

J. Küpper-Nybelen  
P. Ihle  
W. Deetjen  
I. Schubert

## Empfehlung rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der Pflegebegutachtung und Umsetzung in der ambulanten Versorgung

### Persons requiring long-term care: recommendation and utilization of rehabilitative therapies

► **Zusammenfassung** Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ist im SGB XI festgeschrieben mit dem übergeordneten Ziel, pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich ein Leben in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Dieses Vorhaben ist im Rahmen der Pflegeversicherung bisher nur in beschränktem Um-

fang umgesetzt worden. Ziel dieser Studie war es, die Häufigkeit von Empfehlungen für rehabilitative Maßnahmen, die der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in den Pflegegutachten an die Pflegekasse ausspricht, und deren Umsetzung zu untersuchen.

Basierend auf einem Linkage zwischen Pflegegutachten des MDK Hessen für AOK Hessen-Versicherte der Jahre 2001 und 2002 und der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen (VSH) kamen insgesamt 7840 Pflegegutachten zur Auswertung.

15% der Antragsteller erhielten eine Empfehlung für eine rehabilitative Maßnahme, davon bezogen sich etwa 90% auf eine krankengymnastische Therapie. Unter den Personen mit einer Empfehlung waren mehr Männer, sie waren deutlich jünger, hatten eher eine höhere Pflegestufe, hatten seltener eine Pflege begründende Diagnose aus dem Bereich der „Symptome und abnormen klinischen und Laborbefunde“ oder der „psychischen und Verhaltensstörungen“, waren seltener allein lebend und stärker in ihrer Bewegung eingeschränkt. Nach einer Empfehlung kam es jedoch nur bei 55,3% (Krankengymnastik) bzw. bei etwa einem Drittel (Ergotherapie und Logopädie) der Fälle innerhalb der nächsten drei Monate nach Gutachtendatum tatsächlich zu einer

Verordnung. Einen positiven Einfluss auf die Umsetzung einer Empfehlung für Krankengymnastik hatten ein Alter unter 80 Jahren, Pflege durch professionelle Pflegekräfte, Pflege nicht im stationären Bereich, sowie – als gewichtigster Faktor – eine vorausgegangene Verordnung.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass auch bei pflegebedürftigen Personen ein Präventions- und Rehabilitationspotenzial besteht, das aber nur bei maximal der Hälfte der rehafähigen bzw. reha-bedürftigen Personen genutzt wird. Eine mögliche Ursache könnte in einem Schnittstellenproblem zwischen der Kranken- und der Pflegeversicherung liegen.

### ► Schlüsselwörter

Pflegeversicherung – Pflegebegutachtung – Heilmittel – rehabilitative Therapien – Datenlinkage

### ► Summary

In Germany all members of the statutory health insurance are also compulsory members of the nursing care insurance which financially supports nursing care at home and in nursing homes. Benefits are provided dependent on a standardized medical examination performed at the home of the applicants by trained physicians or nurses of the health insurances'

Eingegangen: 22. Dezember 2005  
Akzeptiert: 15. Februar 2006

Dr. Jutta Küpper-Nybelen (✉) · Peter Ihle  
Dr. Ingrid Schubert  
PMV Forschungsgruppe  
Universität zu Köln  
Herderstr. 52–54  
50931 Köln  
Tel.: 02 21/478 68 48  
Fax: 02 21/478 67 66  
E-Mail:  
jutta.kuepper-nybelen@uk-koeln.de  
Dr. Wolfgang Deetjen  
MDK in Hessen  
Zimmersmühlenweg 23  
61440 Oberursel

medical service (MDK). The benefits are granted to those persons who are limited in the performance of activities of daily living due to physical, cognitive or mental disorders. In the German Code of Social Law regulating the long-term care system, one important entitlement is "rehabilitation before long-term care". It aims at maintaining life of disabled persons in their familiar surroundings as long as possible. Up to now in the nursing care insurance this aim has been implemented insufficiently. The objective of this study was therefore to investigate the frequency of suggested ambulatory rehabilitation, which is recommended by the MDK at the examinations, and the following prescription of ambulatory rehabilitation, issued by an office-based physician.

The database included the medical examinations of the years 2001 to 2002 linked to a random

sample of persons insured in a statutory sickness fund in the German federal state of Hesse. Nursing care-related information including recommended rehabilitation therapy was derived from the medical examinations. Insurance data provided information on prescriptions. Data of 7,840 persons could be analyzed.

Rehabilitative therapy was recommended in 15% of the nursing care applicants, mostly physiotherapy (ca. 90%). Persons receiving the recommendation were mainly male, they were younger, were more disabled, had less often a diagnosis of the ICD-10 chapter "symptoms and abnormal clinical and laboratory findings" or "mental and behavioral disorders", live less often alone and were more restricted in their motion compared to persons without recommendation for rehabilitative therapy. Only 55.3% of the persons with a recommendation for

physiotherapy and only one-third with a recommendation for occupational therapy or logopedics received a prescription for the respective therapy in the following three months after examination. The age younger than 80 years, professional care, no home care, and – as the strongest item – preceding therapy were positively related to receiving a prescription.

