

# Pflegerische Rehabilitation:

## Bedeutung für die kontinuierliche Versorgung und den Erhalt der Selbständigkeit von Menschen mit Versorgungsbedarf

BÄRBEL DANGEL,  
JOHANNES KORPORAL

Prof. Dr. Bärbel Dangel ist Hochschullehrerin für Pflegewissenschaft an der Akkon-Hochschule in Berlin

Prof. Dr. Johannes Korporal ist emeritierter Hochschullehrer für Sozialmedizin an der Alice-Salomon-Hochschule in Berlin

Seit Beginn der sozialrechtlichen Regelung der Pflegebedürftigkeit sind Prävention und Rehabilitation umstrittene und in der Umsetzung defizitäre Themen. Zunehmend wird auf die Intensivierung der medizinischen Rehabilitation gesetzt, um Bedarfe zu erkennen und Potentiale zu erschließen. Zwei wichtige Momente der Weiterentwicklung sind thematisiert: die effektive Stabilisierung von pflegebedürftigen Menschen in ihrer Lebens- und Wohnsituation und die Professionalisierung eines rehabilitativen Hilfeansatzes vor Ort. Der Beitrag gibt Anregungen zur Umsetzung.

### 1. Vorbemerkung

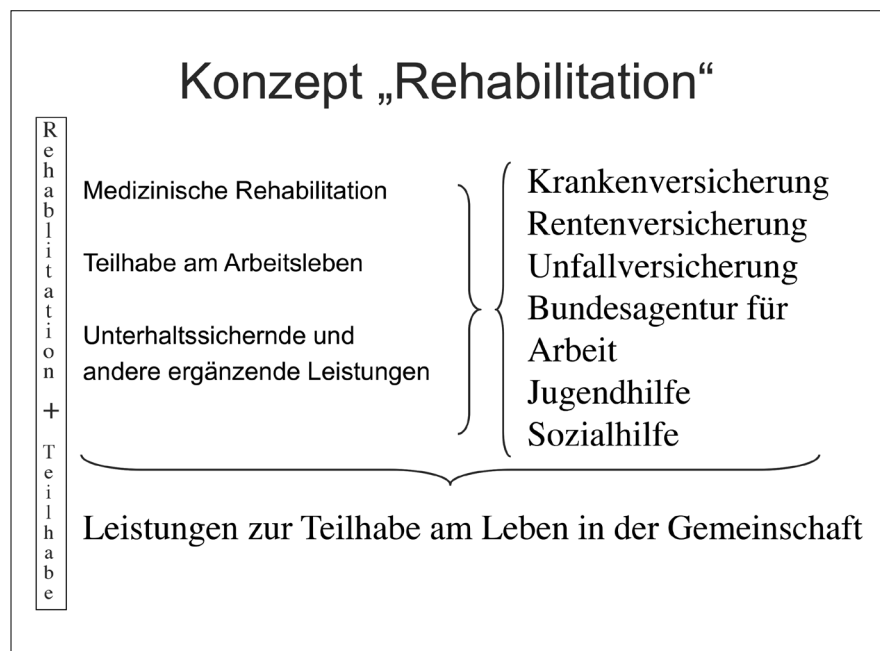
Drei wesentliche Dilemmata kennzeichnen den zeitstabilen und ergebnisabweisenden Umgang mit der Rehabilitation bei älteren Menschen: erstens das berufliche und konzeptuelle Defizit pflegeprofessionellen Handelns unter Vernachlässigung spezifischer Ausrichtung in Bildung und Praxis, zweitens das primär oder sekundär unter dem Arztvorbehalt normierte Rehabilitationsgeschehen unter ärztlichen Paradigmata und drittens das Institutionalisierungsdefizit im Bereich der Pflege, das Grundlage einer konzeptuellen Entwicklung sein könnte.

#### 1.1 Beruflich-konzeptuelles Defizit

Ausweislich der aktuellen pflegewissenschaftlichen Fachliteratur wird eine große Distanz der Disziplin zu Fragen der Rehabilitation, vor allem zu fachlich eigenständigen und empirisch begründeten Handlungsansätzen pflegerischer Rehabilitation deutlich. Dies steht in starkem Kontrast zu internationalen Erfahrungen. Rehabilitation hat sich

bei uns unter vergleichbaren fachlichen Fundierungen kaum beruflich und institutionell eigenständig pflegerisch aus dem ärztlich-medizinischen und behandlungsorientierten Kontext heraus entwickelt, stationär wie außerklinisch. Evident ist jedoch, dass mindestens am „Rand“ der Rehabilitationsproblematik, bezogen auf alte und hochaltrige, vor allem auch auf pflegebedürftige Menschen, die fachlich-professionellen und geregelten Parameter des Rehabilitationsgeschehens in ihrer Reduktion auf medizinische Maßnahmen nach wie vor nicht angemessen und zureichend sind, um den individuellen Bedürfnissen, dem Bedarf und bestehenden Potentialen gerecht zu werden – dies bekanntermaßen seit mehr als zwanzig Jahren. Insofern macht auch die aktuelle sozialrechtlich verankerte Reformstrategie einer zunehmend ausschließlichen Basierung und Verweisung auf medizinische Prävention und Rehabilitation im Alter und bezogen auf Pflegebedürftigkeit nur begrenzt Sinn, und sie bedarf einer Ergänzung durch andere Handlungsansätze nach Inhalt, Prozess und Fundierung.

Abbildung 1: Zuständigkeit und Regelung für die Rehabilitation in der Pflege



Quelle: Eigene Darstellung

Leistungen nicht beteiligt. Sie ist auch bei der versorgungs- und leistungsverträglichen Umsetzung der Pflege direkt nicht involviert, da dies regelhaft durch die Trägereinrichtungen oder ihre Verbände wahrgenommen wird. Und sie ist – mit der Ausnahme der sich gegenwärtig bildenden Pflegekammern – direkt auch nicht in die postgraduale fachlich-berufliche Bildung involviert, da dies durch Gesetz, Verordnung oder Berufsordnung durch die Länder geregelt oder durch Empfehlungen anderer Institutionen vorgeschlagen wird. Zudem zeichnet sich bestenfalls gegenwärtig die privatrechtliche Strukturbildung einer Bundespflegekammer ab, deren Intention sich auf Einbeziehung, Mitgestaltung und Mitwirkung der Pflege auf Bundesebene bezieht.

- 1 Einige Momente sollen zur Verdeutlichung genannt werden: Bei Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs bei der Begutachtung durch den MDK ging die Leistungsentscheidung von der Pflege zur Krankenkasse über. Damit wurde sie sekundär unter Arztvorbehalt gestellt, ohne dass Verfahren und Beteiligten geregelt worden waren. Dies betrifft besonders den Anspruch der Klientelorientierung, Beteiligung und Zustimmung der Leistungsbetroffenen und ihres Umfelds – ein ausdrückliches Weiterentwicklungsziel der Pflegeversicherung. Die Parität der Begutachtung in Fragen des Rehabilitationsbedarfs wurde immer wieder ‚zugunsten‘ der Ärzte verlassen. Und die Komplexität von Entscheidungskonstrukt und Verfahren steht in problematischem Verhältnis zu Gegenstand der Leistung und Verfahrensdurchführung. Schließlich sind die Bedingungen der Realisierung der Leistungen (Alter, zeitliche und kompetenzielle Determinanten von Lernprozessen, Bedingungen der Stabilisierung, Akzeptanz und Motivation) unzureichend berücksichtigt.
- 2 Dangel, Bärbel, Bernd Kolleck und Johannes Korporal: Rehabilitation Pflegebedürftiger. Konzept – Ergebnisse. München (Elsevier) 2005, S. 1-40.
- 3 Korporal, Johannes und Bärbel Dangel: Der schlussendlich schwierige Einstieg in die Akademisierung der Pflege und seine Prämissen für die Entwicklung. In: Kaufhold, Marisa, Elke Rosowski und Mirko Schürmann (Hg.): Bildung im Gesundheitsbereich. Forschung und Entwicklung zur beruflichen und hochschulischen Bildung. Festschrift für Professorin Dr. Barbara Knigge-Demal. Münster (Lit) 2014, S. 97-115. Und es zeigt sich auch in den (Träger-)Kontroversen um die Integration der Pflegeberufe zu einem neuen einheitlichen Pflegeberuf (Generalistik) im gegenwärtig beschlossenen novellierten Pflegeberufereformgesetz. Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Die novellierte berufsgesetzliche Regelung der Pflege – Struktur und mögliche Wirkungen. Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen 70 (1): 8-18, 2016.

