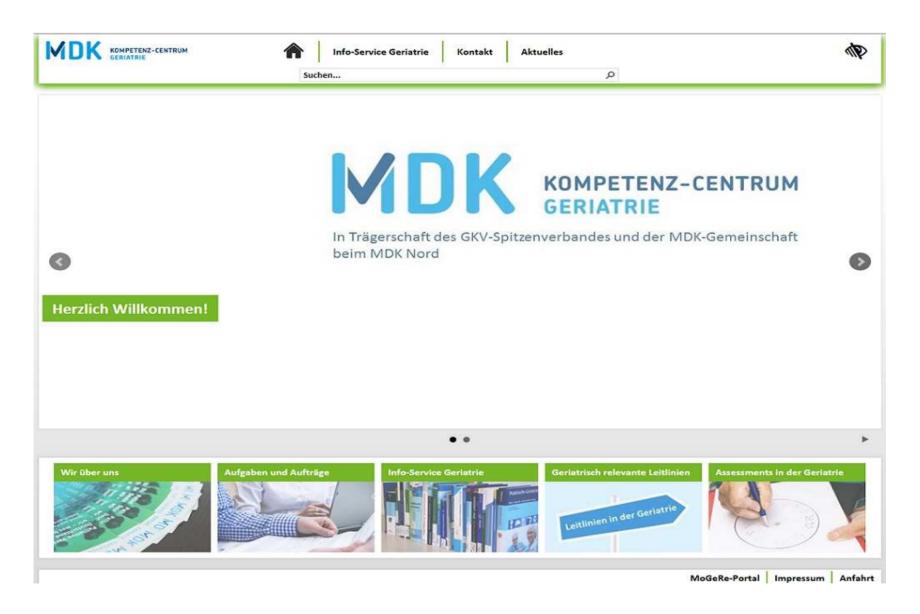
5. PFLEGE- UND GESUNDHEITSKONFERENZ des Landkreises Vorpommern-Greifswald

Rehabilitation vor, bei und durch Pflege
– Begriffsklärungen, Wirksamkeit und
Umsetzung –

Norbert Lübke

Greifswald, 9. November 2017





Kompetenz-Centrum Geriatrie: https://kcgeriatrie.de

Rehabilitation vor, bei und durch Pflege – Begriffsklärungen, Wirksamkeit und Umsetzung