These findings show that disabled persons have the capability for prevention and rehabilitation, but it is used in only half of them. One possible reason might be the financing of the remedies, which burdens the budget of the health insurance, where instead the nursing care insurance benefits from the possible delay of the utilization of nursing care.

► **Key words** Nursing care insurance – assessment – remedy – rehabilitative therapy – data linkage

## Einleitung

Im Sozialgesetzbuch (SGB) XI – Soziale Pflegeversicherung – lautet die Überschrift des § 5 „Vorrang von Prävention und Rehabilitation“ [1]. Die Kernaussagen lassen sich mit „Reha vor Pflege“ und „Reha auch in der Pflege“ zusammenfassen. Übergeordnetes Ziel ist es, pflegebedürftigen Menschen ein Leben in ihrer vertrauten Umgebung mit Chancen auf Selbstbestimmung und möglichst weitreichender Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Dies sollte vor allem durch den Vorrang von Rehabilitationsmaßnahmen vor den Leistungen der Pflegeversicherung sowie den Vorrang ambulanter vor stationärer Pflege erreicht werden.

In der Literatur gibt es Hinweise, dass gerade bei älteren Menschen das Präventions- und Rehabilitationspotenzial bisher unzureichend berücksichtigt wird [3]. Damit wird auch die Chance, durch Prävention und Rehabilitation die Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. hinauszuzögern, nicht ausgeschöpft. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung

(MDK) ist bei der Durchführung der Pflegebegutachtung dazu angehalten, das Rehabilitationspotenzial der Antragsteller abzuschätzen und gegebenenfalls die Verordnung präventiver Maßnahmen und Therapien der Pflegekasse zu empfehlen [2]. Bisher gibt es aus zwei Analysen von MDK-Gutachten Angaben zur Prävalenz von Empfehlungen zur rehabilitativen Therapie [7, 9]. In einer kleinen Studie an ambulant Gepflegten wurde zusätzlich auch untersucht, ob die Empfehlung in einer Verordnung mündet [6].

Diese wenigen Ergebnisse sind jedoch schon mindestens 6 Jahre alt, wenig differenziert und beruhen zum Teil nur auf Personen in ambulanter Pflege. Da es aber Hinweise gibt, dass ein Verbesserungspotenzial des Zustands der Pflegebedürftigen durch Mobilität und Rehabilitation besteht [3, 5], ist es das Ziel dieser Untersuchung, basierend auf den Pflegegutachten des MDK Hessen verbunden mit den Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen (VSH), die Empfehlungsrate der rehabilitativen Therapien zu beschreiben sowie die Faktoren, die mit einer Umsetzung der Empfehlung in eine Verordnung im Zusammenhang stehen, zu analysieren.

## Material und Methoden

### ■ Datenbasis

Datenbasis für die durchgeführten Untersuchungen sind die Pflegegutachten der Jahre 2001 und 2002 des MDK Hessen für die AOK Hessen Versicherten sowie die Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen (VSH). Die personen- und sektorübergreifend erhobene Versichertenstichprobe – sie ist als 18,75%ige Zufallsstichprobe aus ca. 1,9 Millionen Versicherten der AOK Hessen angelegt – wurde an anderer Stelle ausführlich beschrieben [4]. Für diese Untersuchung standen die Daten für einen Beobachtungszeitraum von fünf Jahren (1. Januar 1998 bis 31. Dezember 2002) zur Verfügung. Die Zuordnung der nicht personenbezogen edv-erfassten Pflegegutachten zu den Versicherten der Stichprobe erfolgte über ein Linkageverfahren anhand spezifischer Variablen (Alter, Geschlecht, Postleitzahl des Wohnortes, Gutachtendatum und Pflegestufe), wie es in ähnlicher Form auch von Ohmann und Kollegen durchgeführt wurde [8]. Nach diesem Verfahren konnten von den ursprünglich 16 866 „großen Gutachten“ (aufgrund eines Hausbesuchs und nicht nach Aktenlage angefertigte Gutachten) 12 776 Gutachten (75,8%) eindeutig einer Person in der VSH zugeordnet werden. Für die Untersuchung der Fragestellung wurden noch weitere Angaben aus den Pflegegutachten herangezogen wie beantragte Leistungsart und Pflegestufe, Pflege begründende Diagnosen, allein lebend (diese Variable wird erst seit dem Jahr 2002 und auch nur bei Personen in ambulanter Pflege erhoben), Einschränkungen in der Bewegung und die vom Gutachter empfohlenen Heilmittel (differenziert nach Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie und Rehabilitation). Ergänzt wurde dieser Datensatz durch Angaben aus der VSH zu Verordnungen von Heilmitteln.

### ■ Studienpopulation

Von den Personen, denen die 12 776 Gutachten zugeordnet werden konnten, wurden als Studienpopulation die Versicherten ausgewählt, die über den gesamten 5-Jahreszeitraum (1998–2002) durchgängig versichert waren sowie in diesem Zeitraum verstorbene Personen, die bis zu ihrem Tod durchgängig versichert gewesen sein mussten. Dies waren 7 840 Personen mit 9 583 Gutachten. Von jeder Person wurde nur ein Gutachten – das erste im vorliegenden Zeitraum 2001–2002 – in den Auswertungen berücksichtigt (von 80,9% gab es nur ein Gutachten, 16,3% hatten zwei Gutachten, von 2,8% gab es mehr als zwei Gutachten). Es wurde das erste Gutachten gewählt, um einen möglichst langen Nachbeobachtungszeitraum zu gewährleisten.