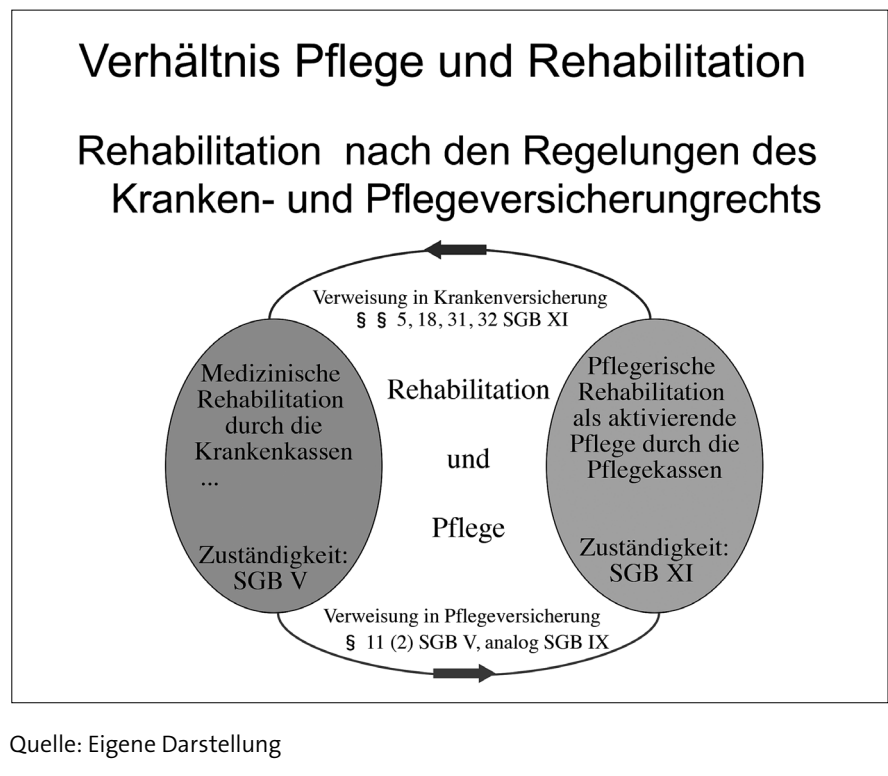
## 1.2 Medikalisierung alltagsorientierter Ansätze

Mit Inkrafttreten der sozialen Pflegeversicherung 1995/96 eröffnete sich ein neuer erweiternder Zugang zu Leistungen der Rehabilitation für bisher ausgeschlossene Klientele mit einem eigenständigen, individuell orientierten und abgestuft-komplexen Ansatz, in präventiver, alltagsnah-verselbständigender Ausrichtung, der als solcher den bestehenden sozialrechtlichen Regelungen ergänzend und quasi disjunkt hinzugefügt wurde, aber seit Beginn auch umstritten war. Er war durch die unverbundenen Schwerpunkte der medizinischen und pflegerischen Rehabilitation gekennzeichnet (Abb. 1), wurde nicht krankheitendiagnostisch begründet und professionell interdisziplinär durch Verfahren der medizinischen Dienste (MDK) festgestellt und den Pflegekassen zur Entscheidung vorgeschlagen. Regelung und Verfahren waren in den verschiedenen Ebenen von Gesetzgebung und Umsetzung umstritten, was sich in unterschiedlichen Widersprüchlichkeiten, offen oder latent, ausdrückt und sich überwiegend gegen Inanspruchnahme und Realisierung der Leistungen auswirkte.<sup>1</sup> Dies spiegelt sich in den Regelungen und den für Beschlüsse notwendigen Kompromissen. Disjunkte Schnittstellen zu anderen Sozialrechtsbereichen wurden festgelegt

(Ausschluss, Begriffe, Zuständigkeitsübergang) und damit zugleich eine Positionierung vorgenommen gegen eine pflegfachlich spezifische Entwicklung eigenständiger Rehabilitationsansätze im Rahmen der Pflegeversicherung und aufgrund spezifischer Assessments und pflegewissenschaftlich-fachlich begründeter und weitergebildeter Kompetenzen.<sup>2</sup> Das weithin fehlende fachliche und öffentliche Bewusstsein dieser Problematik ist sicher auch darin verankert, dass Angelegenheiten der Leistungen und ihrer Gestaltung im Rahmen der Pflegeversicherung fast ausschließlich durch Träger der Einrichtungen und ihre Verbände erfolgen, weit jenseits fachlicher Problematiken von Inhalten und Ausrichtungen der Leistungen.<sup>3</sup> Einblicke in die laufende Versorgung und deren Sicherstellung, zum Beispiel durch die Begutachtung der Sicherstellung nach § 37 SGB XI berücksichtigen Rehabilitationsbedarf und -defizite unzureichend.

## 1.3 Institutionalisierungsdefizit der Pflege

Pflege ist, da es sich bei ihr außer nach den Regelungen der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) sozialrechtlich um delegierte Leistungen der Grund- und Behandlungspflege handelt, institutionell an der Definition und Umsetzung von

Abbildung 2: Konzept sozialrechtlich geregelter Rehabilitation<sup>4</sup>

## 2. Übergreifender Ansatz des Rehabilitationsrechts zu Teilhabe

Durch die Zusammenfassung der rehabilitativen Regelungen, Zuständigkeiten und Verfahren der Rehabilitation unter dem Begriff der Teilhabe in einem eigenständigen Sozialgesetzbuch (IX, 2001) änderte sich wenig am marginalisierten Status pflegerehabilitativer Regelung. Pflegerische Rehabilitation bleibt ausgeklammert und verwiesen. Die Reform der Rehabilitation stellte die Zusammenführung und teilweise Neuregelung der Rehabilitation in einem eigenständigen Sozialgesetz unter Integration der Regelungen des Schwerbehindertenrechts dar.<sup>5</sup> Integrative, vernetzende, gleichstellende und klientelorientierte Gesichtspunkte werden leitend, begriffliche, strukturelle und verfahrensmäßige Änderungen werden grundlegend für das an der ICF<sup>6</sup> orientierte Konzept der **Teilhabe**, das sich damit ein ‚gutes‘ Stück von Defizit- und (dominanter) Medizinerorientierung zugunsten kompetenzorientierter, reintegrativer und lebenslagenorientierter Ausrichtung löst. Rehabilitationsrechtliche Regelungen wurden vereinheitlicht, modernisiert, übergreifende Regelungen zur Teilhabe gesichert, Regelungen zur Ausführung und funktionalisierende Leistungs- und

Kommunikationsregelungen getroffen und strukturell verbindlich festgelegt. Das Schwerbehindertenrecht wurde in das Gesetzbuch integriert.

Damit stellt sich pflegerische Rehabilitation konzeptuell wie folgt geregelt dar (Abb. 2), und es wird deutlich, dass trotz aller Reformintentionen Pflegebedürftigkeit und Pflege allenfalls implizit Gegenstand eines angemessenen und klientelspezifischen Handlungsansatzes sind.

Pflege und Rehabilitation haben also jeweils disziplinspezifisch und in gemeinsamem Kontext in den letzten zwanzig Jahren an Bedeutung gewonnen. Durch die Aufnahme der Rehabilitation als pflegerischem Ansatz und Grundlage der Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Rahmen der Pflegeversicherung sind beide Begriffe eng und ausdrücklich miteinander verbunden worden. Ein vom bisherigen Kontext beider Begriffe neuer und unabhängiger Rahmen für die berufliche Pflege und die pflegerische Versorgung ist entstanden. Ein eigenständiger fachlicher Ansatz im Rahmen der rehabilitativen Versorgung jenseits der die medizinische Rehabilitation begleitenden Pflege ist in das Sozialrecht aufgenommen worden, er ist allerdings bislang fachlich-mental und faktisch unzurei-

chend in der pflegerischen Versorgung und in der Pflegewissenschaft präsent und damit unwirksam.<sup>7</sup>

## 3. Pflege und Rehabilitation in der Pflegeversicherung

Mit Aufnahme in die Pflegeversicherung ist der Anspruch auf Rehabilitation auf neue Klientele, Ziele und Anlässe ausgeweitet worden.<sup>8</sup> Grundsatz der Pflegeversicherung ist, dass Pflege und Rehabilitation der Notwendigkeit von Pflege oder Pflegebedürftigkeit vorbeugen (Prävention der Pflegebedürftigkeit) und dem dauernden Versorgungsbedarf

- 4 Dangel, Bärbel, Bernd Kolleck und Johannes Korporal: Rehabilitation Pflegebedürftiger. ..., a. a. O., S. 15.
- 5 Welti, Felix: Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen (Mohr Siebeck) 2005, S. 238, 239.
- 6 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln (DIMDI) 2004. Auch die Richtlinien zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit weisen die Orientierung an der ICF aus. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)/GKV-Spitzenverband (Hg.): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen/Berlin (Eigenverlag) 2017, S. 88.
- 7 In der pflegfachlichen Literatur wird der Kontext von Pflege und Rehabilitation vor allem auf die Pflege in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation oder der geriatrischen Rehabilitation bezogen. Bedeutung und Konsequenz der aktivierenden Pflege als eigenständige pflegerische Rehabilitation sind nicht benannt. Z. B. Grove, Lydia: Bei der Entwicklung und Umsetzung von Rehabilitationskonzepten mitwirken und diese in das Pflegehandeln integrieren. München (Elsevier) 2006. Bartels, Friedhilde, Claudia Eckardt, Saskia Wittekindt und Anke Wittrich: Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie. Stuttgart (Kohlhammer) 2016. Werner, Burkhard, Ingo Bode und Hermann Brandenburg: Zukunftsperspektiven für die organisierte Altenhilfe. In: Brandenburg, Hermann, Ingo Bode und Burkhard Werner (Hg.): Soziales Management in der stationären Altenhilfe. Kontexte und Gestaltungsspielräume. Bern (Huber) 2014, S. 224. Im Gegensatz dazu ist international rehabilitative Pflege lange ein etablierter fachlicher Bereich der Pflege. Easton, Kristin L.: Gerontological Rehabilitation Nursing. Philadelphia (W. B. Saunders) 1999. Derstine, Jill B. and Shirlee Drayton Hargrove (eds.): Comprehensive Rehabilitation Nursing. Philadelphia (W. B. Saunders) 2001.
- 8 Vor dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung erhielten Personen, die nicht mehr durch Maßnahmen von Behandlung akuter oder chronischer Krankheit behandel- oder ‚heilbar‘ waren, keine Leistungen der Krankenkassen, sie wurden als sogenannte ‚Pflegefälle‘ ausgesteuert und waren auf Eigenfinanzierung oder auf Mittel der Sozialhilfe angewiesen.

(Pflegebedürftigkeit oder Behinderung) entgegenwirken sollen.<sup>9</sup> Damit verbunden sind die Ziele, Menschen mit Einschränkungen von Sozialleistungen oder dauernder Hilfe unabhängig zu machen, das Geschehen zu lindern, bei der Bewältigung der Beeinträchtigungen zu unterstützen und die Klientele zu verselbständigen, Selbständigkeit zu erhalten oder wiederzugewinnen. Dem grundlegenden Sozialstaatsprinzip der Subsidiarität folgen „Prävention vor Kuration“ und „Rehabilitation vor Pflege(bedürftigkeit)“, auch in der Pflegeversicherung.

