



Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen!

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit¹

Zentrale Thesen der Empfehlungen:

- Älter werden bedeutet nicht automatisch, pflegebedürftig zu werden. Nach Auffassung des Deutschen Vereins sind die Potenziale zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen noch nicht ausgeschöpft.
- Gerade für ältere Menschen ist charakteristisch, dass bereits geringe körperliche oder psychische Beeinträchtigungen einen relativ hohen Autonomieverlust nach sich ziehen können. Verringerung von Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Empfehlungen hat daher neben der Prävention und Behandlung der Grunderkrankung, die Auslöser der Pflegebedürftigkeit war, die Erhaltung bzw. Wiedererlangung eines höheren Grades an Selbstständigkeit im Alltag und sozialer Teilhabe zum Ziel.
- Ein effektives Beratungsangebot zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit sollte nicht nur umfassend und integriert, sondern muss auch Teil eines Netzwerks sein, in dem insbesondere die Leistungserbringer in der Pflege und Haus- und Fachärzt/innen sowie zuständige kommunale Stellen in einem engen Austausch stehen.
- Im Zentrum präventiver und gesundheitsfördernder Strategien stehen die Ermöglichung und Förderung physischer, psychischer und kultureller Aktivitäten (auch) bei im Alter eingeschränkter Mobilität. Von besonderer Bedeutung sind Wohnortnähe und Niedrigschwelligkeit sowie eine Einbindung von Angehörigen und anderen Unterstützungspersonen. Daher spielt die Sozialraumorientierung aller Angebote und Maßnahmen eine zentrale Rolle, auch zur Überwindung des sog. „Präventionsdilemmas“. Insbesondere die Leistungen der §§ 45 c, 45 d SGB XI

¹ Verantwortliche Referentin im Deutschen Verein: Heike Hoffer. Die Empfehlungen wurden in der Arbeitsgruppe „Verringerung von Pflegebedürftigkeit“ erarbeitet und vom Präsidium des Deutschen Vereins am 21. Juni 2011 verabschiedet.

sowie §§ 61 ff., 70 und 71 SGB XII sollten daraufhin überprüft werden, wie sie stärker als bisher die Verringerung von Pflegebedürftigkeit befördern können.

- Um einen rechtzeitigen Zugang zu Leistungen zu gewährleisten, sollte ein abgestimmtes Konzept der Beratung und Früherkennungsdiagnostik etabliert werden, das in einem Stufensystem organisiert ist.
- Für ältere Menschen hat neben der indikationsspezifischen die geriatrische Rehabilitation, insbesondere auch in Form der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation, eine große Bedeutung. Um die rehabilitativen Bedarfe von pflegebedürftigen Menschen zu verwirklichen, ist ein regional abgestimmtes Netz mobiler, ambulanter und stationärer sozialraumorientierter Rehabilitationsangebote vorzuhalten, das gegenwärtig so noch nicht existiert. Rehabilitationsangebote sind zeitlich und örtlich zu flexibilisieren sowie individualisiert und kultursensibel auszugestalten.
- Für Gesundheitsförderung und Prävention in und durch Pflegeeinrichtungen und -dienste sind Qualitätskriterien zu entwickeln. Die Kurzzeitpflege, die als Übergangsversorgung eine große Bedeutung hat, ebenso wie die teilstationäre Pflege sollten weiter ausgebaut werden.
- Gesundheitsförderung, Prävention, insbesondere die Früherkennung, sowie die geriatrische Rehabilitation in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung insbesondere der Allgemeinmediziner/innen und hausärztlich tätigen Internist/innen sind zu stärken und eine Auseinandersetzung mit Altersbildern ist zu fördern. Die Verordnung von Heilmitteln sollte durch eine Herausnahme relevanter Leistungen aus dem Heilmittelbudget gefördert werden.
- Die frührehabilitative Behandlung im Krankenhaus hat gerade für ältere Patient/innen einen hohen Stellenwert zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit; entsprechende Versorgungsangebote sind flächendeckend auszubauen. Krankenhäusern wird die Einhaltung des Nationalen Expertenstandards (DNQP) „Entlassungsmanagement in der Pflege“ empfohlen; dieser sollte verpflichtender Qualitätsstandard auch für Krankenhäuser werden.
- Die interdisziplinäre Pflegeforschung zu den Ursachen des Auftretens von Pflegebedürftigkeit, die spezifische Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung für die Zielgruppe der älteren und hochaltrigen Menschen sowie wissenschaftlich begleitete Modellprojekte mit primärpräventiven Ansätzen für diese Zielgruppen sind auszubauen. Besonderer Forschungsbedarf besteht

hinsichtlich des derzeit mutmaßlich noch unausgeschöpften „Rehabilitations-Potenzials“.

Inhalt

I. Präambel.....	4
II. Definition und Ursachen von Pflegebedürftigkeit.....	5
III. Empfehlungen zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit	7
1. Grundsätze	8
a) Umfassender, lebenslagenorientierter Handlungsansatz	8
b) Gestaltung der Infrastruktur und Wohnumgebung	9
c) Trans- und interkulturelle Orientierung von Angeboten und Maßnahmen.....	10
d) Einzelfallbezogene Leistungskoordination	10
2. Information und Beratung	10
3. Gesundheitsförderung und Prävention	13
a) Gesundheitsförderung und Prävention auf lokaler Ebene	13
b) Sozialraumorientierung und Zielgruppenspezifität	15
c) Überwindung des „Präventionsdilemmas“	16
4. Frühzeitiger Zugang zu Angeboten der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.....	18
5. Rehabilitative Leistungen.....	19
a) Wirksamkeit der medizinischen (geriatrischen) Rehabilitation für ältere Menschen	21
b) Beantragung einer medizinischen Rehabilitation	22
c) Verfügbarkeit passender und qualitätsgesicherter Rehabilitationsangebote insbesondere der mobilen Rehabilitation	22
d) Steuerung der Infrastrukturentwicklung	25
e) Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch ältere Menschen	26
6. Präventions- und Rehabilitationsorientierung bei pflegerischer und medizinischer Versorgung.....	27
a) Prävention und Rehabilitation in der Pflege.....	27
b) Präventions- und Rehabilitationsorientierung der Ärzt/innen	28
c) Präventions- und Rehabilitationsorientierung der Krankenhäuser	29
d) Präventions- und Rehabilitationsorientierung weiterer Gesundheits- und Sozialarbeitsprofessionen	31
7. Weiterentwicklung des gegliederten Sozialleistungssystems	31
a) Pflegeversicherung als Träger von Präventions- oder Rehabilitationsleistungen	31
b) Einbeziehung der Pflegeversicherung ins SGB IX.....	32
c) Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Sozialleistungssystem ..	33
8. Forschung und Konzeptentwicklung	33

I. Präambel

Selbstbestimmt zu leben und an der Gesellschaft teilzuhaben, ist der selbstverständliche Wunsch aller Menschen in jedem Alter, ob mit oder ohne Pflegebedarf. Älter zu werden bedeutet nicht automatisch, pflegebedürftig zu werden. Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt jedoch zu und ältere Menschen haben statistisch ein höheres Risiko als jüngere Menschen, einen Unterstützungs- und/oder Pflegebedarf zu entwickeln. Ein selbstbestimmtes Leben kann dann – je nach individuellen Fähigkeiten und Ressourcen – sehr schwierig zu gestalten sein. Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen zu vermeiden, ihr Eintreten hinaus zu zögern oder sie zu verringern,² dient daher einer selbstbestimmten Lebensweise älterer Menschen und fördert ihre Teilhabemöglichkeiten.

Mit dem Anstieg der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen nimmt auch die Anzahl derjenigen zu, die aufgrund von Pflegebedürftigkeit Sozialleistungen sowie gesundheitliche und soziale Dienstleistungsangebote in Anspruch nehmen. Dies bedeutet einen weiteren Ausgabenanstieg für die Soziale Pflegeversicherung, die Träger der Sozialhilfe sowie die Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge. Wenn die Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung – auch durch einen zielgenaueren Einsatz der Finanzmittel – bei älteren Menschen verringert werden kann, könnte dies den Ausgabenanstieg begrenzen und so zu einer Sicherung der Sozialsysteme und der relevanten Infrastruktur und Leistungen beitragen.

Nach Auffassung des Deutschen Vereins sind die Potenziale zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen noch nicht ausgeschöpft. Daher zeigt der Deutsche Verein mit den nachstehenden Empfehlungen auf, wie bestehende Handlungsansätze und Maßnahmen weiterentwickelt werden können. Die Verringerung der Pflegebedürftigkeit ist nach Auffassung des Deutschen Vereins eine gesellschaftliche Aufgabe. Wichtige Adressaten dieser Empfehlungen sind die Kommunen, die Länder und der Bund³, die Sozialversicherungsträger, die Träger von Gesundheits-, Pflege- und

² Nachfolgend wird der Begriff der „Verringerung von Pflegebedürftigkeit“ als Oberbegriff für die Vermeidung, das Hinauszögern des Eintretens und die Verringerung verwendet.

³ Im Koalitionsvertrag der CDU, CSU und FDP vom 26. Oktober 2010, S. 90–91, werden für die in diesen Empfehlungen diskutierten Aspekte für die 17. Legislaturperiode unter der Überschrift „Qualifizierte Rehabilitation“ folgende Änderungen angekündigt: Qualifizierte medizinische Rehabilitation ist eine wichtige Voraussetzung zur Integration von Kranken in Beruf und Gesellschaft und nimmt im Gesundheitswesen einen immer höheren Stellenwert ein. Prävention, Rehabilitation und Pflege sind besser aufeinander abzustimmen. Prävention hat Vorrang vor Rehabilitation. Dem bisher nicht ausreichend umgesetzten Grundsatz Rehabilitation vor Pflege muss besser Rechnung getragen werden. Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen den Trägern müssen behoben werden. Wir wollen die Transparenz

Sozialdienstleistungen, die Selbsthilfe, die Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufe sowie Wissenschaft und Forschung.

Die mögliche Verringerung späterer Pflegebedürftigkeit beginnt bereits im Kinder- und Jugendalter, indem gesundheitsbewusstes und risikovermeidendes Verhalten in Kindergärten und Schulen eingeübt wird.⁴ Der Deutsche Verein weist darauf hin, dass die Verringerung von Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen daher im Kontext einer lebenslangen und selbstverantwortlichen gesundheitsförderlichen Lebensweise zu betrachten ist. Allerdings ist die Wirksamkeit von Maßnahmen im Kinder- und Jugendalter auf die Verringerung von Pflegebedürftigkeit älterer Menschen noch kaum belegt bzw. nur eingeschränkt belegbar. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, nimmt jedoch mit steigendem Lebensalter zu. Der Fokus der Empfehlungen liegt daher auf Maßnahmen, die typischerweise Bevölkerungsgruppen im mittleren bis höheren Lebensalter betreffen.