### ■ Operationalisierung und Statistik

Neben einer Beschreibung der Studienpopulation hinsichtlich zentraler sozialer und pflegerischer Merkmale erfolgt ein Vergleich der Personen mit einer Empfehlung für eine rehabilitative Maßnahme durch den Gutachter mit jenen ohne eine Empfehlung. Ebenso wurden Personen, bei denen auf die Empfehlung eine Verordnung folgte, mit Personen, die nach der Empfehlung keine Verordnung erhielten, verglichen. Dabei wurde die Umsetzung der Empfehlung definiert als eine erfolgte Verordnung der entsprechenden rehabilitativen Therapie innerhalb von drei Monaten nach dem Gutachtendatum. Dieser Zeitraum wurde sowohl aufgrund der Häufigkeitsverteilung der Verordnungen nach dem Gutachten gewählt – die Anzahl der Verordnungen stieg bis zum 3. Monat nach Gutachten an, danach sank sie rapide – als auch aus inhaltlichen Gründen. Drei Monate ist ein ausreichender Zeitraum, um einen Arzt aufzusuchen und mit ihm die Empfehlung des Gutachters zu besprechen. Andererseits sollte die Zeitspanne nicht zu groß sein, damit die erfolgte Verordnung noch mit der Empfehlung in Zusammenhang gebracht werden kann. Das Vorliegen eines Unterschiedes zwischen den Vergleichsgruppen wurde mittels des Chi-Quadrat-Tests überprüft. Zusätzlich wurde der Zusammenhang zwischen verschiedenen Merkmalen und der Umsetzung der Empfehlung für Krankengymnastik mittels logistischer Regression untersucht. Dabei galt als abhängige Variable eine innerhalb von drei Monaten auf die Empfehlung folgende Verordnung für Krankengymnastik. Geschlecht, Alter, Anlass des Gutachtens, neue Pflegestufe, Pflege begründende Diagnose, allein lebend, Einschränkung in der Bewegung aufgrund des Stütz- und Bewegungsapparates und frühere Verordnung von Krankengymnastik wurden als Einflussgrößen untersucht. Neben der univariaten Analyse erfolgte auch eine multivariate Untersuchung des Zusammenhangs um unabhängige Einflussgrößen zu ermitteln. In diesem Modell wurde jeweils für alle anderen oben genannten Einflussgrößen kontrolliert. Die Ergebnisse wurden als Odds Ratio (OR) mit einem 95%-Konfidenzintervall (95%-KI) dargestellt.

## Ergebnisse

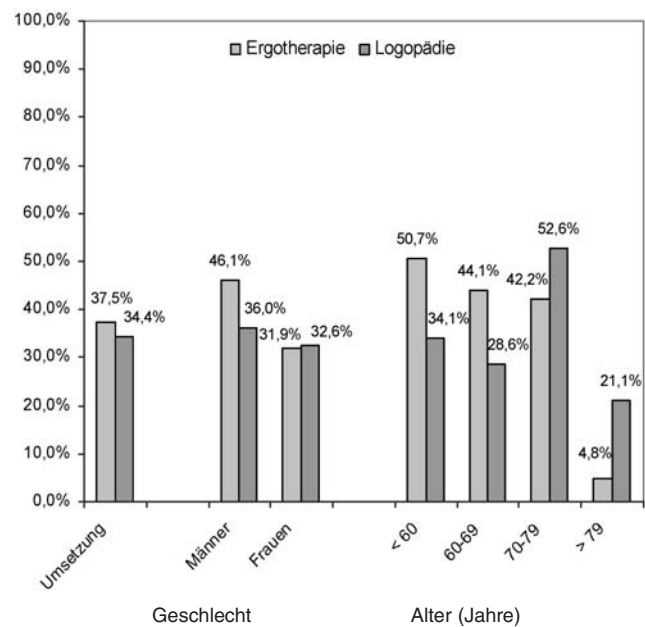
Ein Überblick über die Studienpopulation ist in Tabelle 1 dargestellt. Von den 7 840 Personen mit Pflegegutachten in den Jahren 2001/2002 waren ca. zwei Drittel weiblich. Das Durchschnittsalter der Männer betrug 70,7 Jahre, die Frauen waren im Mittel etwa 10 Jahre älter (79,3 Jahre). Als Pflege begründende Diagnosen wurden am häufigsten Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel „Symptome und abnorme klinische