Die sozialrechtlichen Regelungen zu Pflege und Rehabilitation sind durch moderne fachliche Verständnisse gekennzeichnet. Dies wird deutlich in der

### Die sozialrechtlichen Regelungen zu Pflege und Rehabilitation sind durch moderne fachliche Verständnisse gekennzeichnet.

ausdrücklichen Zustimmung der Klientele und der Einbeziehung des sozialen Umfelds,<sup>10</sup> der Orientierung auf Mitbestimmung, Mitwirkung, Verselbständigung, der Beachtung von Autonomie und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen,<sup>11</sup> durch Kompetenzgewinn aufgrund umfassender Beratung, Vermittlung und Training. Die Möglichkeit der zweckgebundenen Geldleistung eröffnet Spielräume der eigenständigen Gestaltung der Versorgung.<sup>12</sup> Nicht die einzelnen Beeinträchtigungen, sondern der Gesamtprozess der Versorgung wird in den Blick genommen.

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sind auch für pflegebedürftige Menschen verbindliche Leistung.<sup>13</sup> Zur Steigerung der Verbindlichkeit der Umsetzung der medizinischen Rehabilitation ist ein durch Prüfung der Pflegekassen abgesichertes Verfahren festgelegt worden, das wirksam wird, wenn die Pflegekasse feststellt, dass „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind“ (§ 31 (3) SGB XI).<sup>14</sup> Strukturell und nominell wurden durch die Regelungen zu Verbindlichkeit und Transparenz der Informationen die Chancen auf medizinisch-rehabilitative

Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen erhöht.<sup>15</sup>

Die Pflegekassen müssen über die Bedarfserhebung von Maßnahmen medizinischer Rehabilitation und die Umsetzung der Empfehlungen nach festgelegten Kriterien Bericht erstatten.<sup>16</sup> Deutlich ist, dass in den vier Berichtsjahren, die Anträge auf medizinische Rehabilitation aufgrund der Begutachtung gemäß SGB XI deutlich zugenommen haben, gleichzeitig ist der Anteil an Antragsablehnungen rückläufig. Die Quote von circa 56 % durchgeführter Leistungen stabilisiert sich (Tab. 1).<sup>17</sup>

Allerdings sind die Anteile der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation an den *genehmigten* Maßnahmen über drei Jahre rückläufig: 2013 wurden 85,4 % (n = 1235) der 1446 bewilligten Maßnahmen durchgeführt, 2014 73,1 % (n = 1865; n = 2551) und 2015 70,2 % (n = 4391, n = 6257). Auch wenn für 2016 der Anteil mit 83,8 % höher liegt, könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nicht in jedem Fall das angemessene Mittel sind oder dafür gehalten werden, um Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen zu fördern und zu stabilisieren. Andere Formen der Rehabilitation, die besser in den Alltag integrierbar und im Hinblick auf Aufwand und Belastung besser zu bewältigen sind, wären ein möglicher

Ansatz, den Grundsatz der Rehabilitation bei pflegebedürftigen Menschen zu realisieren. In jedem Fall besteht Klärungsbedarf.

Mit der Konkretisierung der Regelungen zum Verfahren der medizinischen Rehabilitation intendiert der Gesetzgeber eine Stärkung von Prävention und Rehabilitation bei pflegebedürftigen Menschen, er nimmt aber ausschließlich

14 Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008. Nach Feststellung des Erfordernisses von Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch die Pflegekasse im Rahmen der Begutachtung des Medizinischen Dienstes oder in anderer Weise, informiert sie den Versicherten, (bei Einverständnis) seinen Arzt und (mit Einverständnis) den zuständigen Rehabilitationsträger. Dies gilt als Antragstellung für ein Rehabilitationsverfahren (§ 14 SGB IX). Die Pflegekasse muß über die Entscheidung des Rehabilitationsträgers informiert werden. Die Pflegekasse prüft in „angemessenem zeitlichen Abstand“, ob Maßnahmen durchgeführt wurden, ggf. muß sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 32 (1) SGB XI) erbringen. Auch wird der Pflegebedürftige auf seine Mitwirkungspflicht und die Eigenverantwortung ausdrücklich hingewiesen. § 31 (3) SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 1267. Die Krankenkasse zahlt 3072 Euro für den Pflegebedürftigen an die Pflegekasse, wenn sechs Monate nach Antragstellung „keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht wurden“ § 40 (3) SGB V. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 429-430.

15 Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012. Die Rehabilitationsempfehlung, im Rahmen der Begutachtung erstellt, soll mit einer Stellungnahme der Pflegekasse, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ‚angezeigt‘ ist, von der Pflegekasse an den Antragsteller weitergeleitet werden. Mittlerweile sind auch die Präventionsempfehlungen und Maßnahmen zur Prävention aufgenommen worden (§ 18a (1) SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 1258). Damit trägt der Gesetzgeber dem Informationsübermittlungsdefizit Rechnung, das seit Beginn der Pflegeversicherung im Hinblick auf die vom Medizinischen Dienst ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen bestand.

16 Über die Anwendung des Verfahrens zur Erkennung von Rehabilitationsbedarfen und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlung zur Rehabilitation soll für den Zeitraum von fünf Jahren jährlich Bericht erstattet werden (2013-2018). Kriterien der Berichterstattung sind definiert (Zahl der Empfehlungen, Zahl der Anträge an den Rehabilitationsträger, Zahl genehmigter und abgelehnter Leistungsentscheidungen (Gründe und Widersprüche), Zahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen). § 18 (2) SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 1258.

17 2014 mehr als drei Viertel, hier liegt eine über 100%ige Leistungsbewilligung vor, möglicherweise handelt es sich um einen Antragsüberhang.

9 Seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes ist der Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (§ 5 SGB XI) erweitert um „Prävention in Pflegeeinrichtungen“ §§ 5 (6), 31 SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis XII 2017/1. Regensburg (Walhalla) 2017, S. 1239, 1267.

10 Durch die Pflegeperson oder die Selbsthilfe. Die Pflegeperson gemäß § 19 SGB XI übernimmt die laienpflegerische Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung, die sich der Pflegebedürftige mittels Pflegegeld finanziert. § 19 SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 1260.

11 Im Rahmen der Eigenverantwortung wirken die Versicherten mit, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern (§ 6 (1, 2) SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 1239).

12 Anstelle von Sachleistungen können pflegebedürftige Menschen Pflegegeld beantragen und ihre pflegerische Versorgung selbst sicherstellen. § 37 (1) SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 1270.

13 Seit der Novellierung des SGB V 2007. § 40 SGB V. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 429-430.

**Tabelle 1: Anträge auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und Entscheidungen im Rahmen der Pflegebegutachtung (GKV) gemäß § 31 (3) SGB XI in den Jahren 2013-2016<sup>18</sup>**

GKV	2013	2014	2015	2016
Anträge (§ 31 (3) SGB XI/§ 14 SGB IX)	N = 2.180	N = 2.399	N = 7.729	N = 14.628
genehmigte Leistungsentscheidungen	66,3 % (n = 1446)	106,3 % (n = 2551)	80,9 % (n = 6257)	67,1 % (n = 9822)
abgelehnte Leistungsentscheidungen davon:	9,4 % (n = 204)	8,6 % (n = 206)	3,1 % (n = 237)	2,9 % (n = 425)
■ medizinische Gründe	6,1 % (n = 132)	5,0 % (n = 120)	1,7 % (n = 128)	1,1 % (n = 165)
■ sonstige Gründe	3,3 % (n = 72)	3,6 % (n = 86)	1,4 % (n = 109)	1,8 % (n = 260)
Sonstige Erledigung	18,9 % (n = 413)	20,7 % (n = 497)	10,1 % (n = 781)	19 % (n = 2781)
durchgeführte Leistungen der beantragten zur medizinischen Rehabilitation	56,7 % (n = 1235)	77,7 % (n = 1865)	56,8 % (n = 4391)	56,3 % (n = 8232)
Widersprüche	2,1 % (n = 46)	0,9 % (n = 22)	0,2 % (n = 14)	0,2 % (n = 25)

Quelle: GKV-Spitzenverband

die medizinische Rehabilitation in den Blick.<sup>19</sup> Der Stellenwert, der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation

### **Der Mangel an Pflegefachkräften unterstreicht die Notwendigkeit, Selbständigkeit und Selbstversorgung bei Pflegebedürftigen und Menschen mit langzeitlichen Versorgungsbedarfen zu stärken.**

und ihren Wirkungen beigemessen wird, kommt zum Ausdruck, indem die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die weiteren Leistungen der Pflegeversicherung zeitlich befristet werden können, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs aufgrund von Maßnahmen medizinischer Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung des MDK zu erwarten ist. Diese Intention wird gestützt durch die Regelungen zum verpflichtenden Charakter der medizinischen Rehabilitation (§§ 18a, 33 (1) SGB XI).<sup>20</sup> Allerdings wirkt diese Regelung auch kontraproduktiv: Für nicht erbrachte Leistungen der medizinischen Rehabilitation zahlt die Krankenkasse einen Betrag an die Pflegekasse, um die Kosten der ‚höheren Pflegebedürftigkeit‘ zu finanzieren. Sinnvoller wäre hier beispielsweise, fallbezogen Budgets für Rehabilitation zur Verfügung zu stellen, die bedarfsentsprechend eingesetzt werden können, oder generell, zweckgebunden, pflegerische Einrichtungen zu unterstützen, rehabilitative Settings aufzubauen.<sup>21</sup>

Pflegerische Rehabilitation ist bestenfalls randständig Gegenstand der Begutachtung. Dies ist symptomatisch für die Asymmetrie, die Nichtförderung und -entwicklung des zweiten Ansatzes der Rehabilitation, der aktivierenden Pflege, die durch die Fokussierung auf die medizinische Rehabilitation zunehmend in den Hintergrund geraten ist, weiter gerät und bisher keine Chance der professionellen Entwicklung hat.

