

# RehaXI

**Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der  
Pflegebegutachtung des MDK;  
Evaluation und Umsetzung**

## Kurzbericht

08.08.2014

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	4
2	Hintergrund und Problemstellung.....	5
3	Ziele des Projektes.....	11
4	Ist-Analyse: Stärken- und Schwächen-Analyse des aktuellen Verfahrens (1. Projektschritt).....	12
4.1	Vorgehen .....	12
4.2	Ergebnisse.....	13
4.2.1	Strukturelle Unterschiede der MDK als Rahmenbedingungen.....	13
4.2.2	Heterogenität der Prozessabläufe.....	15
4.2.3	Allgemeine Stärken des Verfahrens.....	17
4.2.4	Allgemeine Schwächen des Verfahrens .....	18
4.3	Themenbereiche für den GPS .....	19
5	Entwicklung eines Gute-Praxis-Standards (2. Projektschritt).....	21
5.1	Vorgehen .....	21
5.2	Ergebnis: Der Gute-Praxis-Standard .....	22
6	Evaluation des GPS-optimierten zweistufigen Verfahrens (3. Projektschritt) .....	24
6.1	Zielsetzung .....	24
6.2	Vorgehen .....	24
6.3	Einschränkungen.....	25
6.4	Ergebnisse.....	27
6.4.1	Ergebnisse der Validitätsprüfung .....	27
6.4.2	Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung .....	29
6.4.3	Ergebnisse der Praktikabilitätsprüfung.....	30
7	Befragung der Pflegekassen (4. Projektschritt).....	31
7.1	Zielsetzung .....	31
7.2	Vorgehen .....	31
7.3	Ergebnisse.....	31
8	Diskussion der Ergebnisse und Empfehlungen .....	33
8.1	Diskussion der Ergebnisse .....	33
8.2	Empfehlungen.....	40
9	Fazit .....	44
	Literaturverzeichnis .....	45

## Legende

Begriff	Erläuterung
Formulargutachten / Pflegegutachten	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Version, die zur Zeit des Projektes Reha XI aktuell war – Stand: 15.10.2012)
Gute-Praxis-Standard (GPS)	Standardisiertes Verfahren, für die Prüfung des Vorliegens einer Rehabilitations-Indikation im zweistufigen Begutachtungsverfahren.
Negativ prädiktiver Wert (NPW)	Gibt an, zu welchem Anteil im zweistufigen Verfahren nicht diagnostizierte Rehabilitations-Indikationen korrekt sind.
Positiv prädiktiver Wert (PPW)	Gibt an, zu welchem Anteil im zweistufigen Verfahren diagnostizierte Rehabilitations-Indikationen korrekt sind.
Dreiseitige Rehabilitations-Empfehlung	Teil des Pflegegutachtens. Formular, in dem festgestellt wird, ob eine Rehabilitations-Indikation besteht. Wenn ja, wird auch eine Zuweisungsempfehlung abgegeben.
Rehabilitations-Indikation	Die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des SGB IX liegt vor, wenn Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose bestehen. Das Vorliegen einer Rehabilitations-Indikation wird im Prozess der Pflegebegutachtung nach SGB XI für jeden Antragsteller geprüft. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch bei psychisch kranken sowie geistig, seelisch und körperlich behinderten Menschen geeignete Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen können.
Referenzverfahren	Referenzverfahren bezeichnet einen festgelegten Standard, in Relation zu dem ein anderes Verfahren, das denselben Sachverhalt betrachtet, bewertet werden kann. Als Referenzverfahren wurde für das Projekt Reha XI festgelegt, dass die Beurteilung durch einen in der Rehabilitationsbegutachtung erfahrenen Arzt, der neben dem Pflegegutachten (ohne die dreiseitige Rehabilitations-Empfehlung) auf die im Rahmen eines selbst durchgeführten Hausbesuchs erhobenen Befunde zurückgreifen und zudem weitere Unterlagen anfordern kann.
Zuweisungsempfehlung	Im Rahmen der Rehabilitations-Empfehlung gibt der ärztliche Gutachter an, ob es eine geriatrische oder indikationspezifische Rehabilitation im ambulanten oder stationären Bereich durchgeführt werden soll.

# 1 Einleitung

Neben dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist auch das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ im deutschen Sozialversicherungssystem gesetzlich verankert. Um dies umzusetzen, ist in § 18 SGB XI geregelt, dass im Rahmen jeder Pflegebegutachtung auch zu prüfen ist, 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. Um diesen Teil des Pflegebegutachtungsprozesses näher zu untersuchen, wurde das Projekt *Reha XI – Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung* durchgeführt.

*Reha XI* war ein Verbundprojekt zur Erhöhung der Transparenz der Vorgehensweise der MDK sowie zur Entwicklung und Überprüfung eines Gute-Praxis-Standards (GPS), der den Prozess zur Erstellung einer Rehabilitations-Empfehlung erleichtern und vereinheitlichen soll.

An der Durchführung des Projektes waren Vertreter des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Experten aus den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene, der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen als wissenschaftliche Institution, beteiligt. Das Projekt wurde in der Zeit von Februar 2013 bis Februar 2014 durchgeführt und vom GKV-Spitzenverband finanziert.

Das ZeS arbeitete in allen Projektschritten mit einer Expertengruppe zusammen. Diese bestand aus Vertretern der Kompetenzeinheiten der MDK-Gemeinschaft und des MDS, aus Fachreferenten des GKV-SV und der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene. Zusätzlich bestand ein Steuerungskreis aus Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene, des MDS und der am Projekt teilnehmenden MDK. Aufgabe des Steuerungskreises war die Begleitung des Projektverlaufs und die Abnahme der Projektergebnisse.

Das Projekt verfolgte einen multidimensionalen Ansatz. Zu verfolgen waren vier dezidierte Teilziele, die einer Unterteilung des Projektes in vier Phasen entsprachen.

1. Zunächst ging es darum, Transparenz bezüglich der Vorgehensweise der MDK bei der Feststellung rehabilitativer Bedarfsaspekte herzustellen und dabei besondere Stärken und Schwächen des Verfahrens zu identifizieren.
2. Auf Basis der Ergebnisse dieser Analyse wurde unter Einbeziehung der MDK sowie der Experten- und Steuerungsgruppe ein Gute-Praxis-Standard (GPS) entwickelt, durch den eine Verbesserung und Vereinheitlichung der Vorgehensweisen erreicht werden sollte.
3. Dieser GPS wurde in einer Umsetzungsphase nach wissenschaftlichen Gütekriterien (Validität, Reliabilität) und hinsichtlich seiner Praktikabilität im täglichen Einsatz evaluiert.
4. Abschließend wurde eine Evaluation des GPS aus der Perspektive der Pflegekassen durchgeführt. Dabei war insbesondere zu überprüfen, ob die Pflegekassen ihrem gesetzlichen Auftrag, den Versicherten und die Angehörigen in für sie verständlicher Form über das Ergebnis der Pflegebegutachtung zu informieren, auf Basis der nach GPS erstellten Rehabilitations-Empfehlungen nachkommen können.

## 2 Hintergrund und Problemstellung<sup>1</sup>

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben zum Ziel, eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX einschließlich Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern (§ 11 Abs. 2 SGB V). Der moderne Rehabilitationsbegriff orientiert sich dabei an der Definition von Fähigkeitsstörungen (disabilities) der WHO, die der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) zugrunde liegt (DIMDI 2005). Das Modell der ICF geht nicht von einer zwangsweisen Verkettung von Krankheit, Schädigung und in der Folge Beeinträchtigung oder Behinderung aus, sondern stellt – positiv formuliert – die durch Rehabilitation zu erhaltende bzw. wiederzuerlangende Aktivität in den Mittelpunkt. Es stellt eine umfassende Betrachtungsweise der Gesundheit des Rehabilitanden als dynamisches Geschehen unter Einbezug möglicher Wechselwirkungen zwischen medizinischen und sozialen sowie umweltbedingten und persönlichen Faktoren dar (biopsychosoziales Modell), an der sich moderne Rehabilitation orientieren soll.

Das SGB IX regelt den Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und schließt über den § 2 SGB IX pflegebedürftige Menschen ein.<sup>2</sup> Die Definition bezieht sich nicht mehr auf vorliegende Krankheit oder Behinderung sondern auf die Beeinträchtigung der Teilhabe des Menschen an der Gesellschaft (BMG 2009). Das SGB XI regelt die Verpflichtung der Pflegekassen auf Leistungen der Prävention oder Rehabilitation hinzuwirken, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie deren Verschlimmerung zu verhüten. Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen geeignet und zumutbar sind, hierzu erbringen die Pflegekassen auch vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist (§§ 5, 31, 32 SGB XI). Die Leistungen zur Pflege und zur Rehabilitation haben also das gemeinsame Ziel, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern (BMG 2009).

Der Vorrang präventiver Leistungen zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit ist ein sozialrechtlich verankerter Grundsatz (§ 11 Abs. 2 SGB V, § 5 SGB XI). Die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses von 2004 und die Schaffung eines Anspruchs auf ein Versorgungsmanagement bei stationärer Behandlung seit 2007 sollen dazu beitragen, dass Vertrags- und Krankenhausärzte solche Maßnahmen bei Bedarf verstärkt veranlassen. Neben diesen Zugangswegen zu rechtzeitigen präventiven, kurativen und rehabilitativen Maßnahmen sind auch die Kranken- und Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst verpflichtet, auf die Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen hinzuwirken, auch und gerade, wenn Pflegebedürftigkeit unmittelbar droht oder bereits eingetreten ist. Die Gutachter des Medizinischen Dienstes stellen daher im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit auch fest, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistung der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind (§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI). Die diesbezüglichen Feststellungen des MDK im Pflegegutachten stellen für die Pflegekassen eine wichtige Voraussetzung dar, um ihren Auftrag erfüllen zu können und gegebenenfalls bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prä-

---

<sup>1</sup> Teile des folgenden Textes sind der Leistungsbeschreibung des Projektes entnommen.

<sup>2</sup> An dieser Stelle sollen mögliche Abgrenzungsprobleme zwischen Behinderung und Pflegebedürftigkeit und die daraus resultierenden Fragen an einen umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht diskutiert werden. Vgl. hierzu BMG 2009.

vention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um die o. g. Ziele zu erreichen.

Hinsichtlich der Feststellung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX) wurde der Prüfauftrag durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) insofern konkretisiert, als seither auf der Grundlage der Feststellung des MDK, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, gegebenenfalls ein Zuständigkeitsverfahren nach § 14 SGB IX ausgelöst wird (§ 31 Abs. 3 SGB XI), sofern die Einwilligung des Versicherten dazu vorliegt. Mit dieser Regelung wurde klargestellt, dass der MDK gegenüber der Pflegekasse nicht nur eine gesonderte Rehabilitations-Empfehlung ausspricht, sondern eine dezidierte Feststellung zu treffen hat, ob eine Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht oder nicht. Es wurde darüber hinaus klargestellt, dass die im Pflegegutachten dokumentierte Indikation zu einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V keiner weiteren ärztlichen Überprüfung mehr bedarf (vgl. Deutscher Bundestag 2007: 53).

Mit dem am 1.1.2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) wird dieser Auftrag durch ergänzende Regelungen bekräftigt. Die verabschiedeten Maßnahmen zielen darauf ab, die Information der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen hinsichtlich Rehabilitation zu verbessern, die Wahrnehmung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern und die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Prüfung des Antrags auf Rehabilitation durch die Pflegekassen zu verbessern.

Die auch für die Rehabilitationsbegutachtung von Pflegebedürftigen relevanten Regelungen des Gesetzes sind

- die Möglichkeit der Pflegekassen, andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung des Antrags auf Pflegebedürftigkeit zu beauftragen,
- die Erstellung einer gesonderten Rehabilitations-Empfehlung, die dem Antragssteller mit seinem Antragsbescheid von der Pflegekasse übermittelt wird,
- die Einführung einer Zusatzzahlung von 70 Euro je angefangener Woche, die von der Pflegekasse an den Antragsteller zu zahlen ist, sofern dieser nicht innerhalb von 5 Wochen nach Eingang seines Antrages einen schriftlichen Bescheid zu seinem Antrag erhält, sowie
- eine Berichtspflicht der Pflegekassen an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und über diesen an das Bundesministerium für Gesundheit.

Dass die Validität der Feststellungen der MDK zur Rehabilitations-Indikation besonders hinterfragt wird, hängt mit den strukturellen Besonderheiten in diesem Begutachtungsfeld zusammen: Während die Begutachtung bei allen anderen Fragen zu veranlassten Leistungen ausschließlich bei ärztlichen Gutachtern liegt, müssen in der Pflegebegutachtung in der Regel pflegfachliche Gutachter erkennen, ob die Voraussetzungen für eine Indikation zu einer Rehabilitationsleistung nach § 40 SGB V vorliegen könnten oder nicht. Diese Sachlage ergibt sich aus den gesetzlichen Vorgaben des SGB XI und der Tatsache, dass die Durchführung der Pflegebegutachtung ausschließlich durch ärztliches Personal wegen der im Vordergrund stehenden Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht angemessen erscheint. Daraus folgt, dass die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit durch die MDK zu ca. 90 Prozent durch pflegfachliche Gutachter und zu ca. 10 Prozent von ärztlichen Gutachtern vorgenommen wird.

Nach dem SGB XI ist ein abgestuftes Vorgehen vorgesehen, wonach sich der Umfang der zu empfehlenden Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung daran zu orientieren hat, inwieweit die in Frage kommenden Leistungsangebote mit rehabilitativer Zielsetzung geeignet, notwendig und zumutbar sind (§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Dies setzt voraus, dass Erkenntnisse darüber vorliegen, welche Angebote bei welchen Versicherten tatsächlich zu einer Vermeidung, Verminderung oder Verhütung einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit führen. Parallel zum Projekt Reha XI wurde aus diesem Grund durch das Kompetenz-Centrum Geriatrie<sup>3</sup> (KCG) eine systematische Bestandsaufnahme zur Wirksamkeit und zum Nutzen von Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung für eine Zielgruppe, die in wesentlichen Merkmalen mit der Gruppe der Antragsteller der Pflegeversicherung übereinstimmt, durchgeführt. Diese soll Transparenz über den Stand internationaler und nationaler Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit rehabilitativer Interventionen bei Antragstellern bzw. Leistungsempfängern der Pflegeversicherung gemäß SGB XI herstellen. Entsprechend der zum Projektabschluss präsentierten Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme erweist sich eine systematische Bewertung der Wirksamkeit und des Nutzen als außerordentlich schwierig, da diese mit den klassischen Methoden der evidenzbasierten Medizin kaum angemessen zu leisten sei. Problematisch ist, dass es sich einerseits bei Leistungen mit rehabilitativen Zielsetzungen um komplexe Interventionen handelt, andererseits in Bezug auf die Zielgruppe ein hochspezifischer Versorgungskontext besteht und schließlich eine Randomisierung von Interventions- und Kontrollgruppe, die allein zu belastbaren Evidenzen über kausale Effekte führt, in der Regel nicht möglich ist. In Bezug auf die Wirksamkeit und den Nutzen geriatrischer Rehabilitationen im Allgemeinen bestehen generell „moderate Evidenzen“ (vgl. Lübcke 2014). Es bestehe jedoch „nahezu keine Evidenz zu Fragen, wie lange, in welcher Form, durch wen und in welcher Intensität rehabilitative Maßnahmen bei erheblich beeinträchtigten (alten) Menschen gegenüber deutscher Standardversorgung bspw. i.S. einer aktivierend-pflegerischen Grundversorgung wirksam und nutzbringend sind“ (vgl. Lübcke 2014).

Bezüglich der Umsetzung des Prüfauftrages durch die MDK werden die bisherigen Anteile festgestellter Rehabilitations-Indikationen zum Teil als zu niedrig (Pick 2008; Küpper-Nybelen et al. 2006; Oswald et al. 2005; Garms-Homolová/Roth 2004; Lürken 2001; Martin et al. 2000) und die Anreize zu einer Erhöhung als zu gering (Rothgang/Preuss 2009) kritisiert.