→ Übersicht

- vor und beiPflegebedürftigkeit
- durch Pflegekräfte



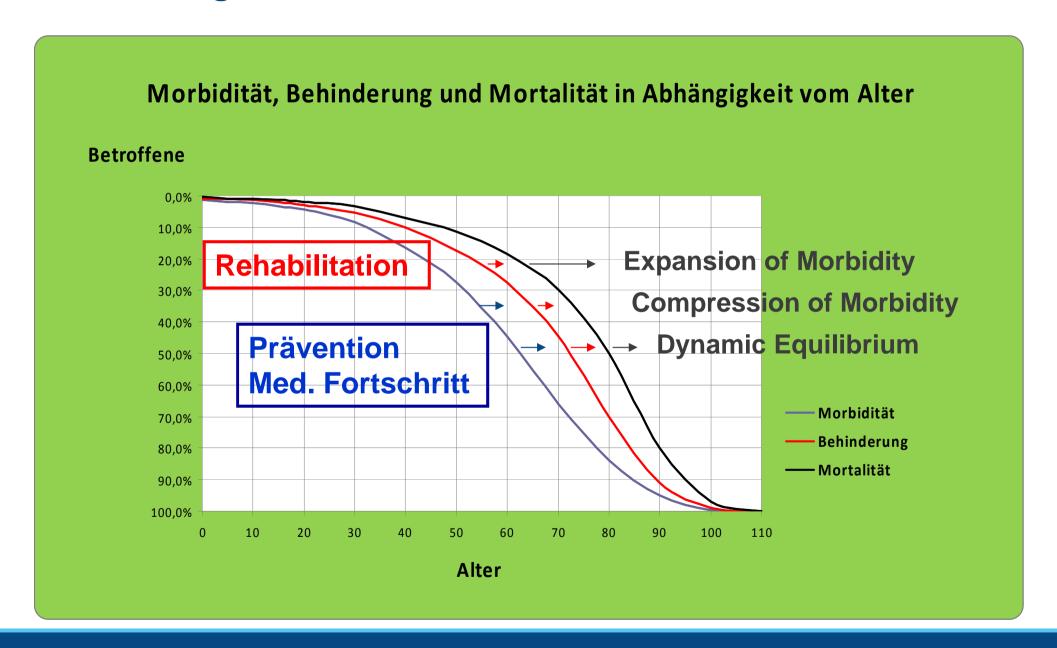
→ Prävention

- → Prävention
- → Kuration

- → Prävention
- → Kuration
- → Rehabilitation



Einordnung und Relevanz der Begriffe



Fokus Rehabilitation

- → Hilfsmittel
- → Heilmittel
- → Aktivierend-therapeutische/ rehabilitative Pflege
- → Sekundär- und tertiärpräventive Übungsprogramme
- → Komplexe Rehabilitation

Fokus komplexe Rehabilitation

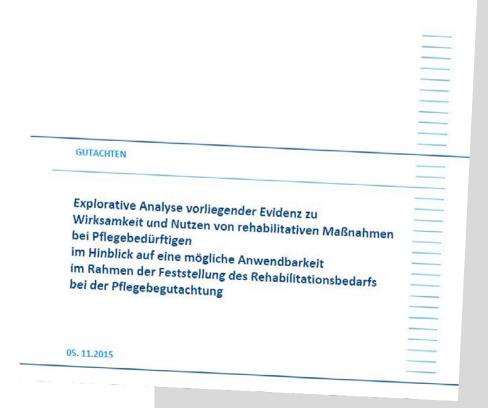
- → (geriatrisch) frührehabilitative Komplexbehandlung in Krankenhäusern
 - stationär
 - teilstationär (Tagesklinik)
- → medizinische Rehabilitation
 - stationär
 - ambulant
 - (ambulant-mobil)



Evidenz für Rehabilitation bei Pflegebedürftigen ?



- u.a. 24 Systematic Reviews zu komplexer Reha im höheren Lebensalter
- → 10 Systematic Reviews zu rehabilitativen Einzelmaßnahmen (PT, Ergo, Logo)
- → 6 RCT zu Rehamaßnahmen bei Langzeitpflegepatienten
- → Registerdatenanalysen, Follow-Up-Untersuchungen und längsschnittliche Routinedatenauswertungen aus dem deutschen Versorgungskontext



