

Geriatrische Rehabilitation – Chance und Herausforderung zur Minderung von Pflegebedürftigkeit

Norbert Lübke

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der darauf basierenden Prognosen zur Entwicklung des Pflegebedarfs sowie den damit absehbaren, ungelösten personellen und finanziellen Herausforderungen wird die geriatrische Rehabilitation weiter an Bedeutung gewinnen. Der Erhalt von körperlicher und psychomentaler Selbstversorgungsfähigkeit und die Vermeidung bzw. weitestmögliche Minderung von Pflege- und Hilfsbedürftigkeit werden neben dem klassischen Rehabilitationsziel, die Erwerbsfähigkeit möglichst lange zu erhalten, das zweite wesentliche Ziel von Rehabilitation und der Weiterentwicklung rehabilitativer Versorgungsstrukturen werden. Ein wesentlicher Teil dieser Herausforderung entfällt auf die Rehabilitation geriatrischer Rehabilitanden. Die Vorbereitung des GKV-WSG hat gezeigt, dass dies auch in der Politik zunehmend erkannt wird.

Besonderheiten geriatrischer Rehabilitation

Die geriatrische Rehabilitation unterscheidet sich von der indikationsspezifischen im Hinblick auf die Zielgruppe und den Behandlungsansatz. Schlaglichtartig sind dies vor allem:

- Das besondere Risikopotenzial geriatrischer Patienten, aufgrund reduzierter Reservekapazitäten bereits im Rahmen relativ geringfügiger zusätzlicher Gesundheitsstörungen einen dauerhaften, signifikanten Verlust der bisherigen Selbstversorgungskompetenz (ggf. bis hin zur Pflegebedürftigkeit) zu erleiden (im Konzept der ICF wäre dieses besondere Risiko als ein personbezogener Kontextfaktor zu betrachten); in der Regel verknüpft mit geriatritypischer Multimorbidität und bereits vorbestehenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe.
- Eine ebenfalls in den reduzierten Reservekapazitäten begründete eingeschränkte Belastbarkeit für Interventionen – seien sie präventiver, kurativer oder rehabilitativer Art. Die Behandlung darf nicht in einer Kumulation des medizinisch Möglichen im Hinblick auf die in der Regel multiplen Diagnosen des geriatrischen Patienten bestehen, sondern muss sich daran orientieren, die Behandlung welcher dieser zahlrei-

chen Diagnosen, in welchem Umfang und mit welchen Mitteln (präventiv, kurativ, rehabilitativ) zum weitest möglichen Erhalt von Selbständigkeit und zu weitestmöglicher Minderung von Pflegebedürftigkeit beiträgt.

- Hohe medizinisch-generalistische Fachkompetenz für die Übernahme einer solchen Priorisierungsverantwortung sowie ein erfahrenes, breit ausgerichtetes Rehabilitationsteam, das neben Physiotherapie auch Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie und ggf. weitere Therapiebereiche abdeckt und durch ausreichende Kapazitäten aus dem Bereich der Pflege und der Sozialarbeit ergänzt wird
- Die häufig gleichzeitige akutmedizinische und rehabilitative Behandlungsnotwendigkeit, um einerseits den besonderen Risiken geriatrischer Patienten für Verluste ihrer Selbstversorgungskompetenz durch frührehabilitative Maßnahmen wirksam begegnen zu können, andererseits deren erhöhtem Risiko für akutmedizinische Komplikationen im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen angemessen entsprechen zu können
- Eine sektorenübergreifend abgestimmte Behandlungskonzeption, die neben den Wünschen der Patienten/Rehabilitanden die Ressourcen ihres sozialen Umfeldes und lokaler Versorgungsstrukturen sowie vor- und nachbetreuende Ärzte und ggf. Pflegedienste einbezieht, was zugleich eine möglichst wohnortnahe Rehabilitation impliziert
- Ein möglichst hohes Maß an personeller, lokaler und institutioneller Behandlungskontinuität, um zusätzliche Risiken und Belastungen durch unnötige Neuanpassungserfordernisse im Behandlungsprozess weitestmöglich zu vermeiden