**Tab. 1** Charakteristika der Studienpopulation (n = 7840)

Merkmal	n	%
<b>Geschlecht</b>		
Männlich	2532	32,3
Weiblich	5308	67,7
<b>Alter (Jahre)</b>		
< 60	717	9,1
60–69	867	11,1
70–79	2220	28,3
80–89	2993	38,2
≥ 90	1043	13,3
<b>Anlass</b>		
Pflegegeld	4912	62,7
Sachleistung	636	8,1
Kombinationsleistung	1232	15,7
Stationäre Pflege	1060	13,5
<b>Pflegestufe</b>		
keine	1784	22,8
Stufe 1	3308	42,2
Stufe 2	2072	26,4
Stufe 3 + Härtefälle	676	8,6
<b>Pflege begründende Diagnose<sup>1, 2</sup></b>		
Abnorme klinische und Laborbefunde	3342	42,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	1858	23,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	1768	22,6
Psychische und Verhaltensstörungen	1700	21,7
Krankheiten des Nervensystems	949	12,1
Verletzungen, Vergiftungen	479	6,1
<b>Allein lebend</b>		
Nein	5106	65,1
Ja	2340	29,9
Keine Angabe	393	5,0
<b>Einschränkung in der Bewegung aufgrund des Stütz- und Bewegungsapparates<sup>3</sup></b>		
0	775	9,9
1	1674	21,3
2	4194	53,5
3	657	8,4
keine Angabe	540	6,9
<b>Empfehlungen<sup>1, 4</sup></b>		
Insgesamt	1173	15,0
Krankengymnastik	1062	14,6
Ergotherapie	192	2,6
Logopädie	96	1,3
Rehabilitation <sup>2, 5</sup>	62	0,9

<sup>1</sup> Mehrfachnennungen möglich; <sup>2</sup> ICD-10-Hauptkapitel (aufgeführt sind die 5 am häufigsten genannten Kapitel und das Kapitel Verletzungen und Vergiftungen); <sup>3</sup> 0 = keine pflegerelevante Störung, 1 = selbstständige Ausführung verlängert oder Hilfsmiteinsatz erforderlich, 2 = Zusätzliche Fremdhilfe erforderlich, 3 = Unfähigkeit zur selbstständigen Aktivität; <sup>4</sup> n = 7300 Personen mit Angabe zur Empfehlung; <sup>5</sup> Ambulante oder stationäre Rehabilitation im Sinne von § 40 SGB IX

und Laborbefunde“ genannt (42,6%; davon z. B. Senilität: 60,4%, Harninkontinenz: 20,9%). Insgesamt erhielten 15% der Pflegeantragsteller eine Empfehlung für eine rehabilitative Therapie. Bei 90,5% dieser Empfehlungen handelte es sich um eine Empfehlung für Krankengymnastik.

**Abb. 1** Umsetzung der Empfehlung für Ergotherapie und Logopädie insgesamt sowie nach Geschlecht und Alter

Unabhängig von der Art der empfohlenen Therapie war der Anteil mit Empfehlung unter den männlichen Personen größer als unter den Frauen (s. Tabelle 2). Mit zunehmendem Alter sank der Anteil mit Empfehlung für Krankengymnastik von 28,8% bei den unter 60-Jährigen auf 8,2% bei den über 80-Jährigen. Auch die beantragte Leistungsart war signifikant mit der Empfehlung für Krankengymnastik assoziiert. Personen, die stationäre Pflege beantragten, erhielten häufiger eine Empfehlung im Vergleich zu Personen mit Antrag auf Pflegegeld- oder Sachleistungen. Auch Personen mit einer höheren Pflegestufe erhielten eher eine Empfehlung. Unterschiede hinsichtlich des Umfangs an Rehaempfehlungen zeigten sich auch in Bezug auf die Pflege begründende Diagnose. Der höchste Anteil (rund 35%) war bei Patienten mit „Verletzungen oder Vergiftungen“ dokumentiert. Personen, die nicht allein in einem Haushalt lebten, bekamen häufiger eine Empfehlung als Alleinlebende. Von den Personen mit einer Empfehlung für Krankengymnastik verstarben in den ersten drei Monaten nach Gutachten 3,5%, von den Personen mit Empfehlung für Ergotherapie bzw. Logopädie waren es 1,6 bzw. 1,0%.

In Abbildung 1 ist dargestellt, in welchem Umfang die ausgesprochenen Empfehlungen für Ergotherapie (38%) und Logopädie (34%) umgesetzt wurden. Bei beiden Therapiearten war der Anteil mit einer Verordnung unter den Männern höher als unter den Frauen. Bei fast der Hälfte der Männer mit einer Empfehlung wurde diese umgesetzt, bei den Frauen