Zu beachten ist jedoch bezüglich der Kritik an den aktuell niedrigen Quoten, dass

- es bisher keine empirisch abgesicherten Erkenntnisse zur Höhe des Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Antragstellern auf Pflegeversicherungsleistungen gibt,
- die Fokussierung auf die komplexe mehrdimensionale und interdisziplinäre medizinische Rehabilitation dazu führt, die Empfehlungen der MDK zu Einzelleistungen mit rehabilitativer Zielsetzung wie Heil- und Hilfsmitteln zu vernachlässigen, und
- die individuelle Fallkonstellation zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Pflegeleistungen berücksichtigt werden muss, z. B. wenn Rehabilitationsleistungen gerade erst erfolgt sind. Die MDK-Gutachter befinden sich hier am Ende einer Entscheidungskette. Das Vorliegen einer

---

<sup>3</sup> Das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) ist eine gemeinsame Einrichtung des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung.

Rehabilitations-Indikation konnte in der Regel schon zuvor von behandelnden Hausärzten oder im Rahmen eines vorherigen Krankenhausaufenthaltes abgeklärt werden.

Empirische Studien, die den Umfang des Bedarfs von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Antragstellern auf Pflegeversicherungsleistungen dezidiert untersuchen, gibt es bisher nicht. Es gibt auch keine regelmäßig veröffentlichten Daten über den Anteil der im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochenen Rehabilitations-Empfehlungen durch die MDK. Der Anteil an im Rahmen von Erstbegutachtungen im häuslichen und stationären Bereich ausgesprochenen Empfehlungen betrug im Jahr 2010 laut der in einem Bericht des Bundesgesundheitsministeriums veröffentlichten Daten 1,1 Prozent (eigene Berechnungen gemäß BMG 2011: 92). In der empirischen Umsetzungsstudie zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) zeigten sich allerdings deutlich höhere Anteile mit festgestellter Rehabilitations-Indikation bei einer Pflegebegutachtung mit dem NBA als bei einer Begutachtung mittels des herkömmlichen Verfahrens. So wurde bei Erwachsenenbegutachtungen nach dem NBA in 4,1 Prozent der Fälle eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen gegenüber einem Anteil von 1,4 Prozent bei einer Begutachtung nach dem bisherigen Verfahren (vgl. Windeler et al. 2011: 115). Dies ist zumindest ein Hinweis darauf, dass das bisherige Verfahren das bestehende Potenzial nicht vollständig ausschöpft.

Die Zahl der empirischen Untersuchungen, die sich im bundesdeutschen Kontext mit der Umsetzung von rehabilitativen Leistungen im Zusammenhang mit der Pflegebegutachtung befassen, ist recht überschaubar. Sie beziehen sich zudem überwiegend auf die Empfehlung von Leistungen mit rehabilitativem Charakter, insbesondere Heilmitteln.

Küpper-Nybelen et al. (2006) untersuchen in ihrer Studie, basierend auf den Pflegegutachten des MDK Hessen und den Daten der Versichertenstichprobe aus der AOK Hessen, die Empfehlungsrate der Einzelleistungen mit rehabilitativer Zielsetzung. Sie analysieren darüber hinaus Faktoren, die die Umsetzung der Empfehlung in eine Verordnung bedingen. In 15 Prozent der 7.840 ausgewerteten Pflegegutachten wurde eine Empfehlung für eine Einzelleistung mit rehabilitativer Zielsetzung ausgesprochen, 90 Prozent davon bezogen sich auf krankengymnastische Therapien. Nach der Empfehlung kam es jedoch nur bei 55,3 Prozent (Krankengymnastik) bzw. bei etwa einem Drittel (Ergotherapie und Logopädie) der Fälle innerhalb der nächsten drei Monate nach Gutachtendatum tatsächlich zu einer Verordnung. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass nur maximal die Hälfte der als therapiefähig und -bedürftig eingestuften Personen die Heilmittelpfehlung umsetzt. Als mögliche Ursache werden hier unter anderem auch strukturelle Schnittstellenprobleme zwischen der Kranken- und der Pflegeversicherung gesehen (Küpper-Nybelen et al. 2006).

Darüber hinaus werden in der Literatur als generelle Gründe für die relativ verhaltene Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten Faktoren auf Seiten aller Prozessbeteiligten benannt. Dies sind laut Wingefeld et al. (2011: 127) insbesondere

- fehlende Anreize für die Pflegebedürftigen, Rehabilitationsangebote in Anspruch zu nehmen,
- die sehr zurückhaltende Verordnung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen durch die niedergelassenen Ärzte,
- ein unzureichender Ausbau von wohnortnahen, auf pflegebedürftige ältere Menschen zugeschnittenen Leistungsangeboten sowie

- Schnittstellenprobleme zum Beispiel zwischen den Krankenkassen, Pflegekassen und den behandelnden Hausärzten, die noch nicht ausreichend gelöst sind.

Der Prozess zur Feststellung einer Rehabilitations-Indikation im Rahmen der Pflegebegutachtung durch den MDK bewegt sich dabei im Schnittpunkt der benannten hemmenden Faktoren. So sollen die Gutachter über die Prüfung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit des Antragstellers, einer positiven Prognose und der Formulierung konkreter Rehabilitationsziele einschätzen, ob eine Rehabilitations-Indikation bestehen könnte<sup>4</sup>, auch wenn diese Prüfung aus Sicht des Antragstellers nicht der primäre Anlass der Begutachtung war. In die Entscheidung einbezogen werden medizinische Unterlagen und Befundberichte, und es wird die Notwendigkeit einer komplexen medizinischen Rehabilitation gegenüber dem Einsatz von Heil- und Hilfsmitteln oder dem Ausreichen einer aktivierenden Pflege abgewogen, auch wenn etwa ein behandelnder Arzt hierüber bereits negativ entschieden hat.

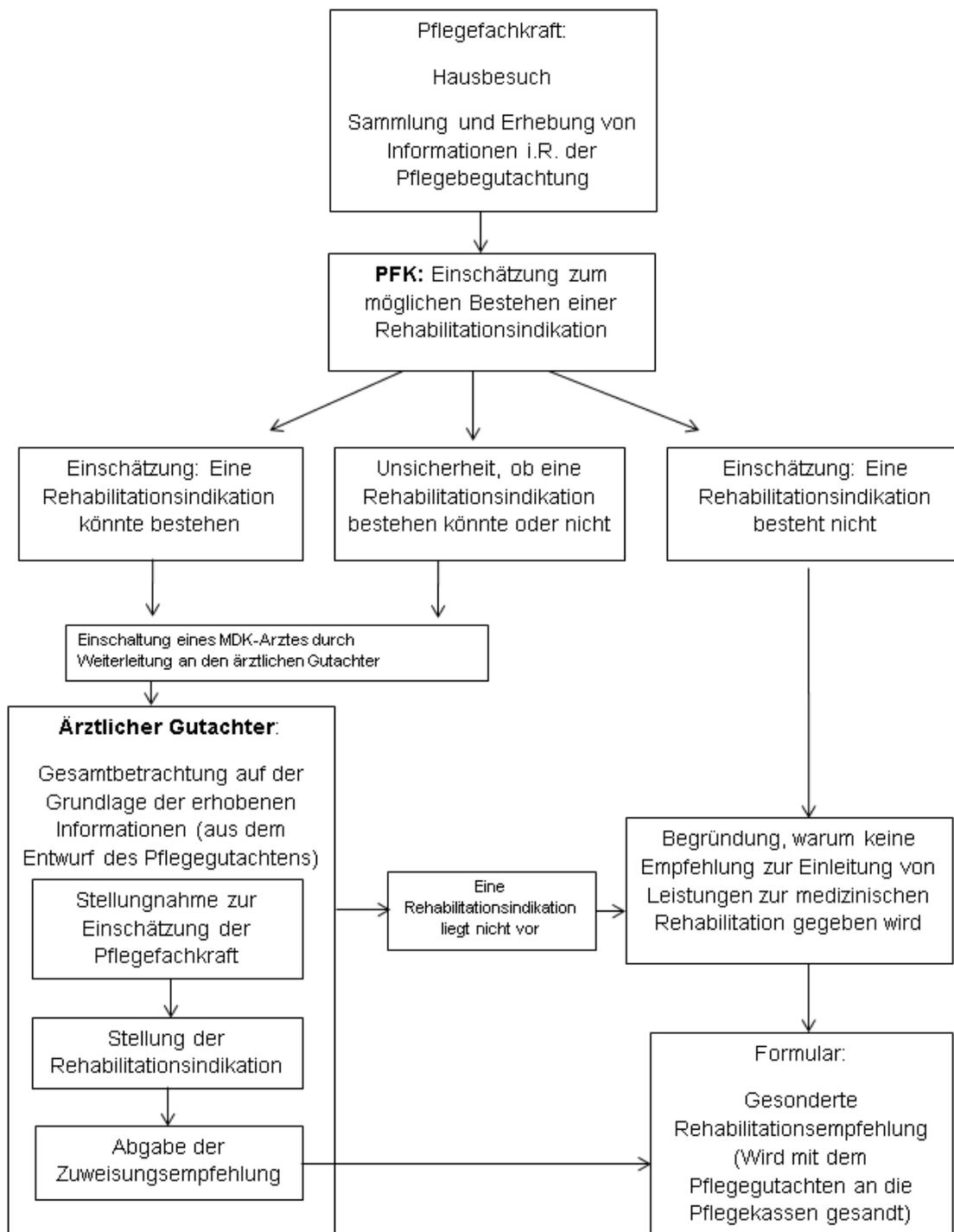
Vor diesem Hintergrund war im Projekt Reha XI also zu prüfen, ob und inwieweit der derzeitige Begutachtungsprozess – realisiert als zweistufiges Begutachtungsverfahren, in dem in der Pflegebegutachtung eingesetzte pflegfachliche Gutachter und ärztliche Gutachter der MDK strukturiert zusammenarbeiten – geeignet ist, die gesetzlich geforderte Identifikation von Rehabilitations-Indikationen in angemessenem Umfang zu leisten, und somit, ob das Vorgehen der MDK zur Feststellung der Rehabilitations-Indikationen im Rahmen der Pflegebegutachtung ausreichend treffsicher und nachvollziehbar ist. Die generellen Ziele dieses Projektes bestanden daher darin, die Transparenz des aktuellen Verfahrens zu erhöhen und den Identifikationsprozess durch einen partizipativ erarbeiteten Gute-Praxis-Standard (GPS) zu verbessern.

Der zweistufige Pflegebegutachtungsprozess ist zusammenfassend in Abbildung 1 dargestellt und zeigt in Anlehnung an die Begutachtungsrichtlinie (MDS, GKV-SV 2013) die jeweils zu verwendenden Begrifflichkeiten.

---

<sup>4</sup> Neben den aktuell eingesetzten Instrumenten wie dem Formulargutachten zur Erfassung von Pflegebedürftigkeit oder der sozialmedizinischen Beurteilung im Rahmen der Rehabilitationsfeststellung durch die Rentenversicherungsträger sind Assessments wie das Resident Assessment Instrument (RAI) geeignet, Rehabilitationsbedarf zu erfassen (Deck 2009, Zimmermann 2007). Dabei ist das Vorgehen, Rehabedürftigkeit, Rehafähigkeit und Rehaprognose als Prüfkriterien für Rehabedarf einzusetzen, weitgehend akzeptiert, wenn die drei Begriffe auch nicht einheitlich detailliert normiert sind und – z. B. im Rahmen der erwähnten Entwicklung eines trägerübergreifenden Assessments – definiert und ergänzt werden müssten (Raspe et al. 2005).

**Abbildung 1: Der zweistufige Pflegebegutachtungsprozess**



### 3 Ziele des Projektes

Gesamtziel des Projektes war es, die Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben zur Erkennung rehabilitativer Bedarfsaspekte in der Pflegebegutachtung transparenter zu machen, Schwachstellen zu identifizieren und eine Grundlage für notwendige Qualitätsverbesserungen zu schaffen. Auf Basis einer Stärken-Schwächen-Analyse sollten Vorschläge zu Qualitätsverbesserungen des Begutachtungsprozesses entwickelt und ein darauf aufbauendes Standardverfahren in einem weiteren Projektschritt evaluiert werden. Gleichzeitig sollten die veränderten Anforderungen durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und deren Umsetzung berücksichtigt werden. Ausgehend vom Gesamtziel des Projektes Reha XI waren folgende konkrete Teilziele zu erreichen:

1. Gewinnung von Informationen über die Vorgehensweise der MDK bei der Erfassung rehabilitativer Bedarfsaspekte im Rahmen der Pflegebegutachtung im Sinne einer Prozessanalyse,
2. Entwicklung eines Gute-Praxis-Standards (GPS),
3. Evaluation des Gute-Praxis-Standards,
4. Evaluation des Gute-Praxis-Standards aus der Perspektive der Pflegekassen.

Auf Basis der Analyse der Vorgehensweisen der MDK zur Erfassung der rehabilitativen Bedarfsaspekte und insbesondere der regionalen Unterschiede im Vorgehen wurden Stärken und Schwächen identifiziert (Teilziel des Projektschritts 1). Vor diesem Hintergrund wurden Vorschläge für einen GPS erarbeitet. Diese Vorschläge wurden zunächst von Gutachtern und Experten aus den beteiligten MDK bewertet und anhand dieser Ergebnisse in einer Konsensusphase in Zusammenarbeit mit der Expertengruppe des Projektes ein GPS entwickelt (Teilziel des Projektschritts 2). In einer anschließenden Umsetzungsphase wurde der GPS in der Praxis eingesetzt und begleitend in Bezug auf die Validität, Reliabilität und Praktikabilität des Verfahrens geprüft (Teilziel des Projektschritts 3). Ergänzend wurde eine Befragung der Pflegekassen zur Bewertung des GPS aus deren Perspektive durchgeführt (Teilziel des Projektschritts 4).

## 4 Ist-Analyse: Stärken- und Schwächen-Analyse des aktuellen Verfahrens (1. Projektschritt)

Die Ist-Analyse zielte darauf ab, Informationen über die Vorgehensweise der MDK bei der Erfassung rehabilitativer Bedarfsaspekte im Rahmen der Pflegebegutachtung im Sinne einer Prozessanalyse zu gewinnen, Stärken und Schwächen herauszuarbeiten sowie Ansatzpunkte für Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren. Als Untersuchungsdesign wurde zu einer möglichst umfassenden Datensammlung ein dreischrittiges Vorgehen aus qualitativen und quantitativen Elementen gewählt.

### 4.1 Vorgehen

Als **Projektschritt 1a** wurden qualitative Experteninterviews mit Vertretern des MDS und der SEG 2 (Sozialmedizinische Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft Pflege/Hilfebedarf) sowie mit 12 Mitarbeitern verschiedener Funktionen aus ausgewählter MDK geführt. Mit diesen Interviews sollte ein möglichst differenziertes Bild der Prozessabläufe im Begutachtungsprozess gewonnen werden, um Ansatzpunkte für die Identifikation von Problembereichen und regionalen Unterschieden zu gewinnen. Dementsprechend konzentrierten sich die Interviewleitfäden auf die Prozessabläufe, die interne Kommunikation und die Qualifikation der Gutachter. Die Auswertung der Interviews ermöglichte die Entwicklung eines Fragebogens für eine anschließende Online-Befragung.

Um bewährte und hemmende Elemente des Begutachtungsprozesses sowie regionale Unterschiede flächendeckend zu erfassen, wurde als **Projektschritt 1b** eine Online-Befragung durchgeführt. An dieser beteiligten sich 14 MDK mit insgesamt 144 Personen verschiedener Funktionen. Von diesen verfügten 86 Prozent über eine Berufserfahrung beim MDK von mindestens drei Jahren, wodurch eine umfassende Beurteilungskompetenz, auch im Hinblick auf Veränderungen in den Prozessabläufen, sichergestellt war. Der Fragebogen enthielt detaillierte Fragen zu den Prozessabläufen, sowie zur persönlichen Einschätzung der Stärken und Schwächen des aktuell eingesetzten Verfahrens. Ergänzend zur Online-Befragung wurde an die Abteilungsleiter Pflege ein zusätzlicher Fragebogen versandt, mit dem die Strukturdaten der einzelnen MDK erfasst wurden. Diese Informationen wurden von 13 der 15 MDK zur Verfügung gestellt. Zentral waren hierbei Kennzahlen zur Anzahl der Beschäftigten und den durchgeführten Pflegegutachten, welche als Hintergrundinformationen zu regionalen Unterschieden und Prozessabläufen genutzt wurden.