Für die Wirksamkeit (Effektivität) dieses geriatrischen Rehabilitationsansatzes gibt es mittlerweile viele methodisch gut belegte Untersuchungen[1]. Untersuchungen zu Ressourceneffekten (Effizienz) geriatrischer Rehabilitation unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems liegen bisher nur ansatzweise vor[2,3]. Hier besteht Nachholbedarf der in Deutschland finanziell noch immer nicht ausreichend abgesi-

cherten Versorgungsforschung, den die geriatrische Rehabilitation allerdings mit vielen Bereichen der medizinischen Rehabilitation und anderer gesundheitlicher Versorgungsformen teilt.

Zum Stand geriatrisch-rehabilitativer Versorgung

Die derzeit aktuellsten Daten des Statistischen Bundesamtes weisen für das Jahr 2005 in der Rehabilitationsstatistik 106 geriatrische Fachabteilungen (5,9 % aller Fachabteilungen) mit 5.605 geriatrischen Betten (3,2 % aller stationären Rehabilitationsbetten) und 71.396 geriatrischen Fällen (3,9 % aller Rehabilitationsfälle) aus. Darüber hinaus werden geriatrische Rehabilitationsleistungen allerdings auch in nicht unerheblichem Umfang von geriatrischen Fachabteilungen in Krankenhäusern erbracht. Dies hängt mit der landesspezifisch unterschiedlichen Verankerung der geriatrischen Versorgung – teils ausschließlich im Krankenhausbereich, teils nahezu ausschließlich im Rehabilitationsbereich und teils sowohl im Krankenhaus- als auch im Rehabilitationsbereich – zusammen und betrifft insofern insbesondere diejenigen Bundesländer, deren Geriatriekonzepte keine eigenständigen geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen vorsehen und die geriatrische Versorgung „fallab-

schließend“ dem Krankenhausbereich zuordnen. Abb. 1 verdeutlicht die sowohl quantitativ wie konzeptionell sehr unterschiedlichen geriatrischen Versorgungsstrukturen in den Bundesländern.

Die OPS 8-550* (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) als Marker zusätzlicher geriatrisch-rehabilitativer Leistungserbringung im Krankenhaus wurde nach den Daten des InEK in 2005 weiteren 110.831 Fällen (0,73 % aller Krankenhausbehandlungsfälle bzw. 2,3 % aller Behandlungsfälle ≥ 70 J.) erbracht, wobei partielle Überschneidungen zu den oben ausgewiesenen geriatrischen Rehabilitationsfallzahlen in Bundesländern mit geriatrischen Versorgungsstrukturen im Krankenhaus- und Rehabilitationssektor möglich sind.

Insgesamt eher gering und stagnierend ist die Entwicklung ambulanter geriatrischer Versorgungsstrukturen, die bisher in der amtlichen Statistik nicht erfasst sind. Auch hier gibt es allerdings Überschneidungen mit tagesklinischer Leistungserbringung im Krankenhausbereich. Hier ist zu berücksichtigen, dass sich der Unterschied zwischen für die indikationsspezifische und die geriatrische Rehabilitation geeigneten Rehabilitanden im ambulanten Bereich auch entscheidend in den Anforderungen an das ambulante Setting (angefangen von der Sicherung des Transports, über die Thera-