**Tab. 2** Anteil der Personen mit Empfehlung für eine rehabilitative Therapie nach verschiedenen Merkmalen

Merkmal	Anteil Pflegeleistungsempfänger mit Gutachten in 2001/2002 mit Empfehlung für...									
	Gesamt		Krankengymnastik		Ergotherapie		Logopädie		Rehabilitation	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Geschlecht</b>										
Männlich	436	17,2	382	16,1	76	3,2	50	2,1	24	1,0
Weiblich	737	13,9*	680	13,8*	116	2,4*	46	0,9*	38	0,8
<b>Alter (Jahre)</b>										
<60	238	33,2	193	28,8	71	10,6	44	6,6	15	2,2
60–69	209	24,1	186	23,0	34	4,2	14	1,7	17	2,1
70–79	372	16,8	353	17,1	45	2,2	19	0,9	16	0,8
80–89	284	9,5	261	9,3	37	1,3	18	0,6	14	0,5
≥90	70	6,7*	69	7,1*	5	0,5*	1	0,1*	0	0,0*
<b>Anlass</b>										
Pflegegeld	708	14,4	628	13,6	120	2,6	62	1,3	42	0,9
Sachleistung	95	14,9	83	13,7	12	2,0	8	1,3	5	0,8
Kombinationsleistung	204	16,6	194	16,7	26	2,2	15	1,3	12	1,0
Stationäre Pflege	166	15,7	157	17,5*	34	3,9	11	1,3	3	0,4
<b>Pflegestufe</b>										
keine	196	11,0	172	10,4	19	1,2	14	0,8	14	0,8
Stufe 1	491	14,8	439	14,2	72	2,3	39	1,3	24	0,8
Stufe 2	381	18,4	351	18,2	78	4,1	33	1,7	20	1,0
Stufe 3	105	15,5*	100	16,1*	23	3,7*	10	1,6*	4	0,7
<b>Pflege begründende Diagnose<sup>1, 2</sup></b>										
Abnorme klinische und Laborbefunde	380	11,4*	353	11,3*	41	1,3*	27	0,9*	17	0,6*
Kh <sup>3</sup> des Kreislaufsystems	379	20,4*	348	20,2*	82	4,8*	43	2,5*	18	1,0
Kh <sup>3</sup> des Muskel-Skelett-Systems	272	15,4	255	15,4	39	2,4	4	0,2*	16	1,0
Psychische und Verhaltensstörungen	170	10,0*	127	8,2*	58	3,8*	24	1,6	9	0,6
Kh <sup>3</sup> des Nervensystems	252	26,6*	236	26,8*	44	5,0*	13	1,5	11	1,3
Verletzungen, Vergiftungen	160	33,4*	159	35,5*	4	0,9*	0	0,0*	9	2,0*
<b>Allein lebend</b>										
Nein	866	17,0	780	16,1	163	3,4	81	1,7	48	1,0
Ja	269	11,5	247	11,2	18	0,8	11	0,5	14	0,6
Keine Angabe	38	9,7*	35	15,2*	11	4,8*	4	1,7*	0	0,0
<b>Einschränkung in der Bewegung aufgrund des Stütz- und Bewegungsapparates<sup>4</sup></b>										
0	70	9,0	34	4,4	28	3,6	21	2,7	5	0,7
1	184	11,0	162	9,7	30	1,8	17	1,0	10	0,6
2	788	18,8	738	17,6	105	2,5	48	1,1	45	1,1
3	131	19,9*	128	19,5*	29	4,4*	10	1,5*	2	0,3

<sup>1</sup> Mehrfachnennungen möglich; <sup>2</sup> ICD-10-Hauptkapitel (aufgeführt sind die 5 am häufigsten genannten Kapitel und das Kapitel Verletzungen und Vergiftungen); <sup>3</sup> Kh=Krankheiten; <sup>4</sup> 0 = keine pflegerelevante Störung; 1 = selbstständige Ausführung verlängert oder Hilfsmiteinsatz erforderlich; 2 = zusätzliche Fremdhilfe erforderlich; 3 = Unfähigkeit zur selbstständigen Aktivität; \* Chi-Quadrat-Test  $p < 0,05$

war es nur ein knappes Drittel. Eine Empfehlung für Ergotherapie wurde mit zunehmendem Alter der Personen in geringerem Umfang umgesetzt, wobei allerdings in der höchsten Altersgruppe die geringen Fallzahlen die Aussagefähigkeit beschränken.

Der Zusammenhang zwischen verschiedenen Merkmalen der Versicherten mit einer Empfehlung für Krankengymnastik und deren Umsetzung in eine Verordnung ist in Tabelle 3 dargestellt. Die Gesamt-

prävalenz der Umsetzung betrug 55,3%. Das Geschlecht schien keinen Einfluss auf eine Verordnung der Therapie zu haben. Das Alter stand unabhängig von allen anderen in der Tabelle aufgeführten Variablen in einem inversen Zusammenhang zur Umsetzung der Therapie. Personen mit einer Kombinationsleistung hatten mit 66,0% eine signifikant höhere Umsetzungsprävalenz im Vergleich zu Personen mit Pflegegeld (54,6%). Stationär Gepflegte erhielten nur

**Tab. 3** Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Empfehlung für Krankengymnastik und verschiedenen Merkmalen