Um die erzielten Ergebnisse um eine überindividuelle Ebene zu ergänzen wurden im **Projektschritt 1c** sechs Gruppendiskussionen in vier MDK durchgeführt. In diesen diskutierten ärztliche und pflegefachliche Gutachter entweder berufsgruppenhomogen oder in gemischten Settings die Kernergebnisse der vorangegangenen Erhebungsphasen. Dies ermöglichte einen gezielten Einblick in die realen Lösungs- und Begründungsstrukturen vor Ort, deren argumentative Hintergründe im Gespräch offengelegt wurden. Inhalte der Gruppendiskussionen waren insbesondere die Qualifikation und der Schulungsbedarf der pflegefachlichen Gutachter, in den Prozessabläufen auftretende Schwierigkeiten und die Kommunikations- und Kooperationskonflikte mit anderen Berufsgruppen.

## 4.2 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus allen drei Erhebungsphasen des ersten Projektschrittes gemeinsam dargestellt. In ihnen wurde sehr umfangreiches Material erhoben und die folgende Darstellung fokussiert auf die Ergebnisse, die sich als für die Erstellung des Gute-Praxis-Standards (GPS) der Projektphase 2 als relevant erwiesen haben. Es werden jedoch auch wichtige Ergebnisse und Rahmenbedingungen ausgeführt, die im Zusammenhang mit dem Prozess zur Feststellung einer Rehabilitations-Indikation im Rahmen der Pflegebegutachtung relevant sind, die jedoch aus rechtlichen oder organisatorischen Gründen keinen Eingang in den GPS finden konnten.

Insgesamt zeigte sich, dass die strukturelle Organisation der 15 MDK sehr verschieden ist. Die Unterschiede in der Organisation führen auch dazu, dass die Prozessabläufe in Bezug auf die Feststellung, ob eine Rehabilitations-Indikation vorliegt, im Rahmen der Pflegebegutachtung zum Teil sehr heterogen waren. Entsprechend der Organisationsstruktur und auch der regionalen Rahmenbedingungen wurden für auftretende Probleme unterschiedliche Lösungen gefunden. Bei aller Unterschiedlichkeit gibt es jedoch auch viele Gemeinsamkeiten und insbesondere Teilbereiche, in denen die MDK von den Lösungen, die in anderen MDK gefunden wurden, profitieren können.

### 4.2.1 Strukturelle Unterschiede der MDK als Rahmenbedingungen

Auch wenn es in Bezug auf die strukturellen Rahmenbedingungen zum Teil wenig Einflussmöglichkeiten für einen GPS gibt, haben diese große Auswirkungen auf die jeweils bestehenden Probleme und auf die Umsetzungsmöglichkeiten allgemeiner Vorgaben und spezifischer Lösungsansätze. Da die unterschiedlichen Rahmenbedingungen die Reichweite des entwickelten GPS begrenzen, werden an dieser Stelle einige relevante Faktoren aufgeführt.

Die **Größe und Zentralität** der 15 MDK unterscheidet sich stark von Standort zu Standort. Durch die Anzahl der Pflegegutachten pro Jahr, die zwischen etwa 20.000 und 190.000 variiert, sind sowohl im Personalumfang, als auch in der Anzahl der Regionalzentren deutliche Unterschiede zu verzeichnen. Dies führt dazu, dass das zweistufige Verfahren des Stellens einer Rehabilitations-Indikation teilweise zentral für den gesamten MDK durch eine ärztliche Funktionsstelle erfolgt, teilweise auch im persönlichen Kontakt vor Ort im jeweiligen Begutachtungszentrum. Generell stellt dies keine grundsätzlichen strukturellen Vor- oder Nachteile dar, verlangt jedoch nach einer individuellen und klaren Regelung in Bezug auf Kommunikation und Entscheidungswege.

Die **organisatorische Einbindung der Ärzte** in die Pflegebegutachtung ist je nach MDK unterschiedlich stark. In vielen MDK sind kaum oder keine Ärzte in die Pflegebegutachtung einbezogen, hier wird die Einschätzung der pflegfachlichen Gutachter, dass eine Rehabilitations-Indikation bestehen könnte, durch Ärzte begutachtet, die einen ihrer Schwerpunkte im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsbegutachtung haben. Es gibt jedoch auch MDK, in denen die regionale Dienststellenleitung für den Pflegebereich von Ärzten ausgeübt wird. Hier sind die für die Begutachtung der Rehabilitations-Indikation zuständigen Ärzte unmittelbar und schwerpunktmäßig auch für die Pflegebegutachtung zuständig.

Abhängig von der Größe des MDK variiert auch die **Zahl der pflegfachlichen Gutachter**, die jeweils durch die MDK eingesetzt werden, zwischen 30 und 350. Große Unterschiede gibt es jedoch auch hinsichtlich der Zahl der externen, d. h. nicht festangestellten, Gutachter. Während acht der MDK ohne oder nur mit sehr wenigen externen Gutachtern arbeiten, sind in zwei MDK annähernd gleich

viele interne und externe pflegfachliche Gutachter beschäftigt, in zwei anderen MDK werden sogar deutlich mehr externe als interne pflegfachliche Gutachter eingesetzt. Relevant wird dies dadurch, dass externe Gutachter durchschnittlich weniger Gutachten zur Einschätzung einer möglichen Rehabilitations-Indikation an einen ärztlichen Gutachter weiterleiten, seltener Feedback zu ihren Einschätzungen bekommen und weniger an Fortbildungen teilgenommen haben.

Um die **5-Wochen-Frist** zwischen Antragseingang bei der Pflegekasse und Ergebnisübermittlung an den Antragsteller einhalten zu können, wurden Fristanteile für die MDK mit den Pflegekassen ausgehandelt. Der Fristanteil der MDK schwankt je nach Region zwischen 25 und 28 Tagen. Einige MDK haben hier also bis zu 3 Tage mehr Zeit zur Gutachtenerstellung als andere. Als Ergebnis der Strukturdatenerhebung zeigt sich, dass auch die Vorlaufzeiten innerhalb der MDK von Auftragseingang bis zum Hausbesuch zwischen 15 und 25 Tagen, also in erheblichem Umfang, schwanken. Aus diesem Grund ist es oft problematisch, wenn sich die Laufzeit eines Gutachtens durch die ergänzende Einbeziehung eines ärztlichen Gutachters verlängert oder ergänzende Unterlagen, die zur Feststellung der Rehabilitations-Indikation notwendig sind, eingeholt werden sollten.

Ein Teil der Prozessabläufe ist derzeit durch die jeweilige **technische Ausstattung** der MDK, bei der es ebenfalls Unterschiede gibt, vorgegeben. Unabhängig von der verwendeten Software ist hiervon die Datenübermittlung vom Gutachter an einen Arzt betroffen, wenn dieser zur Entscheidung über eine Rehabilitations-Indikation einbezogen werden soll. Nur in vier MDK können die Daten zeitnah per mobiler Datenverbindung übertragen werden. In den anderen Fällen wird die Übermittlung nach Abschluss des Arbeitstages vom eigenen Arbeitsplatz aus durchgeführt. Hierdurch können Laufwege verlängert werden, vor allem dann, wenn die Erreichbarkeit der ärztlichen Gutachter eingeschränkt ist oder der Abschluss des Gutachtens erst nach einer Rückübermittlung vom Arzt an den pflegfachlichen Gutachter erfolgen kann. In mindestens einem Fall ist zusätzlich eine Voreinstellung in der verwendeten Software programmiert, die von einem Nicht-Vorliegen der Rehabilitations-Indikation ausgeht und somit dieses Prüfungsergebnis zumindest psychologisch nahelegt.

Nach den in der Strukturdatenerhebung erfassten Daten variieren die **Anteile der festgestellten Rehabilitations-Indikationen**, das heißt die Zahl der gestellten Rehabilitations-Indikationen bezogen auf die Zahl der erstellten Pflegegutachten nach dem zweistufigen Verfahren zwischen den einzelnen MDK deutlich. Sie liegen in den meisten MDK für das Jahr 2012 eher niedriger als die für das Jahr 2010 vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten Anteile bei Erstbegutachtungen von 1,1 Prozent (eigene Berechnungen gemäß BMG: 2011: 92). Ein direkter Vergleich zwischen den einzelnen MDK ist dabei nicht ohne Weiteres möglich, da entsprechende Rahmenbedingungen einzubeziehen sind. Die Zahl der Gutachter, die je MDK befragt wurden, ist zu niedrig, um generalisierende Aussagen zu treffen; die Daten geben jedoch Hinweise darauf, dass die Höhe der Zahl der weitergeleiteten Gutachten sowohl aus MDK-bezogenen Gründen als auch aus personenabhängigen Gründen variiert. Die Unterschiede zwischen internen und externen Gutachtern sind ebenfalls erheblich.

Rehabilitation ist noch kein fester Bestandteil der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege oder zur Altenpflege. Da die pflegfachlichen Gutachter jedoch neben ihrer Hauptaufgabe – der Feststellung des Pflegebedarfs und der Pflegestufe – einschätzen müssen, ob die Antragsteller eine Rehabilitations-Indikation aufweisen könnten, besteht für die pflegfachlichen Gutachter **Nachschulungsbedarf** bezüglich des Themas Rehabilitation. In den Interviews und Gruppendiskussionen gingen die Einschätzungen, inwieweit die pflegfachlichen Gutachter ausreichend geschult oder auch

schulbar seien, um die Rehabilitations-Indikation einschätzen zu können, stark auseinander – sowohl bei den befragten Ärzten als auch bei den befragten pflegefachlichen Gutachtern. Weitgehende Einigkeit besteht in der Einschätzung, dass den gestiegenen Anforderungen an die pflegefachlichen Gutachter auch mit entsprechenden Fortbildungen begegnet werden sollte. So stimmen 68 Prozent der Befragten in der Online-Befragung der Aussage zu, dass pflegefachliche Gutachter ohne zusätzliche Fortbildungen nicht ausreichend qualifiziert sind, um treffsicher einschätzen zu können, ob eine Rehabilitations-Indikation vorliegt. Anzunehmen ist, dass dies für die in geringerem Umfang geschulten externen Gutachter in noch höherem Ausmaß zutrifft.

#### 4.2.2 Heterogenität der Prozessabläufe

Die Prozessabläufe innerhalb der MDK, die zur gesonderten Rehabilitations-Empfehlung im Pflegegutachten führen, bestehen aus einer Vielzahl von Einzelschritten. Im Vergleich der MDK zeigen sich in vielen Details dieser Prozessabläufe heterogene Lösungen.

Nur in zwei MDK werden die Antragsteller als **Vorabinformation** mit Zusendung des Begutachtungstermins durch ergänzende Informationsblätter explizit darüber informiert, dass die Erhebung von Informationen zur Feststellung, ob eine Rehabilitations-Indikation vorliegt, einen Teil der Pflegebegutachtung darstellt. Fünf weitere MDK versenden mit dem Anmeldebrief Formulare, in denen unter anderem gefragt wird, ob sich der Antragsteller eine Rehabilitationsmaßnahme vorstellen kann und welche Wünsche er mit einer solchen Maßnahme verbindet. Da die Antragsteller aber lediglich einen Antrag auf Pflegeleistungen nach SGB XI gestellt haben, sind viele von ihnen somit nicht darauf vorbereitet, dass im Rahmen einer Pflegebegutachtung auch der Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation überprüft und beurteilt werden. Dies und eine vermutete Konkurrenz zwischen Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Rehabilitation führen oftmals zu geringer Motivation seitens der Antragsteller, einer Rehabilitation zuzustimmen.

Das **Formular der dreiseitigen Rehabilitations-Empfehlung** ist in den meisten MDK unmittelbar in das Pflegegutachten integriert. Die überwiegende Zahl der pflegefachlichen Gutachter füllt das Pflegegutachten und die gesonderte Rehabilitations-Empfehlung unmittelbar im Hausbesuch aus, vereinzelt wird auch im Hausbesuch mit Papierformularen gearbeitet, die in der Nachbereitung in den PC übertragen werden. Verfahrensunterschiede gibt es zwischen den MDK hinsichtlich der Frage, wie weit die gesonderte Rehabilitations-Empfehlung von den pflegefachlichen Gutachtern selbst ausgefüllt wird. In einigen MDK wird die gesonderte Rehabilitations-Empfehlung komplett vom pflegefachlichen Gutachter ausgefüllt und abschließend geändert, sofern der begutachtende ärztliche Gutachter zu einem anderen Urteil kommt. In anderen MDK wird die gesonderte Rehabilitations-Empfehlung gar nicht oder nur in Teilen von den pflegefachlichen Gutachtern sondern vom beteiligten Arzt ausgefüllt.

Das zweistufige Verfahren der Feststellung einer Rehabilitations-Indikation setzt voraus, dass die **Erreichbarkeit eines ärztlichen Gutachters** sichergestellt sein muss, um eine schnelle Bearbeitung des Falles zu gewährleisten. Hierzu gibt es in den MDK sehr unterschiedliche Konzepte, die jeweils spezifische Stärken und Schwächen aufweisen. So kann der Einsatz einer zentralen ärztlichen Ansprechperson die Erreichbarkeit erleichtern, während die dezentrale Organisation über viele Ärzte den persönlichen Kontakt ermöglicht. In der Online-Befragung gaben dazu 67,4 Prozent der Befragten (n=144) an, dass ein ärztlicher Gutachter immer erreichbar ist, sodass mögliche Unsicherheiten bei Einzelfällen seitens der pflegefachlichen Gutachter schnell geklärt werden können. 28,3 Prozent

der Teilnehmer antworteten, dass ein ärztlicher Gutachter nicht immer erreichbar ist. 4,4 Prozent der Antwortenden gaben an, dass kein Kontakt zum Arzt aufgenommen werden kann.

Befragt nach dem Weg, über den die **Mitteilung an den zuständigen ärztlichen Gutachter** erfolgt, dass eine mögliche Rehabilitations-Indikation vorliegt, antworteten 42,3 Prozent der Befragten „per E-Mail“, 29,2 Prozent „telefonisch“, 34,1 Prozent „über die EDV“, 16,7 Prozent „persönlich“ und 6,3 Prozent „über den hausinternen Postweg“. Das Gutachten wird laut 23,6 Prozent der Befragten per E-Mail, laut 9,7 Prozent in Papierform und 72,2 Prozent der Teilnehmer zufolge über die elektronische Auftragsverwaltung an den zuständigen ärztlichen Gutachter übermittelt (n=144, Mehrfachantworten waren möglich).

Gesicherte ärztliche Befunde, Entlassungsberichte stationärer Behandlungen, insbesondere vorangegangener Rehabilitationen können die Entscheidung, ob eine Rehabilitations-Indikation besteht, beeinflussen. Jedoch erfolgt seit der Einführung des PNG und der damit einhergehenden Einführung der Zusatzzahlung bei Überschreitung der Frist das **Anfordern ergänzender Unterlagen** unter zusätzlichen zeitlichen Restriktionen, da der entstehende Zeitverlust zur finanzwirksamen Überschreitung der Frist führen kann. Aus diesem Grunde wird zumindest in Einzelfällen auf die Anforderung dieser Unterlagen verzichtet. Weitgehende Einigkeit besteht darüber, dass die Entscheidung über die Rehabilitations-Indikation häufig ausschließlich auf Basis des Pflegegutachtens gefällt werden kann, auch wenn die Einschätzungen der Ärzte hinsichtlich der Validität eines solchen Vorgehens unterschiedlich sind. Da aufgrund der 5-Wochenfrist ausschließlich informelle Anforderungswege ein zeitgerechtes Eingehen von ergänzenden Unterlagen sicherstellen, ist aufgrund der regional unterschiedlichen Bedingungen eine Vereinheitlichung der Vorgehensweise in dieser Hinsicht schwierig umzusetzen. Ein häufig genannter Lösungsvorschlag in allen drei Befragungsphasen besteht darin, dass fehlende Unterlagen als Entfristungsgrund anerkannt werden sollten.