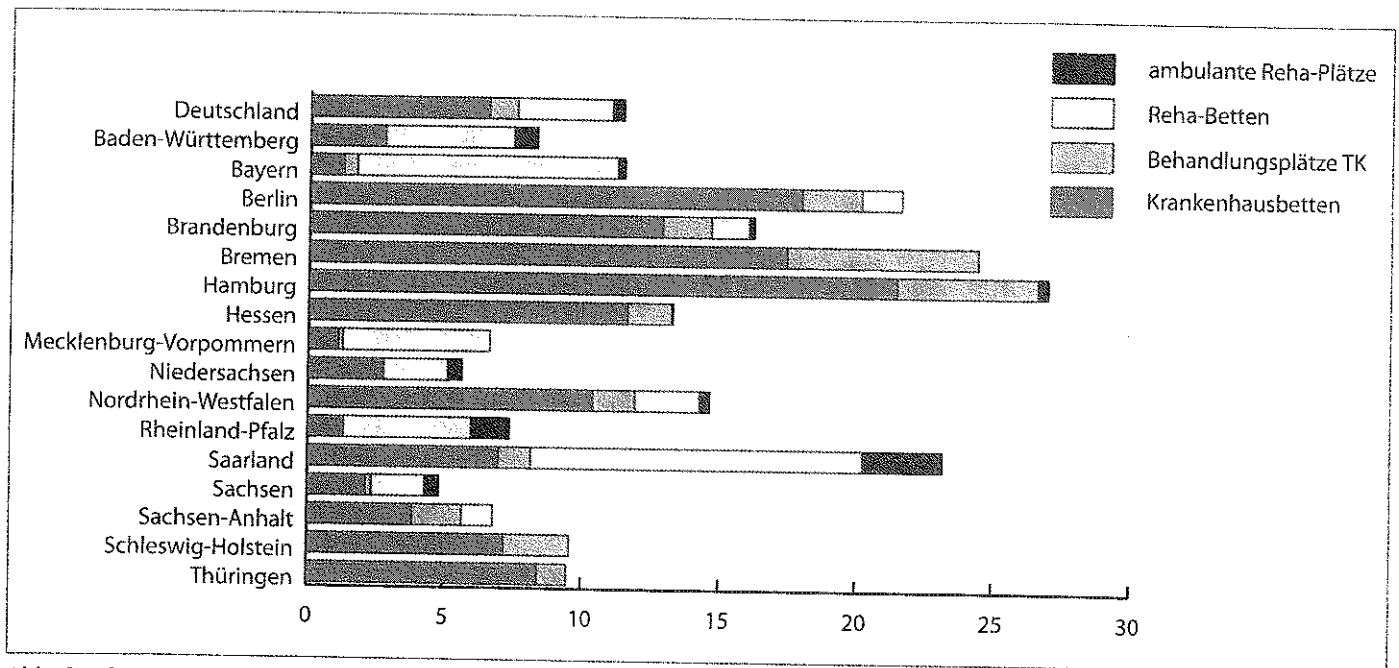


Abb. 1: Geriatrische Versorgungsquoten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen pro 10.000 Einwohner 65 Jahre und älter (Stand 2005)

Quellen: Statistisches Bundesamt Fachserie 12 / Reihe 6.1 (2006); bei Landesministerien sowie Landesvertretungen des VdAK eingeholte Daten zu ambulanten geriatrischen Rehabilitationskapazitäten

piebegleitung bis hin zu intensiverem pflegerischem und sozialdienstlichem Betreuungsbedarf) niederschlagen muss. Zusätzliche Möglichkeiten, die Chancen geriatrischer Rehabilitation zu nutzen, eröffnen sich durch die im GKV-WSG jetzt explizit vorgesehene mobile Rehabilitation als zusätzliche Erbringungsform ambulanter Rehabilitationsleistungen. Entsprechend der von den Spitzenverbänden zum 1.5.07 hierzu in Kraft gesetzten Rahmenempfehlungen können hiervon insbesondere solche Patienten profitieren, für deren Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose die Leistungserbringung im gewohnten Lebensumfeld und unter Einbindung des gewohnten sozialen Umfeldes von besonderer Bedeutung ist, wie dies insbesondere auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zutrifft.