#### **4. Pflegerische Rehabilitation durch aktivierende Pflege**

Problemen und Defiziten der Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit kann aktivierende Pflege als Ansatz pflegerischer Rehabilitation in Ergänzung oder als Alternative zur medizinischen Rehabi-

litation und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Berichtsjahr 2014. Stand 01.09.2015. [https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/pflege\\_berichte/2014\\_3/2015\\_09\\_01\\_Pflegebericht\\_18a.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2014_3/2015_09_01_Pflegebericht_18a.pdf); 2015\_09\_01\_Pflegebericht\_18a\_Anlage\_3.pdf. [https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/pflege\\_berichte/2014\\_3/2015\\_09\\_01\\_Pflegebericht\\_18a\\_Anlage\\_3.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2014_3/2015_09_01_Pflegebericht_18a_Anlage_3.pdf); Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Berichtsjahr 2015. Stand: 01.09.2016 (Ergänzungen: 31.10.2016); Anlage\_3.pdf. [https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/pflege\\_berichte/2015\\_3/Anlage\\_3.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2015_3/Anlage_3.pdf); Zugriff: 7.8.17.

19 Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation greifen insgesamt für pflegebedürftige Menschen ‚zu kurz‘, weil sie in der Regel von Funktionsdefiziten ausgehen, die in der Folge von Krankheitsereignissen, Behinderungen oder als Konsequenz des Zusammenstreffens von Beeinträchtigungen durch mehrere Krankheiten entstanden sind.

20 Die zeitliche Befristung kann wiederholt werden, längstens drei Jahre dauern. Im Rahmen der Verlängerung ist eine Änderung der Zuordnung zu einem Pflegegrad bzw. der bewilligten Leistungen möglich. Die Pflegekasse muß gewährleisten, dass die Prüfung der Befristung rechtzeitig vor Ende der Frist erfolgt, und sie muß das Ergebnis dem Pflegebedürftigen und der versorgenden Pflegeeinrichtung mitteilen. §§ 18a, 33 (1) SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 1258, 1267-1268.

21 Durch die Zahlung von 3.072 Euro der Krankenkasse an die Pflegekasse § 40 (3) SGB V. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 429. Diese Regelungen wirken eingeschränkt, wie die Verordnung von Heilmitteln mit der Begründung des zu knappen hausärztlichen Budgets, die bestenfalls auf eine Verordnung im Quartal und sechs Maßnahmen begrenzt bleibt.

18 Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Berichtsjahr 2013. Stand 01.09.2014. [https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/pflege\\_berichte/2013\\_3/2014\\_09\\_01\\_Pflege\\_Bericht\\_18a.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2013_3/2014_09_01_Pflege_Bericht_18a.pdf); 2014\_09\_01\_Pflege\_Bericht\_18a\_Anlage\_1.pdf. [https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/pflege\\_berichte/2013\\_3/2014\\_09\\_01\\_Pflege\\_Bericht\\_18a\\_Anlage\\_1.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2013_3/2014_09_01_Pflege_Bericht_18a_Anlage_1.pdf); Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der

litation Rechnung tragen, um Erhalt und/oder Wiedererlangen von Selbständigkeit im Alltag zu erlangen. Pflegerische Rehabilitation zielt darauf, alltagsorientiert Selbständigkeit und Unabhängigkeit für pflegebedürftige Menschen zu erreichen und zu stabilisieren. Sie setzt mit der Fokussierung auf die Bewältigung von Alltag und Leben andere Ziele als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, die aus unterschiedlichen Gründen dieses umfassende Ziel „vor Ort“ nicht erreichen können: Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation/Heilmittel werden vergleichsweise zu selten, zeitlich in zu geringem Umfang und zu kurzer Dauer verordnet, um Prozesse des biologischen

## Es besteht bis heute konzeptionelle Unklarheit über die aktivierende Pflege.

oder biographischen „Umlernens“ zu gewährleisten. Die medizinischen oder therapeutischen Maßnahmen sind in der Regel funktionenorientiert und unzureichend situations- oder ressourcenbezogen. Fachpersonen führen eher punktuell oder querschnittlich vor Ort definierte Maßnahmen aus, ohne dass der Lebenskontext des Pflegebedürftigen, Prozesse der Akzeptanz und des begleitenden Kompetenzerwerbs, vor allem aber auch der -transfers und der -entwicklung zu reichend berücksichtigt werden. Nicht zureichend ist in Rechnung gestellt, dass ältere Menschen aufgrund bio-sozialer Bedingungen einen höheren Zeitbedarf für Perzeption, Umsetzung, Iteration, Training, kompensierende und ressourcenbezogene Lernprozesse und biologische Regeneration haben. Offen ist die Frage des biographischen Bezugs vor dem Hintergrund nicht selten ausgesetzter Lernprozesse in der beruflichen Phase. Das Anknüpfen an diese biographischen Parameter ist von besonderer Bedeutung. Auch die soziale und alltägliche Distanz zu den Leistungserbringenden ist von Relevanz.<sup>22</sup> Insgesamt finden also handlungsspezifische, berufliche oder sozialisationsspezifische Merkmale alter und/oder pflegebedürftiger Menschen unzureichend Berücksichtigung. So werden Lernprozesse alter Menschen, physiologische Voraussetzungen und auch Erfordernisse, die Lebenswelt und ihre

Strukturen einzubeziehen, nicht für die Entwicklung von spezifischen Konzepten für diese Klientele zugrundegelegt.

### 4.1 Ansatz der aktivierenden Pflege in der Pflegeversicherung

Aktivierende Pflege ist gekennzeichnet als förderndes und ressourcenorientiertes pflegerisches Handlungsprinzip, mit dem Ziel, weitest mögliche Eigenständigkeit und Unabhängigkeit der Klientele von Pflege (und Versorgung) zu gewinnen, zu erhalten, zu stabilisieren oder zu erlangen. Aktivierende Pflege ist zwar als Rehabilitationsäquivalent neben der medizinischen Rehabilitation im Krankenversicherungsrecht verwiesen und in die Pflegeversicherung aufgenommen worden, aber es besteht bis heute konzeptionelle Unklarheit und Offenheit. Entsprechend ermangelt es einer pflegeprofessionellen

Konzeptualisierung und qualifizierten Umsetzung, zumal sie regelhaft eine Initiative der Einrichtungsträger und ihrer Verbände voraussetzt.<sup>23</sup>

Für die Wirksamkeit von aktivierender Pflege ist von Bedeutung, dass sie in der Regel in Kontinuität<sup>24</sup> erforderlich ist, um noch vorhandene oder wiedererlangte Fähigkeiten zu stabilisieren. Es geht also nicht um Maßnahmen, die vergleichbar der medizinischen Rehabilitation punktuell oder eng zeitbegrenzt angewendet werden. Kommunikation und Interaktion haben mit Ausrichtung auf Lernprozesse und Kompetenzgewinn vermutlich für den Prozess und sein Ergebnis einen erheblichen Stellenwert.<sup>25</sup> Nicht realisierte oder im Sinne rehabilitativer Maßnahmen zeitbegrenzt und punktuell umgesetzte aktivierende Pflege führt bei Vorliegen eingeschränkter Fähigkeiten bei der Bewältigung des Alltags und seiner Einrichtungen langfristig zu einem höheren Bedarf an Unterstützung, steigert die Wahrscheinlichkeit oder zieht vermeidbare Krankenhausaufenthalte oder Heimübersiedelungen nach sich, führt zu Diskontinuitäten der Versorgungsverläufe mit der Konsequenz einer sukzessiven Verschlechterung des Zustands.<sup>26</sup>

Konsequenz des konzeptuell ungeklärten Ansatzes ist, dass die mit der Pflegeversicherung angelegte doppelte Funktion und das uneindeutige Ver-

ständnis der aktivierenden Pflege fortbestehen. Aktivierende Pflege ist einerseits generelles Handlungsprinzip, Grundlage der Pflege in der Pflegeversicherung. Gleichzeitig ist sie andererseits aber auch spezifisch als Rehabilitationsansatz intendiert. Logische Folge fehlender eigenständiger Beschäftigung ist, dass die (professionelle) Leistung ‚aktivierende Pflege‘ im Rahmen der Vergütung von Leistungen nicht Gegenstand von Leistungs- und Gebührenverhandlungen ist und sich so nicht in der Versorgung niederschlägt.<sup>27</sup> Es fehlt an einer konzeptuellen und evidenten Ausgestaltung, einer leistungsvertraglichen Verhandlung, Fixierung und an einer Finanzierung. Voraussetzung hierfür ist allerdings, eine fachlich und empirisch begründete Ausgestaltung von Konzept und Leistungen der aktivierenden Pflege im Hinblick auf ihre Indikation, die instrumentell gesicherte Feststellung, eine fachliche Intervention, erforderliche Qualifikationen der Erbringung und Prüfung von

22 Wenn die individuelle Maßnahme- oder Therapieorientierung heute begründet regelhaft zur Grundlage des beruflichen Handelns gemacht wird, gilt dies natürlich auch für ältere Klientele.

23 Zum Konzept der aktivierenden Pflege und pflegerischen Rehabilitation: Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36 (1): 50-62, 2003. Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Anmerkungen zu Begriff und Konzept der aktivierenden Pflege. Pflege Aktuell 54 (11): 622-625, 2000. Dangel, Bärbel: Rehabilitation und Pflege. In: Lektorat Pflege und Menche, Nicole (Hg.): Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. München (Elsevier) 2014, S. 239-261. Dangel, Bärbel, Kollek, Bernd und Johannes Korporal: Rehabilitation Pflegebedürftiger ..., a. a. O.

24 Ergebnisse von Untersuchungen haben gezeigt, dass sich die Wirkung der Rehabilitation hinsichtlich der Kompetenzentwicklung in den täglichen Verrichtungen nach der Entlassung aus der Rehabilitation nicht aufrecht erhalten lässt (Becker, Gabriele, Andreas Kruse, J. Tronnier, B. Roepke-Brandt, Anna Natus, H. Theissen und Andrea Wetzel: Rehabilitationsverlauf und Nachhaltigkeit – Erste Ergebnisse einer Studie zur Rehabilitation älterer Schlaganfallpatienten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (5): 365-370, 2006).