II. Definition und Ursachen von Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit im pflegewissenschaftlichen Sinne zu verringern bedeutet, die Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen zu verbessern.⁵ Beeinträchtigungen der Teilhabe werden nach diesem Verständnis mit erfasst. Sozialrechtlich wird Pflegebedürftigkeit gegenwärtig enger definiert: Charakteristisch für den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach den §§ 14, 15 SGB XI ist die Orientierung an Hilfebedarfen, die vorrangig somatisch begründet sind (sog. Verrichtungen) sowie die Erheblichkeitsschwelle des § 14 Abs. 1 SGB XI. Dieser Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst gegenwärtig nicht Personen mit (nur) erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz; diese können auch unabhängig vom Vorliegen der Voraussetzungen für eine Pflegestufe zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI erhalten. Der sozialhilferechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 61 SGB XII) ist demgegenüber weiter und erfasst auch Hilfebedarfe unterhalb der Erheblichkeitsschwelle des SGB XI, unter sechs Monaten sowie außerhalb der im SGB

und Orientierung über das Leistungsangebot der verschiedenen Träger erhöhen, die Beratung der Versicherten durch die Rehabilitationsträger verbessern und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten stärken. Bei Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen sollen Schiedsstellen eingerichtet werden.

⁴ Vgl. Bericht der AG „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Alter – Aufgaben der Pflege“, NRW 2004, S. 16, 33.

⁵ Vgl. Bericht des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009, verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de> (1. April 2011).

XI genannten Verrichtungen. Anders als bei einer drohenden oder vorliegenden Behinderung werden Teilhabestörungen bei Pflegebedürftigkeit im Sozialleistungsrecht nur teilweise abgebildet, sowohl hinsichtlich der Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit als auch hinsichtlich der Leistungsansprüche bei Pflegebedürftigkeit.

Die Ursachen für Pflegebedürftigkeit sind vielfältig. Hauptursächlich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind die eingeschränkten Ressourcen im Alter sowie das Vorliegen und die Häufung entsprechender Grunderkrankungen und/oder Behinderungen. Daten, die die Ursachen von Pflegebedürftigkeit beschreiben, beziehen sich allerdings vorrangig auf pflegebegründende Krankheitsbilder und auf Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Damit gibt es über die Personen, die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit außerhalb der Definition des SGB XI aufweisen, kaum Daten, die die Ursachen systematisch und repräsentativ erfassen. Dies vorausgeschickt, lässt sich zu den Ursachen von Pflegebedürftigkeit folgendes festhalten:

Das Risiko, eine erhebliche Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI zu entwickeln, erhöht sich bei Vorliegen bestimmter körperlicher, geistiger oder seelischer Krankheiten, Behinderungen oder Unfälle. Wie eine Auswertung nach der ersten pflegebegründenden⁶ Diagnose gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) zeigt, konzentrieren sich die Fälle erheblicher Pflegebedürftigkeit auf die folgenden sechs Krankheitsgruppen: Krankheiten des Kreislaufsystems (z.B. Schlaganfall, Herzinsuffizienz), psychische und Verhaltensstörungen (z.B. verschiedene Formen der Demenz), Neubildungen, Symptome und abnorme klinische Befunde (z.B. Senilität, insbesondere in der Altersgruppe 80+), Krankheiten des Nervensystems (z.B. Alzheimer- und Parkinson-Krankheit) sowie Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (z.B. Polyarthrosen).⁷

Pflegebedürftigkeit trifft nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen. Die Ursachen für die geschlechtsspezifische Ungleichheit sind nur teilweise geklärt.⁸ Unterschiede aufgrund des sozioökonomischen Status und des Migrationshintergrundes konnten bislang aus den vorliegenden Daten nur mittelbar geschlossen werden bzw. beruhen auf

⁶ Diagnosestellung durch MDK bei Erstbegutachtung, bezogen auf Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI.

⁷ Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: Pflegeberichterstattung nach § 53 a SGB XI, 2002, S. 31 ff.; zitiert nach RKI 2004, S. 13–14.

⁸ Es steht jedoch fest, dass ein Großteil der Frauen im Alter alleinstehend ist und oftmals zuvor erheblichen Belastungen durch die Pflege des Partners ausgesetzt war, vgl. RKI 2004, S. 15.

entsprechenden Erfahrungsberichten. Sie sind jedoch angesichts entsprechend belegter unterschiedlicher Betroffenheit von Krankheit⁹ bei den gleichen sozialen Gruppen plausibel.

III. Empfehlungen zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit

Das Ausmaß, in dem Menschen durch Krankheiten oder Behinderungen in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt sind, hängt nicht allein von der Schwere der Krankheit oder Behinderung ab. Es wird in erheblichem Maße dadurch geprägt, wie ihre Umgebung gestaltet ist, welche Unterstützung im Alltag sie erfahren und wie professionelle und strukturelle Hilfen gestaltet sind und koordiniert werden. Gerade für ältere Menschen ist charakteristisch, dass bereits geringe körperliche oder psychische Beeinträchtigungen einen relativ hohen Autonomieverlust nach sich ziehen können. Verringerung von Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Empfehlungen hat daher neben der Prävention und Behandlung der Grunderkrankung, die Auslöser der Pflegebedürftigkeit war, die Erhaltung bzw. Wiedererlangung eines höheren Grades an Selbstständigkeit im Alltag und sozialer Teilhabe zum Ziel.

Umgekehrt kann auch eine verbesserte soziale Teilhabe Pflegebedürftigkeit verringern, z.B. durch die damit verbundene psychische Unterstützung oder die Motivation zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise. Sie kann auch dazu beitragen, dass Pflegebedürftigkeit als weniger belastend wahrgenommen wird. Die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke kann zudem weitere Unterstützungsressourcen im Freundeskreis und in der Nachbarschaft erschließen.

Pflegebedürftigkeit wird in diesen Empfehlungen grundsätzlich im Sinne der Pflegewissenschaft verstanden. Maßnahmen zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit nach diesem Verständnis dienen mindestens mittel- bis langfristig auch der Verringerung von Pflegebedürftigkeit im sozialleistungsrechtlichen Sinne. Maßnahmen zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit älterer Menschen umfassen daher:

- Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention, der Krankenbehandlung, der medizinischen und sozialen Rehabilitation¹⁰, der

⁹ Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund, NDV 2011, S. 61–71.

(aktivierenden) Pflege sowie ergänzende (z.B. Unterstützung im Haushalt, soziale Betreuung) und kompensatorische Maßnahmen (z.B. Versorgung mit Hilfsmitteln, Anleitung und Schulung),

- Maßnahmen, die eine selbstständige Alltagsgestaltung älterer und pflegebedürftiger Menschen unterstützen (z.B. durch Herstellung von Barrierefreiheit¹¹ und wohnortnahe Einkaufsmöglichkeiten) und ihre soziale Teilhabe fördern (z.B. durch Angebote der Begegnung, Freizeitangebote, Mobilitätsunterstützung),
- Beratung, insbesondere zugehend, über diese Leistungen und Angebote sowie (zugehende) Unterstützung bei der Inanspruchnahme und ihre Koordination.

1. Grundsätze

Der Deutsche Verein empfiehlt, Leistungen, Angebote und andere Maßnahmen zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit präventiv und auf das Ziel der Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe der betroffenen Menschen auszurichten. Dabei sind folgende Grundsätze zu beachten:

a) Umfassender, lebenslagenorientierter Handlungsansatz

Ein umfassender, lebenslagenorientierter Ansatz bedeutet, dass alle in Betracht kommenden Unterstützungs- und Leistungsbedarfe berücksichtigt werden. Ausgangspunkt sollte daher immer die Frage sein, was ältere Menschen in verschiedenen Lebenslagen (z.B. im Alter, bei Krankheit und Behinderung sowie bei Pflegebedürftigkeit) brauchen, um ihre Selbstständigkeit und soziale Teilhabe zu ermöglichen. Angebote, die der Prävention und Rehabilitation dienen, sind besonders wirksam, wenn sie zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind. Frauen und Männer, unterschiedliche Altersgruppen, Gruppen mit unterschiedlichem sozioökonomischem Status oder Migrationshintergrund sowie multimorbide Patient/innen und psychisch Kranke sollten daher jeweils besonders im Rahmen der Angebote berücksichtigt werden.

Hierfür ist es erforderlich, Zugangswege für ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen zu identifizieren und die Nutzung, den Einzugsbereich und die Nutzer/innengruppen der Angebote im Rahmen der Sozial- bzw. Gesundheitsberichterstattung zu erheben.

¹⁰ Soweit in diesen Empfehlungen von „Rehabilitation“ gesprochen wird, ist damit typischerweise die medizinische oder ggf. die soziale Rehabilitation gemeint. Die berufliche Rehabilitation ist nicht Gegenstand dieser Empfehlungen.

¹¹ Teilweise reicht auch eine Barrierereduzierung.

b) Gestaltung der Infrastruktur und Wohnumgebung

Auch die Infrastruktur und die Wohnumgebung sollten im Hinblick auf die Stärkung der Gesundheitsressourcen Älterer (z.B. Verbesserung der Sport- und Bewegungsmöglichkeiten), die Senkung gesundheitsrelevanter Belastungen (z.B. von Unfällen und Stürzen) und die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensweise weiter entwickelt werden. Eine präventiv und an Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe orientierte wohnortnahe Infrastruktur hat bestimmte Charakteristika, die der Deutsche Verein bereits ausführlich ausgeführt hat.¹² Zentrales Setting ist jeweils der Sozialraum.¹³

Wesentliche Maßnahmen zur Gestaltung einer förderlichen Infrastruktur und Wohnumgebung sind die Entwicklung von barrierefreien¹⁴, sozialraum- und milieuorientierten und wohnortnahen Angeboten, einer entsprechenden Alltagsinfrastruktur sowie eine umfassende, integrierte, sozialraumorientierte Regional-, Stadt- und Sozialplanung.