Bei seiner Entscheidung über eine Rehabilitations-Indikation muss der ärztliche Gutachter auf eine reduzierte Informationsmenge zurückgreifen, da er in vielen Fällen lediglich das Pflegegutachten vorliegen hat und nicht auf weitere Informationen aus dem Hausbesuch zurückgreifen kann. Hier kann – vor allem in strittigen Fällen – die **Einbeziehung des pflegefachlichen Gutachters in die Entscheidung des ärztlichen Gutachters** sinnvoll sein. In der Online-Befragung antworteten jedoch insgesamt 48,6 Prozent aller Befragungsteilnehmer, dass eine Einbeziehung des pflegefachlichen Gutachters meistens nicht erforderlich ist. 44,4 Prozent gaben an, dass der Gutachter bei möglichen Nachfragen telefonisch kontaktiert wird, 27,1 Prozent antworteten, dass dieser Kontakt meist per E-Mail hergestellt wird (n=144; Mehrfachnennungen möglich). Ein Anteil von 13,2 Prozent der Befragten äußerte, dass keine Einbeziehung der pflegefachlichen Gutachter erfolge, 1,4 Prozent gaben an, Nachfragen an die pflegefachlichen Gutachter würden meist über Dritte vermittelt.

Zur abschließenden Entscheidung über das Vorliegen einer Rehabilitations-Indikation werden die Fälle vom pflegerischen Gutachter zumeist elektronisch an den ärztlichen Gutachter übermittelt, in einem MDK auch an eine dritte, vermittelnde Person. Dies ist erforderlich, damit der ärztliche Gutachter seine Entscheidungen in die elektronische Akte einarbeiten kann. Unterschiedlich ist jedoch das Vorgehen zum letztendlichen **Abschluss des Gesamtfalles**. Dieser erfolgt teilweise durch den Arzt, teilweise wird der Fall jedoch auch in einem zusätzlichen Prozessschritt an den pflegefachlichen Gutachter zurück übermittelt, der seinerseits das Gutachten abschließt und freigibt. Dieser zusätzli-

che personelle und zeitliche Aufwand begründet sich zwar teilweise in kaum veränderbaren EDV-Strukturen, bietet in anderen Fällen jedoch die Möglichkeit zur Prozessvereinfachung.

Ein **Feedback für den pflegfachlichen Gutachter**, ob seine Einschätzung zum Bestehen einer möglichen Rehabilitations-Indikation vom MDK-Arzt bestätigt wurde, ist vielfach als notwendig erachtet worden, um pflegfachliche Gutachter besser in die Lage zu versetzen, das mögliche Bestehen der Rehabilitations-Indikationen einschätzen zu können. Jedoch ist dies nur in einem Drittel der Fälle uneingeschränkt gewährleistet, in einem weiteren Drittel der Fälle unter bestimmten Bedingungen. Wichtig ist den Beteiligten bei diesem Feedback, dass es nicht nur die reine Entscheidung enthält, sondern auch eine qualifizierte Begründung. In diesem Fall kann der Gutachter die Entscheidung verstehen und für zukünftige Einschätzungen zum möglichen Bestehen der Rehabilitations-Indikationen lernen. Auch lassen sich Fehlentscheidungen aufgrund von Missverständnissen durch ein qualifiziertes Feedback vermeiden.

### 4.2.3 Allgemeine Stärken des Verfahrens

Das zentrale Kriterium für die Qualität des Verfahrens zur Feststellung, ob eine Rehabilitations-Indikation vorliegt, sollte in der Pflegebegutachtung der MDK die Treffsicherheit des Verfahrens sein. In der Online-Befragung haben die Teilnehmer hierzu eine persönliche Einschätzung des aktuellen Verfahrens vorgenommen. Im Ergebnis bewerten 50 Prozent der Befragten das Verfahren als treffsicher, 25 Prozent bewerten das Verfahren als nicht treffsicher, 24 Prozent der Befragten haben diese Frage nicht beantwortet. Diese Daten sind ein allgemeiner Hinweis auf das Ausmaß des Vertrauens, dass die Beteiligten in das von ihnen selbst durchgeführte Verfahren haben.

Bei genauerer Betrachtung der ersten Projektphase finden sich eine Reihe von Stärken des Verfahrens, die das geäußerte Vertrauen der Beteiligten in die Treffsicherheit des Verfahrens begründen: In der Online-Befragung geben 73 Prozent der Befragten die gute **Ergänzung der pflegerischen und medizinischen Perspektive** als besondere Stärke des Verfahrens an. Gerade die Betrachtung aus zwei professionellen Perspektiven wird also als Vorteil gegenüber einer rein pflegerischen oder rein medizinischen Beurteilung gesehen. Durch die pflegfachlichen Gutachter erfolgt die Erhebung eines ausführlichen pflegerischen Befundes im Rahmen des Pflegegutachtens. Sofern der pflegfachliche Gutachter auf dieser Basis Antragsteller mit einer möglichen Rehabilitations-Indikation zuverlässig herausgefiltert hat, kann der ärztliche Gutachter auf dieser Basis abschließend zur Einschätzung des pflegfachlichen Gutachters Stellung nehmen.

Dies gilt noch verstärkt, da durch den Hausbesuch eine **umfangreichere Datenbasis** zur Verfügung steht, als dies im Regelverfahren möglich ist. So erhalten die pflegerischen Gutachter auch einen umfassenden Blick in die Lebensumstände des Antragstellers, als dies Ärzten gewöhnlich zur Verfügung steht. Dies belegt sich auch in der Einschätzung der befragten Ärzte, die angaben, dass die Daten, die im Hausbesuch erhoben werden, grundsätzlich eine bessere Datenbasis liefern können als reine Aktenlage-Gutachten.

Der Einsatz pflegerischer Gutachter wird unter qualifikatorischen Gesichtspunkten teilweise kritisch betrachtet. Weitgehender Konsens besteht in der Einschätzung, dass hier mit entsprechenden (Nach)Qualifikationen gearbeitet werden sollte. Dort wo gute und qualitativ hochwertige Schulungen mit periodischer Wiederauffrischung erfolgen, werden diese als **sehr gute Basis für eine hohe Treffsicherheit** angesehen. Damit können die pflegfachlichen Gutachter das mögliche Bestehen der Re-

habilitations-Indikation einschätzen und relevante Fälle für die Bewertung durch die MDK-Ärzte herausfiltern. Ein geregeltes Feedback für die pflegfachlichen Gutachter hat zusätzlich eine schulende Funktion, zudem kann es motivierend auf die pflegfachlichen Gutachter wirken.

Dass für den Antragsteller **nur eine Begutachtung** erforderlich ist, um zum einen den Pflegebedarf einzuschätzen und zum anderen das mögliche Bestehen einer Rehabilitations-Indikation einzuschätzen, sehen 60 Prozent der Befragten der Online-Befragung als besondere Stärke des Verfahrens. Der Antragsteller erhält zeitnah sowohl eine Pflegeeinstufung als auch eine mögliche Reha-Empfehlung.

#### 4.2.4 Allgemeine Schwächen des Verfahrens

Bei der Datenerhebung der ersten Projektphase stellten sich aber auch einige allgemeine Schwächen des Verfahrens heraus, die an verschiedenen Stellen des Gesamtprozesses ihre Wirkung entfalten. Sie stellen also Rahmenbedingungen dar, die in mehreren Prozessschritten einbezogen sind und dementsprechend Ansätze für Verbesserungen bieten können. Dies stößt jedoch dann an die Grenzen der Machbarkeit, wenn die benannten Schwächen entweder durch die Heterogenität der beteiligten MDK verursacht werden oder als gesetzlicher Rahmen auf dieser Ebene nicht veränderbar sind.

Durch die Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ und die Einführung der im Rahmen der Pflegebegutachtung notwendigen Prüfung, ob eine Rehabilitations-Indikation vorliegt, kommt es bei der Prüfung zu einer **Überschneidung verschiedener Leistungsbereiche** des SGB. Während der Antragsteller einen Antrag auf Leistungen nach SGB XI stellt, wird gleichzeitig geprüft, ob Leistungsansprüche nach SGB V vorliegen. Dies wirkt sich auf drei Ebenen problematisch aus. Die Einschätzungen der pflegerischen Gutachter gehen über die eigentlichen Ausbildungsinhalte hinaus und greifen in ärztliche Kompetenzbereiche ein. Dies führt – über die grundsätzliche Frage nach Schulungsbedarf und Qualität der Einschätzungen – regelmäßig zu Konflikten mit Haus- und Fachärzten, die einen Eingriff in die Versorgung ihrer Patienten wahrnehmen. Diesen wiederum ist oftmals weder die Prüfung auf Rehabilitations-Bedarf bekannt, noch die daraus entstehenden Folgen und Konflikte einsichtig.

Durch die Einführung von Zusatzzahlungen im Pflege-Neuausrichtungsgesetz, die dann fällig werden, wenn dem Antragsteller nicht binnen einer **5-Wochen-Frist** ein Leistungsbescheid zugestellt wird, haben sich die zeitlichen Anforderungen in der Pflegebegutachtung verändert. Dies wirkt auf den Gesamtprozess sowohl auf organisationaler als auch auf personeller Ebene ein, die letztlich aber vom Gutachter zu bewältigen sind. So sind die Begutachtungssituationen selber durch neue Aufgaben bei gleichem Zeitbudget aufwendiger geworden, aber auch die Verwaltung der Fälle erfolgt unter höherem Zeitdruck. Dies führt ebenfalls zu verringerten Möglichkeiten Unterlagen anzufordern, wodurch die Gutachtenqualität sinken kann. Zusätzlich verringern sich teilweise die Vor- und Nachbereitungszeiten für die Gutachter, da kurzfristige Veränderungen der Tourenplanung eine Vorbereitung der Fälle erschweren und längere Wege zwischen den einzelnen Antragstellern absolviert werden müssen.

Das zweistufige Verfahren sieht vor, dass Fälle, bei denen eine Rehabilitations-Indikation vom pflegerischen Gutachter vermutet wird, an einen Arzt zur Entscheidung weitergeleitet werden. Fälle ohne diese Vermutung werden direkt vom Gutachter abgeschlossen. In Bezug auf die Rehabilitations-Indikation bedeutet dies jedoch eine strukturell **fehlende Qualitätssicherung** in diesen Fällen, da in keinem Fall erneut geprüft werden kann, ob nicht irrtümlich eine falsch negative Einschätzung erfolgt ist.

Die Einschätzung zum möglichen Bestehen einer Rehabilitations-Indikation ist – je nach Situation vor Ort – mit einem erheblichen Aufwand für die pflegefachlichen Gutachter verbunden. Gleichzeitig ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch die Zahl der Antragsteller, bei denen eine Rehabilitations-Indikation festgestellt wird, sehr niedrig. Aussagen, vor allem aus den Experteninterviews, lassen hierbei den Schluss zu, dass nicht nur die schon beschriebene zeitliche Situation, sondern auch die **individuelle Einstellung der Gutachter** diese Koinzidenz (mit) erklären kann. Ob das mögliche Bestehen einer Rehabilitations-Indikation immer im angemessenen und notwendigen Umfang geprüft wird, hängt demnach auch davon ab, inwieweit die Gutachter davon überzeugt sind, dass die Prüfung richtig, wichtig und der Aufwand im Verhältnis zum Ergebnis angemessen ist.

Die dargestellten Ergebnisse zeigen an verschiedenen Punkten, dass es deutliche **Differenzen bei den fachlichen Bewertungsstandards** innerhalb und zwischen den MDK gibt. Gleichzeitig ist der Schulungsstand der Gutachter bezogen auf MDK-übergreifende Schulungen relativ niedrig. Der Schulungsstand bezogen auf MDK-interne Schulungen ist deutlich höher, für diese gibt es jedoch keine einheitlichen Schulungsmaterialien, sodass sich diese Schulungen inhaltlich regional stark unterscheiden können. Da zusätzlich der Schulungsstand zwischen internen und externen Gutachtern differiert, entsteht vor allem in MDK, die mit einer hohen Anzahl externer Gutachter arbeiten, die Möglichkeit stark schwankender Bewertungsstandards. Allerdings ergibt sich auch in Bezug auf die Bewertungsstandards der beteiligten Ärzte kein einheitlicher Eindruck. Parallel zu der geteilten medizinischen Grund- und Fachqualifikation finden sich deutlich individuelle Färbungen, die sowohl in den konkreten Reha-Entscheidungen, als auch in der Bewertungskultur der Organisationseinheit ihren Niederschlag finden

Wie bereits ausgeführt, ist die **fehlende Motivation der Antragsteller** ein häufiger Grund für die Ablehnung einer möglichen Rehabilitation durch den Antragsteller. Einige Interviewpartner gaben an, dass die fehlende Motivation ein häufiger und – je nach Situation ggf. auch willkommener – Grund für den Abbruch der Erhebung von Informationen zur Einschätzung zum möglichen Bestehen einer Rehabilitations-Indikation sei. Gerade diese Praxis der abgebrochenen Prüfung erscheint jedoch im Zusammenhang mit dem niedrigen Informationsstand der Antragsteller die Gefahr zu häufiger falsch negativer Ergebnisse zu beinhalten. Ein Interviewpartner führte jedoch auch aus, dass er das mögliche Bestehen einer Rehabilitations-Indikation einschätzt, ohne die Motivation des Antragstellers abzufragen, da er keine Hoffnungen auf Seiten des Antragstellers schüren wolle, die bei einer Ablehnung der Rehabilitation durch den ärztlichen Gutachter enttäuscht würde.

### 4.3 Themenbereiche für den GPS

Aus allen Ergebnissen der vorgestellten ersten Projektphase wurden letztlich einzelne Themenbereiche identifiziert, in denen eine Regelungsnotwendigkeit erkannt werden konnte. Den Rahmen bildeten dabei die strukturellen Gegebenheiten. So zeigt sich eine große Heterogenität der MDK sowohl hinsichtlich ihrer Organisationsstruktur als auch hinsichtlich der Prozessabläufe. Ein einheitlicher GPS für alle MDK muss einen Großteil dieser Organisationsstrukturen berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse sollten die Prozessabläufe dahingehend verändert werden, dass durch optimale Abläufe der Zeitdruck für die pflegefachlichen Gutachter gemindert und sie durch geeignete Instrumente/Schulungen in ihrer qualifizierten Begutachtung gestärkt werden.

Dabei zielt der GPS auch auf die Optimierung der Umgangsweisen mit bestimmten Problemen durch Vereinheitlichung relevanter Aspekte der Prozessabläufe.

Als wichtigste Themenbereiche und Prozessbausteine, innerhalb derer Regelungen durch den GPS sinnvoll erscheinen, ergeben sich daraus folgende 9 Punkte:

- Aufklärung und Information der Antragsteller,
- Beratungsbedarf der Antragsteller im Hausbesuch,
- Bearbeitung der gesonderten Rehabilitations-Empfehlung,
- Kontaktmöglichkeit zu den MDK-Ärzten und gemeinsame Beratung zur Rehabilitations-Indikation,
- Pflegegutachten-Abschluss,
- Ergänzende Unterlagen,
- Schulungen/Qualifizierung der Gutachter,
- Unterstützende Unterlagen/Checklisten für den Gutachter und
- das Gutachtenformular.

## 5 Entwicklung eines Gute-Praxis-Standards (2. Projektschritt)

Das Ziel der ersten Hälfte des Projektes war die Ausarbeitung, Konsentierung und Verabschiedung eines Gute-Praxis-Standards (GPS) für den Prozess zur Feststellung der Rehabilitations-Indikationen im Rahmen der Pflegebegutachtung des MDK. *GPS* bezeichnet dabei eine Struktur- und Prozessbeschreibung, die im Wesentlichen aus praktisch erprobten Regelungen zusammengesetzt ist.