25 Einen Eindruck hiervon kann man gewinnen, wenn man in Einrichtungen teilnehmend beobachtet, in denen bewegungs- oder kommunikationsorientierte Angebote eingeführt sind.

26 Krankenhausaufenthalte führen in aller Regel bei Menschen mit vorhandenen Beeinträchtigungen aufgrund der fehlenden individuellen, ressourcenorientierten und bedarfsorientierten Versorgung zu einer nicht selten deutlichen Reduktion der Kompetenzen.

Wirkung und Qualität. Der Ansatz der pflegerischen Rehabilitation hat seitens der Pflegewissenschaft und professionellen Pflege bisher kaum „Aufmerksamkeit“ erfahren, seine Relevanz wird nicht gesehen, eine anderen Handlungsfeldern analoge Qualifikationsgestaltung bestenfalls übersehen oder blockiert. In mehr als zwanzig Jahren professioneller Erbringung von Pflegeleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung ist kein Bedarf fachlicher Qualifikation angemeldet, eingefordert oder umgesetzt worden.<sup>28</sup>

Die Aufnahme und Zugrundelegung eines Ansatzes pflegerischer Rehabilitation bietet für die Entwicklung eines fachlichen Konzepts aufgrund des in der Pflegeversicherung skizzierten Rahmens eine herausragende Voraussetzung für die Ausgestaltung und Umsetzung. Die Pflegeversicherung gewährt als einziger Bereich der Sozialen Sicherung Zugang zu Leistungen außerhalb ärztlicher Diagnose/Veranlassung/Verordnung.<sup>29</sup> Dies ist über eine pflegfachliche Diagnostik, ersatzweise institutionalisiertes Verfahren der Begutachtung, vorgesehen. Neben Qualitätssicherung, Pflegeberatung und Diagnostik stellt die aktivierende Pflege den vierten thematischen Bereich in der Pflegeversicherung dar, der einer fachlichen Ausgestaltung bedurfte und bedarf. Nur wenig davon ist bisher abgearbeitet. Für die berufliche Pflege selbst ist der Bedarf in zweifacher Hinsicht eine Chance. Aktivierende Pflege ist als pflegerischer Ansatz der Rehabilitation sozialrechtlich genormt, also verbindlich umzusetzen. Die eigenständige fachspezifische Entwicklung, Umsetzung und Evaluation der Wirksamkeit der Maßnahmen ist Handlungsauftrag an Pflege und Pflegewissenschaft.

## 4.2 Merkmale der aktivierenden Pflege

Die Feststellung von Rehabilitationsbedarf und -fähigkeit wurde in der ersten Phase der Pflegeversicherung durchgeführt mittels der Skala der elf Aktivitäten des täglichen Lebens<sup>30</sup> auf der Grundlage von vier disjunkten Ausprägungen von Selbständigkeit.<sup>31</sup> Mit den Aktivitäten des täglichen Lebens ist ein pflegewissenschaftlicher Zugang zur Erhebung der Selbständigkeit gewählt worden. Er hätte durch Ausgestaltung und Differenzierung ein aussagekräftiges und vali-

des, spezifisches Instrumentarium für die Erhebung der Pflegebedürftigkeit, den Fähigkeiten und Ressourcen sein können. Aufgrund vorgenommener Modifikationen,<sup>32</sup> fehlender wissenschaftlicher Bearbeitung und Kenntnisnahme der Spezifik der ursprünglichen Instrumente ist dies aufgelöst worden. Der pflegerehabilitative Bezug ist damit zugleich in den Hintergrund gerückt.

Nach den Regelungen und Ausgestaltungen von Pflege in der Pflegeversicherung lässt sich aktivierende Pflege durch die folgenden Elemente charakterisieren: Sie zielt darauf, Selbständigkeit und Fähigkeiten zu erhalten oder wiederzuerlangen, und zwar psychisch, physisch, mental und kompetenziell. Unmittelbar verbunden ist dies mit der Förderung von vorhandenen Ressourcen, und es setzt eine instrumentelle und valide Erhebung von Fähigkeiten und Potentialen voraus. Aktivierende Pflege strebt, Teilhabe und Partizipation pflegebedürftiger Menschen an.

Rehabilitative Pflege hat unterschiedliche Handlungsebenen, die zu einem fachlich weitergebildeten und eigenstän-

digen Konzept miteinander verbunden sind. Sie ist je nach Bedarf, Ort der Versorgung und Situation

30 Vitale Funktionen aufrechterhalten, sich situativ anpassen können, für Sicherheit sorgen können, sich bewegen können, sich sauberhalten und kleiden können, essen und trinken können, ausscheiden können, sich beschäftigen können, kommunizieren können, ruhen und schlafen können, soziale Bereiche des Lebens sichern können. Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 21.03.1997 in der Fassung vom 22.08.2001, S. 25-30.

31 **Selbständig:** ‚Fähigkeit zur selbständigen Versorgung/Durchführung von Verrichtungen im ATL-Bereich; keine Hilfsperson und keine Hilfsmittel erforderlich‘; **bedingt selbständig:** ‚Fähigkeit zur selbständigen bzw. unabhängigen Versorgung mit einer oder mehreren Einschränkungen; Hilfsmittel/-vorrichtungen sind vorhanden und werden genutzt; der Antragsteller benötigt ggf. mehr Zeit als üblich für die Verrichtungen, bewältigt sie aber mit Mühe; ggf. bestehen Sicherheitsbedenken im Zusammenhang mit einzelnen Verrichtungen‘; **teilweise unselbständig:** ‚Fähigkeit zur selbständigen Versorgung/Verrichtung ist eingeschränkt; Einzelverrichtungen werden unvollständig ausgeführt; eine Hilfsperson ist zur Anleitung und Beaufsichtigung bei der Vorbereitung und Durchführung von Verrichtungen bzw. zu ihrer zeit-/teilweisen Übernahme erforderlich‘; **unselbständig:** ‚Fähigkeit zur selbständigen Versorgung/Verrichtung ist nicht vorhanden; Hilfestellung/Übernahme durch Hilfsperson in allen Phasen der Versorgung/Verrichtung erforderlich‘. Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung, a. a. O., vom 21.03.1997 in der Fassung vom 22.08.2001, S. 24-25.

32 Die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) stellen ein Instrument dar, das dimensional nach elf Bereichen strukturiert Fähigkeiten und Selbständigkeit zu erheben ermöglicht. Die einzelnen Dimensionen z. B. ‚sich bewegen können‘ müssen differenziert und ausgestaltet werden, beispielsweise durch einzelne Verrichtungen. Der Hilfebedarf im Rahmen der Pflegeversicherung wurde mittels 21 Verrichtungen festgelegt. Einer Struktur, die von Instrumenten wie den ADL oder IADL bekannt ist. Im Unterschied zu den Dimensionen der ATL geht es bei den ADL aber um eine verrichtungsbezogene Erhebung, die Aussagen ermöglicht, was der Mensch im Hinblick auf die Verrichtung (z. B. gehen) im Moment kann (Barthel-Index). Im Jahr 2000 erfolgt die erste Modifikation des Begutachtungsinstruments mit der Auflösung der Aktivitäten des täglichen Lebens als eigenständiges Instrument. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (Hg.): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen (Eigenverlag) 2006, S. 36-37. In der bis 2016 gültigen Version sind die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr erkennbar. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)/GKV-Spitzenverband (Hg.): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 08.06.2009, geändert durch Beschluss vom 16.04.2013. Essen/Berlin (Eigenverlag) 2013, S. 37-39.

27 Mittels aktivierender Pflege sollen pflegebedürftige Menschen einen höheren Grad an Selbständigkeit und Unabhängigkeit erreichen. Führt dies in vollstationären Einrichtungen zur Reduktion des Pflegegrads, erhält die Einrichtung 2952 Euro von der Pflegekasse zusätzlich, wenn ein/e Bewohner/-in aufgrund aktivierender Pflege und rehabilitativer Maßnahmen einem niedrigen Pflegegrad zugeordnet werden kann oder dieser die Pflegebedürftigkeit überwindet und dies mindestens für sechs Monate anhält. Der Beitrag muß an die Pflegekasse zurückgezahlt werden, wenn der Pflegebedürftige in dieser Zeitspanne einen höheren Pflegegrad erhält oder bislang nicht Pflegebedürftige als pflegebedürftig eingestuft werden. § 87a (4) SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 1312. Diese Festlegung ist fern von jeder Kenntnis der Situation und Wirkung rehabilitativer Maßnahmen bei pflegebedürftigen Menschen. Fördernde Maßnahmen können unwirksam bleiben, können marginal erfolgreich sein oder selbst bei Wirksamkeit und einer Zunahme an Selbständigkeit den Hilfebedarf nicht elementar reduzieren. Da Maßnahmen der fördernden Pflege erheblich aufwendiger und zeitintensiver sind als versorgende Pflege, sind Pflegeeinrichtungen, die tatsächlich aktivierende Pflege durchführen, sachteiligt. Hinzukommt, dass eine Reduktion des Pflegegrads sich auf den Personalschlüssel der Einrichtung auswirkt. Insofern besteht geringes Interesse an der Reduktion.

28 Man kann begründet davon ausgehen, dass er auch in andere Handlungsfelder professioneller Pflege wirken würde.

29 Er wäre damit ein exemplarischer „Übungsbereich“ sich professionalisierender Pflege, wenn es eine strukturelle Verankerung professionellen und organisatorischen Lernens und Transfers gäbe.