ıll-Benefit	lity ↓	lity FU ↓	Mortality or poor ne/dependency ↓	- F		ırge to home ↑, Nursing home	irge to home ↑, Nursing home	yission ↓	utcome (deterioration, depen- institutionalisation)	utcome (deterioration, depeninstitutionalisation) FU ↓	onal outcome / Physical funtion	onal outcome / Physical funtion		↓ 7	n status / -perception ↑	Oldest old-Benefit	Most disabled-Benefit
übergreifend Zu 18 in den 24 SR beschriebenen Endpunkten fanden sich																	
Kombi FR/ 53 signifikant positive Ergebnisse und																	
Stat. Tagesi 16 positive Trends (ohne Signifikanz) zugunsten der																	
Auch Daham																	
(Amb.) Reha.																	
Schlaganfall Es fanden sich zu keinem Endpunkt negative																	
Kombi CII/																	
																[58]	[58]
										[ac]							
[77]										[/5]							
[//]											[79]	[79]	[79]				
													,				
						[62],					[67]						
[69]					[81],		[67]	[58]			[68]						
	[09]	[0/]			[69]	[81]					[85]	[07]					
[61]						[61],		[80]				[85]					
						[00]					[69]						
	Zu 1 Tre [77] [69]	2u 18 in 16 p E Trende [77] [69] [67], [69]	Zu 18 in der 53 16 positi Es fa Trendergek [77] [69] [67], [62], [67] [61]	Zu 18 in den 24	Zu 18 in den 24 SR la 53 signifia 16 positive Tren Es fanden sie Trendergebnisse o zu un [77] [69] [67], [62], [69] [67] [61]	Zu 18 in den 24 SR bese 53 signifikan 16 positive Trends (Es fanden sich z Trendergebnisse oder zu ungun [77] [69] [67], [62], [69] [69]	Zu 18 in den 24 SR beschrie	Zu 18 in den 24 SR beschrieber 53 signifikant positiv 16 positive Trends (ohne Si Interver Es fanden sich zu keiner Trendergebnisse oder gar sign zu ungunsten de	Zu 18 in den 24 SR beschriebenen 53 signifikant positive E 16 positive Trends (ohne Significant Intervention Es fanden sich zu keinem Er Trendergebnisse oder gar signifikat zu ungunsten der Int [69] [67], [62], [62], [69], [68], [67], [68], [61], [61], [61], [61], [61], [61], [80]	Zu 18 in den 24 SR beschriebenen End 53 signifikant positive Ergek 16 positive Trends (ohne Signifikan Intervention. Es fanden sich zu keinem Endpe Trendergebnisse oder gar signifikant zu ungunsten der Interve [77] [69] [67], [62], [67] [68], [67], [67], [68], [67], [68], [67], [68], [61], [61], [80]	Zu 18 in den 24 SR beschriebenen Endpun 53 signifikant positive Ergebniss 16 positive Trends (ohne Signifikanz) z Intervention. Es fanden sich zu keinem Endpunkt Trendergebnisse oder gar signifikant neg zu ungunsten der Interventi [69] [67], [62], [67] [68], [67], [69] [68], [67], [69] [68], [67], [69] [68], [81] [61], [80]	Zu 18 in den 24 SR beschriebenen Endpunkte 53 signifikant positive Ergebnisse u 16 positive Trends (ohne Signifikanz) zugu Intervention. Es fanden sich zu keinem Endpunkt ne Trendergebnisse oder gar signifikant negativ zu ungunsten der Intervention. [75] [77] [69] [67], [62], [67], [68], [67], [68], [67], [68], [67], [68], [68], [68], [61	Zu 18 in den 24 SR beschriebenen Endpunkten far 53 signifikant positive Ergebnisse und 16 positive Trends (ohne Signifikanz) zugunste Intervention. Es fanden sich zu keinem Endpunkt negati Trendergebnisse oder gar signifikant negative Ergebnisse oder gar signifikant negative Ergebn	Zu 18 in den 24 SR beschriebenen Endpunkten fander 53 signifikant positive Ergebnisse und 16 positive Trends (ohne Signifikanz) zugunsten de Intervention. Es fanden sich zu keinem Endpunkt negative Trendergebnisse oder gar signifikant negative Ergebr zu ungunsten der Intervention. [75] [77] [77] [78] [79] [79] [79] [79] [79] [79] [79] [79	Zu 18 in den 24 SR beschriebenen Endpunkten fanden sich 53 signifikant positive Ergebnisse und 16 positive Trends (ohne Signifikanz) zugunsten der Intervention. Es fanden sich zu keinem Endpunkt negative Trendergebnisse oder gar signifikant negative Ergebnisse zu ungunsten der Intervention. [75] [77] [77] [78] [79] [79] [79] [79] [79] [79] [79] [79	Zu 18 in den 24 SR beschriebenen Endpunkten fanden sich 53 signifikant positive Ergebnisse und 16 positive Trends (ohne Signifikanz) zugunsten der Intervention. Es fanden sich zu keinem Endpunkt negative Trendergebnisse oder gar signifikant negative Ergebnisse zu ungunsten der Intervention. [75] [79] [79] [79] [79] [79] [79] [79] [79	Zu 18 in den 24 SR beschriebenen Endpunkten fanden sich 53 signifikant positive Ergebnisse und 16 positive Trends (ohne Signifikanz) zugunsten der Intervention. Es fanden sich zu keinem Endpunkt negative Trendergebnisse oder gar signifikant negative Ergebnisse zu ungunsten der Intervention. [75] [77] [81] [81] [82] [83] [83] [83] [83] [83] [83] [83] [83

... und wo ist dann das Problem?

Patient

- Reha begründende Krankheit/en Krankheitsstadium
- Komorbiditäten
- Art/en und Schwere der Beeinträchtigungen
- **Motivation**
- Persönlichkeitsstruktur
- individuelle/s Rehaziel/e

Gesundheitsleistung

- **Kooperation des Teams**

- Beteiligte Professionen
 Inhalte / Komponenten
 Einzel- vs. Gruppentherapie
 Individualisierung vs. Standardisierung
 der Behandlung
- **Therapieintensität**
- Therapiedauer (einzelner Therapieeinheiten / Gesamttherapiezeit) indikationsspezifisch vs. geriatrisch

Ressourcen/Dienstleister

- räumliche, apparative und personelle Ausstattung
- vorgehaltene Professionen Qualifikation der Mitarbeiter
- Motivation, Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter
- Freundlichkeit der Mitarbeiter
- Budget / Vergütungsanreize der Einrichtung