Wichtig festzuhalten ist dabei, dass ein GPS im Unterschied zu einem Best-Practice-Standard nicht auf die Findung einer einzigen, besten Lösung ausgerichtet ist. Ziel ist es vielmehr, in ihrer Praktikabilität erprobte Regelungen zu finden, die mit den bestehenden Organisationszielen und -strukturen weitgehend kompatibel sind und dadurch einen nachhaltigen Erfolg versprechen. Gerade in Bezug auf die MDK-Gemeinschaft stellt sich diese Zielrichtung als sehr viel versprechend dar. Zwar handeln die einzelnen MDK im Rahmen übergeordneter Gesetzesstrukturen, allerdings haben sie für die konkrete Umsetzung eine große Autonomie, den vorgegebenen Rahmen durch individuelle, innerbetrieblich passende Verfahren umzusetzen.

### 5.1 Vorgehen

Die Entwicklung des GPS wurde in zwei Schritten durchgeführt, wodurch einerseits wiederum eine breite Einschätzung der Mitarbeiter der MDK erreicht wurde und andererseits die Anwendbarkeit der Standard-Regelungen gewährleistet wurde.

Im ersten Schritt, der **Projektphase 2a**, wurden aus den Ergebnissen der Projektphase 1 neun wesentliche Themenbereiche abgeleitet, welche die relevanten Prozesselemente der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung entsprechen. Innerhalb dieser Themenbereiche wurden wiederum 34 Praxisregelungen identifiziert, die in den MDK bereits eingesetzt wurden oder von den Mitarbeitern der MDK als wünschenswert benannt worden waren. Diese empirisch erarbeiteten Vorschläge wurden wiederum in Form einer Online-Befragung einer breiten Expertenschaft präsentiert und durch diese beurteilt. Dabei wurde sowohl die Zustimmung zu den vorgeschlagenen Regelungen, als auch deren Wichtigkeit für den Prozess erhoben. Alle Regelungsvorschläge wurden einer Gruppe von 151 Mitarbeitern aller MDK sowie Mitgliedern der SEG 1 und 2, des KC Geriatrie und des MDS als Online-Umfrage zur Kommentierung und Bewertung vorgelegt. Von 151 angeschriebenen Personen, beantworteten 102 Personen aus 14 MDK, sowie den Kompetenzeinheiten, den SEG und des MDS den Fragebogen vollständig. Das entspricht einem Rücklauf von 67,5 Prozent. Aus den positiv bewerteten Vorschlägen wurde ein kohärenter Standard erarbeitet, der letztlich sieben Abschnitte enthielt.

Der derart erarbeitete Entwurf des GPS wurde als **Projektschritt 2b** in einer Sitzung des projektberatenden und -begleitenden Expertenkreises einer abschließenden inhaltlichen und organisatorischen Prüfung unterzogen. Hierbei zeigte sich eine weitgehende Zustimmung zur vorgestellten Entwurfsversion. Dennoch wurden alle Regelungsentwürfe einer Prüfung und teilweise intensiven Diskussion unterzogen, die vor allem in ihrem Praxisbezug noch einmal eine Präzisierung der wissenschaftlich-empirischen Vorarbeiten hervorbringen konnte. Dies zeigte sich daran, dass zwar eine Anzahl von redaktionellen Editierungen beschlossen wurden, jedoch keine inhaltliche Veränderung der bottom-

up abgeleiteten Regelungen vorgenommen wurde. Insgesamt ist der Gute-Praxis-Standard somit in einem transparenten Prozess basierend auf den Einschätzungen der Betroffenen erarbeitet worden.

## 5.2 Ergebnis: Der Gute-Praxis-Standard

Der Gute-Praxis-Standard beinhaltet in seiner verabschiedeten Version insgesamt sieben Abschnitte. Diese sind im Unterschied zu den Themenbereichen des Punkt 4.3 nun chronologisch geordnet. Während in den Abschnitten 1 und 2 Regelungen für den strukturellen Rahmen des Begutachtungsprozesses beschrieben werden, orientieren sich die Abschnitte 3 bis 7 am Arbeitsablauf der beteiligten Gutachter.

### Abschnitt 1: Schulung

- Alle internen und externen Gutachter und beteiligten Ärzte sind standardisiert zum Thema „Rehabilitation in der Pflegebegutachtung“ geschult.
- Inhalte der standardisierten Schulung sind:
  1. Einschätzung der Reha-Bedürftigkeit (allgemein)
  2. Erkennen, ob über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale, interdisziplinäre Behandlungsansatz einer medizinischen Reha erforderlich ist
  3. Formulierung realistischer und alltagsrelevanter Ziele
  4. Klare Ausschlusskriterien
  5. Beurteilung der Reha-Fähigkeit für geriatrische Reha
  6. Informationen zu Inhalten und Zielen von Reha-Maßnahmen
  7. Diskussion von Fallbeispielen*Zusätzlich: Zusammenarbeit von Ärzten und PFK (u.a. Kommunikation) und Beratungskompetenz anhand des Infoflyers.*
- Zweimal jährlich werden verbindliche Nachschulungen für alle Pflegegutachter durchgeführt, in denen auch Fallbeispiele zur Auffrischung und Aktualisierung des Themas Rehabilitation besprochen werden.

### Abschnitt 2: Unterlagen

- Jedem Gutachter liegt ein Informationsflyer vor, in dem Informationen und Beratungsmöglichkeiten zum Thema Rehabilitation genannt sind.
- Die Gutachter haben für den Hausbesuch eine zweiseitige Handreichung, in der die wesentlichen Zustimmungs- und Ausschlusskriterien der vier Reha-Indikationskriterien zusammengefasst sind.

### Abschnitt 3: Vorinformation

- Die MDK informieren den Antragsteller schriftlich über den Termin des Hausbesuchs. In diesem Schreiben wird der Antragsteller darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Pflegebegutachtung auch geprüft wird, ob weitere zusätzliche Maßnahmen zur besseren Bewältigung ihres Alltags, z. B. durch Maßnahmen der Rehabilitation, angeboten werden können.
- Mit gleichem Schreiben werden die Antragsteller gebeten, vorhandene Unterlagen, z. B. Facharzt-, Krankenhausberichte sowie Berichte von Rehabilitationseinrichtungen vorzuhalten.

#### **Abschnitt 4: Hausbesuch**

- Eine vollständige Prüfung der Reha-Indikationskriterien ist grundsätzlich durchzuführen. Die Abklärung der Reha-Indikation kann als abgeschlossen betrachtet werden, wenn eines dieser maßgeblichen Kriterien nicht erfüllt ist.
- Auch wenn die Bereitschaft des Antragstellers zur Teilnahme an einer Rehabilitation aktuell nicht vorliegt, sind alle Reha-Indikationskriterien vollständig zu prüfen.
- Werden im Hausbesuch Hinweise auf eine Reha-Indikation festgestellt, informiert der Gutachter situationsangemessen auf Basis der geschulten Inhalte in einem Umfang von bis zu 10 Minuten.
- Jedem Gutachter liegt ein Informationsflyer vor, in dem Informationen und Beratungsmöglichkeiten zum Thema Rehabilitation genannt werden. Dieser kann zur ergänzenden Information des Versicherten ausgehändigt werden.

#### **Abschnitt 5: Nachbereitung des Hausbesuchs**

- Wird ein Pflegegutachten wegen Hinweisen auf eine Reha-Indikation zur abschließenden Beurteilung an einen Arzt weitergeleitet, so ist es von Seiten des Gutachters abgeschlossen. Weitere Arbeiten oder Freigaben des Gutachters sind nicht erforderlich.
- In jedem Fall – auch bei negativer Einschätzung – wird diese Beurteilung im Gutachten nachvollziehbar begründet.

#### **Abschnitt 6: Ärztliche Entscheidung**

- Basis einer sachgerechten Entscheidung über die Reha-Indikation ist das Pflegegutachten. Dieses muss dem Arzt bei Entscheidung vollständig vorliegen.
- Sind zu einer sachgerechten Entscheidung ergänzende Informationen oder Unterlagen notwendig, werden diese durch den Arzt eingeholt. Diese Aufgabe kann auch an eigene Funktionsstellen delegiert werden.
- Sollte eine ärztliche Entscheidung nicht sofort möglich sein, kontaktiert der Arzt den Gutachter innerhalb eines Tages nach Eingang des Gutachtens (persönlich, Telefon, E-Mail) und entscheidet auf Basis dieser Beratung abschließend.
- Der Gutachter wird in jedem Fall persönlich, telefonisch oder per E-Mail über das abschließende Prüfungsergebnis und seine Begründung sowie die im Entwurf des Pflegegutachtens ggf. vorgenommenen Änderungen informiert.
- Die letztendliche Freigabe des Gutachtens erfolgt durch den Arzt.

#### **Abschnitt 7: Datenübermittlung**

- Nach Abschluss des Gutachtens werden die Daten der Rehabilitationsprüfung an die Auftraggebende Pflegekasse übermittelt.
- Übermittelt wird das gesamte Pflegegutachten.

## 6 Evaluation des GPS-optimierten zweistufigen Verfahrens (3. Projektschritt)

Der am 17.7.2013 vom Steuerungskreis verabschiedete Gute-Praxis-Standard stellt das wesentliche Ergebnis der ersten beiden Projektschritte dar. Um die Qualität der festgelegten Regelungen zu beurteilen wurde im dritten Projektschritt eine dreiarmlige Studie durchgeführt, in der parallel die Validität, die Reliabilität und die Praktikabilität der Durchführung einer Prüfung nach dem Gute-Praxis-Standard untersucht werden konnten.

### 6.1 Zielsetzung

Die Evaluation des GPS-optimierten zweistufigen Verfahrens hatte zum Ziel, Aussagen über die Qualität der Erkennung rehabilitativer Bedarfe im Rahmen der Pflegeeinstufung unter Einsatz des GPS zu generieren. Zentral standen hierbei die Fragen, ob das Verfahren a) eine valide Identifikation von Rehabilitations-Indikationen gewährleistet (Validität), b) von den beteiligten pflegefachlichen und ärztlichen Gutachtern zuverlässig angewendet werden kann (Reliabilität) und c) in Bezug auf qualifikatorische und arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen in den Arbeitsalltag der Gutachter eingebunden werden kann (Praktikabilität). Dabei ging es nicht darum, das Verfahren nach Implementation des GPS gegen den Status quo ante zu testen, sondern das GPS-optimierte zweistufige Verfahren mit einem „optimalen“ Referenzverfahren zu vergleichen.

Es war jedoch im Rahmen dieser ersten Praxiserfahrungen nicht beabsichtigt, zu den genannten Fragen abschließende Aussagen zu produzieren. Vielmehr war es erklärtes Ziel, erste Abschätzungen zu ermöglichen, aus denen wiederum die Generierung weiterer Hypothesen zur Entwicklung des Verfahrens möglich war. Grundlage für diese entdeckende Perspektive war, dass bisher kaum wissenschaftliche Evidenz zur Güte analoger Entscheidungsalgorithmen und Vergleichsstandards besteht, auf die das Projekt Reha XI hätte aufbauen können (vgl. u.a. Raspe 2005).

### 6.2 Vorgehen

Die – zumindest explorative – Beantwortung der genannten drei Fragestellungen legte es nahe, die Evaluation durch drei unabhängige und parallele Studienarme zu realisieren.

Um trotz der vorstehenden Einschränkungen überhaupt Aussagen über die Qualität des GPS-optimierten Verfahrens treffen zu können, war es erforderlich ein **Referenzverfahren** zu bestimmen, das als Vergleichsmaßstab eingesetzt werden konnte. Mangels eines wissenschaftlich fundierten Standards wurde in der Projektplanung beschlossen, als beste Referenz ein Verfahren zu wählen, in dem die bestqualifizierte Personengruppe auf Basis der größtmöglichen Informationsmenge ihre Entscheidung trifft. Hierzu wurde der Hausbesuch eines reha-erfahrenen Arztes ausgewählt. Aussagen zur **Validität** des Verfahrens entstanden dementsprechend dadurch, dass die Prüfungsergebnisse des zweistufigen Verfahrens nach GPS mit den Ergebnissen des vorgestellten einstufigen Referenzverfahrens verglichen wurden. Hierzu war es methodisch erforderlich, die Ergebnisse des Referenzverfahrens grundsätzlich als richtig anzunehmen, um statistische Beurteilungen überhaupt vornehmen zu können. Hierbei handelt es sich jedoch um eine Brückenannahme, die kritisch betrachtet

werden muss. Eine absolute Beurteilung wäre erst möglich, wenn valide Aussagen auch über die Güte des Referenzverfahrens vorlägen.

In der praktischen Durchführung wurden insgesamt 221 Antragsteller, bei denen im zweistufigen Verfahren nach GPS keine Rehabilitations-Indikation festgestellt wurde, und 43 Antragsteller, bei denen im zweistufigen Verfahren nach GPS eine Rehabilitations-Indikation festgestellt wurde, durch einen reha-erfahrenen Arzt in einem zweiten Hausbesuch erneut begutachtet. Durch den Vergleich der Ergebnisse wurden als Kenngrößen der Testqualität der Positive und der Negative Prädiktive Wert, sowie Sensitivität und Spezifität errechnet. Zusätzlich konnten über das rein dichotome Testergebnis hinaus auch tiefere Analysen angestellt werden, die sich auf Entscheidungs-Begründungen oder Allokationsempfehlungen bezogen, sofern diese Daten in der dreiseitigen Rehabilitations-Empfehlung enthalten waren.

Die Beurteilung der Personenunabhängigkeit der Instrumentanwendung wurde als Kenngröße für die **Reliabilität** des Verfahrens eingesetzt. Dazu wurden wiederum Doppelbegutachtungen vorgenommen und die Testergebnisse auf Übereinstimmungen oder Unterscheide verglichen. Hier erfolgte jedoch keine Differenzierung in Profession oder Qualifikation, sondern es wurde die Ergebnisse zweier voneinander unabhängiger pflegfachlicher Gutachter verglichen. Dabei wurden 83 Antragsteller einbezogen, bei denen im ersten Hausbesuch nach GPS keine Rehabilitations-Indikation vermutet wurde, und 9 Antragsteller bei denen im ersten Hausbesuch nach GPS eine Rehabilitations-Indikation vermutet wurde.

Zur Einschätzung der **Praktikabilität** wurde eine weitere Online-Befragung mit allen beteiligten Gutachtern durchgeführt. Von diesen beteiligten sich mit 73 pflegfachlichen Gutachtern und 28 Ärzten jeweils 85 Prozent der Studienteilnehmer. Ihnen wurden insgesamt 11 Fragen gestellt, zu denen Beurteilungen abgegeben werden konnten oder freitextliche Erfahrungen und Verbesserungen mitgeteilt werden konnten.

### 6.3 Einschränkungen

Obwohl die Studiumsetzung von allen Beteiligten sehr engagiert unterstützt wurde und insoweit sehr positiv zu bewerten ist, sind eine Reihe von Problemen im Ablauf eingetreten, die einerseits einen Einfluss auf die direkte Umsetzung hatten und denen andererseits im Nachhinein ein relevanter Bezug zu den Ergebnissen zugeschrieben werden muss. Die wesentlichen dadurch bedingten Einschränkungen werden folgend kurz erläutert und die Konsequenzen für die Studie im Ganzen gegebenenfalls benannt.

Bei der Konstruktion des **Online-Instrumentes**, mit dem die Informationen aller Begutachtungen erfasst wurden, war davon ausgegangen worden, dass eine einfache Reproduktion der dreiseitigen Rehabilitations-Empfehlung aufgrund ihrer Einfachheit konsistente, personenunabhängige Ergebnisse garantieren würde. Dies konnte nicht durchgehend bestätigt werden, da deutliche Hinweise auf personenspezifische und MDK-spezifische Ausfüllunterschiede erkennbar waren. Weiterhin erwies es sich als ungünstig, keine zusätzliche Frage nach der endgültigen Entscheidung in Bezug auf die Rehabilitations-Indikation ergänzt zu haben. So musste diese entscheidende Information jeweils aus den vorliegenden Informationen rekonstruiert werden.

Wie bereits dargestellt, war es erforderlich, für die Validitätsprüfung ein **Referenzverfahren** festzulegen. Dies ist in jedem Fall einer solchen Qualitätsprüfung erforderlich, birgt im vorliegenden Fall aber zwei einander bedingende Probleme. Da es sich bei der Stellung der Rehabilitations-Indikation um ein Verfahren mit einem gewissen Ermessensspielraum handelt, kann nicht von einer absoluten und korrekten, personenunabhängigen Zuordnung ausgegangen werden. Dies hat zur Folge, dass der Validierung des Referenzverfahrens eine gesteigerte Bedeutung zukommt, da nur durch sie auch eine Einordnung der jeweiligen Vergleichsergebnisse möglich ist. Eine solche Validierung liegt für das hier gewählte Referenzverfahren nicht vor.