- ausführend: Pflegefachliche Handlungen werden als rehabilitative Maßnahme erbracht. Dies kann beispielsweise im Rahmen von körperpflegerischen Handlungen sein, immer auf der Grundlage des Kompetenzerwerbs und der Verselbständigung.
- supportiv, vermittelnd und bewältigend: durch Unterstützung, Anleitung und Beaufsichtigung. Im Rahmen des Trainings, Lernens oder Wiedererlernens von alltäglichen Verrichtungen werden Maßnahmen unterstützt, Lernprozesse an und mit Gegenständen und Abläufen des Alltags in der Lebensumgebung angeregt, pflegebedürftige Menschen oder auch Angehörige angeleitet und bei der Durchführung beaufsichtigt.
- fördernd durch Motivation und angemessene Zielsetzung: Rehabilitation ist ein langwieriges und andauerndes Geschehen. Vor diesem Hintergrund sind realistische Zielsetzungen, die gemeinsam mit den Beteiligten festgelegt werden, erforderlich. Akzeptanz und Einwilligung sind unabdingbare Voraussetzungen. Die Planung der Aktivitäten muss dem Ziel- und Zeitrahmen angemessen sein, um Demotivierung und Frustration zu vermeiden.
- beratend und begleitend: durch Gespräch, Beratung, Anleitung, Einweisung in Funktion oder Kontext, Supervision und Training. Ein hoher Stellenwert kommt im Rahmen der Rehabilitation edukativen (vermittelnden, kompetenzsteigernden) Tätigkeiten zu. Pflegebedürftige Menschen müssen umfassend informiert und beraten werden, um eine für ihre Situation angemessene Entscheidung treffen zu können. Das Erfordernis der Beratung im Hinblick auf Rehabilitation ist im Rahmen eines Krankenhauses bei der Entlassungsplanung elementarer pflegefachlicher Bestandteil.
- vernetzend und verknüpfend: durch Versorgungsberatung und -verweisung, -management und institutionelle Vermittlung. Als Instrument in der Pflegeversicherung angelegt, könnte die pflegefachliche Beratung ausschlaggebende Instanz zur Vernetzung und Steuerung der Versorgung sein und einen entscheidenden Beitrag zur Sicherung einer kontinuierlichen Versorgung leisten.<sup>33</sup>

### 4.3 Gründe und Probleme der Umsetzung

Die Entwicklung und Umsetzung eines pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation ist bislang wenig in der Wahrnehmung der Pflegewissenschaft und pflegeprofessionellen Praxis verankert. Kompetenzen auf beiden Ebenen sind erforderlich und zwar hinsichtlich

- fachlicher Kompetenz im Hinblick auf eine zielorientierte, wissensbasierte, gesicherte und kompetenztransferierende Pflege
- instrumenteller Kompetenz im Hinblick auf fachliche Diagnostik und Evaluation
- Beziehungskompetenz hinsichtlich horizontaler und belastbarer Klientel-Pflege-Verhältnisse
- professioneller Transferkompetenz für den Erwerb an den Schnittstellen kooperierender Berufe (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ärzte, ...)
- Moderations- und Kooperationskompetenz im Netz der Versorgung und Ablauf der Prozesse
- Strukturkompetenz in der professionellen Versorgung, einschließlich der Integration von Selbsthilfe
- Strukturkompetenz hinsichtlich der beruflichen Verantwortung und Zuständigkeit, der fachlichen und institutionellen Versorgungsprozesse.

Bisher hat es im Leistungsbereich der Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation noch keine Kompetenz- und Leistungs-differenzierung gegeben. Insofern könnte der Ansatz der Aktivierenden Pflege eine für Pflegebedürftigkeit bzw. die langzeitliche Versorgung weitergebildete fachliche Kompetenz sein, die in ambulanten wie (teil-)stationären Kontexten modellhaft erprobt wird. Ausgehend von einer instrumentengestützten Bedarfserhebung wird diagnostiziert und eine pflegefachliche Indikation für die aktivierende Pflege erstellt, Rehabilitationsprozesse pflegefachlich zu planen, zu beginnen oder im Transfer fortzuführen mittels spezifischer Handlungskompetenz. Einen Schwerpunkt wird auf die Kompetenzbildung der pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen gelegt, indem Beratung, Anleitung und Training elementare Bestandteile der Tätigkeit werden (Eduktion). Primäre Zielsetzung ist, eine

weitest mögliche Verselbständigung der Pflegebedürftigen (Selbstkompetenz) zu erreichen. Dies soll durch eine alltagsorientierte Aktivierung als ‚Rehabilitationslernen‘ im eigenen vertrauten Umfeld geschehen. Vor diesem Hintergrund sollte die Steuerung der Versorgung im Blick der pflegefachlichen Rehabilitation sein, mit dem Ziel der Sicherung einer angemessenen und bedarfsorientierten Versorgung (spezifische Versorgungskompetenz).<sup>34</sup> Pflegerische Rehabilitation in diesem Sinn ist zu den bestehenden Ansätzen komplementär und erschließt bisher nicht berücksichtigte Potentiale.

### 5. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und Rehabilitation

Eine grundlegende Abkehr von dem mit der Pflegeversicherung etablierten Verständnis von Pflegebedürftigkeit, den Kriterien der Feststellung und der fachlichen Spezifik ist mit dem ‚Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff‘,<sup>35</sup> seiner rechtlichen Umsetzung<sup>36</sup> und den ausgestaltenden Materialien<sup>37</sup> vorgenommen worden. Dies wirkt sich auf die Pflege-

33 § 7a SGB XI sieht eine verbindliche Pflegeberatung vor, die auf der Grundlage eines Fallmanagements umgesetzt wird. § 7a SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch ..., a. a. O., S. 1241-1242; auch hier ist auf die Bedeutung einer pflegefachlichen Entlassungsplanung verwiesen.

34 Grundlage können Ansätze aus anderen Ländern sein, in denen pflegerische Rehabilitation ein selbstverständlicher eigendisziplinärer Gegenstand ist und entsprechend gestaltet wird, so beispielsweise durch ein Kompetenzmodell der pflegerischen Rehabilitation, das die Association of Rehabilitation Nurses entwickelt hat. Vaughn, Stephanie, Kristen L. Mauk, Cynthia S. Jacelon, Pamela D. Larsen, Jill Rye, Wendy Wintersgill, Christine E. Cave and David Dufresne: The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. *Rehabilitation Nursing* (0): 1-12, 2015.

35 Bundesministerium für Gesundheit: Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin (Eigenverlag) 2009. Bundesministerium für Gesundheit: Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin (Eigenverlag) 2009. Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin (Eigenverlag) 2013.

36 § 14 SGB XI. Das gesamte Sozialbuch SGB I a. a. O., S. 1250-1251.

37 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)/ GKV-Spitzenverband (Hg.): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen/Berlin (Eigenverlag) 2017.

spezifität der Regelungen insgesamt und auf das Verständnis von Rehabilitation im Rahmen der Pflegeversicherung aus.

## 5.1 Reorientierung von Pflegebedürftigkeit auf Krankheit

Seit 1.1.2017 ist der ‚neue Pflegebedürftigkeitsbegriff‘ in Kraft.<sup>38</sup> Pflegebedürftig sind demnach Personen, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.“ Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich mindestens sechs Monate bestehen.<sup>39</sup>

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff verengt das bisherige Verständnis von Pflegebedürftigkeit im Hinblick auf:

- die ‚Ursache‘ für Pflegebedürftigkeit: Nicht Hilfebedarf, der *vor dem Hintergrund von Krankheit und Behinderung* (final), sondern *durch gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen* (kausal). Unangemessen und begrifflich unzutreffend ist die Aufnahme von Krankheitsbewältigung, es geht nicht um Coping oder Adhärenz.
- einen Bedarf an personaler Hilfe: Pflegebedürftig zu sein, setzt voraus, Hilfe von Dritten zu benötigen. Das heißt, Einschränkungen, die mittels Hilfsmittel oder anderer Möglichkeiten kompensiert werden können, sind nicht mehr relevant für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit.

Wie weit dies pflegerische Rehabilitation betrifft, ist noch nicht abzusehen.

## 5.2 Rehabilitation im Rahmen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Rehabilitation hat in der Pflegeversicherung nach wie vor zentralen Stellenwert. Im Rahmen der Begutachtung ist zu erheben, „ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließ-

lich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind ...“<sup>40</sup>

Im Rahmen der Begutachtungsanlei- tung wird Rehabilitation explizit als medizinische Rehabilitation thematisiert, und vor diesem Hintergrund sind Aussagen zu Indikation, Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -zielen und -prognose formuliert.<sup>41</sup> Aktivierende Pflege als

## Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff verengt das Verständnis von Pflegebedürftigkeit: Wie weit dies pflegerische Rehabilitation betrifft, ist noch nicht abzusehen.

pflegerische Rehabilitation ist nicht präsent, im Gegenteil, Pflege ist ausdrückliches Ausschlusskriterium von Rehabilitation. „Rehabilitationsbedürftigkeit ist nicht gegeben, wenn kurative oder pflegerische bzw. andere Maßnahmen zur Sicherstellung bzw. Gewährleistung der Selbständigkeit ausreichend und erfolgversprechend sind.“<sup>42</sup>

Folgende Aspekte charakterisieren die Orientierung der Rehabilitation im „neuen Verständnis“:

1. Der Zugang zum Geschehen und zur Entwicklung eines Instruments zur Erhebung der Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs bezieht sich auf Materialien außerhalb des SGB XI. Es ist zwar einleitend dargestellt, dass das SGB IX das relevante Gesetzbuch für Rehabilitation und Teilhabe ist, aber dies grenzt sich begrifflich, verfahrensmäßig und institutionell von der Rehabilitation Pflegebedürftiger ab. Wie im Krankenversicherungsrecht geht es auch bei der Teilhabe ausschließlich um die Prävention von Pflegebedürftigkeit;<sup>43</sup> Regelungen die bekanntermaßen keine Wirkung entfalten. Unter den Leistungen des SGB IX ist zwar eine „möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“;<sup>44</sup> dies ist jedoch bei den in §§ 4 und 5 genannten Leistungsgruppen zur Teilhabe nicht aufgeführt und nach