Herausforderungen

Als Fazit lässt sich festhalten, dass im deutschen Gesundheitssystem insgesamt bereits erhebliche Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation erbracht werden und dieses Leistungsangebot quantitativ wie differenziell weiter ausgebaut wird. Nichtsdestoweniger lassen sich aus der gegenwärtigen Perspektive auch Herausforderungen erkennen, deren Aufgreifen zu einer noch konsequenteren Ausschöpfung des sozialgesetzlich vorgegebenen und gesundheitsökonomisch weitgehend alternativen Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ beitragen kann:

- Flächendeckende Berücksichtigung aller Formen geriatrisch-rehabilitativer Leistungserbringung zum jeweils notwendigen Zeitpunkt: Dies betrifft zum einen die Sicherstellung indizierter frührehabilitativer Leistungen in der Akutversorgung des geriatrischen Patienten (insbesondere in Bundesländern mit geriatrischen Versorgungsstrukturen ausschließlich im Rehabilitationssektor) als auch die finanzielle Absicherung rehabilitativer Versorgung bei nicht mehr im Vordergrund stehendem akutstationärem Behandlungsbedarf in Bundesländern mit geriatrischen Versorgungsstrukturen ausschließlich im Krankenhaussektor. Mit gleichen DRG können keine Bundesland-abhängigen unterschiedlich weitreichenden Versorgungsansprüche abgebildet werden.
- Fokussierung auf die Operationalisierung indikationsgerechter Aufnahme- und Abbruchkriterien für geriatrisch-rehabilitative Leistungen statt auf sektorrenabrenzende Schnittstellendefinitionen: Be-

sonders im Bereich der Geriatrie (aber auch generell bei chronischen Erkrankungen) erweist sich das klassische sequentielle Behandlungskonzept von „Rehabilitation nach Kuration“ als überholt und potenziell kontraproduktiv[5]. Entscheidend für das Versorgungsergebnis ist der indikationsgerechte Einsatz rehabilitativer Maßnahmen zum notwendigen Zeitpunkt und über einen indizierten Zeitraum.

- Angemessenes Verhältnis von Qualitätsanforderungen und Leistungsvergütung: Qualitätssicherung ist unverzichtbar. Je höher die Qualitätsanforderungen an eine Leistung jedoch gesetzt werden, desto höher muss diese auch vergütet werden. Geschieht dies nicht, wirken sich die Qualitätsanforderungen faktisch so aus, dass entsprechende Behandlungsangebote nicht entstehen. Es bedarf bei einer intendierten Weiterentwicklung geriatrischer Rehabilitationsangebote daher stets eines ausgewogenen Kompromisses zwischen Anforderungen für eine definierte Bedarfsdeckung und den hierfür gesellschaftlich verantwortbaren Ressourcen.
- Berücksichtigung ausgewogener Anreizstrukturen: Geriatrische Rehabilitation muss in eine nachhaltigkeitsorientierte Gesamtsystembetrachtung implementiert werden. Die Anreize müssen für Betroffene, Leistungserbringer und die Sozialversicherungsträger so gesetzt werden, dass sich für möglichst alle Beteiligten ein rechtzeitiges rehabilitatives Management mehr lohnt als der (zu) späte Rehabilitationseinsatz und der Bezug von Pflegeleistungen.

Dr. Norbert Lübke, Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie der GKV und ihrer Medizinischen Dienste

- 1 BMFSFJ (Hrsg.). Die Effektivität der postakuten Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen nach einem Schlaganfall oder einer hüftgelenksnahen Fraktur. Eine evidenz-basierte Literaturübersicht des Zeitraums 1992 bis 1998. Kohlhammer 2002.
- 2 Thode R, Rüschemann HR. Projekt Geriatrie des Landes Schleswig-Holstein – Wissenschaftliche Begleitforschung. Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen 1995.
- 3 Wingenfeld K. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der Begleitforschung zum Modellvorhaben „Reha vor Pflege“. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld 2003.
- 4 MDS. Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003.
- 5 Arnold M, Helou A, Schwartz FW. Plädoyer für eine Neuorientierung der medizinischen Prävention und Rehabilitation. in: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg.). Krankenhausreport '99. Schattauer 2000, 11-20