Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen	49
Tab. 12: Informelle Helfer bei häuslicher Versorgung.....	50
Tab. 13: Hilfsmittelversorgung	51
Tab. 14: Rehabilitationsziele	52
Tab. 15: Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen vor/nach Rehabilitation.....	53
Tab. 16: Veränderungen der Pflegestufe nach Rehabilitation	58
Tab. 17: Pflegestufenveränderungen nach Art der Rehabilitation.....	59
Tab. 18: Veränderter Pflegebedarf nach Minutenintervallen	63
Tab. 19: Veränderter Pflegebedarf nach Verrichtungen.....	64
Tab. 20: Langfristige Stabilität der Pflegestufe nach der Rehabilitation	65
Tab. 21: Langfristige Stabilität des Grundpflegebedarfs nach der Rehabilitation	66
Tab. 22: Pflegestufenveränderungen im Vergleich	75
Tab. 23: Ausgewählte Merkmale der Rehabilitationsteilnehmer und der Vergleichsgruppe ..	79
Tab. 24: Pflegestufenveränderungen in der Referenzgruppe nach Beobachtungsdauer	81

Abb. 1: Organisation des Modellvorhabens »Reha vor Pflege«.....	11
Abb. 2: Aufnahmekriterien	13
Abb. 3: Patientenaufnahmen im Zeitverlauf.....	16
Abb. 4: Altersstruktur der Patienten im Bundesvergleich	35
Abb. 5: Patientenzahlen nach Wohnort	36
Abb. 6: Schmerz	40
Abb. 7: Pflegestufen zu Beginn der Rehabilitation	44
Abb. 8: Grundpflegebedarf	45
Abb. 9: Hauswirtschaftlicher Bedarf.....	46
Abb. 10: Veränderungen der Pflegestufe nach Rehabilitation	58
Abb. 11: Veränderungen des Pflegebedarfs	62
Abb. 12: Veränderungen des hauswirtschaftlichen Bedarfs	62
Abb. 13: MDK-Begutachtung Kreis Lippe: Pflegestufenveränderungen	72
Abb. 14: Veränderung der Pflegestufe 0 im Vergleich.....	74
Abb. 15: Veränderung der Pflegestufe I im Vergleich.....	74
Abb. 16: Veränderung der Pflegestufe II im Vergleich	74
Abb. 17: Veränderungen des Grundpflegebedarfs im Vergleich	76
Abb. 18: Veränderungen des hauswirtschaftlichen Bedarfs im Vergleich.....	76