Im Rahmen kommunaler Planung sollten nicht nur die unmittelbaren Auswirkungen auf die Gesundheit und die Möglichkeiten zum Erhalt der Gesundheit, sondern auch die mittelbaren und längerfristigen Auswirkungen berücksichtigt werden. Die Auswirkungen auf die Selbstständigkeit und soziale Teilhabe älterer Menschen sind zu bedenken. Dies kann u.a. durch die Einbeziehung der Interessenvertretung älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen in Planungsprozesse der Kommune geschehen.

Kommunale Planung sollte unter Abschätzung der Folgen für die Gesundheit, Gesundheitsförderung, Selbstständigkeit und soziale Teilhabe (auch) für ältere Menschen erfolgen.

¹² Vgl. Selbstbestimmung und soziale Teilhabe sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, NDV 2011, S. 14–21 und S. 72–79.

¹³ Die Begriffe Sozialraum und Sozialraumorientierung sind nicht einheitlich definiert. Für die Praxis der sozialen Arbeit bedeutet der sozialraumorientierte Ansatz, dass individuelle Lebenswirklichkeiten nur aus ihrem sozialen und kulturellen Zusammenhang heraus zu verstehen sind. Verbesserungen sind demzufolge nur unter Berücksichtigung bzw. Einbeziehung dieser Zusammenhänge erzielbar. Der Sozialraum ist das Lebensumfeld von Menschen (Stadtteil, wenige Straßenzüge, Wohnkomplex). Er muss als eine historisch gewachsene, soziale Struktur eines Gebietes mit kultureller Eigenart und Identität seiner Bewohner/innen verstanden werden (Definition in Anlehnung an Birkhölzer/Bonas/Schwarz/Voß: Gemeinwesenarbeit und Gemeinwesenökonomie, 1996, S. 123).

¹⁴ Oder barriere reduzierten.

c) Trans- und interkulturelle Orientierung von Angeboten und Maßnahmen

Die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund ist ebenso bekannt wie das mögliche Wegbrechen familiärer Strukturen, die bislang deren Betreuung und Versorgung aufrechterhalten haben. Daher sind bei allen Lösungsansätzen auch trans- bzw. interkulturelle Ansätze zu berücksichtigen. In den jeweiligen Angeboten und den öffentlichen Verwaltungen ist es wünschenswert, auch Mitarbeitende mit Sensibilität für andere Kulturen und Deutungszusammenhänge (interkultureller Kompetenz) einzusetzen.¹⁵

d) Einzelfallbezogene Leistungskoordination

Leistungen, die der Verringerung von Pflegebedürftigkeit dienen können, sind im gegenwärtigen Sozialleistungsrecht unterschiedlichen Leistungsträgern zugeordnet. Bei Menschen, die von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, bestehen häufig ganz unterschiedliche Bedarfslagen (Krankheiten [Multimorbidität], Behinderungen u.a.), die eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit nach sich ziehen und sich damit mittelbar auf das Risiko, pflegebedürftig zu werden, auswirken können. Ein passgenauer Hilfemix für diese Personengruppe erfordert daher eine optimale Leistungskoordination. Hierfür ist ein frühzeitiger und umfassender Austausch erforderlicher Informationen zwischen den Leistungsträgern und ein Leistungsmanagement unerlässlich.

2. Information und Beratung

Der Deutsche Verein setzt sich für den Ausbau einer integrierten, sozialraum- und präventionsorientierten Beratungsinfrastruktur ein.¹⁶ Unter integrierter Beratung wird eine umfassende, lebenslagenorientierte Beratung verstanden, die – soweit erforderlich – die Beratungsarbeit verschiedener Beratungsträger einzelfallbezogen koordiniert. Gegenwärtig existieren nach Inhalt und Beratungsansatz sehr unterschiedliche Beratungsverpflichtungen für die Akteure (Leistungsträger, Leistungserbringer, andere Stellen). Grundsätzlich sollte versucht werden, gemeinsame Beratungsangebote für ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen zu entwickeln, um Parallelstrukturen zu vermeiden. Für die hier relevanten Zielgruppen älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen sollten insbesondere die Leistungsträger nach SGB V, SGB XI

¹⁵ Vgl. die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund, NDV 2011, S. 61–71.

¹⁶ Vgl. Selbstbestimmung und soziale Teilhabe sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, NDV 2011, S. 14–21 und S. 72–79.

und SGB XII sowie die für diese Personenkreise zuständigen kommunalen Stellen und Leistungserbringer einbezogen werden.

Der Deutsche Verein regt an, praktikable Regelungen für die sehr anspruchsvolle Aufgabe der Koordination von Beratung für alle beteiligten Leistungsträger zu schaffen. Dabei sollte es auch möglich sein, die Koordination von Beratung durch nur einen Leistungsträger durchführen zu lassen, soweit dieser gesetzlich oder untergesetzlich festzulegende Qualitätsanforderungen erfüllt. Der Deutsche Verein fordert, in § 5 Abs. 2 S. 2 der Rehabilitations-Richtlinie sowie in § 61 SGB IX auch die Pflegestützpunkte als explizit genannte „sonstige Beratungsstellen“ zu berücksichtigen.

Ein effektives Beratungsangebot zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit sollte nicht nur umfassend und integriert, sondern auch Teil eines Netzwerks sein, in dem insbesondere die Leistungserbringer in der Pflege und Haus- und Fachärzte sowie zuständige kommunale Stellen in einem engen Austausch stehen. Diese Vernetzungsarbeit gestaltet sich in der Praxis häufig schwierig. Insbesondere die Einbindung der Hausärzt/innen ist aufgrund von organisatorischen und zeitlichen Barrieren, aber auch mangelnder Kenntnis vom Nutzen solcher Netzwerke häufig nicht einfach. Erfolgreiche Vernetzungsarbeit erfordert Zeit und personelle Ressourcen. Der Deutsche Verein hat daher gefordert, die Vernetzungsarbeit für Hausärzt/innen vergütungsrelevant auszugestalten.¹⁷

Viele z.B. ältere, kognitiv eingeschränkte oder psychisch kranke Menschen, aber auch teilweise ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind damit überfordert, die notwendigen Schritte zur Inanspruchnahme einer zur Verringerung ihrer Pflegebedürftigkeit und zum Erhalt ihrer Autonomie sinnvollen Leistung zu unternehmen. Es ist daher neben der Information und Beratung zusätzlich eine Unterstützung bei der Beantragung und Inanspruchnahme solcher Angebote und Leistungen erforderlich.

Der Deutsche Verein hat bereits in der Vergangenheit die Modernisierung des § 71 SGB XII und die Neufassung der Regelbeispiele gefordert.¹⁸ § 71 Abs. 2 Nr. 4 sowie Abs. 4 SGB XII sollten dahingehend geändert werden, dass die Unterstützung im

¹⁷ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG), NDV 2010, S. 473–476.

¹⁸ Vgl. Selbstbestimmung und soziale Teilhabe sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, NDV 2011, S. 14–21 und S. 72–79.

Einzelfall auch ein Case Management umfassen kann. Des Weiteren sollten § 71 Abs. 2 und 4 SGB XII so weiterentwickelt werden, dass Koordinations- und Netzwerkarbeit (Care Management) auf dieser Basis als Infrastrukturmaßnahme regelhaft finanzierbar werden.

Gezielte, insbesondere auch zugehende Informations- und Beratungsangebote können Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen verringern helfen. Eine Beratung über Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, z.B. zur Sturz- und Unfallprävention, sowie über Möglichkeiten und Angebote der Rehabilitation kann die Kenntnis über und die Inanspruchnahme von solchen Angebot verbessern und damit das Risiko, pflegebedürftig zu werden, verringern. Die Beratung dient dabei auch der Auseinandersetzung mit dem Alter und der selbstbestimmten Gestaltung des eigenen Lebens im Alter.

Kennzeichnend für die vom Deutschen Verein empfohlene Beratungsinfrastruktur sind zudem u.a. die Transparenz über das Beratungsangebot, die Frühzeitigkeit der Beratung und zugehend organisierte Angebote.¹⁹ Gegenwärtig steht z.B. die Pflegeberatung in § 7 a SGB XI nur bereits Pflegebedürftigen und Antragsteller/innen mit erkennbarem Hilfe- und Beratungsbedarf zur Verfügung. In § 7 Abs. 1 und 2 SGB XI erstreckt sich die Beratung auf eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung und die Teilnahme an gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Diese Beratung steht allen Versicherten und ihren Angehörigen und Lebenspartner/innen offen.

Der Deutsche Verein empfiehlt, die Beratungsverpflichtungen nach § 7 Abs. 1 und 2 SGB XI hinsichtlich der Inhalte, Zielgruppen und Qualitätsanforderungen zu konkretisieren und einer integrierten Beratungsstelle zu übertragen. Entsprechend ausgestaltete Pflegestützpunkte können eine solche Beratungsstelle sein. Die Leistungen des § 7 a SGB XI müssen im Bedarfsfall auch vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stehen. Damit die Betroffenen über die für sie relevanten Beratungsmöglichkeiten, z.B. die Pflegeberatung, informiert werden, sind zudem zugehende und aufsuchende Informationsangebote erforderlich (z.B. Informationsabende in Arztpraxen o.Ä.).

¹⁹ Vgl. Selbstbestimmung und soziale Teilhabe sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, NDV 2011, S. 14–21 und S. 72–79.

Zudem sollte eine Beratung nicht nur der Betroffenen, sondern auch anderer Akteure, insbesondere der Hausärzt/innen, erfolgen. Beratungsinhalte könnten die Vorstellung lokal vorhandener Beratungs- und Unterstützungsangebote für Patient/innen, aber auch wohnortnaher und zielgruppenspezifischer Angebote der Prävention oder Rehabilitation sein. Die Akteure können auch über erfolgreiche Strategien der Vernetzung beraten werden. Den Leistungserbringern in der Pflege könnte zudem eine Beratung über Konzepte rehabilitativ ausgerichteter Pflege angeboten oder vermittelt werden.

Der Deutsche Verein regt an, das vorhandene Beratungsangebot auch um die Beratung von beteiligten Leistungserbringern und anderen Akteuren zu ergänzen. Inhalt einer solchen Beratung sollte sein, wie die jeweiligen Leistungserbringer zu einer Verringerung von Pflegebedürftigkeit beitragen können.