Weitere Kontexte

- Qualität des Zugangsverfahrens / Qualifikation der Beteiligten, (Vor-) Selektionskriterien
- **Suffizienz kurativer Begleitbehandlung**
- Soziale Unterstützung
- Erbringungssetting (stationär, ambulant, mobil)
- Qualität der Hotel-/Pflegeleistungen

Kernergebnisse der systematischen Recherche

- → Die SR belegen die *generelle* Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei alten und pflegebedürftigen Menschen
- → dies bezogen auf Mortalität, Heimaufnahmerate, Pflegeabhängigkeit, funktionales Outcome/ADL
- → und für indikationsübergreifende Rehabilitationsmaßnahmen wie auch Rehabilitation nach Schlaganfall und hüftnahen Frakturen
- → Evidenz überwiegend moderat
- → ambulante Maßnahmen sind weniger häufig untersucht und von insgesamt etwas schwächerer Evidenz gestützt
- → die Signifikanz der Ergebnisse nimmt i.d.R. mit dem FU-Zeitraum ab ohne jedoch ganz zu verschwinden

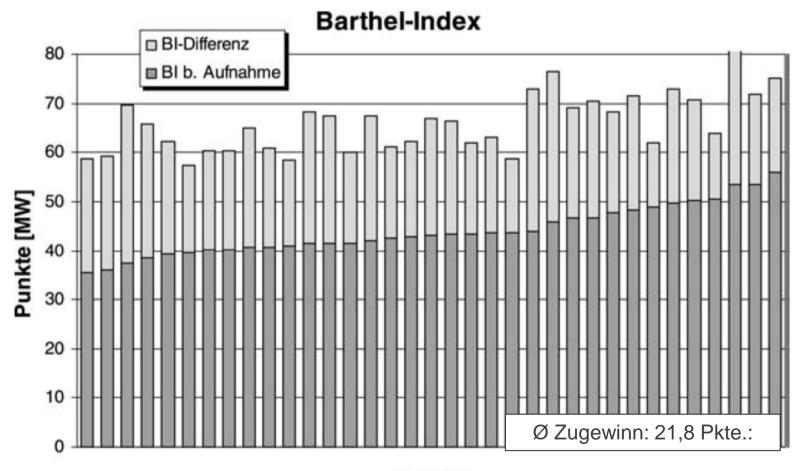


Kernergebnisse der systematischen Recherche

- → Nur 5 von 24 SR führten Metaanalysen durch
- → Keiner der hochwertigeren SR sieht sich in der Lage, Empfehlungen zur spezifischen Ausgestaltung der rehabilitativen Maßnahmen abzuleiten (relevante Professionen, Inhalte, Dauer, Intensität, Setting der Maßnahmen etc.)
- → Ebenso bleibt die Frage, welche Zielgruppe alter Patienten (bis) zu welchen Zeitpunkten oder in welchen speziellen Kontexten besonders von rehabilitativen Maßnahmen profitiert, weitgehend unklar.
- → Es gibt nahezu keine methodisch hochwertigen deutschen Studienbeiträge

Nutzen geriatrischer Rehabilitation Registerdaten

Ausgewählte Ergebnisse: GiB-DAT (22.000 stationäre Reha-Fälle aus 35 bayer. Einrichtungen 2003/2004)

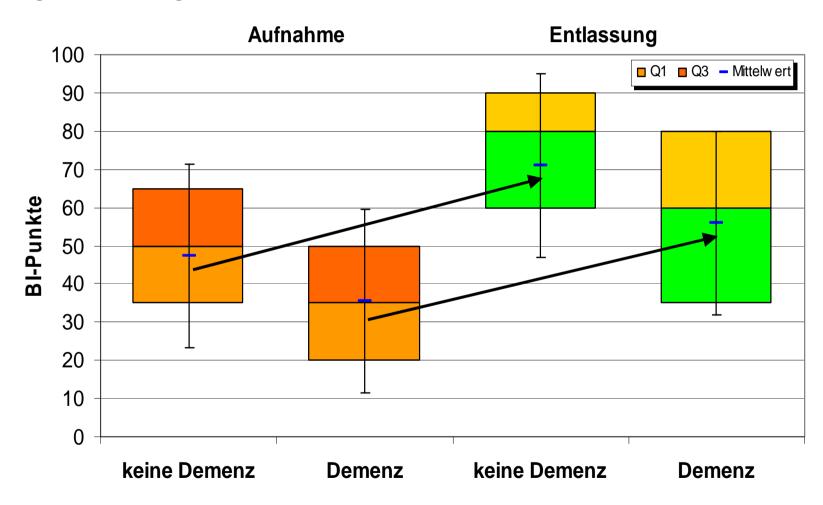


Zentren

Trögner et al.. Z Gerontol Geriatr 2006;39:134-42.