Merkmal	Krankengymnastik					
	n	%	OR	95%-KI	OR <sup>5</sup>	95%-KI
n	587	55,3				
Geschlecht						
Männlich	226	59,2	1,0*		1,0	
Weiblich	361	53,1	0,79	0,62–1,02	0,94	0,69–1,29
Alter (Jahre)						
< 60						
60–69	121	62,7	1,0*		1,0	
70–79	120	64,5	1,10	0,72–1,67	1,06	0,65–1,75
80–89	200	56,7	0,79	0,55–1,13	0,71	0,45–1,11
≥ 90	121	46,4	0,52	0,36–0,76	0,56	0,34–0,91
25	25	36,2	0,34	0,19–0,61	0,36	0,18–0,74
Anlass						
Pflegegeld						
Sachleistung	343	54,6	1,0*		1,0	
Kombinationsleistung	52	62,7	1,39	0,87–2,23	1,67	0,95–2,94
Stationäre Pflege	128	66,0	1,61	1,15–2,26	1,79	1,19–2,70
61	61	39,9	0,55	0,38–0,79	0,57	0,36–0,90
Pflegestufe						
keine	86	50,0	1,0*		1,0	
Stufe 1	234	53,3	1,14	0,80–1,63	1,23	0,80–1,89
Stufe 2	203	57,8	1,37	0,95–1,98	1,61	0,98–2,64
Stufe 3	64	65,3	1,72	1,04–2,87	2,15	1,03–4,49
Pflege begründende Diagnose <sup>1,2</sup>						
Abnorme klinische und Laborbefunde	190	53,8	0,91	0,70–1,17		
Kh <sup>3</sup> des Kreislaufsystems	189	54,3	0,95	0,73–1,23		
Kh <sup>3</sup> des Muskel-Skelett-Systems	114	44,7	0,57	0,43–0,76	0,71	0,50–1,01
Psychische und Verhaltensstörungen	56	44,1	0,59	0,40–0,86	0,73	0,46–1,15
Kh <sup>3</sup> des Nervensystems	158	67,0	1,90	1,40–2,57	1,24	0,86–1,79
Verletzungen, Vergiftungen	93	58,5	1,17	0,83–1,65	1,04	0,69–1,58
Allein lebend						
Nein	440	56,4	1,0*		1,0	
Ja	133	53,9	0,92	0,69–1,23	0,96	0,65–1,41
Keine Angabe	14	40,0				
Einschränkung in der Bewegung aufgrund des Stütz- und Bewegungsapparates <sup>4</sup>						
0	15	44,1	1,0*		1,0	
1	80	49,4	1,24	0,59–2,60	1,48	0,63–3,47
2	419	56,8	1,66	0,83–3,32	1,55	0,69–3,49
3	73	57,0	1,66	0,77–3,56	1,19	0,46–4,04
Vorausgegangene Verordnung						
Nein	132	28,6	1,0*		1,0	
Ja	455	75,7	7,69	5,85–10,1	7,35	5,49–9,80

<sup>1</sup> Mehrfachnennungen möglich; <sup>2</sup> ICD-10-Hauptkapitel (aufgeführt sind die 5 am häufigsten genannten Kapitel und das Kapitel Verletzungen und Vergiftungen); <sup>3</sup> Kh = Krankheiten; <sup>4</sup> 0 = keine pflegerelevante Störung; 1 = selbstständige Ausführung verlängert oder Hilfsmiteinsatz erforderlich; 2 = zusätzliche Fremdhilfe erforderlich; 3 = Unfähigkeit zur selbstständigen Aktivität; <sup>5</sup> Odds Ratio adjustiert für die anderen in dieser Tabelle aufgeführten Variablen; \* = Referenz

zu etwa 40% eine Verordnung. Je höher die Pflegestufe war, desto höher war der Anteil mit Verordnung für Krankengymnastik. Hinsichtlich der Pflege begründenden Diagnose zeigte sich zunächst, dass Personen mit einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems seltener eine Verordnung für Krankengymnastik nach einer Empfehlung erhielten (44,7%) als Personen, die nicht an einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems litten (58,6%). Ebenso erhielten

Personen mit psychischen und Verhaltensstörungen seltener eine Verordnung (44,1%) im Vergleich zu Personen ohne eine solche Diagnose (56,8%). Personen mit einer Krankheit des Nervensystems hatten mit 67,0% eine höhere Prävalenz als Personen ohne Nervenerkrankung (51,9%). Nach Adjustierung für die anderen Einflussfaktoren hatten die Pflege begründenden Diagnosen keinen unabhängigen Einfluss mehr auf die Umsetzung einer Empfehlung.

Das Alleinleben oder die Einschränkung in der Bewegung schienen auch keinen Einfluss auf die Umsetzung der Empfehlung für eine krankengymnastische Therapie zu haben. Der stärkste Einflussfaktor war eine in den drei Monaten vor Gutachtenerstellung vorausgegangene Verordnung für Krankengymnastik. Drei Viertel derer, die schon vor dem Gutachten eine Verordnung hatten, erhielten wieder eine Verordnung. Bei Personen ohne vorausgegangene Verordnung wurde nur zu einem Drittel die Empfehlung umgesetzt.

## Diskussion

Die hier vorliegende Auswertung von 7840 Pflegegutachten der Jahre 2001/2002 hinsichtlich der Empfehlung von rehabilitativen Therapien durch den MDK an die Pflegekasse zeigt, dass ein bestehender Rehabilitationsbedarf nur bei etwa der Hälfte der Personen durch eine Verordnung von Krankengymnastik und bei gut einem Drittel durch die Verordnung von Ergotherapie bzw. Logopädie umgesetzt wird. Die Ergebnisse tragen somit wesentlich dazu bei, die Schnittstelle zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (Finanzierung der Heilmittel) und der Sozialen Pflegeversicherung (Finanzierung der Pflege) zu beleuchten.