3. Gesundheitsförderung und Prävention

a) Gesundheitsförderung und Prävention auf lokaler Ebene

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesellschaftliche Aufgaben, die sozialraumorientiert organisiert werden müssen. Ein Schwerpunkt der Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention liegt gegenwärtig bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 20 ff. SGB V). Die Umsetzung erfolgt vor Ort. Dabei sind der Umfang und die Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen durch die Kommunen – ohnehin zumeist freiwillige Leistungen – sehr unterschiedlich.²⁰ Gesundheitsförderung und Prävention auch für ältere Menschen, insbesondere die Koordination und das Monitoring entsprechender Angebote der Kommunen, Träger der Freien Wohlfahrtspflege und weiterer Akteure gehört zu den Aufgaben eines modernen öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Eine tatsächliche und adäquate Umsetzung dieser Aufgaben hängt jedoch von passenden – auch finanziellen – Rahmenbedingungen für die Akteure auf kommunaler Ebene ab.

Soweit die Kommune auch Träger der Sozialhilfe ist, ist sie grundsätzlich auch für spezifische Leistungen wie die vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 47 SGB XII) und Hilfe bei Krankheit (§ 48 SGB XII) zuständig, deren Bedeutung wegen der vorrangigen Zuständigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung für diese Leistungen jedoch gering ist. Leistungen für ältere Menschen, die präventiv wirken, werden auch über die Altenhilfe

²⁰ Vgl. hierzu im Einzelnen: Hollbach-Grömig/Seidel-Schulze: Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – Eine Bestandsaufnahme, BZgA, Köln 2007.

(§ 71 SGB XII) als „Soll-Leistung“ erbracht: So soll die Altenhilfe allgemein dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen (§ 71 Abs. 1 S. 2 SGB XII). Ihre gesundheitsförderliche und präventive Wirkung, auch bezogen auf die Verringerung von Pflegebedürftigkeit, entfaltet sie auch dort, wo sie gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII) können insbesondere deswegen gesundheitsförderlich und präventiv wirken, weil sie bereits unterhalb der „Erheblichkeitsschwelle“ des SGB XI einsetzen und zudem den Zugang zu einer Personengruppe eröffnen, die ein erhöhtes Pflegerisiko bzw. Risiko einer Verschlechterung hat. Auch die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen kann, soweit die Leistungsvoraussetzungen bei älteren Menschen im Einzelnen vorliegen (z.B. bei Demenzkranken), Leistungen begründen, die unmittelbar oder mittelbar gesundheitsförderlich und präventiv wirken.²¹ Neben den genannten Leistungsträgern sind auch die Unfallversicherung und die Rentenversicherung für einzelne Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention zuständig. Für alle Rehabilitationsträger stellt § 3 SGB IX den Vorrang der Prävention klar und verpflichtet die Rehabilitationsträger dazu, mit darauf hinzuwirken, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.

Der Deutsche Verein hält es für unerlässlich, die Finanzausstattung der Kommunen so zu verbessern, dass diese das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention als kommunale Gestaltungsaufgabe adäquat umsetzen können und auch der Öffentliche Gesundheitsdienst seinen diesbezüglichen Aufgaben nachkommen kann. Zielgruppen sind neben älteren und pflegebedürftigen auch ältere behinderte Menschen, bei denen sich die bestehenden Gesundheitsstörungen durch den Alterungsprozess verschlechtern können. Neben den positiven Auswirkungen auf die selbstbestimmte Lebensweise älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind durch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen auch Verringerungen des

²¹ Vgl. § 53 Abs. 3 SGB XII: „Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“

Ausgabenanstiegs, z.B. in der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe, möglich.

b) Sozialraumorientierung und Zielgruppenspezifität

Im Zentrum präventiver und gesundheitsfördernder Strategien stehen die Ermöglichung und Förderung physischer, psychischer und kultureller Aktivitäten (auch) bei im Alter eingeschränkter Mobilität. Von besonderer Bedeutung sind Wohnortnähe und Niedrigschwelligkeit sowie eine Einbindung von Angehörigen und anderen Unterstützungspersonen. Daher spielt die Sozialraumorientierung aller Angebote und Maßnahmen eine zentrale Rolle. Darüber hinaus müssen Angebote und Maßnahmen die besonderen Bedarfslagen ihrer Zielgruppen im Blick behalten und darauf eingehen. Zielgruppenspezifität ist jedoch nicht nur durch ein möglichst ausdifferenziertes Angebot für verschiedene Zielgruppen zu erreichen, sondern vorrangig dadurch, dass Angebote in der Lage sind, sich an die unterschiedlichen Bedürfnisse ihrer unterschiedlichen Zielgruppen (z.B. Demenzkranke) anzupassen.

Angebote und Leistungen, die die psychischen und physischen Ressourcen älterer Menschen fördern (teilhabeorientierte Angebote), schaffen Unterstützungsnetzwerke und können der Motivationsförderung und der verbesserten Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten dienen. Auch die Einbeziehung von Familien und pflegenden Angehörigen in Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen kann die Inanspruchnahme und Teilnahmemotivation verbessern.

Einer der ersten Bedarfe vor oder bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit besteht häufig in einer hauswirtschaftlichen Unterstützung. Dieser Bedarf ist bei entsprechender finanzieller Leistungsfähigkeit vorrangig privat zu finanzieren. Hier kann § 70 SGB XII (Hilfe zur Weiterführung des Haushalts), der auch bei Alleinstehenden in Betracht kommen kann,²² den Einzug ins Heim vermeiden (§ 70 Abs. 1 S. 3 SGB XII). In diesem Fall sind flankierende aktivierende Maßnahmen (durch vorrangige Leistungsträger oder den Sozialhilfeträger) sinnvoll, um gezielt eine weitere Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Ein Ausbau sozialraum- und teilhabeorientierter Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten für ältere Menschen könnte z.B. einerseits durch Leistungen des § 45 c (Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen)

²² Vgl. OVG BE FEVS 15, 470.

oder § 45 d (Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe) SGB XI, andererseits über die Altenhilfe nach § 71 SGB XII oder über § 61 Abs. 1, hier insbesondere S. 2 SGB XII (Hilfe zur Pflege bei weniger als sechs Monaten/geringerem Bedarf/anderen Verrichtungen) erfolgen.

Der Deutsche Verein empfiehlt zu prüfen, inwieweit die Leistungen der §§ 45 c, 45 d SGB XI sowie §§ 61 ff., 70 und 71 SGB XII gesetzgeberisch so verändert werden können, dass sie stärker als bisher die Verringerung von Pflegebedürftigkeit befördern. So könnten die Leistungen der §§ 45 c und d SGB XI auf niedrigschwellige Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, auch für Unterstützungspersonen, ausgedehnt werden. Hierbei ist zu klären, welche Angebote in spezifischem Maße der Verringerung von Pflegebedürftigkeit dienen, damit die Abgrenzung zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen anderer Träger klar wird. Allerdings sollte dem Vorrang der Selbsthilfe weiter Rechnung getragen werden.

c) Überwindung des „Präventionsdilemmas“

Verhältnisprävention kommt grundsätzlich insbesondere sozial benachteiligten Gruppen zugute, während Angebote der Verhaltensprävention gegenwärtig typischerweise von der Mittelschicht in Anspruch genommen werden (sog. „Präventionsdilemma“). Im ländlichen Raum wird das Dilemma durch entstehende Fahrtkosten noch verstärkt. Sozialraumorientierung ist ein zentraler Bestandteil jeder erfolgreichen Verhältnisprävention.²³ In städtisch geprägten Räumen und Ballungsgebieten hat sich insbesondere das Quartiersmanagement bewährt, wird aber bislang nicht überall adäquat umgesetzt. Sozialraumorientierung erfordert hier insbesondere quartiersbezogene Kooperationen.²⁴ Allgemein ist – auch im ländlichen Raum – die Vernetzung der beteiligten Akteure durch wechselseitige Information und Koordination zu fördern. Angebote der Kommunikation sind mit Beratungs- und Hilfeangeboten mit Komm- und Geh-Struktur zu verknüpfen.²⁵ Bestehende Gesundheitsförderungs- und

²³ Weitere Möglichkeiten zur Überwindung des Präventionsdilemmas mit Praxisbeispielen unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>.

²⁴ Z.B. mit Angehörigen, Kommunen, Leistungserbringern in der Pflege und Therapie, Hausarzt/innen, Facharzt/innen, Apotheken, Sanitätshäusern, Kranken- und Pflegekassen, Selbsthilfegruppen, aber auch örtlichen Wohnungsbaugesellschaften, Nachbarschaftstreffs, Konsumanbietern (z.B. Supermärkten) und Sportvereinen/Fitnessstudios sowie religiösen und Kulturzentren.

²⁵ Z.B. Alten- und Servicezentren, Tagesstätten, preiswerte Mittagstische. Weitere Möglichkeiten sind Bewohnertreffs und Wohnangebote mit sozialpädagogischer Begleitung oder generationenübergreifende Wohnkonzepte wie das „Bielefelder Modell“.

Präventionsangebote, z.B. Sport- oder Alpenvereine oder die Volkshochschulen, sollten berücksichtigt werden; hier ist auch eine bessere Koordination der Angebote vor Ort erforderlich. Sozialraumorientierung erfordert auch eine sozialraumorientierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung.²⁶

Auch individualpräventive Angebote sind sinnvoll. Hierzu gehören insbesondere die Stärkung körperlicher und geistiger Aktivitäten für ältere Menschen, die Stärkung gesunder Lebensgewohnheiten (z.B. Ernährung, mehr Bewegung, Stressmanagement, Bewältigungsstrategien und Selbstmanagement bei chronischer Krankheit) und selbstkompetenten Handelns und Unterstützung bei Lebensstiländerungen, z.B. Raucherentwöhnung. Dabei sind auch die Selbstsorgefähigkeiten älterer Menschen zu beachten und zu fördern, zudem ist das Unterstützungsnetzwerk mit einzubeziehen.

Auf Kommunen bezogene Gesundheits- und Sozialberichterstattung sollte möglichst kleinräumig und zielgruppenorientiert sein und auch Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen umfassen. Auch Informationen über Gesundheitsrisiken und spezifische Versorgungsstrukturen für ältere Menschen sowie über kommerzielle Angebote sollten einbezogen werden.

Allerdings wirkt auch bei den grundsätzlich sinnvollen Angeboten und Leistungen der Individualprävention das „Präventionsdilemma“. Dennoch fließen derzeit ca. 85 % der Finanzmittel für Prävention der Gesetzlichen Krankenversicherung allein in individualpräventive Maßnahmen.²⁷ Der Selektionsprozess wird durch entsprechendes Marketing der einzelnen im Wettbewerb stehenden Krankenkassen, für die Mittelschichtsangehörige „gute Risiken“ und damit attraktive Zielgruppen darstellen, verstärkt.