§ 6 hinsichtlich der Rehabilitations-träger ausgeschlossen.<sup>45</sup>

2. Die begriffliche und konzeptuelle Nähe von Rehabilitationsbedürftigkeit, -prognose, -fähigkeit hat zwar den Bezug zu Krankheit und Gesundheit. Dieser stellt sich im Kontext der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung jedoch grundlegend anders dar: Pflegebedürftige Menschen werden Gesundheit in den allermeisten Fällen nicht (mehr, wieder) erreichen (können), und dies ist auch nicht das angestrebte Ziele, das mit Rehabilitation im Rahmen der Pflegeversicherung verbunden ist: Es geht um Stabilisierung und Erhalt von Fähigkeiten, Vermeidung und Bes-

38 Aufgrund einer im Hinblick auf Intention, Zielgerichtetheit und fachliche Ausrichtung unbegründeten und ‚herbeigeredeten‘ Diskussion um den (ausschließlich) somatisch ausgerichteten Pflegebedürftigkeitsbegriff, der die Bedarfe von kognitiv eingeschränkten Menschen nicht zu erfassen gestatte, wurde eine grundlegende Änderung angestrebt. Die ebenso regelmäßig wiederkehrende wie nicht zutreffende Kritik der somatischen Ausrichtung ist aufgrund der vorliegenden Regelungen und der sie ausgestaltenden Materialien nicht haltbar. Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit liegen mit den Kategorien der ‚Beaufsichtigung‘ und der ‚Anleitung‘ und ihren Ausgestaltungen seit Beginn der Pflegeversicherung Kriterien vor, die erlauben, Bedarfe aufgrund kognitiver Einschränkungen zu erfassen, die in Teilbereichen aber sicher ein Umsetzungsdefizit aufweisen. GKV-Spitzenverband/ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (Hg.): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Berlin/Essen (Eigenverlag) 2013, S. 44-46.

39 § 14 (1) SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch ... 2017/1. A. a. O., S. 1250-1251.

40 § 18 (1) SGB XI. Das gesamte Sozialgesetzbuch ... 2017/1. A. a. O., S. 1254.

41 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)/ GKV-Spitzenverband (Hg.): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen/Berlin (Eigenverlag) 2017, S. 89-93. Pflegerische Rehabilitation findet keine Berücksichtigung, gelegentlich ist von pflegerischen Maßnahmen die Rede bzw. genannte Sachverhalte sind eigentlich der „Pflege“ zuzuordnen.

42 Eigentlich eine untergesetzlich-ausgestaltende Verkürzung einer gesetzlichen Regelung. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)/ GKV-Spitzenverband (Hg.): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen/ Berlin (Eigenverlag) 2017, S. 89.

43 Zur vermeiden, ... § 4 (1) Nr. 2 SGB IX.

44 § 4 (1) Nr. 4 SGB IX

45 Außer in der Gesetzlichen Unfallversicherung.

- serung von Pflegebedürftigkeit oder auch Entwicklung und Nutzung von Ressourcen zur Kompensation verlorengangener Fähigkeiten. Sie hat einen konstitutiven Bezug zu Alltag, Leben und Situation pflegebedürftiger Menschen.
3. Es geht den Autoren ausschließlich um medizinische Rehabilitation, die als Einzelmaßnahme oder als stationäre Rehabilitation nicht leistet, was für pflegebedürftige Menschen erforderlich ist: Kontinuität und Individualität in der Vermittlung von Kompetenzen, erforderliche Zeit des Trainierens, mittels kriteriengestützten Übens, so dass Maßnahmen, Verhaltensweisen, Techniken entstehen und in den Bestand des Pflegebedürftigen übergehen und er zu einem Selbstmanagement in der Lage ist.
  4. Weil ausschließlich medizinische Rehabilitation im Blick ist, werden Aspekte, die eine pflegerische Rehabilitation betreffen, ohne Berücksichtigung bleiben, auch wenn sie zum Teil in den Ausführungen der Richtlinie (z. B. Rehabilitationsziele) integriert sind.
  5. Die Modulstruktur kann mit der „Feststellung von Abhängigkeit von personeller Hilfe“ einen Hinweis auf Rehabilitationsbedarf bieten. Wenn dies so zutrifft, käme die Begutachtung für die Einschätzung von Rehabilitationsbedarf zu spät, der Bedarf ist manifest, wenn bereits personelle Hilfe erforderlich ist.
  6. Nicht beachtet wird das Erfordernis von Hinweisen und Angaben zum Lebenssetting und zur Einschätzung des/der Beantragenden, die der Zielsetzung einer alltagsnahen Rehabilitation nutzen.
  7. Zur Umsetzung der Erhebung des Rehabilitationsbedarfs in den Modulen: Die Frage nach Verschlechterung, Verbesserung, Stagnation im Laufe eines festgelegten Zeitraums bringt keine Aussagen zur Rehabilitationsfähigkeit. Eine Verschlechterung der Mobilität kann aufgrund einer interkurrenten Erkrankung, verlaufs begleitend, postoperativ oder schleichend sein. Sie kann keine Matrix für die Einschätzung von Rehabilitation darstellen. Zudem ist dies eine subjektive (kriterienfreie) Bewertung des Gutachters. Sie ist zumindest nicht durch Kriterien gestützt.
  8. Rehabilitation muss auch für demente Menschen eine relevante Möglichkeit der Verzögerung von Entwicklung und der Erhaltung des Status sein, um das soziale Setting zu sichern und die Entwicklung zu verzögern.
  9. Rehabilitationsbedarf differenziert festzustellen, macht bei der Begutachtung wenig Sinn. Hierfür sind Instrumentarium, Zeit und Kenntnis der Situation erforderlich. Insofern kann es ausschließlich um eine grobe, bedarfsorientierende, aber unter diesen Bedingungen möglichst valide Bewertung gehen.
  10. Die Erhebung von Abhängigkeit von personeller Hilfe verschenkt im Sinne von Prävention und Rehabilitation die Chance, Rehabilitationsbedürftigkeit früh zu erkennen, durch den Ausschluss, da(ss) bereits die Nutzung von Hilfsmitteln ein Hinweis auf Unterstützungsbedarf ist. Unter Berücksichtigung der Nichtnutzung des Präventionsauftrags des SGB V und IX und der Nichtthematisierung im Präventionsgesetz ergibt sich eine breite „Leerstelle“ der Prävention von Pflegebedürftigkeit.
  11. Das neue Instrumentarium mit seiner Erläuterung lässt, auch aufgrund dieser knappen und orientierenden Bewertung, pflegerische Rehabilitation als zweiten mit der Alterung zunehmend wichtigen und auszugestaltenden fachlichen Handlungsbereich der Pflegeversicherung völlig außer Acht, obwohl unter den Rehabilitationszielen der Richtlinie eine Anzahl „konkreter alltagsnaher“ (pflegerisch-rehabitativer, d. A.) Ziele genannt werden, die nicht des umfassenden Aufwands und der institutionellen Distanz medizinischer Rehabilitation bedürfen.<sup>46</sup>

## 6. Erfordernisse zur Umsetzung pflegerischer Rehabilitation

Aufgrund der demographischen und krankheitenstrukturellen Entwicklung erhält die Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung einen immer höheren Stellenwert. Der in den letzten Jahren evident gewordene Mangel an Pflegefachkräften unterstreicht die Notwendigkeit, Selbständigkeit und Selbstversorgung bei Pflegebedürftigen und Menschen mit langzeitlichen Ver-

sorgungsbedarfen zu stärken und zu stabilisieren. Eine zentrale Rolle kann hierbei der pflegerischen Rehabilitation zu zukommen.

Zur Sicherung der Kontinuität der Versorgung an der Schnittstelle der klinischen zur außerklinischen Versorgung kann über ein pflegerisches Entlassungsmanagement<sup>47</sup> frühzeitig der spezifische Bedarf an pflegerischer Rehabilitation erhoben und eine entsprechende spezifische Weiterversorgung organisiert werden. Durch die Einbeziehung der für Pflegebedürftige verbindlichen Pflegeberatung wäre ein Transfer an den Sektoren gegeben.<sup>48</sup> Eine Zuordnung von entsprechenden Qualifikationen ist erforderlich. Damit ist verbunden, dass sie sich qualifikatorisch und tätigkeitsbezogen in anderer Weise abbilden muss und eine geänderte Bedeutung im Rahmen der Versorgung erhält. Prozesse der Zusammenarbeit müssen intra- und interprofessionell ausgerichtet werden. Pflege aufgrund des SGB XI muss im rechtlich-definierten Sinn kommuniziert und erbracht werden. Damit gewinnen pflegerische Edukation und die Steuerung von Versorgung einen höheren Stellenwert.

Pflegerische Rehabilitation kann institutionell im Rahmen von Einrichtungen der Kurzzeitpflege stattfinden, wenn es sich um eine Phase, zum Beispiel nach akutem Ereignis oder einer Krankheit handelt, in der pflegebedürftige Menschen längere Zeit der Förderung und Stabilisierung benötigen. Sie kann (und sollte) darüber hinaus auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen

46 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hg.): Richtlinien ..., a. a. O., S. 91.

47 Zur Sicherung der Kontinuität der Versorgung bei weiterbestehendem Bedarf nach Krankenhausaufenthalt liegt mit dem Expertenstandard Entlassungsmanagement ein systematisches fachliches Instrument vor, das unter Moderation der Pflegefachkraft den Entlassungsprozess moderiert und steuert. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. Osnabrück (Eigenverlag) 2009.