Alle Antragsteller, die im Zuge der Studie doppelt begutachtet wurden, hatten hierzu ihr freiwilliges Einverständnis erklärt. Hierdurch ist die grundsätzliche Möglichkeit einer Verzerrung durch **Selbstselektion** der Untersuchungsgruppe gegeben. Ob und inwiefern dies im Falle von Reha XI einen relevanten Einfluss hatte, kann ex post nicht geklärt werden. Allerdings liegt eine solche Verzerrung nicht schon dann vor, wenn sich etwa die einbezogenen und nicht einbezogenen Antragsteller in Bezug auf ihre körperlichen und psychischen Einschränkungen unterscheiden, sondern nur dann, wenn diese Unterscheidung auch für die Validität des Begutachtungsinstruments relevant ist, sich die Ergebnisse des zweistufigen Verfahrens also beispielsweise bei somatisch eingeschränkten Antragstellern in anderer Weise von dem Referenzverfahren unterscheiden als bei psychisch eingeschränkten. Hierfür gibt es aber keine Hinweise.

Unklar ist, inwieweit **Antragsteller, die eine Rehabilitation ausschließen**, von allen Gutachtern auf die gleiche Art behandelt wurden. So führt – beim grundsätzlichen Vorliegen der Möglichkeit einer Rehabilitations-Indikation – der Ausschluss einer Rehabilitation entweder zu einer negativen Empfehlung, wenn diese Ablehnung definitiv erscheint, oder zu einer positiven Empfehlung, wenn die Ablehnung nicht als definitiv eingeschätzt wird. Für die Auswertung der Validitäts- und Reliabilitätsstudie besteht jedoch das Problem, wie die entsprechenden Empfehlungen zu bewerten sind. Beim paarweisen Vergleich der Doppelbegutachtungen desselben Falles kann eine zwischen den beiden Gutachtern differierende Umgangsweise letztlich nur als Abweichung gewertet werden, da die verschiedenen Aussagen nur formal, nicht aber in ihren Intentionen überprüft werden konnten. Es ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen möglich, dass eigentlich übereinstimmende Wahrnehmungen in der Prüfungssituation als abweichend klassifiziert werden mussten.

Grundlage der Studiendurchführung war die **Umsetzung der Regelungen des GPS in den beteiligten MDK** vor Studienbeginn, so dass die Studienfälle anhand dieses einheitlichen Vorgehens vergleichbar produziert werden konnten. Im Konkreten konnten aber je nach MDK einzelne Regelungen des GPS nicht oder nur teilweise umgesetzt werden. Auswirkungen ergeben sich hieraus vor allem auf die Kohärenz der Datenbasis und die Möglichkeit zu eindeutigen Rückschlüssen auf den GPS selber. Auch wenn aus einer subjektiven Einschätzung heraus die resultierenden Effekte eher als gering angenommen werden, muss aus streng methodischer Sicht betont werden, dass die vorliegende Studie nicht buchstabengetreu auf den GPS bezogen ist, sondern auf die verschiedenen Interpretationen des GPS in den teilnehmenden MDK.

Im Konzept der Studie war vorgesehen, dass die **Dateneingabe** zu den Studienfällen zeitnah und durch die jeweiligen Gutachter persönlich erfolgen sollte. Dies ist allerdings nicht durchgängig so umgesetzt worden, da die Gutachten teilweise von Dritten, teilweise auch gesammelt zum Ende der Studie eingepflegt wurden. Dies führte einerseits zu Verzerrungsrisiken, da ein persönlicher Bezug

zum Fall eventuell nicht vorhanden war, andererseits zu einem größeren Bedarf an Datenkorrekturen, deren Erfolg nicht immer mit Sicherheit zu belegen war.

## 6.4 Ergebnisse

Für die Umsetzungsstudie und Evaluation des GPS wurden in den sieben beteiligten MDK 87 pflegfachliche und 49 ärztliche Gutachter auf den GPS geschult und insgesamt 3.247 Antragsteller nach diesem Standard begutachtet. Aus diesen Antragstellern wurden über dezidierte Verteilungsschlüssel 356 Personen ausgewählt, die in einem zweiten Hausbesuch erneut begutachtet wurden und somit in die Studienteile zu Validität und Reliabilität einbezogen wurden. 10,3 Prozent der nach GPS durch die pflegfachlichen Gutachter erstellten Gutachten wurden dabei zur weiteren Beurteilung der Rehabilitations-Indikation an ärztliche Gutachter weitergeleitet. Im Ergebnis wurde für 6,3 Prozent aller Fälle eine positive Rehabilitations-Indikation gestellt. Dieser Wert schwankt je nach MDK zwischen 3,9 und 9,9 Prozent. In 60,8 Prozent der Fälle, die die Pflegekräfte zur Entscheidung an die Ärzte weitergeleitet haben, haben diese dann eine positive Rehabilitations-Indikation gestellt. Dies ist für ein Verfahren mit einer Vorfilter-Funktion ein hoher Wert.

### 6.4.1 Ergebnisse der Validitätsprüfung

Zur Überprüfung der Validität der Ergebnisse der dreiseitigen Rehabilitations-Empfehlung wurden 264 der Antragsteller durch einen ärztlichen Gutachter im Referenzverfahren ein zweites Mal begutachtet. Als zentrale Maßzahlen für die Validität des zweistufigen Verfahrens nach GPS wurden die Positiven und Negativen Prädiktiven Werte sowie die Sensitivität und die Spezifität des für die Studie mit einem diagnostischen Test gleichgesetzten Verfahrens ermittelt.

Als Bezugspunkt dieser Maßzahlen und somit als Referenzverfahren diene der Hausbesuch eines in der Rehabilitationsbegutachtung erfahrenen ärztlichen Gutachters. Als methodisches Problem besteht jedoch die Einschränkung, dass dieses Referenzverfahren selbst nicht validiert ist, seine Güte kann daher nicht abschließend bewertet werden. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse haben jedoch nur unter der Maßgabe Gültigkeit, dass das Referenzverfahren richtig diagnostiziert.

**Tabelle 1: Ergebnisse der Reha-Beurteilung der Validitätsfälle nach zweistufigem Verfahren und Referenzverfahren (absolut/ in Prozent)**

		Referenzverfahren					
		absolut			in Prozent		
		Reha nein	Reha ja	Gesamt	Reha nein	Reha ja	Gesamt
Zweistufiges Verfahren (GPS)	Reha nein	188	33	221	71,2 %	12,5 %	83,7 %
	Reha ja	14	29	43	5,3 %	11,0 %	16,3 %
	Gesamt	202	62	264	76,5 %	23,5 %	100,0 %

Unter dieser Annahme ergibt sich für die 264 Fälle, die in die Studie eingeflossen sind, ein Anteil positiv gestellter Rehabilitations-Indikationen von 16,3 Prozent im zweistufigen Verfahren nach GPS und

von 23,5 Prozent im Referenzverfahren. in 82,2 Prozent der Fälle stimmen die Ergebnisse beider Verfahren überein, in 17,8 Prozent der Fälle weichen sie ab.

Der **Negative Prädiktive Wert** dieser Verteilung liegt bei 0,85 bei einem 95 %-Konfidenzintervall von [0,80; 0,89]. Mit einer Sicherheit von 95 Prozent kann deshalb davon ausgegangen werden, dass durch das zweistufige Verfahren zwischen 80 Prozent und 89 Prozent der Fälle, in denen keine Rehabilitations-Indikation ausgesprochen wird, korrekt sind. Umgekehrt werden mit gleicher Sicherheit 11 bis 20 Prozent derjenigen, bei denen keine Rehabilitations-Indikation ausgesprochen wird, falsch klassiert.

Der entsprechende **Positive Prädiktive Wert** beträgt 0,67 bei einem 95 %-Konfidenzintervall von [0,53; 0,80]. Mit einer Sicherheit von 95 Prozent kann deshalb davon ausgegangen werden, dass durch das zweistufige Verfahren zwischen 53 Prozent und 80 Prozent der Fälle, in denen eine Rehabilitations-Indikation ausgesprochen wird, diese Entscheidung richtig ist.

Die vorstehenden Werte ergeben sich aus den konkreten 264 Fällen, die in die Validitätsstudie einbezogen waren. Bei diesen Fällen handelte es sich jedoch nicht um zufällig ausgewählte Fälle, sondern um eine quotierte Stichprobe, in der Fälle mit vorliegender Rehabilitations-Indikation im zweistufigen Verfahren nach GPS gezielt überrepräsentiert waren. Transformiert auf eine zufällig gezogene Stichprobe ergeben sich die in der nachfolgenden Tabelle enthaltenen Werte. Nach diesen gilt für das Referenzverfahren ein Anteil positiver Rehabilitations-Indikationen von 18,2 Prozent, für das zweistufige Verfahren nach GPS von 6,3 Prozent. In 83,9 Prozent der Fälle sind übereinstimmende Ergebnisse beider Verfahren zu erwarten, in 16,1 Prozent der Fälle abweichende.

**Tabelle 2: Ergebnisse der Reha-Beurteilung der Validitätsfälle nach zweistufigem Verfahren und Referenzverfahren (absolut/ in Prozent) (Hochrechnung auf unquotierte Stichprobe)**

		Referenzverfahren					
		absolut			in Prozent		
		Reha nein	Reha ja	Gesamt	Reha nein	Reha ja	Gesamt
Zweistufiges Verfahren (GPS)	Reha nein	210,5	37,0	247,5	79,7 %	14,0 %	93,7 %
	Reha ja	5,4	11,1	16,5	2,0 %	4,2 %	6,3 %
	Gesamt	215,9	48,1	264,0	81,8 %	18,2 %	100,0 %

Der **Sensitivitätswert** im Rahmen des Validitätstests liegt bei 0,2308 bei einem 95 %- Konfidenzintervall von [0,134; 0,367]. Das heißt mit einer Sicherheit von 95 Prozent kann davon ausgegangen werden, dass durch das zweistufige Verfahren zwischen 13,4 und 36,7 Prozent der Antragsteller, die die Voraussetzungen einer Rehabilitations-Indikation erfüllen, erkannt werden. Umgekehrt heißt das, dass mit einer Sicherheit von 95 Prozent bei 63,3 – 86,6 Prozent der Antragsteller, bei denen die Voraussetzungen einer Rehabilitations-Indikation vorliegen, keine entsprechende Empfehlung ausgesprochen wird.

Der **Spezifitätswert** im Rahmen des Validitätstest liegt bei 0,975, bei einem 95 %-Konfidenzintervall von [0,944; 0,989]. Das heißt, mit einer Sicherheit von 95 Prozent kann davon ausgegangen werden,

dass zwischen 94,4 und 98,9 Prozent der Antragsteller, die tatsächlich keine Rehabilitations-Indikation haben, auch vom optimierten Verfahren keine erhalten.

Aus diesen Werten ergibt sich zusammenfassend, dass gemessen an den Ergebnissen des Referenzverfahrens 84 Prozent der Einschätzungen des zweistufigen Verfahrens richtig und 16 Prozent falsch sind. Die Abweichungen werden zu 12,7 Prozentpunkten durch ein falsch negatives Ergebnis im ersten Verfahrensschritt, zu 1,3 Prozentpunkten durch ein falsch negatives Ergebnis im zweiten Verfahrensschritt und zu 2,0 Prozentpunkten durch falsch positive Ergebnisse in beiden Verfahrensschritten verursacht. Von den eigentlich Anspruchsberechtigten erhält nur etwa jeder Vierte (23,1 %) eine entsprechende Empfehlung.

Ergänzende Hinweise auf die Validität in der Anwendung des GPS ergeben sich aus der Betrachtung von Übereinstimmungen und Abweichungen auf Fragenebene der dreiseitigen Rehabilitations-Empfehlung. Hier zeigt sich, dass eine vollständige Übereinstimmung der dreiseitigen Rehabilitations-Empfehlungen in weniger als 10 Prozent der Fälle vorliegt. Dabei können Abweichungen im Abschnitt „Empfehlungen“, d. h. bei den Begründungen, warum keine Rehabilitations-Empfehlung ausgesprochen wird, zu einem nicht unerheblichen Teil auch durch eine unterschiedliche Ausfüllpraxis der Gutachter bedingt sein, insbesondere in Bezug auf Grenzfälle, die sich im Formular nicht immer eindeutig abbilden lassen. Es zeigt sich jedoch auch, dass insbesondere in dem Abschnitt des Formulars, in dem Einzelmaßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung auf Grundlage der Heilmittel-Richtlinie empfohlen werden, häufig Abweichungen auftreten.

#### 6.4.2 Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung

Zur Überprüfung der Reliabilität der Ergebnisse der dreiseitigen Rehabilitations-Empfehlungen wurden 92 der Antragsteller durch einen zweiten pflegefachlichen Gutachter im Hausbesuch erneut begutachtet. Als zentrale Maßzahlen für die Reliabilität des zweistufigen Verfahrens nach GPS wurden die Übereinstimmungsquoten zwischen den beiden Pflegegutachtern ermittelt.

**Tabelle 3: Ergebnisse der Reha-Beurteilung der Reliabilitätsfälle nach zweistufigem Verfahren und nach Hausbesuch durch die zweite Pflegefachkraft (absolut/ in Prozent)**

				PFK 2 (Hausbesuch)		
				Reha nein	Reha ja	Gesamt
<b>PFK 1 (Hausbesuch)</b>	Reha nein			76 82,6 %	7 7,6 %	<b>83 90,2 %</b>
	Reha ja	GPS-Arzt	nein	1 1,1 %	0 0,0 %	<b>1 1,1 %</b>
			Ja	0 0,0 %	8 8,7 %	<b>8 8,7 %</b>
	Gesamt			<b>77 83,7 %</b>	<b>15 16,3 %</b>	<b>92 100,0 %</b>

In 91,3 Prozent der Fälle kamen dabei beide Pflegefachkräfte zu einem übereinstimmenden, in 8,7 Prozent der Fälle zu einem abweichenden Urteil. Eine Auflösung nach MDK zeigt hier, dass bis auf einen Einzelfall alle Abweichungen an einem Standort produziert wurden und somit für die anderen MDK eine fast 100-prozentige Übereinstimmung bestand. Damit ist einerseits eine weitgehend sehr

hohe Übereinstimmung zwischen den beiden pflegefachlichen Gutachtern festzustellen, andererseits ein deutlicher Hinweis darauf gegeben, dass in einem beteiligten MDK die Standards der Beurteilung starken interindividuellen Schwankungen unterliegen könnten.

In der weitergehenden Betrachtung der Einzelfragen ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei der Validitätsstudie. Auch hier zeigen sich in der Mehrzahl der Fälle Detailabweichungen, die etwa Inkonsistenzen bei der Empfehlung von Einzelmaßnahmen beinhalten.

### **6.4.3 Ergebnisse der Praktikabilitätsprüfung**

Der GPS hat in der Praktikabilitätsprüfung eine hohe Zustimmung durch die an der Studie beteiligten pflegefachlichen und ärztlichen Gutachter erfahren. Über 80 Prozent der Ärzte und über 70 Prozent der pflegefachlichen Gutachter geben an, mit dem GPS sehr gut oder gut zurechtgekommen zu sein. Als Stärken genannt wurden vor allem die vereinheitlichte Begutachtung, die strukturierte Zusammenarbeit der beiden Gutachtergruppen und die Unterstützung durch die zusätzlichen Handreichungen, die im Abschnitt 2 des GPS benannt sind. Dies zeigt sich auch in einer deutlich erhöhten Handlungssicherheit der pflegefachlichen Gutachter, von denen fast 60 Prozent angeben, dass sich die Beurteilungssicherheit durch den GPS sehr verbessert oder verbessert habe.