Der Deutsche Verein empfiehlt, im SGB V einen Mindestanteil an den Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention festzulegen, der für verhältnispräventive Maßnahmen und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ausgegeben werden muss. Die Ausgaben für wirksame Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention sollten insgesamt erhöht

²⁶ Vgl. zu den Anforderungen an ein kommunales Sozialmonitoring im Rahmen einer präventiv ausgerichteten Pflegeinfrastruktur auch: Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur“, NDV 2011, S. 14–21 und S. 72–79.

²⁷ Vgl. Präventionsbericht 2010 (12. April 2011),

http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Präventionsbericht_2010_neue_Fassung122010_15173.pdf.

werden. Zudem sollte eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen und anderer Präventionsträger zur sozialraumorientierten Ausgestaltung aller Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und zur verstärkten Beachtung der Problematik sozialer Ungleichheit²⁸ (auch bei der Individualprävention) normiert werden. Dabei ist ein Setting-Ansatz zu verfolgen und die Wirksamkeit zu evaluieren.

Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention werden zudem oft nicht vollständig von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Dies führt dazu, dass gerade bei älteren Menschen, die über eine relativ niedrigere durchschnittliche Altersrente verfügen, Leistungen auch aufgrund geringen Einkommens nicht in Anspruch genommen werden (können). Im ländlichen Raum besteht zudem die zusätzliche Problematik von Fahrtkosten bzw. Mobilitätsbarrieren, gerade für ältere Menschen.

4. Frühzeitiger Zugang zu Angeboten der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation²⁹

Je frühzeitiger ein Bedarf an Gesundheitsförderungs-, Präventions-, oder Rehabilitationsmaßnahmen erkannt wird, desto wirksamer kann Pflegebedürftigkeit verringert werden. So werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation manchmal erst nach dem Scheitern aller akutmedizinischen Bemühungen überhaupt in Betracht gezogen. Viele Ärzt/innen sind zudem nicht in der Lage, einen Rehabilitationsbedarf früh- bzw. rechtzeitig zu erkennen. Instrumente wie ein systematisches geriatrisches Screening, das bei Auffälligkeiten durch ein umfangreicheres geriatrisches Assessment³⁰ ergänzt werden kann, haben sich zur Ermittlung eines entsprechenden rehabilitativen Behandlungsbedarfs bewährt. Beispielsweise könnte der Hausarzt/die Hausärztin nach

²⁸ Vgl. hierzu <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de> (6. April 2011).

²⁹ Siehe zur Frührehabilitation auch die Ausführungen unter 6. c).

³⁰ Das geriatrische Assessment ist eine Form des Assessments, die auf die Besonderheiten in der Geriatrie ausgerichtet ist und die Ressourcen sowie Defizite alter Menschen unter organmedizinischen, funktionellen, kognitiven/mentalenen, psychischen, sozialen und umgebungsbezogenen Aspekten systematisch erfasst. Das geriatrische Assessment ist ein multidimensionaler diagnostischer Prozess (multidimensionales A.), an dem in der Regel mehrere Berufsgruppen teilnehmen (multidisziplinäres A.) (Hager 2009). Elemente eines geriatrischen Assessments können als Grundlage der sog. geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFK) im Krankenhaus durchgeführt und innerhalb des Budgets vergütet werden, wenn noch akutmedizinischer Behandlungsbedarf besteht. Allerdings stellt dieses Assessment kein vollständiges geriatrisches Assessment dar. Außerhalb von Krankenhäusern wird das geriatrische Assessment von niedergelassenen Ärzten als hausärztlich-geriatrisches Basisassessment unter der Abrechnungsziffer 03240 vergütet.

einem Screening an ein Gesundheitszentrum verweisen, in dem bzw. durch das (auch zugehend) ein geriatrisches Assessment erfolgen könnte. Dies kann der Ausgangspunkt für systematische und abgestimmte Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Menschen sein.

Der Deutsche Verein empfiehlt, ein abgestimmtes Konzept der Beratung und Früherkennungsdiagnostik zu etablieren, das in einem Stufensystem organisiert ist. Gedachte Stufen sind Beratung, Screening (als Vorstufe eines Assessment), Basisassessment und spezialisiertes Assessment in einzelnen Funktionsbereichen. Dabei dient die Beratung auch dazu, auf die Möglichkeit von Screenings und Assessments hinweisen. Eine entsprechende Beratung kann z.B. in integrierten Beratungsstellen (vgl. oben III.2.) für ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen erfolgen.

5. Rehabilitative Leistungen

Rehabilitative Leistungen wie die der medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) oder Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V), aber auch die Frührehabilitation haben für die Pflegeverringering eine große Bedeutung. Grundsätzlich kann bei der medizinischen Rehabilitation nach Leistungsträgern, Rehabilitationsarten und Versorgungsformen unterschieden werden. Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation ist für Erwerbstätige vorrangig die Gesetzliche Rentenversicherung.³¹ Leistungen der medizinischen Rehabilitation für nicht (mehr) Erwerbstätige, also auch ältere Menschen, werden vorrangig durch die Gesetzliche Krankenversicherung erbracht³² sowie – nachrangig für nicht krankenversicherte Personen – durch den Träger der Sozialhilfe.

Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollen einerseits den Gesundheitszustand verbessern (§ 26 S. 1 Nr. 1 SGB IX), andererseits die Betroffenen selbst zu Expert/innen ihrer eigenen Gesundheit machen, damit sie lernen, mit ihrer Erkrankung oder Behinderung im Alltag oder in der Familie (sowie für Erwerbsfähige im Beruf)

³¹ Sofern die notwendigen 15 Beitragsjahre erfüllt sind; dies kann beim Personenkreis psychisch Kranker problematisch sein.

³² Vgl. § 11 Abs. 2 SGB V: „Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.“

umzugehen.³³ Sie dienen dem ausdrücklichen Ziel der Verringerung von Pflegebedürftigkeit und der Vermeidung oder Minderung des Bezugs von laufenden Sozialleistungen (§ 26 S. 1 Nr. 2 SGB IX). Medizinische Rehabilitation wird in der Regel indikationsspezifisch (z.B. neurologische Rehabilitation nach einem Schlaganfall oder muskuloskeletale Rehabilitation) erbracht, teilweise in besonderen Versorgungsformen.³⁴

Für ältere Menschen hat neben der indikationsspezifischen die geriatrische Rehabilitation die größte Bedeutung. Patient/innen in der Geriatrie stellen eine besondere Zielgruppe mit einer geringen Adaptionfähigkeit dar. Die geriatrische Rehabilitation ist dementsprechend dadurch charakterisiert, dass bei bereits relativ geringfügigen zusätzlichen Gesundheitsstörungen signifikante Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit drohen, die auch das Risiko eines Umzugs in ein Heim erhöhen. Die typische geriatrische Behandlung/Rehabilitation unterscheidet sich von der Behandlung/Rehabilitation jüngerer Patient/innen dadurch, dass sie nicht allein auf die bestmögliche Behandlung aller Einzeldiagnosen dieser Patient/innen gerichtet ist, sondern den Erhalt der Selbstständigkeit, insbesondere auch mit Mitteln der medizinischen Rehabilitation, in den Vordergrund stellt. Primäres Rehabilitationsziel für ältere Menschen ist die Erreichung der maximalen Selbstständigkeit im Sinne einer Anpassung an die Umwelt. Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit bedeutet daher auch einen Perspektivwechsel weg von einer ausschließlichen Fokussierung auf Körper- und Funktionsstörungen und hin zu den Teilhabechancen der betroffenen Menschen.

Der Deutsche Verein betont die Bedeutung der geriatrischen Rehabilitation für die Verringerung der Pflegebedürftigkeit von älteren Menschen. Die medizinische – auch die geriatrische – Rehabilitation ist noch stärker auf das Ziel einer gelingenden Teilhabe im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit³⁵ auszurichten. Die besonderen Bedürfnisse von Patient/innen in der Geriatrie und die sog. Kontextfaktoren (im Sinne der ICF und entsprechend der bestehenden Verpflichtung der GKV im

³³ Siehe Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG): Die medizinische Rehabilitation – ein Überblick, Schriftenreihe der GVG, Bd. 66, 2010, S. 25.

³⁴ Überblick bei GVG, a.a.O., S. 14.

³⁵ World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF, Deutsche Übersetzung (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endfassung-2005-10-01.pdf (6. April 2011).

SGB IX) sind bei Bedarfsermittlung und Leistungserbringung sowie hinsichtlich der Gestaltung des Lebensumfelds der Rehabilitanden stärker zu berücksichtigen.

a) Wirksamkeit der medizinischen (geriatrischen) Rehabilitation für ältere Menschen

Die Wirksamkeit der medizinischen, hier insbesondere der geriatrischen Rehabilitation für ältere Menschen bezogen auf funktionale Rehabilitations- und Teilhabeziele ist seit Langem belegt. Medizinische und insbesondere geriatrische Rehabilitation trägt somit auch zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit im hier verstandenen Sinne maßgeblich bei. Untersuchungen zu Pflegeverläufen und einer Verringerung von Pflegebedürftigkeit erfassen häufig nur die Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Dies ergibt aus zwei Gründen ein schiefes Bild: Zum einen tritt im Zeitverlauf oft schon vor Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI ein Hilfebedarf, häufig bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, auf, der von der Statistik zum SGB XI aufgrund der „Erheblichkeitsschwelle“ des § 14 Abs. 1 SGB XI gar nicht erfasst wird. Daher werden auch entsprechende Verbesserungen des Autonomieerhalts z.B. aufgrund von medizinischen Rehabilitationsleistungen nicht erfasst. Zum anderen scheint nach der Statistik zum SGB XI eine Verringerung des Pflege- und Hilfebedarfs im Zeitverlauf (bis unter Pflegestufe I) tendenziell häufiger bei jüngeren Pflegebedürftigen aufzutreten. Da es sich hierbei in der Regel um Rehabilitand/innen, die längerfristige Genesungsprozesse nach Unfällen durchleben, handelt, könnte der Eindruck entstehen, dass generell jüngere Menschen größere Potenziale zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und Verringerung von Pflegebedürftigkeit haben. Bei älteren Menschen bedeutet „Wirksamkeit“ vorrangig den Erhalt oder die Steigerung der Autonomie und selbstständigen Lebensführung.