Es konnte gezeigt werden, dass insgesamt 15% der Antragsteller eine Empfehlung für eine rehabilitative Therapie erhielten, wovon etwa 90% Empfehlungen für Krankengymnastik waren. Die in unserer Studie ermittelte Empfehlungsrate von 15% für rehabilitative Maßnahmen insgesamt ist mit den wenigen dazu bisher erschienenen Daten vergleichbar. Plute gibt alleine für die Krankengymnastik – auf die der Hauptanteil der Empfehlungen entfällt – eine Empfehlungsrate zwischen 11,5 und 15,3% an [9]. Bei Lucke et al. lag die Gesamtempfehlungsrate mit 27,3% höher, allerdings war diese Studienpopulation auf Personen in ambulanter Pflege beschränkt [6]. In einer Arbeit des Jahres 1999 beruhend auf den bundesweiten Erstgutachten der MDKs (außer MDK Bayern, Bremen, Hamburg) wurden Empfehlungsrate differenziert nach den einzelnen Therapien und Pflegestufen angegeben. Diese Raten lagen für Krankengymnastik und Ergotherapie unter den von uns berechneten Anteilen (Krankengymnastik: Stufe 1: 9,5%, Stufe 2: 13,4%, Stufe 3: 13,3%), für Logopädie waren sie höher (Stufe 1: 1,1%, Stufe 2: 2,2%, Stufe 3: 3,1%) [7].

In unserer Auswertung wurde erstmalig untersucht, ob und wodurch sich Personen mit einer Empfehlung für eine rehabilitative Maßnahme von denen ohne Empfehlung unterscheiden. Es konnte

festgestellt werden, dass mehr Männer eine Empfehlung bekamen. Möglicherweise haben Männer in höherem Umfang Rehabilitationsbedarf, das heißt Einschränkungen, die sich durch rehabilitative Maßnahmen positiv im Verlauf beeinflussen lassen. Auch mögen bei ihnen andere soziale Kontextfaktoren (jünger, mobiler, mit sozialer Unterstützung) vorliegen. Beim überwiegenden Anteil der Empfehlungen für Krankengymnastik hatten die begutachteten Personen in unserer Studie im vorausgegangenen Quartal schon eine Verordnung für diese Therapie. Dies legt den Schluss nahe, dass der Gutachter eher die Fortsetzung einer Therapie empfiehlt, hingegen weniger oft den Neubeginn.

Allerdings kann weder mit der hier vorliegenden Arbeit noch durch frühere Auswertungen [6, 7, 9] geklärt werden, ob die Empfehlungsrate dem Bedarf entspricht, das heißt, ob alle rehabilitationsbedürftigen und rehafähigen Personen eine Empfehlung für das entsprechende Heilmittel erhalten haben oder ob der tatsächliche Bedarf höher gewesen ist. Es kann also anhand der vorliegenden Ergebnisse keine Bewertung der Versorgungssituation vorgenommen werden. Der Fokus unserer Untersuchung liegt deshalb auf der Umsetzungsrate der ausgesprochenen Empfehlungen und den Determinanten, die diese Umsetzung beeinflussen. Geht man davon aus, dass von Seiten des Gutachters der Bedarf, das Potenzial und die Fähigkeit für eine rehabilitative Maßnahme richtig eingeschätzt wurden, wäre es erstrebenswert dieser Therapieempfehlung auch in jedem Fall eine entsprechende Verordnung folgen zu lassen. Die Daten zeigen allerdings, dass nur bei 55% aller Krankengymnastikempfehlungen und sogar nur bei einem Drittel der Empfehlungen für Ergotherapie oder Logopädie die Therapie tatsächlich durchgeführt wird. In der Studie von Lucke et al. wird von insgesamt 17% durchgeführten rehabilitativen Therapien nach Empfehlung gesprochen [6].

Erstmalig wurde in dieser Arbeit versucht, Prädiktoren für die Umsetzung der Therapieempfehlung aus den vorliegenden Angaben der Gutachten zu entwickeln. Es zeigte sich, dass nach multivariater Adjustierung für viele pflegerelevante Variablen ein höheres Lebensalter und die Versorgung in stationärer Pflege die Chance auf Umsetzung einer Empfehlung für Krankengymnastik verringern. Die Inanspruchnahme von Sach- oder Kombinationsleistung, eine hohe Pflegestufe und in besonderem Maße eine dem Gutachten bereits vorausgegangene Krankengymnastikverordnung stehen in einem positiven Zusammenhang mit der Umsetzung der Empfehlung. Möglicherweise setzen sich die professionell Pflegenden eher mit dem Hausarzt in Verbindung als der Patient selbst und/oder unterstützen ihn in der Durchführung der Therapie. Über die Gründe für ei-