Besonders positiv hervorgehoben wurden weiterhin die erfolgte gemeinsame Schulung der pflegefachlichen Gutachter und Ärzte sowie die Intensivierung der Kommunikation zwischen beiden Professionsgruppen, unter anderem auch durch das geregelte Feedback an die pflegefachlichen Gutachter. Die geäußerte Kritik am GPS betrifft eher allgemeine Schwächen des zweistufigen Verfahrens, die noch nicht befriedigend gelöst werden konnten. Hier sind insbesondere die nach wie vor zum Teil als nicht ausreichend beurteilte Qualifikation der pflegefachlichen Gutachter, fehlende medizinische Unterlagen und der erhöhte Zeitaufwand zu nennen. Generell sind die vorgeschlagenen Verfahrensregelungen demzufolge praktikabel, sie weisen in die richtige Richtung im Sinne eines einheitlichen und fachlich fundierten Verfahrens, es wird jedoch auch noch weiteres Optimierungspotenzial gesehen.

## **7 Befragung der Pflegekassen (4. Projektschritt)**

Im Abschnitt 7 des GPS ist als letzter Schritt des Prozesses die Datenübermittlung an die Pflegekassen geregelt worden. Diese soll dabei so ausfallen, dass die Pflegekassen als Auftraggeber in die Lage versetzt werden, mindestens ihren gesetzlichen Verpflichtungen entsprechen zu können. Inwieweit dies durch den GPS gelungen ist, wurde im letzten Projektschritt untersucht.

### **7.1 Zielsetzung**

Seit Inkrafttreten des PNG haben die Pflegekassen den expliziten gesetzlichen Auftrag, die Versicherten und ihre Angehörigen in für sie verständlicher Form über Leistungen der Pflegekassen und über Hilfen anderer Träger zu unterrichten und zu beraten. Als besondere Pflicht ergibt sich daraus auch, den Antragsteller über die Ergebnisse von Pflegebegutachtungen zu informieren. Dies erstreckt sich explizit auch auf den Teil der Rehabilitations-Indikation bzw. einer daraus folgenden Empfehlung und Antragstellung.

Notwendig ist es aus diesem Grund, dass den Pflegekassen mit der Übermittlung der Gutachtenunterlagen auch hinreichende Informationen über den Themenbereich Rehabilitation zur Verfügung gestellt werden. Unter anderem sollen die Regelungen des durch den GPS optimierten Verfahrens auch diese Informationsbereitstellung gewährleisten.

Ziel dieses Projektteils war es demnach, auf Seiten der Pflegekassen zu überprüfen, inwieweit die notwendigen Informationen im optimierten zweistufigen Verfahren übermittelt werden. Es ist jedoch festzuhalten, dass in Bezug auf die Datenübermittlung von den MDK an die Pflegekassen durch den GPS keine Änderungen vorgenommen wurden. Vertreter der Pflegekassen hatten sich bei der Diskussion des GPS im Konsensusworkshop explizit gegen eine Erweiterung der übermittelten Inhalte ausgesprochen. Die Datenübermittlung erfolgt je nach Pflegekasse uneinheitlich zum Teil in elektronischer zum Teil in postalischer Form. Ermittelt werden kann demnach nur, inwieweit die Qualität der übermittelten Daten durch den GPS aus Sicht der Pflegekassen ausreichend ist.

### **7.2 Vorgehen**

Die Befragung der Pflegekassen wurde als Online-Erhebung umgesetzt. In ihr wurden lediglich sieben dichotom skalierte und einige zusätzliche offene Fragen an den jeweiligen Sachbearbeiter gerichtet, der diese auf den konkreten vorliegenden Fall bezogen beantworten sollte. Die Fragen bezogen sich ausschließlich auf die Nachvollziehbarkeit der übermittelten Daten, deren Konsistenz und Qualität und ihrer Aussagekraft in Bezug auf die vorgestellten gesetzlichen Anforderungen. In die Studie eingegangen sind 149 Fälle, die von 26 verschiedenen Pflegekassen bearbeitet wurden.

### **7.3 Ergebnisse**

Das Ergebnis der Studie ist ein hoher Anteil positiver Rückmeldungen zu den entsprechenden Gutachten durch die Pflegekassen-Mitarbeiter. Als problematisch in Bezug auf die Bewertung, ob die

Verpflichtungen gemäß § 18a SGB XI durch die Pflegekasse erfüllt werden können, erweist sich eine Datenlücke bei der Beantwortung der entsprechenden Frage – insbesondere für Gutachten ohne Rehabilitations-Empfehlung. Die in den Gutachten in Bezug auf die dreiseitige Rehabilitations-Empfehlung dokumentierten Entscheidungen und Informationen werden jedoch zu über 80 Prozent als nachvollziehbar bewertet. Die explizit geäußerte Kritik bezieht sich in der Regel nicht auf den Informationsgehalt des Gutachtens an sich, sondern auf inkonsistent oder unvollständig ausgefüllte Gutachten. Nur in zwei Einzelfällen werden ausführlichere Informationen zur Begründung der jeweiligen Entscheidung gefordert. Optimierungsbedarf wird daher in erster Linie in Richtung einer höheren Konsistenz der ausgefüllten Gutachten und einer übersichtlicheren Übermittlungsform gesehen. Die Benennung eines direkten Ansprechpartners beim MDK wird bei 20 Prozent der bewerteten Gutachten gewünscht und könnte damit eine bedenkenswerte Maßnahme sein, um Informationslücken auf schnellem und direktem Wege schließen zu können.

## 8 Diskussion der Ergebnisse und Empfehlungen

Aufgaben und Ziele des Projektes waren es, in der ersten Projektphase zunächst Informationen über die Vorgehensweise der MDK bei der Erfassung rehabilitativer Bedarfsaspekte im Rahmen der Pflegebegutachtung im Sinne einer Prozessanalyse zu gewinnen. Davon ausgehend sollte in der zweiten Projektphase unter Einbeziehung von Expertenfeedback aus den beteiligten MDK und in Zusammenarbeit mit der projektbegleitenden Expertengruppe ein Gute-Praxis-Standard (GPS) entwickelt werden. Dieser Gute-Praxis-Standard wurde im Steuerungskreis am 17.07.2013 als empirisch gestützter Expertenkonsenses verabschiedet.

In der dritten Projektphase war dieser GPS in seiner Anwendung zu evaluieren. Diese erfolgte in drei Bewertungsdimensionen, der Validität, der Reliabilität und der Praktikabilität des Verfahrens aus Sicht der MDK. In der vierten und letzten Projektphase sollte zusätzlich überprüft werden, ob die nach der Anwendung dieses Verfahrens an die Pflegekassen übermittelten Ergebnisse geeignet sind, die Vorgaben des PNG zu erfüllen.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der vier Projektschritte zunächst diskutiert werden bevor abschließende Empfehlungen ausgesprochen werden.

### 8.1 Diskussion der Ergebnisse

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung von Rehabilitation und anhaltender Kritik an Pflegekassen und MDK erfolgte mit dem Projekt Reha XI erstmals eine umfassende Analyse und prospektive Evaluation dieses Begutachtungsgegenstandes. In der Literatur sind bisher nur vereinzelt retrospektive Auswertungen (Küpper-Nybelen et al. 2006) oder narrative Veröffentlichungen (Lürken 2001) zu dieser Thematik bekannt. Insofern handelt es sich um ein innovatives Projekt. Bisher sind keine empirischen Untersuchungen, auch nicht aus anderen Begutachtungsfeldern, mit einer vergleichbar umfassenden Datenbasis bekannt.

#### Projektschritt 1: Ist-Analyse

Vor dem Hintergrund, dass bisher keine vergleichbaren empirischen Untersuchungen vorlagen, wurden insbesondere die zentralen Ziele der ersten Projektphase erreicht:

- das Erreichen von mehr Transparenz bei der Erkennung von Rehabilitationsbedarf in der Sozialen Pflegeversicherung,
- die Identifizierung von Schwachstellen und damit
- das Schaffen einer Grundlage für Qualitätsverbesserungen.

Die Einbeziehung aller beteiligten Akteure ist durch die Kombination qualitativer und quantitativer Befragungen gut gelungen. Die große Anzahl auch kritischer Rückmeldungen spricht dafür, dass ungeschönte und ehrliche Ergebnisse dokumentiert wurden. Insofern konnten im Rahmen dieser Analyse sowohl Transparenz hergestellt als auch Schwachstellen des Verfahrens identifiziert werden. Da-

bei besteht das Neue und Innovative am Projekt Reha XI vor allem darin, dass erstmals eine empirische Bestandsaufnahme unter breiter Beteiligung der vor Ort tätigen pflegfachlichen und ärztlichen Gutachter erfolgte. Bisher wurde der Prozess immer nur auf der Ebene von Expertengruppen und Entscheidungsträgern bewertet. Somit konnte hier zum ersten Mal eine umfassende Datenbasis und ein umfassendes Feedback zu den Prozessabläufen geschaffen werden.

Das identifizierte Verbesserungspotenzial hat im Sinne einer Bottom-up-Strategie in einer Vielzahl von Aspekten empirisch begründet Eingang in den entwickelten Gute-Praxis-Standard gefunden. Die Ergebnisse zum Bereich Kommunikation bestätigen schon die bei der Planung des Projektes vermutete große Bedeutung dieses Faktors. Der von nahezu allen Befragten geäußerte Wunsch nach mehr Schulung zeigt zum großen Teil tatsächlich vorhandene Defizite bei der Frequenz und Einheitlichkeit der angebotenen Schulungen auf. Vor dem Hintergrund der in der Validitätsstudie deutlich gewordenen konzeptionell-theoretischen und empirischen Schwächen der Rehabilitations-Begutachtung muss allerdings davon ausgegangen werden, dass hier zusätzlich der Wunsch nach Reduktion von Handlungsunsicherheit abgebildet wird. Sofern diese Unsicherheiten allerdings auf der Ebene ungeklärter Prozessregelungen begründet liegen, können diese durch inhaltliche Schulungen allein nicht abgebaut werden. Deutlich zeigt sich dies beispielsweise in Bezug auf die verwendete dreiseitige Rehabilitations-Empfehlung. Die überraschend hohe Anzahl inkonsistent ausgefüllter dreiseitiger Rehabilitations-Empfehlungen – auch nach Schulung – spricht dafür, dass bei künftigen Qualitätsentwicklungen neben der möglichst partizipativen Überarbeitung des Formulars selber, verbindliche Ausfüllanleitungen, konkrete Formularschulungen und auch entsprechende Pre-Tests erforderlich sein werden.

## **Projektschritt 2: Entwicklung des GPS:**

Die Entwicklung des GPS wurde systematisch hergeleitet und in transparenter Weise durchgeführt. In Kenntnis der Ergebnisse der Validitätsstudie muss jedoch kritisch hinterfragt werden, ob die Entwicklung des GPS zu sehr auf strukturell-organisatorische und zu wenig auf fachlich-inhaltliche Vorgaben abgestellt war. So könnte eine Erklärung für die später beobachteten inkonsistenten Begutachtungsergebnisse die nicht erfolgte professionsübergreifende Operationalisierung des Rehabilitations-Bedarfs im Rahmen des GPS sein.

Als Ergebnis ist der GPS ein Expertenkonsens auf empirisch gestützter Grundlage. Der GPS greift dabei viele Abläufe auf, die bereits Bestandteil der bisherigen Begutachtungspraxis sind. Seine Bedeutung ist daher vor allem darin zu sehen dass er

- die Anforderungen an den Gesamtprozess erstmals umfassend beschreibt,
- durch seine empirisch gestützte Herleitung und den transparenten Entwicklungsprozess eine stärkere Fundierung beanspruchen kann, als bisherige, rein theoriegeleitete Organisationsanweisungen,
- bisher nicht explizit adressierte Anforderungen an den Prozess beschreibt, wie z. B. ein regelhaftes Feedback an die pflegfachlichen Gutachter über die Begutachtungsergebnisse der ärztlichen MDK-Gutachter,

- eine gemeinsame Schulung von pflegefachlichen und ärztlichen Gutachtern vorsieht, bei der die Rolle der pflegefachlichen Gutachter klar als Vorfilter-Funktion und nicht als die eines möglichst fehlerfreien Entscheiders geschult wird,
- die Information und Beratung des Versicherten ausdrücklich vorsieht.

Vor diesem Hintergrund stellt der GPS durchaus ein im Vergleich zur bisherigen Begutachtungspraxis stark modifiziertes Verfahren dar. Das nach GPS optimierte zweistufige Verfahren stellt somit gegenüber der derzeitigen Praxis eine Verbesserung dar, die in den Routinebetrieb überführt werden sollte. Unstrittig ist jedoch – besonders unter Würdigung der Ergebnisse der dritten Projektphase – dass weitere Qualitätsentwicklungen durch die Weiterentwicklung des GPS notwendig sind. Dass das zweistufige Verfahren grundsätzlich sachgerecht ist, um den gesetzlichen Auftrag der MDK zur Feststellung des Rehabilitations-Bedarfs im Rahmen der Pflegebegutachtung umzusetzen, konnte im Rahmen des Projektes nicht abschließend bestätigt werden.

### **Projektschritt 3: Evaluation der GPS**

Die Ergebnisse der GPS-Umsetzungsstudie zeigen, dass bei Anwendung des GPS eine deutliche Zunahme von Indikationsstellungen zur medizinischen Rehabilitation festzustellen ist. Während der Anteil der festgestellten Rehabilitations-Indikationen bisher eher bei weniger als einem Prozent lag (vgl. Kapitel 2), wurde im Rahmen der Umsetzungsstudie ein Anteil von 6,3 Prozent ermittelt. Für 4,2 Prozent der Antragsteller wurde diese Indikation auch durch das gewählte Referenzverfahren als richtig positive Einschätzung bestätigt. Der Anteilswert von 6,3 Prozent liegt damit deutlich über den bisher in der Praxis erzielten Werten. Das kann durchaus als Hinweis dafür angesehen werden, dass in der bisherigen Begutachtungspraxis der Rehabilitationsbedarf untererfasst wurde (vgl. Kapitel 2). Der höhere Anteil erscheint rehabilitationsmedizinisch plausibel. Die in der hier präsentierten Umsetzungsstudie festgestellten Anteile weisen in eine ähnliche Richtung, wie die in der Umsetzungsstudie zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) gemessenen Ergebnisse. Dort ergab sich ein Anteil gestellter Rehabilitations-Indikationen von 4,1 Prozent. Dabei stand die Erfassung des Rehabilitations-Bedarfs allerdings nicht im Mittelpunkt (vgl. Windeler et al. 2011: 115). Auch bei dieser Studie wurde das zweistufige Verfahren eingesetzt, die Ergebnisse wurden aber nicht durch ein Referenzverfahren überprüft.

Auch wenn Studieneffekte unterstellt werden können, ist doch unübersehbar, dass die Begutachtung nach GPS deutlich höhere Indikationsraten erzeugt, als das bisherige Verfahren im Regelbetrieb. Es liegt daher nahe anzunehmen, dass dafür die Anwendung des GPS ursächlich ist. Welche Elemente des GPS dabei genau zu den höheren Indikationsraten geführt haben, lässt sich nicht mit Sicherheit ableiten. Es ist wahrscheinlich, dass die zum GPS durchgeführten Schulungen hieran einen großen Anteil haben. Insbesondere ist anzunehmen, dass der professionsübergreifenden Schulung pflegefachlicher und ärztlicher Gutachter mit der Betonung der Rolle des pflegefachlichen Gutachters als vorfilternder Instanz besondere Bedeutung zukommt.

Der Anteil von Fällen, die durch den pflegefachlichen Gutachter zur Entscheidung an einen ärztlichen Gutachter weitergeleitet wurden, betrug 10,3 Prozent. Aus dem Routinebetrieb der Medizinischen Dienste gibt es dazu mangels statistischer Erfassung keine Vergleichszahlen. In einem Pre-Test der

oben genannten Umsetzungsstudie zum NBA erhielten 13 Prozent der Versicherten eine Empfehlung zur Abklärung des Rehabilitationsbedarfs, was inhaltlich mit der Weiterleitung des Falls an einen ärztlichen Gutachter vergleichbar ist (vgl. Windeler et al. 2011:115). Dieser Wert ist also mit den jetzt ermittelten Werten durchaus vergleichbar, so dass sich auf dieser Basis für eine Plausibilität der Höhe des Wertes argumentieren ließe – unter der Einschränkung, dass auch dieses Verfahren nicht durch ein Referenzverfahren überprüft wurde.