Der Deutsche Verein weist darauf hin, dass die geriatrische Rehabilitation auch bei älteren Menschen bezogen auf altersspezifische bzw. lebenssituationsbezogene Rehabilitationsziele eine deutliche Wirkung erzielt. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass dies teilweise sogar trotz gegenüber jüngeren Patient/innen schlechterem Eingangsstatus und bei kürzeren Rehabilitationsdauern der Fall ist.³⁶ Aufgrund

³⁶ EVA-Reha-Projekt Rheinland-Pfalz; vgl. Hock/Nosper, in: Weibler/Zieres: Geriatrie in Rheinland-Pfalz, 2003.

ihres umfassenden, lebenslagen- und teilhabeorientierten Ansatzes sind rehabilitative Maßnahmen daher in ihrer Bedeutung grundsätzlich zu stärken.

b) Beantragung einer medizinischen Rehabilitation

Die meisten Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden über die folgenden drei Zugangswege eingeleitet: durch Verordnung des Krankenhausarztes/der -ärztin im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt (Anschlussrehabilitation), durch Rehabilitationsempfehlung des MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung oder durch Antragstellung durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin. Der MDK ist im Rahmen der Pflegebegutachtung verpflichtet, Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 18 Abs. 1 S. 3 SGB XI). Allerdings bedarf die Nichtempfehlung einer Rehabilitation keiner Begründung. Das Antragsverfahren in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird von den Vertragsärzt/innen als aufwendig empfunden. Nicht bewährt hat sich hier insbesondere das mehrstufige Verfahren (Antrag auf Zuständigkeitsklärung und Antrag auf Rehabilitation i.e.S.), das die Verwendung zweier relativ ähnlicher und aufwendig auszufüllender Formulare (Muster 60 und Muster 61) beinhaltet.

Der Deutsche Verein empfiehlt, die Gutachter/innen des MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung zu verpflichten, die Nichtempfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme zu begründen. Zum Abbau bürokratischer Hürden empfiehlt der Deutsche Verein, das zweistufige Antragsverfahren so weiterzuentwickeln, dass es nur noch eine Stufe hat und Doppeltangaben (z.B. in den Formularen 60 und 61) vermieden werden.

c) Verfügbarkeit passender und qualitätsgesicherter Rehabilitationsangebote insbesondere der mobilen Rehabilitation

Rehabilitationsleistungen sollten vorrangig ambulant (auch mobil) oder stationär erbracht werden; sie sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI zu erbringen (§ 40 Abs. 1 S. 2 SGB V). Trotz dieses gesetzlich festgelegten Vorrangs

ambulanter Leistungserbringung findet die medizinische Rehabilitation immer noch vorrangig im stationären Bereich statt.

Mobile Rehabilitation durch wohnortnahe Einrichtungen erfolgt durch ein ärztlich geleitetes, interdisziplinäres Team in der häuslichen Umgebung der Patient/innen. Für ältere Menschen hat die mobile (geriatrische) Rehabilitation, auf die seit dem GKV-WSG ein Rechtsanspruch besteht, eine besondere Bedeutung. Zielgruppe sind nach Vorstellung des Gesetzgebers multimorbide Patient/innen mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf, die auf familiäre Unterstützung sowie ein bekanntes Wohnumfeld angewiesen sind, da diesen bisher die Rehabilitationsfähigkeit abgesprochen wurde. Darüber hinaus liegt die besondere Bedeutung der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation darin, dass das (Wieder-)Erlernen von für den Autonomieerhalt zentralen Fähigkeiten im Wohnumfeld erfolgt und keine „Transferleistung“ erforderlich ist. Auch für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist die mobile Rehabilitation sehr wichtig, da die Vertrautheit der Umgebung den Erfolg der Rehabilitation erhöht. Schließlich kann mobile Rehabilitation für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen den Zugang zur Rehabilitation in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen.

Die mobile Rehabilitation kann einem Personenkreis rehabilitative Leistungen zukommen lassen, der bislang keine oder nur unzureichende Rehabilitationschancen hatte. Mobile Rehabilitation stellt eine neue Form der sozialraumorientierten Teilhabesicherung dar.

Mobile Rehabilitation ist nach dem Gesetzeswortlaut zu leisten, wenn dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist (§ 40 Abs. 1 S. 1 SGB V). Die Beschränkung auf die vom Gesetzgeber genannten Fall- und Zielgruppen ist jedoch zu eng.

Der Deutsche Verein fordert, den Anspruch auf mobile Rehabilitation in § 40 Abs. 1 S. 1 SGB V dahingehend zu konkretisieren, dass diese Form der Leistungserbringung immer dann zu gewährleisten ist, wenn sie einen größeren Rehabilitationserfolg (auch bezogen auf geriatrische Rehabilitationsziele, also auch einen verbesserten Autonomieerhalt und dauerhafte Teilhabe und Verbleib in

der eigenen Häuslichkeit) verspricht als die ambulante oder stationäre Rehabilitation.

Um die rehabilitativen Bedarfe von pflegebedürftigen Menschen zu verwirklichen, ist ein regional abgestimmtes Netz mobiler, ambulanter und stationärer, sozialraumorientierter Rehabilitationsangebote vorzuhalten. Nach Auffassung des Deutschen Vereins fehlt es gegenwärtig insbesondere an einem hinreichenden Angebot zur ambulanten und mobilen medizinischen Rehabilitation; der Ausbau erfolgt nur schleppend. Grund für das Fehlen hinreichender Angebote der mobilen Rehabilitation ist nach Einschätzung des Deutschen Vereins, dass die Vergütungsverhandlungen sich schwierig gestalten, weil die Vergütung im Verhältnis zu den Qualitätsanforderungen, z.B. zur Strukturqualität, nicht adäquat ist. Gleichzeitig hat die Qualität von medizinischen Rehabilitationsleistungen eine hohe Bedeutung und ist in einigen Bereichen zu verbessern. Hier ist grundsätzlich zu klären, welche Qualität auf welcher Stufe erforderlich und gewünscht ist: Es ist zu bedenken, dass hohe Strukturanforderungen große stationäre Träger begünstigen und wohnortnahe, sozialräumlich orientierte Angebote kleinerer Träger erschweren können. Auch sollten grundsätzlich von Trägern keine Investitionen gefordert werden, die nicht unmittelbar erforderlich sind oder bei denen das Ziel auch kostengünstiger erreicht werden kann. Beispielsweise hat das BSG – unter Bezugnahme auf Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbands, der Rehabilitations-Organisationen sowie die Rehabilitations-Richtlinien des G-BA – für ambulante Rehabilitationsleistungen wegen ihres ganzheitlichen Aspektes die Leitung und Verantwortung eines/einer ständig präsenten und verfügbaren Arztes/Ärztin verlangt (BSG SozR 4 – 2500 § 40 Nr. 2 Rn. 14, 15).³⁷ Diese Anforderung gilt ohne explizite gesetzgeberische Klarstellung auch für die mobile Rehabilitation. Jedoch könnte entsprechend der Strukturen der mobilen Rehabilitation und der Situation bei den ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation gem. § 43 SGB V in geeigneten Fällen und nach persönlicher Entscheidung von Ärzt/innen die telefonische Rufbereitschaft genügen, wenn der Einsatzort in angemessener Zeit zu erreichen ist.³⁸

Der Deutsche Verein fordert, den Ausbau der Angebote zur mobilen Rehabilitation zu fördern. Qualitätsanforderungen an Angebote der mobilen Rehabilitation sollten

³⁷ Höfler in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 40 Rn. 8 (68. Ergänzungslieferung 2010).

³⁸ Höfler in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 40 Rn. 11 (68. Ergänzungslieferung 2010).

mit Blick auf ihre Relevanz für die Sicherung der Ergebnisqualität der Rehabilitation und ihre Steuerungswirkungen überprüft werden. Ggf. ist die Vergütung für mobile Rehabilitationsleistungen anzupassen. Insgesamt ist gerade im mobilen Bereich zu klären, welche Qualität auf welcher Stufe erforderlich und gewünscht ist.

d) Steuerung der Infrastrukturentwicklung

Nach § 19 SGB IX sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Was als ausreichende Zahl und Qualität gilt, wird gesetzlich nicht konkretisiert; eine Bedarfsplanung wie in der vertragsärztlichen Versorgung existiert für die Rehabilitation nicht³⁹ und wäre wegen der verteilten Leistungsträgerschaft auch nur sozialversicherungsübergreifend zu realisieren. Zudem liegen gegenwärtig nicht genügend Daten zu den Bedarfen an Rehabilitationsleistungen und -formen vor, nicht einmal zu den Bedarfen nach indikationsspezifischer Rehabilitation.

Eine Bedarfsplanung ohne Kenntnis der Bedarfe ist jedoch schwierig. Dennoch ist die Steuerung der rehabilitativen Infrastruktur für die Versorgung von Bedeutung: zum einen, damit – nach Kenntnis der Bedarfe – die passenden Angebote angeregt oder zur Verfügung gestellt werden können, zum anderen, damit Kooperationen und Vernetzung zwischen Angeboten, z.B. der Pflege und der Rehabilitation, regional überhaupt möglich sind.

Eine Möglichkeit, auf die rehabilitative Infrastruktur Einfluss zu nehmen, sind fortlaufende verbindliche Kooperations- und Vernetzungsbemühungen beispielweise über die kommunalen Pflege- und Gesundheitskonferenzen, die eine paritätische Besetzung mit Pflegeanbietern, Expert/innen, Vertreter/innen der Kranken- und Pflegekassen, Vertreter/innen aus Krankenhäusern, Ärzteschaft etc. aufweisen sollten. Dies setzt allerdings voraus, dass das Gremium eine enge Zusammenarbeit mit den Bereichen Geriatrie, Altenhilfe, Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Sportvereine) anstrebt.

³⁹ Auch hier bestehen Unterschiede zwischen den Leistungsträgern: In der Rentenversicherung kann der Abschluss eines Versorgungsvertrags aus Bedarfsgründen immerhin abgelehnt werden; in der Krankenversicherung ist ein Versorgungsvertrag mit jedem Leistungserbringer, der die Voraussetzungen erfüllt, abzuschließen.

Gerade im Bereich der geriatrischen Rehabilitation ist zudem die Einbindung in regionale Versorgungsnetzwerke sinnvoll. Hierfür ist auch eine verbesserte interkommunale Zusammenarbeit notwendig. Schließlich sind die Möglichkeiten der Telemedizin auch für diesen Bereich zu prüfen.