Nutzen geriatrischer Rehabilitation Registerdaten

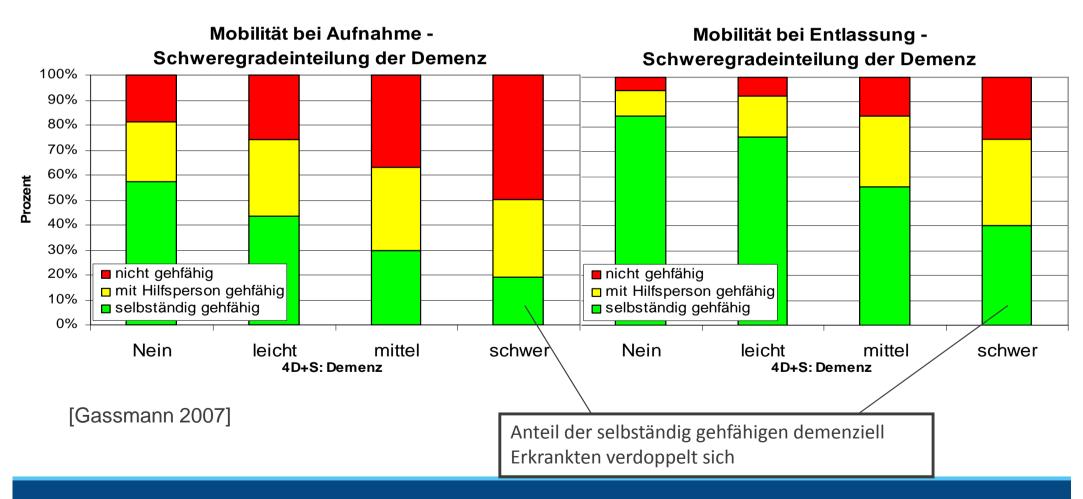
Ausgewählte Ergebnisse: GiB-DAT (22.000 stationäre Reha-Fälle aus 35 bayer. Einrichtungen)



[Gassmann 2007]

Nutzen geriatrischer Rehabilitation Registerdaten

Ausgewählte Ergebnisse: GiB-DAT (22.000 stationäre Reha-Fälle aus 35 bayer. Einrichtungen)



Kernergebnisse der explorativen Recherchen

- → Routine- und Registerdatenauswertungen stützen die Annahme positiver Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei Hochaltrigen und Pflegebedürftigen, können aber nur Korrelationen aufzeigen
- → Spärliche weitere deutsche Untersuchungen zu Rehabilitationsmaßnahmen im Kontext von Pflegebegutachtung deuten darauf hin, dass die Wirksamkeit einer geriatrischen Rehabilitation mehr im mittelfristigen Erhalt als der kurzfristigen Verbesserung der Pflegestufen zu liegen scheint

Kernergebnisse der explorativen Recherchen

- → Rehabilitative Maßnahmen für Pflegebedürftige werden oft als niederschwellige, aber längerdauernde Maßnahmen erprobt
- → Mobile Rehasettings werden international als kostengünstigere, ebenso effektive Rehaform untersucht
- → Auch hochwertige positive RCTs fremder Erhebungskontexte lassen sich nicht zwingend auf deutsche Versorgungsverhältnisse übertragen



✓ Die <u>vorliegende generelle Evidenz</u> für die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen <u>begründet die politische und sozialmedizinische Verantwortung, entsprechende rehabilitative Angebote strukturell vorzuhalten und <u>nach entsprechenden Potenzialen</u> dieser Zielgruppe systematisch zu suchen.</u>



✓ <u>Da der Nutzwert</u> der vorliegenden Evidenz zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen <u>für den Einzelfall</u> angesichts der Vielfalt unterschiedlicher Interventions-, Kontext und Zielgruppen-Konstellationen <u>begrenzt bleibt, wird es</u> aber <u>weiterhin "normativer Leitplanken" und zusätzlicher Entscheidungshilfen</u> für eine fundierte Rehabilitationsempfehlung <u>bedürfen</u>.