ne fehlende Umsetzung kann nur spekuliert werden. Hierbei sind sowohl patientenseitige (Motivation, Aufwand) wie auch arztseitige Faktoren (Einschätzung der Notwendigkeit, Budgetsituation) zu berücksichtigen. Letztere verweisen auf ein Schnittstellenproblem zwischen dem MDK-Gutachter und dem Hausarzt bzw. – da der MDK die Empfehlung an die Pflegekasse abgibt – zwischen der Pflegekasse und dem Hausarzt. An dieser Stelle findet wahrscheinlich die erste Selektion statt. Ein weiteres Schnittstellenproblem, das auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschrieben wird [10], besteht in der Differenzierung des Versicherungssystems in Krankenkassen und Pflegekassen, so dass „für die Krankenkassen Anreize bestehen, Leistungen auf die Pflegeversicherung zu verlagern“. Dadurch werden Möglichkeiten, durch Prävention und Rehabilitation der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, eingeschränkt. Die Krankenkasse hat nur dann ein Interesse an präventiven und rehabilitativen Maßnahmen, wenn sich die Erfolge auch in der GKV und nicht in der Sozialen Pflegeversicherung niederschlagen. Um diesen Interessenskonflikt zu lösen, müsste die Pflegekasse als Finanzierer der geriatrischen Rehabilitation anerkannt werden. Auch für die Pflegebedürftigen sind die Anreize für Prävention und Rehabilitation ungünstig gesetzt. Werden Rehabilitationspotenziale voll ausgeschöpft, könnte dies zwar mit einer Verbesserung der funktionellen und gesundheitlichen Situation und damit mit einer verbesserten Lebensqualität einhergehen, gleichzeitig könnte dies aber zu einer Rückstufung und in Folge zu Leistungskürzungen führen. Gesundheitspolitisch wäre zu prüfen, ob die Bereitschaft zur Rehabilitation durch entsprechende Anreize gefördert werden könnte, z.B. indem die Pflegestufe gegebenenfalls erst nach einer bestimmten Zeit gesenkt wird [10].

Eine Limitation dieser Studie könnte in der Auswahl des ersten Gutachtens im Zeitraum 2001/2002 liegen (bei Vorliegen mehrerer Gutachten pro Person). Dies könnte tendenziell das Gutachten mit der niedrigeren Pflegestufe und eventuell auch eher ohne Empfehlung für eine rehabilitative Maßnahme sein.

Durch diese Auswahl könnte insgesamt der Anteil der Gutachten mit Empfehlung unterschätzt worden sein. Wir haben uns dennoch für dieses Vorgehen entschieden, da uns bei Personen, von denen im Beobachtungszeitraum nur ein Gutachten vorliegt, auch nicht bekannt ist, ob es ihr erstes oder bereits ein Folgegutachten ist. Zudem lag nur von weniger als 20% der Personen mehr als ein Gutachten vor, so dass die Auswahl dieses Gutachtens keinen wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis haben dürfte.

Dagegen liegt die Stärke der Untersuchung in der Verbindung der Pflegegutachten mit den Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen, die eine sektorübergreifende Betrachtung erlauben. Dadurch wurde diese erstmalige Untersuchung der Umsetzung der Empfehlungen für rehabilitative Therapien möglich. Es besteht keine Notwendigkeit, die Studienpopulation z. B. aus Kosten-, aus logistischen oder inhaltlichen Gründen einzuschränken. In Primärerhebungen zu Pflege Themen werden dagegen häufig die hochaltrigen oder schwerst Pflegebedürftigen ausgeschlossen. Ein weiterer Vorteil von Sekundärstudien gegenüber Primärerhebungen ist die nicht vorhandene Verzerrung durch selektives Erinnern.

## Kernaussagen

- Etwa 15% der Pflegeantragsteller erhielten im Rahmen der Begutachtung eine Empfehlung für eine rehabilitative Therapie.
- Zu 90% wurde Krankengymnastik empfohlen.
- Personen mit einer Empfehlung für eine rehabilitative Therapie waren häufiger männlich, sie waren jünger und hatten eine höhere Pflegestufe im Vergleich zu Personen ohne Empfehlung.
- Von allen Personen mit einer Empfehlung für eine rehabilitative Therapie erhielten nur maximal 50% eine Verordnung für die entsprechende Therapie.
- Als bester Prädiktor für die Umsetzung einer Empfehlung für Krankengymnastik in eine Verordnung erwies sich eine bereits vorausgegangene Verordnung für krankengymnastische Therapie.

## Literatur

1. 11. Sozialgesetzbuch (Mai 1994) Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung. BGBl I § 5
2. 11. Sozialgesetzbuch (Mai 1994) Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung. BGBl I § 18 Abs. 1
3. Garms-Homolova V, Roth G (2004) Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln: Forschungsbericht im Auftrage der Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Berlin und Göttingen
4. Ihle P, Köster I, Herholz H, Rambow-Bertram P, Schardt T, Schubert I (2005) Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen – Konzeption und Umsetzung einer personenbezogenen Datenbasis aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitswesen 67:638–645



5. Jeschke D, Zeilberger K (2004) Altern und körperliche Aktivität. Deutsches Ärzteblatt 101(12):C636–C644
6. Lucke M, Messner T, Lucke C (1997) Erfahrung in der Umsetzung von Vorgaben nach dem Pflegeversicherungsgesetz – ambulante Rehabilitation, Hilfsmittel und Pflegeeinsatz. Gesundheitswesen 59:168–173
7. Lürken L (2001) Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Z Gerontol Geriat 34(Suppl 1):I/49–I/56
8. Ohmann C, Smektala R, Pientka L, Paech S, Neuhaus E, Rieger M et al (2005) Ein neues Modell der sektorübergreifenden Datenzusammenführung und Evaluation am Beispiel der Schenkelhalsfraktur. Z ärztl Fortbild Qual Gesundhwes 99:547–554
9. Plute G (2002) Vorrang der Rehabilitation vor Pflege? Eine Studie zur Rolle der medizinischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung. University Press Kassel
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Kurzfassung, S 54–56