Der Deutsche Verein regt an, gesetzgeberisch zu konkretisieren, dass Angebote zeit- und wohnortnah zur Verfügung stehen müssen und dass zur Qualität aller Angebote auch eine sozialraum- und teilhabeorientierte Ausrichtung gehört. Dies ist durch ein kontinuierliches Monitoring zu überprüfen. Die Potenziale der Telemedizin sind – gerade für den ländlichen Raum – verstärkt zu eruieren.

e) Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch ältere Menschen

Allgemein besteht die Einschätzung, dass Leistungen der Rehabilitation zu wenig in Anspruch genommen werden. Über den tatsächlichen Bedarf und die Gründe für eine möglicherweise zu geringe Inanspruchnahme besteht jedoch noch weiterer Forschungsbedarf.

Sozialraumorientierte Angebote, die auch die spezifischen Bedürfnisse einzelner Zielgruppen berücksichtigen, z.B. von Menschen mit Demenz, im Bereich psychischer ambulanter Rehabilitation, aber auch kultursensibler Angebote, können nach Einschätzung des Deutschen Vereins die Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten durch ältere Menschen verbessern.

In stationären Rehabilitationseinrichtungen gibt es eine strenge Maßnahmenbindung mit örtlich festgelegten, immer auf einen bestimmten, kurzen Zeitraum begrenzten Leistungen. Zudem haben die bestehenden, insbesondere die stationären Rehabilitationsangebote häufig stark standardisierte Rehabilitationsprogramme und sind nicht einzelfallorientiert ausgerichtet (z.B. Programme, die nur auf Gruppenarbeit basieren, oder geschlechtergemischte Gruppen). Dies kann zu Vorbehalten oder Überforderung führen. Bestimmte Rehabilitationsangebote werden ausschließlich in stationären Einrichtungen (Rehabilitationseinrichtungen und teilweise auch Krankenhäusern) angeboten. Der Umzug in eine Einrichtung stellt jedoch gerade für ältere Rehabilitand/innen immer eine Herausforderung dar.⁴⁰ Die genannten Aspekte

⁴⁰ Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ist zudem eine Rehabilitationsmaßnahme, die mit einer Krankenhauseinweisung einhergeht, schwer zu vermitteln.

können zu einer Nichtausschöpfung des Rehabilitationspotenzials und sogar zu Auslastungsproblemen führen, während andererseits die Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen ungedeckt bleibt.

Rehabilitationsangebote sind nach Auffassung des Deutschen Vereins zeitlich und örtlich zu flexibilisieren sowie individualisiert und kultursensibel auszugestalten. Nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme sind individuell auszuwählende mittel- bis langfristige Maßnahmen, die gesteuert und koordiniert werden, erforderlich, um den Erfolg der Rehabilitation zu sichern (z.B. mobile Rehabilitation zum Abschluss einer Rehabilitationsmaßnahme, um die Einbettung ins soziale Umfeld zu sichern).

6. Präventions- und Rehabilitationsorientierung bei pflegerischer und medizinischer Versorgung

a) Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat Anreize für Pflegeeinrichtungen geschaffen, verstärkt präventiv und rehabilitativ zu arbeiten (z.B. § 87 a Abs. 4 SGB XI). Diese Anreize werden grundsätzlich begrüßt, da die Pflege einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit leisten kann und sollte. Allerdings ist die Wirksamkeit dieser Maßnahmen noch zu klären, da bislang nur wenige Fälle bekannt geworden sind, in denen diese Möglichkeit genutzt wurde.

Die Anreize für die Einrichtungen und Dienste, präventiv und rehabilitativ zu arbeiten, sollten evaluiert und weiter ausgebaut werden.

Insbesondere sollte vermieden werden, dass Pflegeeinrichtungen, die ihren konzeptionellen Schwerpunkt auf die Verringerung von Pflegebedürftigkeit und die Ermöglichung der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit haben, wettbewerblich schlechter gestellt sind als solche Pflegeeinrichtungen, die hier weniger aktiv sind.

Der Deutsche Verein empfiehlt, Konzepte und Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung und Prävention in und durch Pflegeeinrichtungen und -dienste zu entwickeln. Auch Fragen der Personalquoten und der Personalmix sollten überprüft werden, da ggf. andere Kompetenzen und Professionen erforderlich sind. Auch die Gemeinwesenorientierung der Einrichtungen und

Dienste, die der Stärkung sozialer Teilhabe dient, kann gesundheitsförderlich und präventiv wirken. Gemeinwesenorientierung sollte daher noch stärker als Qualitätsmerkmal von Einrichtungen betrachtet werden.⁴¹

In der Folge eines Krankenhausaufenthalts ergibt sich für ältere Menschen häufig eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, die verhindert werden muss. Hierfür bietet die Kurzzeitpflege als Zwischenglied zwischen Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung und Häuslichkeit ein besonders großes Potenzial. In ihr und in der teilstationären Pflege liegen auch weitere Potenziale für die Verringerung von Pflegebedürftigkeit, die gegenwärtig nicht hinreichend genutzt werden bzw. – z.B. bei der Kurzzeitpflege durch eingestreute Plätze – nicht entsprechend genutzt werden können.

Der Deutsche Verein fordert, die Kurzzeitpflege, die als Übergangsvorsorgung eine große Bedeutung hat, ebenso wie die teilstationäre Pflege weiter auszubauen. Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in der Pflege, insbesondere auch in der Kurzzeitpflege/ teilstationären Pflege, sind z.B. durch Anreize zur konzeptionellen Weiterentwicklung zu stärken. Notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen bei den betroffenen Personengruppen in enger Kooperation mit Pflegeeinrichtungen und -diensten erbracht werden (z.B. Langzeitrehabilitation in Pflegeheimen, aber auch rehabilitative Kurzzeitpflege).⁴² Zwischen den Trägern von Kurzzeitpflege/ teilstationärer Pflege, ambulanter/ mobiler Rehabilitation und örtlichen Beratungsstellen sowie der örtlichen Altenhilfe ist eine enge Kooperation anzustreben.

b) Präventions- und Rehabilitationsorientierung der Ärzt/innen

Für Vertragsärzt/innen sollte geprüft werden, welche Gründe für eine nicht hinreichende Motivation zur Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens aus dem ambulanten Versorgungsbereich heraus bestehen. Untersuchungen haben ergeben, dass z.B. die Altersbilder von Ärzt/innen dazu führen können, Präventions- und

⁴¹ In diesem Sinne auch: Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, NDV 2011, S. 14–21 und S. 72–79.

⁴² Vgl. die sog. „Kleeblatt-Heime“ in Baden-Württemberg, in denen mobile Rehabilitation durchgeführt wird, sowie Wennig/Kreuz: Pflege auf Probe. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung eines Modellprojektes im Kleeblatt-Pflegeheim Ludwigsburg. WÜSTENROT STIFTUNG (Hrsg.), Ludwigsburg 1999, <http://www.afa-sozialplanung.de> (6. April 2011).

Rehabilitationsmaßnahmen für wenig aussichtsreich zu halten und deswegen seltener zu verordnen.⁴³ Zudem sind spezielle geriatrische Kompetenzen und Erfahrungen bisher nahezu ausschließlich auf den stationären Versorgungsbereich begrenzt, sollten aber bei allen Ärzt/innen stärker verankert werden.

Der Deutsche Verein fordert, die Themen Gesundheitsförderung, Prävention, insbesondere die Früherkennung, sowie die geriatrische Rehabilitation in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung insbesondere der Allgemeinmediziner/innen und hausärztlich tätigen Internist/innen zu stärken und so eine Auseinandersetzung mit Altersbildern zu fördern.

Auch ein zurückhaltendes Ordnungsverhalten der Hausärzt/innen bei Heilmitteln (z.B. Krankengymnastik und Ergotherapie), insbesondere bei Bewohner/innen in stationären Pflegeeinrichtungen, kann dazu beitragen, dass Potenziale zur Pflegeverringering nicht ausgeschöpft werden.

Der Deutsche Verein fordert, die Verordnung von Heilmitteln durch eine Ausnahme relevanter Leistungen aus dem Heilmittelbudget zu fördern. Das Heilmittelbudget muss anders bemessen werden; die Richtgrößen sind anzupassen.

c) Präventions- und Rehabilitationsorientierung der Krankenhäuser

Ältere, insbesondere geriatrische, Patient/innen, zeichnen sich durch eingeschränkte körperliche und funktionelle Ressourcen aus. Sie haben hierdurch ein deutlich höheres Risiko, bereits im Rahmen relativ geringfügiger zusätzlicher Gesundheitsstörungen dauerhafte Einbußen ihrer bisherigen Selbstständigkeit bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu erleiden. Dem ist im Falle einer notwendigen Krankenhausaufnahme durch ein Behandlungskonzept entgegenzuwirken, das diese Risiken systematisch erfasst und ihnen frühzeitig durch sekundärpräventive Begleitmaßnahmen (Risikomanagement) und frührehabilitative Behandlungsanteile parallel zur akutstationär-kurativen Krankenhausbehandlung (Frührehabilitation nach § 39 SGB V) begegnet. Ziel dieser begleitenden Maßnahmen ist es, die besonderen Risiken älterer Menschen im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes beispielsweise durch vorübergehende Immobilisation in

⁴³ Vgl. 6. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, 2010, S. 337, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (12. April 2011).

ihren Auswirkungen so gering wie möglich zu halten und krankheitsbegleitende Beeinträchtigungen trotz der begrenzten patientenseitigen Ressourcen so früh und effizient wie möglich zu behandeln, um dauerhafte Einbußen der bisherigen Selbstständigkeit zu vermeiden.

Der Deutsche Verein misst den Möglichkeiten frührehabilitativer Behandlung im Krankenhaus insbesondere für ältere Patient/innen einen hohen Stellenwert zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit bei und fordert den flächendeckenden Ausbau entsprechender Versorgungsangebote.

Bei Menschen, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung einziehen, werden bestehende Rehabilitationspotenziale nicht oder nicht früh- bzw. rechtzeitig erkannt. Oft liegen komplexe, über Jahre langsam fortschreitende und durch mehrere Krankheiten bedingte und sich überlagernde Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vor. Die Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit und des mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erreichbaren relevanten Rehabilitationsziels als wesentliche leistungsrechtliche Voraussetzungen für eine Rehabilitationsleistung erfordert eine besondere Kompetenz und Erfahrung. Die Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe sind neben den zugrundeliegenden Schädigungen und Funktionsstörungen des Körpers (einschließlich psychischer Störungen) auch auf der Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe zu identifizieren.