48 Die Pflegeberatung soll prioritär von Pflegefachkräften mittels eines Fallmanagements durchgeführt werden. Der festgelegte Ablauf entspricht mit seinen Phasen der Bedarfserhebung, Planung, Umsetzung, Monitoring und Evaluation der Struktur des im Entlassungsmanagement in der Pflege hinterlegten Entlassungsprozesses (Assessment, Planung, Durchführung, Evaluation). Pflegeberatung wird bislang nicht mit dieser Intention ein- und umgesetzt.

in spezifischen Rehabilitationsbereichen eingerichtet werden, um pflegebedürftigen Menschen intermediär dazu zu dienen, alltagsorientiert Fähigkeiten zu erwerben oder zu stabilisieren – ggf. sogar an Stelle eines Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalts. Die pflegerische Begutachtung der Sicherstellung der ambulanten Pflege nach § 37 (3 und 4) SGB XI könnte eine grobe Bedarfsorientierung zur Rehabilitation gestatten, sie sieht eine „besondere Beratungskompetenz“ bereits gegenwärtig vor. Schließlich kann auch eine kompetente, pflegerehabilitativ ausgerichtete „Pflegestation“ den Anschluss häuslich reintegrativer Prozesse bahnen oder Leistungen erbringen, die eine längerfristige Integration im Lebens- und Wohnumfeld fördern oder wahrscheinlicher machen.<sup>49</sup>

## 7. Zusammenfassung

Rehabilitation im gegliederten System der Sozialen Sicherung hat einen langen und komplexen Weg der Entwicklung hinter sich, bis vor dem Hintergrund integrativer Sozialgesetzgebung (SGB IX), begrifflicher Vereinheitlichung und vergleichbarer Leistungsausgestaltung eine Funktionalität der Hilfen vor dem Hintergrund von institutioneller Pluralität, Eigeninteressen der Träger und berufrechtlicher Prämissen unter den Kriterien angemessener Zielerreichung ein Handlungsrahmen entstanden ist, der den Anforderungen von Klienten mit Bedarf hinsichtlich der Möglichkeiten der Inanspruchnahme, der Akzeptanz, der Formen der Hilfe und

der Berücksichtigung von Bedürfnissen, Ansprüchen, Rechten der Persönlichkeit und situativer Angemessenheit durchschnittlich entsprechen dürfte. Graduenten sozialer Schichtung, der Ethnizität und des Alters differenzieren das Bild. Die Komplexität des Handlungsansatzes (beruflich, institutionell, zeitlich, instrumentell) ist den Erfordernissen

### **Der Mangel an Pflegefachkräften unterstreicht die Notwendigkeit, Selbständigkeit und Selbstversorgung bei Pflegebedürftigen und Menschen mit langzeitlichen Versorgungsbedarfen zu stärken.**

bestimmter Klientele mit Bedarf nicht gerecht, ist nicht angemessen und unterschreitet die Möglichkeiten. Diese Überlegungen, die empirisch bestätigt sind, bildeten sicher den Hintergrund, Möglichkeiten und Verfahren am Rande oder ausserhalb des Rechts der Rehabilitation zu regeln, die den Anforderungen der Klientele und der Situation eher entsprechen.

Dies mag Hintergrund der Rehabilitationsregelungen der Pflegeversicherung gewesen sein. Ihre Umsetzung entspricht seit Beginn nicht den Erwartungen, und die Problematik ist strukturell an verschiedenen Detailregelungen, Zuständigkeiten und Verfahren festzumachen. Vorrangig sind die ausschliessliche Form der medizinischen Rehabilitation, die

„Überführung“ in die krankenversicherungsrechtliche Entscheidung, die teils fehlende Kommunikation im Prozess und die sekundäre Unterstellung unter Arztvorbehalt zu nennen, die Verfahren intransparent und nicht zielorientiert gestaltet haben. Erfordernisse der Chronizität der Beeinträchtigungen, der Verselbständigung der Rehabilitanden

in alltäglichen Lebenssettings, des biographisch-individuellen zeit- und ressourcenabhängigen Lern- und Kompetenzerwerbs älterer und pflegebedürftiger Menschen, der Spezifität der Ausrichtungen im einzelnen und des extrainstitutionellen Charakters der Erbringung in niederschwelliger und klientenaher professioneller Beziehung erscheinen als Voraussetzungen, die bestehenden Lücken zu schliessen. Voraussetzungen sind die Entwicklung spezifischer pflegefachlicher Curricula und weitergebildeter Leistungserbringung als Ergänzung des differenzierten Systems der Rehabilitation, das in der Ausrichtung auf pflegebedürftige Menschen seine Eignung unzureichend belegt hat. Der normative Rahmen ist gegeben, Profession, Erbringer und Träger sollten sich auf Realisierung vorliegender internationaler Erfahrungen verständigen. ■

<sup>49</sup> Diese Maßnahme könnte einem nicht erwünschten, nicht erforderlichen oder vorschnellen Verlegen in eine stationäre Pflegeeinrichtung, die vergleichsweise häufig berichtet werden, entgegenwirken.

## Literatur

**Bartels, Friedhilde, Claudia Eckardt, Saskia Wittekindt und Anke Wittrich:** Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie. Stuttgart (Kohlhammer) 2016.

**Becker, Gabriele, Andreas Kruse, J. Tronnier, B. Roepke-Brandt, Anna Natus, H. Theissen und Andrea Wetzel:** Rehabilitationsverlauf und Nachhaltigkeit – Erste Ergebnisse einer Studie zur Rehabilitation älterer Schlaganfallpatienten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (5): 365-370, 2006.

**Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI** über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen

der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Berichtsjahr 2013. Stand 01.09.2014. [https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/pflege\\_berichte/2014\\_3/2015\\_09\\_01\\_Pflegebericht\\_\\_18a\\_Anlage\\_1.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2014_3/2015_09_01_Pflegebericht__18a_Anlage_1.pdf).

**Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI** über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Berichtsjahr 2014. Stand 01.09.2015. [https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/pflege\\_berichte/2014\\_3/2015\\_09\\_01\\_Pflegebericht\\_18a.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2014_3/2015_09_01_Pflegebericht_18a.pdf);

**2015\_09\_01\_Pflegebericht\_18a\_Anlage\_3.pdf.** [https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/pflege\\_berichte/2014\\_3/2015\\_09\\_01\\_Pflegebericht\\_18a\\_Anlage\\_3.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2014_3/2015_09_01_Pflegebericht_18a_Anlage_3.pdf);

**Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI** über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Berichtsjahr 2015. Stand: 01.09.2016 (Ergänzungen: 31.10.2016); Anlage\_3.pdf. <https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/>

## Literatur

richtlinien\_vereinbarungen\_formulare/pflege\_berichte/2015\_3/Anlage\_3.pdf; Zugriff: 7.8.17

**Bundesministerium für Gesundheit:** Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin (Eigenverlag) 2009.

**Bundesministerium für Gesundheit:** Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin (Eigenverlag) 2009. Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin (Eigenverlag) 2013.

**Dangel, Bärbel und Johannes Korporal:** Anmerkungen zu Begriff und Konzept der aktivierenden Pflege. Pflege Aktuell 54 (11): 622-625, 2000.

**Dangel, Bärbel und Johannes Korporal:** Die novellierte berufsgesetzliche Regelung der Pflege – Struktur und mögliche Wirkungen. Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen 70 (1): 8-18, 2016.

**Dangel, Bärbel und Johannes Korporal:** Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36 (1): 50-62, 2003.

**Dangel, Bärbel, Bernd Kolleck und Johannes Korporal:** Rehabilitation Pflegebedürftiger. Konzept – Umsetzung – Ergebnisse. München (Elsevier) 2005.

**Dangel, Bärbel: Rehabilitation und Pflege.** In: Lektorat Pflege und Menche, Nicole (Hg.): Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. München (Elsevier) 2014, S. 239-261.

**Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis XII 2017/1.** Regensburg (Walhalla) 2017.

**Derstine, Jill B. and Shirlee Drayton Hargrove (eds.):** Comprehensive Rehabilitation Nursing. Philadelphia (W. B. Saunders) 2001.

**Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hg.):** Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln (DIMDI) 2004.

**Easton, Kristin L.:** Gerontological Rehabilitation Nursing. Philadelphia (W.B. Saunders) 1999.

**GKV-Spitzenverband/Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (Hg.):** Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Berlin/Essen (Eigenverlag) 2013.

**Grove, Lydia:** Bei der Entwicklung und Umsetzung von Rehabilitationskonzepten mitwirken und diese in das Pflegehandeln integrieren. München (Elsevier) 2006.

**Korporal, Johannes und Bärbel Dangel:** Der schließendlich schwierige Einstieg in die Akademisierung der Pflege und seine Prämissen für die Entwicklung. In: Kaufhold, Marisa, Elke Rosowski und Mirko Schürmann (Hg.): Bildung im Gesundheitsbereich. Forschung und Entwicklung zur beruflichen und hochschulischen Bildung. Festschrift für Prof. Dr. Barbara Knigge-Demal. Münster (Lit) 2014, S. 97-115.

**Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (Hg.):** Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur

Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen (Eigenverlag) 2006.

**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)/GKV-Spitzenverband (Hg.):** Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRI) vom 08.06.2009, geändert durch Beschluss vom 16.04.2013. Essen/Berlin (Eigenverlag) 2013.

**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)/GKV-Spitzenverband (Hg.):** Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen/Berlin (Eigenverlag) 2017.

**Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI.** Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRI) vom 21.03.1997 in der Fassung vom 22.08. 2001.

**Welti, Felix:** Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen (Mohr Siebeck) 2005.

**Werner, Burkhard, Ingo Bode und Hermann Brandenburg:** Zukunftsperspektiven für die organisierte Altenhilfe. In: Brandenburg, Hermann, Ingo Bode und Burkhard Werner (Hg.): Soziales Management in der stationären Altenhilfe. Kontexte und Gestaltungsspielräume. Bern (Huber) 2014.

## Wettbewerb im deutschen Krankenversicherungssystem



### Sondergutachten 75: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem

Sondergutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB

Herausgegeben von der Monopolkommission

2017, 181 S., brosch., 46,- €

ISBN 978-3-8487-4263-9

eISBN 978-3-8452-8526-9

(Monopolkommission – Sondergutachten, Bd. 75)

[nomos-shop.de/29994](http://nomos-shop.de/29994)

Das Sondergutachten der Monopolkommission geht auf eine Vielzahl von ungenutzten wettbewerblichen Potenzialen im deutschen Krankenversicherungsmarkt ein. Die Zukunftsfähigkeit des Systems kann verbessert werden, wenn die Empfehlungen zu Selektivvertragswettbewerb, Risikostrukturausgleich und zu der Portabilität der Altersrückstellungen berücksichtigt werden.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: [www.nomos-elibrary.de](http://www.nomos-elibrary.de)

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter [www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