Umsetzung: Reha vor und bei Pflegedürftigkeit

- → 30,1% aller erstmals

 Pflegebedürftigen i.S. von SGB XI erhielten im Jahr vor ihrer

 Einstufung einen komplexe

 Rehabilitationsmaßnahme.
- → Im Jahr danach erhalten allerdings nur noch 3,8% eine solche Maßnahme.
- → Ohne "erfolgreiche", d.h. eine Einstufung vermeidende Maßnahmen!

Rothgang, H., Müller, R., Unger, R. BARMER GEK Pflegereport 2013.

Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R., Unger, R. BARMER GEK Pflegereport 2014.

Inanspruchnahme verschiedener medizinischer Leistungen im Jahr vor und nach "Pflegeeintritt"

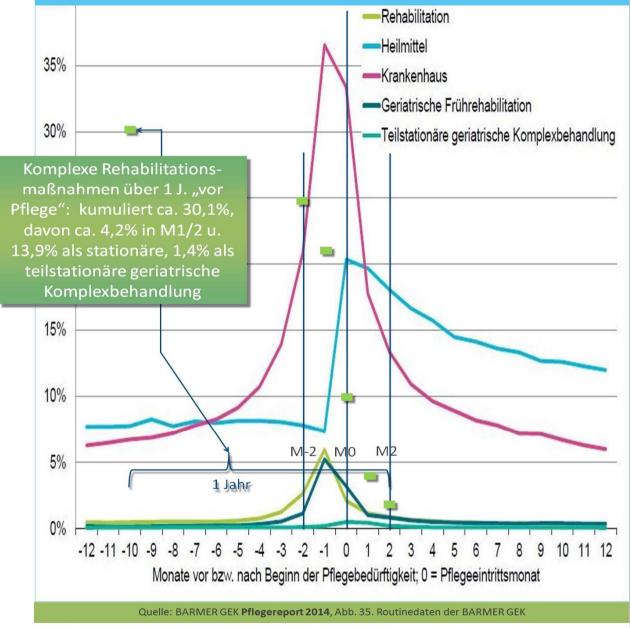


Abb. 2 Modifizierte Darstellung 2014

(1J.-Kumulation der Rehadaten schattiert vom Autor ergänzt)



Umsetzung: Reha bei Pflegedürftigke

Die Rehaqote Nicht-Pflegebedürftiger ≥ 65 Jähriger liegt bei 0,3%/Monat

Demgegenüber erhalten – kontrolliert nach Alter, Geschlecht und Erkrankungen *Pflegebedürftige nur halb soviel* medizinische Rehabilitation.

Gegenüber Nichtpflegebedürftigen betragen die Rehachancen:

- bei PS 1 und informeller Pflege 75%
- bei PS 2 und informeller Pflege 38%
- bei PS 3 und informeller Pflege 15%
- bei PS 1 und stationärer Pflege 25% (zu informeller Pflege 33%)
- bei PS 2 und stationärer Pflege 12% (zu informeller Pflege 16%)
- bei PS 3 und stationärer Pflege 3% (zu informeller Pflege 7%)

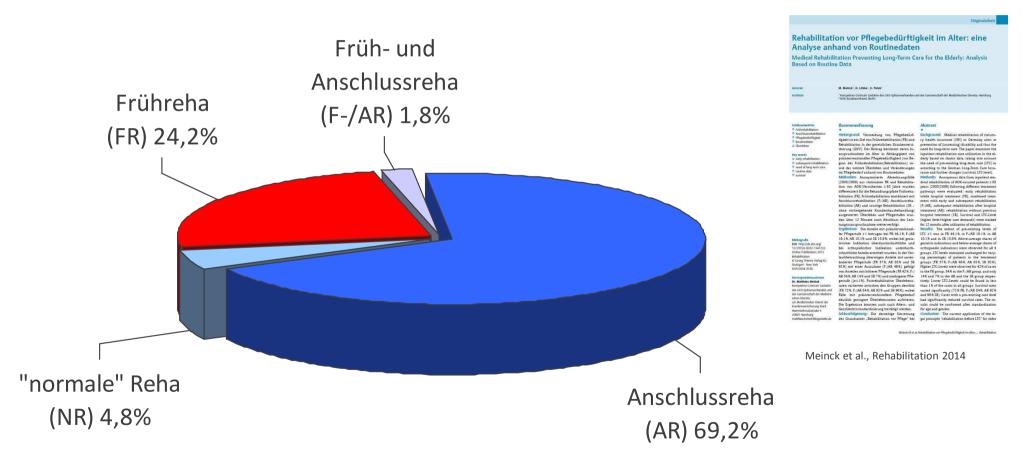
Rothgang, H., Müller, R., Unger, R. BARMER GEK Pflegereport 2013. Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R., Unger, R. BARMER GEK Pflegereport 2014.