Beim Entlassungs- bzw. Überleitungsmanagement von Patient/innen, die aus der eigenen Häuslichkeit in ein Krankenhaus gekommen sind, ist zweifelhaft, ob alle Möglichkeiten seitens des Krankenhauses und der Hausärzt/innen ausgeschöpft werden, um die Rückkehr des Patienten/der Patientin in seine/ihre eigenen vier Wände zu ermöglichen.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Krankenhäusern die Einhaltung des Nationalen Expertenstandards (DNQP) „Entlassungsmanagement in der Pflege“⁴⁴ und fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, diesen als verpflichtenden Qualitätsstandard auch für Krankenhäuser zu verankern.

⁴⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, 2. Aufl., Osnabrück 2009.

d) Präventions- und Rehabilitationsorientierung weiterer Gesundheits- und Sozialarbeitsprofessionen

Nach Einschätzung des Deutschen Vereins werden die Präventions- und Rehabilitationspotenziale auch von anderen relevanten Berufsgruppen (z.B. beruflich Pflegende, Gutachter/innen des MDK, Fachkräfte der sozialen Arbeit, Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen etc.) häufig noch nicht im notwendigen Maß erkannt. Auch hier kommt dem fachlich fundierten Wissen um die Möglichkeiten von Prävention und Rehabilitation und entsprechender praktischer Erfahrung wesentliche Bedeutung zu. Bei beruflich Pflegenden gibt es Erfahrungen, wonach die Wahrnehmung der Potenziale älterer Menschen und damit die Präventions- und Rehabilitationsbemühungen mit der Qualifikation der Pflegenden steigen.⁴⁵ Gerade die Ausbildung von beruflich Pflegenden muss der Erkennung von Rehabilitationspotenzialen und den Möglichkeiten zu ihrer Ausschöpfung erheblich größeres Gewicht einräumen, als das bislang der Fall ist. Dies erfordert Kenntnisse über Maßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung.⁴⁶

Daher sind bei allen relevanten Berufsgruppen das Fachwissen und damit eine Sensibilisierung für die Potenziale der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation bei älteren Menschen ebenso zu fördern wie differenzierte Altersbilder. Insbesondere sollte eine verstärkte Aufklärung bezüglich der Potenziale von rehabilitativen Maßnahmen auch für Hochaltrige und an Demenz erkrankte Personen erfolgen. Insgesamt sind die gesundheitsfördernden, präventiven und rehabilitativen Kompetenzen der relevanten Professionen in Aus-, Weiter- und Fortbildung zu stärken, um Mitarbeiter/innen zu gesundheitsförderlichen, präventiven und/oder rehabilitativen Interventionen zu befähigen.

7. Weiterentwicklung des gegliederten Sozialleistungssystems

a) Pflegeversicherung als Träger von Präventions- oder Rehabilitationsleistungen

Diskussionswürdig ist die Frage, ob die Pflegeversicherung selbst Träger von Rehabilitationsleistungen werden sollte. Gegenwärtig enthält das SGB XI nur wenige

⁴⁵ Vgl. BMFSFJ: 6. Altenbericht, 2011, S. 367–368. Allerdings beeinflussen auch die Altersbilder der älteren Menschen selbst ihr Gesundheitsverhalten und ihre Wahrnehmung entsprechender Angebote (ebd., S. 298).

⁴⁶ Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen, NDV 2009, S. 162.

Präventions- bzw. Rehabilitationskompetenzen und ist daher darauf angewiesen, dass andere Sozialleistungsträger im Sinne einer Pflegeverringering arbeiten. Teilweise wird daher angenommen, dass andere Leistungsträger, insbesondere die Krankenkassen und die Kommunen (auch als Träger der Sozialhilfe), ihrerseits zu wenig Anreize zur Gesundheitsförderung, Prävention und/oder medizinischen bzw. sozialen Rehabilitation haben. Als Argument wird angeführt, dass die Träger von Gesundheitsförderungs- und Präventions- sowie medizinischen bzw. sozialen Rehabilitationsleistungen selbst nicht genügend Anreize zur Weiterentwicklung und Bewilligung dieser Leistungen haben, da sie selbst nicht davon profitierten.

Letzteres ist nicht auf den ersten Blick nachvollziehbar. Denn präventive Leistungen verringern nicht nur spätere Pflegebedürftigkeit, sondern auch die der Pflegebedürftigkeit zugrunde liegenden Krankheiten und/oder Behinderungen. Damit profitieren auch die Gesetzliche Krankenversicherung sowie die Träger der Sozialhilfe von durch präventive Leistungen erzielten Einsparungen. Möglicherweise bestehen aber zu geringe Anreize für die Präventions- und Rehabilitationsarten, die gerade und spezifisch der Verringerung von Pflegebedürftigkeit bzw. Erkrankungen bei älteren Menschen dienen. Für die Regelung über sog. Strafzahlungen (§ 40 Abs. 3 S. 6–8 SGB V) besteht zudem die Einschätzung, dass diese kaum Wirkung entfaltet.

Insgesamt ist zu beachten, dass die Kosten für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bei der GKV unter wettbewerblichen Bedingungen entstehen, die Kosten der Pflegeaufwendungen in der Pflegeversicherung jedoch dem vollständigen ausgabenbezogenem Finanzausgleich unterliegen. Angesichts dieser Rahmenbedingungen sollten die Vor- und Nachteile entsprechender Systemveränderungen sorgfältig abgewogen werden. Zudem besteht die Gefahr neuer Schnittstellen.

b) Einbeziehung der Pflegeversicherung ins SGB IX

Pflegekassen sind, auch weil sie nur sehr eingeschränkt Träger von Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind, keine Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 SGB IX, sodass die Vorschriften über die Zuständigkeit, Zusammenarbeit und Koordination des SGB IX in der Regel nicht unmittelbar für sie gelten. Der Deutsche Verein hat in einem kürzlich verabschiedeten Diskussionspapier zur Abgrenzung der Leistungen der (Hilfe zur) Pflege und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen die „Einbeziehung der

Pflegeversicherung in das SGB IX“ diskutiert.⁴⁷ Diese Diskussion sollte auch unter dem Blickwinkel der Verringerung von Pflegebedürftigkeit ergebnisoffen fortgesetzt werden. Auf die dortigen Ausführungen zum Diskussionsstand soll an dieser Stelle ergänzend verwiesen werden.

c) Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Sozialleistungssystem

Viele Sozialleistungen werden mit dem Ziel der Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit erbracht. Allerdings fehlt es an einem übergreifenden fachlichen und gesetzlichen Konzept.

Der Deutsche Verein fordert den Gesetzgeber auf, eine Gesamtschau der Leistungen für Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation mit Blick auf die Verringerung von Pflegebedürftigkeit durchzuführen.

8. Forschung und Konzeptentwicklung

Maßnahmen zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit sind dann am effektivsten, wenn die Ursachen von Pflegebedürftigkeit, Einflussfaktoren auf Pflegeverläufe sowie Wirkmechanismen von Maßnahmen zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit bekannt sind. Forschungsaktivitäten in diesem Bereich sind daher ein zusätzlicher, eigener Ansatzpunkt.

Der Deutsche Verein fordert den Ausbau der interdisziplinären Pflegeforschung zu den Ursachen des Auftretens von Pflegebedürftigkeit, der spezifischen Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung für die Zielgruppe der älteren und hochaltrigen Menschen sowie die Stärkung von wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten mit primärpräventiven Ansätzen für diese Zielgruppen, insbesondere im Sportbereich.

Besonderer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich des derzeit mutmaßlich noch unausgeschöpften „Rehabilitations-Potenzials“, d.h. des Anteils von Personen, die einen Rehabilitationsbedarf haben und rehabilitationsfähig sind, jedoch keine entsprechenden Leistungen erhalten. Des Weiteren besteht Forschungsbedarf zur Bedarfserkennung, zu

⁴⁷ Vgl. Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der (Hilfe zur) Pflege unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe, NDV 2010, S. 527.

bestehenden Zugangsbarrieren sowie der Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionsformen bei verschiedenen Rehabilitandengruppen (Zuweisungswege, Motive, Erwartungen). Voraussetzung hierfür ist eine bessere Datenlage zum tatsächlichen, altersspezifischen Inanspruchnahmeverhalten unterschiedlicher, insbesondere indikationsspezifischer und geriatrischer Rehabilitationsleistungen.

Zudem sind Untersuchungen zur Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen, d.h. der tatsächlichen Umsetzung der Rehabilitationsergebnisse in die Alltagssituation, deren Erhalt und im weiteren Verlauf, sowie Untersuchungen zu deren konkreten Auswirkungen auf die (Prävalenz und Inzidenz von) Pflegebedürftigkeit sowie sektorenübergreifende Bilanzierungen rehabilitativer Maßnahmen zu empfehlen. In diesem Zusammenhang ist über die klassische Veränderung des Barthel-Index zwischen Beginn und Abschluss einer Rehabilitationsmaßnahme hinaus die methodische Entwicklung ergänzender individueller Ergebnisqualitätskriterien zur Beurteilung rehabilitativer Behandlungserfolge erforderlich.

Nach Auffassung des Deutschen Vereins ist von besonderer Dringlichkeit die Frage im Rahmen von Forschungsprojekten differenzierter zu untersuchen, ob Rehabilitationsmaßnahmen zu wenig in Anspruch genommen werden, und, wenn ja, welche Hemmnisse und/oder Erfolgsbedingungen es ggf. gibt.

Folgende Fragenstellungen sind nach Auffassung des Deutschen Vereins genauer zu überprüfen:

- Erbringen die Krankenversicherungen tatsächlich zu wenig Rehabilitationsleistungen für ältere Menschen?
- Welchen Barrieren begegnet ggf. die Antragstellung durch Vertragsärzt/innen?
- Stellen aufzuwendende Fahrtkosten und andere Selbstzahlungsverpflichtungen Barrieren für die Inanspruchnahme dar?
- Stellen Ortswechsel, wie sie bei der stationären Rehabilitation erforderlich sind, eine Barriere für die Inanspruchnahme durch ältere Menschen dar?

Schließlich sind die Datengrundlagen, insbesondere Daten, die die Verwirklichung des Grundsatzes „Rehabilitation vor und bei Pflege“ qualifiziert beschreiben können, unzureichend. So erfolgt im Bericht über Anträge und Leistungen (§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB V) keine Differenzierung nach Alter oder Indikation, sondern nur nach Geschlecht.

Der Deutsche Verein fordert, die Rechtsgrundlagen für die Berichterstattung dahingehend zu ändern, dass eine Erforschung der oben beschriebenen Fragen möglich wird.