Umsetzung: Reha bei Pflegedürftigkeit

Wer trägt die Verantwortung?

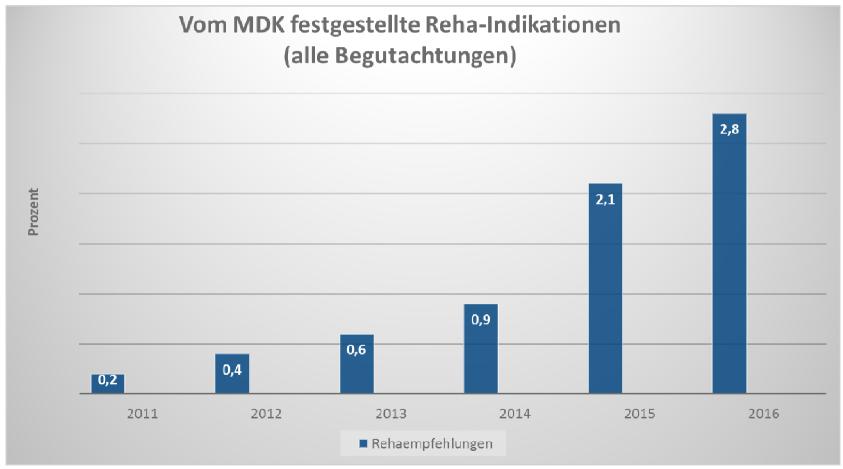
Reha-Abrechnungsfälle der AOKn (Vers. ≥ 65 J.) 2008 (n = 548.304)



(Auswertung KCG, Dr. Meinck in Zusammenarbeit mit dem WIdO)

Umsetzung: Reha bei Pflegedürftigkeit

Die Verantwortung des MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung



* Grundgesamtheit 2015: ≈ 1,6 Mio. Begutachtungen Quelle: Begutachtungsstatistik der MDK

Grafik mit freundlicher Erlaubnis von Dipl. med. K. Breuninger MDS

Ausblick

Rehabilitationsangebote für Pflegebedürftige

- → noch zielsicherer einsetzen
- → noch bedarfsgerechter ausgestalten

... Ausblick auf den Nachmittagsworkshop:

Reha bei Demenz

- → Evidenz
- → ET bei Pflegebedürftigen

Rehaziele

- → Selbständigkeit vs. Selbstbestimmtheit
- → Heilmittel vs. Rehabilitation

Rehazugang und -prognose

- → via Pflegekräfte
- → Prognose bei Pflegebedürftigen

Rehabilitative Pflege Evidenz

- → Recherchen zu AP, ATP, RP
- → DGATP

Wie lange? Rehaende?

→ Fließende Übergänge zu Prävention, rehabilitative Palliativmedizin?

Erfahrungen Rehaempfehlungen MDK

- → Niederschwellige Angebote
- → Erfahrungen im BMG-Projekt MoGeRe im Pflegeheim

MoGeRe

- → Basisdoku und settingspezifische Ergebnisse
- → Perspektiven (MoIndRe, letzte TE bei Pflegebedarf, Bayern-Praxis)

MVP

- → AGRK
- → Entwicklung ambulanter Geriatrie (KBV-Konzept)

Das Gutachten incl. umfassender Literaturangaben steht auf der Homepage des KCG unter

https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/2015-Gutachten%202659-2015-kcg-

Endfassung_151105.pdf

zum Download zur Verfügung.



© 2017

Kompetenz-Centrum Geriatrie Hammerbrookstr. 5, 20097 Hamburg

Telefon: 040 / 25169-1150 Telefax: 040 / 25169-499 https://kcgeriatrie.de

E-Mail: norbert.luebke@kcgeriatrie.de

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Kompetenz-Centrums Geriatrie reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

MDK NOMPREENZ-CENTRUM