Von den 203 Versicherten mit festgestellter Rehabilitations-Indikation nach GPS wurde für 64 Prozent eine Allokationsempfehlung zur geriatrischen und für 36 Prozent zur indikationsspezifischen Rehabilitation gestellt. Auch diese Zuordnungsergebnisse erscheinen durchweg plausibel. Da Pflegebedürftigkeit überwiegend im höheren Lebensalter auftritt, waren im Jahre 2010 von den ambulant versorgten Pflegebedürftigen rund 46 Prozent und von den stationär Versorgten rund 62 Prozent im Alter von mindestens 80 Jahren. Bei einem entsprechenden Zugangsalter von – je nach Definition – 70 oder 80 Jahren erscheinen die festgestellten Anteile vertrauenswürdig.

Wie in Kapitel 2 festgehalten, gibt es bisher keine empirisch abgesicherten Ergebnisse zur Höhe des Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Antragstellern der Pflegeversicherung. Auch die hier ermittelten Werte sind nicht als solche zu verstehen, da die Studie nicht darauf angelegt war.

Für die *Validitätsstudie* wurde daher im Rahmen dieses Projektes – nach intensiven Diskussionen im Steuerungskreis – mangels besserer Alternativen der Hausbesuch durch einen in der Rehabilitationsbegutachtung erfahrenen ärztlichen Gutachter als bestmögliches Referenzverfahren eingesetzt, obwohl dabei viele Limitationen bei der Aussagekraft der Ergebnisse in Kauf genommen werden mussten. Die Höhe der durch die Ärzte im Referenzverfahren festgestellten Rehabilitations-Indikationen liegt bei diesen mit einem Anteil von 18,3 Prozent deutlich höher als zuvor erwartet. Unterstellt man ein valides Referenzverfahren, so sind die Validitätswerte, die für den GPS erreicht wurden – insbesondere die Sensitivität von nur 23,4 Prozent – ausgesprochen unbefriedigend.

Die Überprüfung, ob und inwiefern diese unerwartet deutlichen Ergebnisse durch extreme Handlungsweisen einzelner Gutachter beeinflusst wurden, brachte kein Ergebnis. Dies begründet sich letztlich in der Beteiligung relativ vieler begutachtender Personen, wodurch auch extreme Werte einzelner Gutachter weitgehend statistisch bedeutungslos werden.

Die geringe Übereinstimmung der Ergebnisse der Begutachtung durch die pflegefachlichen und ärztlichen Gutachter besteht sowohl hinsichtlich falsch positiver, wie falsch negativer Beurteilungen und zwischen allen Begutachtungsarten. Nach diesen Ergebnissen sehen die ärztlichen Gutachter im Referenzverfahren eine Rehabilitations-Indikation also nicht nur bei mehr Versicherten, sondern offenbar auch bei anderen, als denen, die nach GPS identifiziert wurden. Überwiegend erkennen die Ärzte im Referenzverfahren bei ihrem Hausbesuch aber höhere Rehabilitationspotentiale als pflegefachliche und ärztliche Gutachter im zweistufigen Verfahren. Dies ist insofern plausibel als die Ärzte im zweistufigen Verfahren nur die durch den pflegefachlichen Gutachter gefilterten Informationen erhalten, aber sich nicht vor Ort selbst ein Bild machen können.

Das Ergebnis lässt zwei mögliche – sich logisch nicht ausschließende – Schlussfolgerungen zu:

1. Sofern davon ausgegangen wird, dass die Auswahl des Referenzverfahrens angemessen war und das Urteil der in der Rehabilitationsbegutachtung erfahrenen MDK-Ärzte im Hausbesuch als gültige Referenz anerkannt wird, muss das zweistufige Verfahren nach GPS insgesamt als weitgehend reliabel, aber nicht ausreichend valide bewertet werden.
2. Angesichts der beschriebenen Limitationen des Referenzverfahrens und der festgestellten möglichen Verzerrungseffekte ist aber die Qualität und Validität der hier ermittelten Daten zu diskutieren. Bedenkenswert sind folgende mögliche Störfaktoren:
  - a. Der Hausbesuch durch einen in der Rehabilitationsbegutachtung erfahrenen ärztlichen Gutachter wurde im Rahmen dieser Studie zum ersten Mal als Referenzverfahren zur Bewertung der Rehabilitations-Indikation von Antragstellern der Pflegeversicherung eingesetzt und wurde bisher nicht validiert. Es ist also auch möglich, dass das gewählte Referenzverfahren für die angestrebte Prüfung weniger geeignet war, als dies von den Projektbeteiligten antizipiert wurde. Klare Aussagen zur Validität des Referenzverfahrens können nur durch eine eigene Untersuchung empirisch fundiert erarbeitet werden. Käme man im Rahmen einer solchen Untersuchung zu dem Ergebnis, dass das hier gewählte Referenzverfahren als nicht valide zu beurteilen ist, müsste eine Neubewertung der Ergebnisse des hier vorgestellten Projektes Reha XI vorgenommen werden.
  - b. Ein zweiter möglicher Verzerrungseffekt liegt in der Selbstselektion der Antragsteller, die einer Doppelbegutachtung durch einen in der Rehabilitationsbegutachtung erfahrenen Arzt zustimmen mussten. Es ist durchaus möglich, dass Personen mit eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit der Doppelbegutachtung seltener zugestimmt haben. Da diese eventuell auch seltener als rehabilitationsfähig bewertet werden, könnte hier eine Ursache für eine mögliche Verzerrung im Endergebnis liegen. Allerdings würde sich diese Verzerrung zunächst nur auf den Anteil der Rehabilitations-Indikationen beziehen, nicht aber auf die Validität des zweistufigen Verfahrens. Eine Verzerrung wäre diesbezüglich nur gegeben, wenn das zweistufige Verfahren zwar bei kognitiv beeinträchtigten Personen valide wäre, bei rein somatisch beeinträchtigten aber nicht und die Validität des Verfahrens in der Studie deshalb bei einer zu geringen Anzahl von kognitiv beeinträchtigten Antragstellern in der Validitätsstudie zu gering ausgewiesen würde. Hinweise für solche selektive Validitätseinschränkungen liegen aber nicht vor. Sie würden zudem neue Fragen aufwerfen, da dann von einer nach Zielgruppen unterschiedlichen Validität des Verfahrens auszugehen wäre.
  - c. Zwischen dem ersten Hausbesuch im Rahmen des zweistufigen Verfahrens und dem zweiten Hausbesuch durch den Arzt des Referenzverfahrens lag ein Zeitversatz von einer bis zu vier Wochen. Es ist möglich, dass es in diesem Zeitraum zu einer Veränderung des gesundheitlichen Zustandes des Antragstellers gekommen ist, durch den die Gutachter zu einer unterschiedlichen Einschätzung bezüglich der Rehabilitations-

Indikation gekommen sind. Um die gefundenen Unterschiede zwischen zweistufigem und Referenzverfahren zu erklären, müsste allerdings unterstellt werden, dass sich die Rehabilitations-Potentiale in diesem Zeitraum im Durchschnitt deutlich verbessert haben. Auch das erscheint wenig plausibel.

- d. Ein stärkerer Störfaktor als eine mögliche Veränderung des Gesundheitszustandes liegt in einer weiteren Situationsveränderung, die durch den zeitlichen Abstand der Zweitbegutachtung zur Erstbegutachtung erzeugt wurde. Zum Zeitpunkt des Hausbesuches des Referenzarztes lag den Antragstellern häufig schon der Bescheid über das Ergebnis der Pflegebegutachtung vor. Die Antragsteller mussten daher die Rehabilitationsbeurteilung nicht mehr als in Konkurrenz zu ihrer Pflegeeinstufung stehend wahrnehmen. Es ist durchaus denkbar, dass die Aufhebung dieses Zielkonfliktes bei einem Teil der Antragsteller zu Verhaltensänderungen und insbesondere einer deutlich gestiegenen Motivation zur Teilnahme an rehabilitativen Leistungen geführt hat. Um entsprechende Einflussfaktoren auszuschließen, müsste das zweistufige Verfahren zur Überprüfung auch außerhalb der Pflegebegutachtung eingesetzt und dort validiert werden.

Eine alternative Schlussfolgerung wäre daher, dass die Aussagen zur Validität des GPS-optimierten zweistufigen Verfahrens aufgrund dieser Störfaktoren weniger belastbar sind.

Welche der beiden Interpretationen zutreffend ist, kann ohne weitere empirische Studien – etwa zur Validität des Referenzverfahrens – nicht abschließend beurteilt werden. Wahrscheinlich ist aber, dass beide Interpretationen zumindest zum Teil zutreffend sind und es eher darum, zu welchen Anteilen die Ergebnisse auf Schwächen des zweistufigen Verfahrens zurückzuführen sind und zu welchen Anteilen ein methodisches Artefakt sind.

Als weiteres grundsätzliches methodisches Problem ist zu diskutieren, inwieweit eine eindeutige richtig-falsch Entscheidung – die die Voraussetzung für die hier angewendeten statistischen Test auf Sensitivität und Spezifität darstellt – der Sache angemessen ist. Die dabei zugrunde gelegte klar dichotomisierte Entscheidung ist sozialrechtlich gefordert und notwendig, fachlich-inhaltlich jedoch in Frage zu stellen. Da es sich bei der Leistung einer medizinischen Rehabilitation, um die es hier geht, um eine sehr komplexe Maßnahme handelt, ist auch die Beurteilung der Rehabilitations-Indikation ein komplexer Entscheidungsprozess, bei dem eine Vielzahl unterschiedlicher Dimensionen einbezogen werden muss. Es ist daher davon auszugehen, dass es bei dieser Entscheidung immer Spielräume geben wird, die – wenn die Prüfung auf ein dichotomes Endergebnis reduziert wird – zu Unschärfen führen muss.

Auch in der Einzelbetrachtung des zweiten Teils des zweistufigen Verfahrens ergeben sich deutliche Indizien auf nicht reliable Einschätzungen, da die ärztlichen GPS-Entscheidungen in einem Drittel der Fälle durch das Referenzverfahren nicht bestätigt werden. Dies könnte sich in individuell unterschiedlichen Beurteilungskriterien oder auch in der unterschiedlichen Datenbasis der Entscheidung begründen. Im zweistufigen Verfahren entscheiden die Ärzte ausschließlich auf Basis von Fremdbefunden, insbesondere denen der pflegefachlichen Gutachter. Wiederum kann eine empirisch fundierte Beurteilung hierzu nur auf Basis einer eigenen Studie durchgeführt werden.

Ungeachtet einer nicht abschließend zu bewertenden Belast- und Übertragbarkeit der Ergebnisse müssen diese dennoch als Anlass für weitere Maßnahmen zur Verbesserung des Verfahrens interpretiert werden. Dies gilt besonders in Hinblick auf eine Qualitätssicherung der negativen Einschätzung bezüglich des Vorliegens einer Rehabilitations-Indikation, die dazu führen kann, bisher übersehene Rehabilitations-Indikationen zukünftig zu erkennen.

Für die *Reliabilitätsstudie* sind die Ergebnisse allgemein positiver zu bewerten, da eine fast durchgehende Übereinstimmung der Endergebnisse vorliegt. Die deutlichen Abweichungen in einem MDK zeigen jedoch auch, dass individuell konsistente, aber interindividuell abweichende Kriterien existieren, die einer vollständigen Zuverlässigkeit entgegenstehen. Dies gilt allerdings auch allgemein für die einzelnen Items innerhalb der Prüfung, die durchweg als nicht überindividuell konsistent einzuordnen sind.

Die durchweg positiven Einschätzungen der *Praktikabilitätsstudie* zeigen zweierlei auf: Erstens werden die durch den GPS vorgenommenen Veränderungen wahrgenommen und weitgehend im Alltag als umsetzbar eingeschätzt. Es ist also davon auszugehen, dass die Regelungen ein gewisses Maß an positiver Wirksamkeit haben, das allerdings nach der Stärke der Veränderung variiert. In MDK, für die der GPS kaum Veränderung bedeutete, sollte die Einschätzung der Praktikabilität weniger relevant sein als in anderen MDK. Zweitens werden Art und Inhalt der Veränderung weitgehend als funktional bewertet. Vor allem die qualifikatorischen Interventionen in Form der Schulungen aller Beteiligten werden sogar noch stärker gewünscht. Hier zeigt sich eine auch schon in der ersten Projektphase geäußerte Wahrnehmung eigener Handlungsunsicherheit, die durch Bildungsmaßnahmen gezielt verringert werden kann. Allgemein werden die Veränderungen durch den GPS als Prozessschritt wahrgenommen, auf den folgend jetzt weitere Evaluations- und Anpassungsschritte notwendig sind.

Während das Verfahren hinsichtlich seiner Reliabilität und Praktikabilität vor dem Hintergrund des explorativen Zugangs zufriedenstellende Ergebnisse gezeigt hat, können über die Gültigkeit des Verfahrens im Hinblick auf die Identifikation von Versicherten mit einer Rehabilitationsindikation keine abschließenden, wissenschaftlich abgesicherten Aussagen gemacht werden, da wesentliche methodische Grundlagen für derartige Aussagen eingeschränkt sind.

Es zeigen sich jedoch unübersehbare Indizien für eine nicht befriedigende Gültigkeit des zweistufigen Verfahrens. Auch wenn das Ziel nur die explorative Ermittlung von Größenordnungen war, geben die unerwartet hohen Indikationsraten im Referenzverfahren und die starken Inkonsistenzen einen klaren Hinweis, dass hier ein Problem liegt. Leider kann keine klare Aussage getroffen werden, was die genaue Ursache für die Ergebnisse ist. So konnte nicht gezeigt werden, dass das GPS-optimierte zweistufige Verfahren die Versicherten mit Rehabilitations-Indikation zutreffend identifiziert. Dieser Teil der Studie brachte somit nicht das gewünschte Ergebnis. Allerdings kann angesichts der genannten Limitationen auch nicht mit Sicherheit konstatiert werden, dass das GPS-optimierte zweistufige Verfahren nicht valide ist.

#### **Projektschritt 4: Evaluation aus Perspektive der Pflegekassen**

Die Befragung der Pflegekassen leidet für weitere Schlussfolgerungen in Bezug auf die Erfüllung der Verpflichtungen nach PNG unter einer spezifischen Datenlücke. Gerade bei der Beantwortung der Frage danach, ob die Angaben eben für die Erfüllung der Aufgaben nach § 18a SGB XI ausreichend

sind, beteiligt sich ein Drittel der Befragten nicht. Dies hat zur Folge, dass nur für 63 Prozent der Gutachten hierzu Informationen vorliegen. Von diesen Aussagen sind 58 Prozentpunkte zustimmend, 5 Prozentpunkte ablehnend. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die übermittelten Daten in den meisten Fällen aus Sicht der Pflegekassenmitarbeiter sowohl inhaltlich als auch formal zur Erfüllung der rechtlichen Verpflichtungen ausreichend sind. Weitere Verbesserungen sind am ehesten im Bereich der inhaltlichen Konsistenz der Pflegegutachten möglich. Inwiefern hier allerdings wiederum das zweistufige Verfahren ein Auslöser von Kritik ist, müsste zusätzlich geprüft werden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch die sequenzielle Beteiligung von pflegfachlichen und ärztlichen Gutachtern in Formulierungen, Diagnosen und abgeleiteten Konsequenzen spezifische Inkonsistenzen erst generiert werden.

Insgesamt ergibt sich jedoch aus Perspektive der Pflegekassen, die auf Basis der übermittelten Empfehlungsdaten ihre gesetzlichen Informations-Verpflichtungen erfüllen, – soweit erkennbar – ein zufriedenstellendes Ergebnis. Es kann hierzu also festgehalten werden, dass der im Rahmen des GPS auch festgelegte Informationsfluss der Erfüllung der vorgenannten gesetzlichen Anforderungen nicht entgegensteht.

### **Grenzen der Projektdurchführung**

Der Gesamtprozess der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung ist wegen der vielen beteiligten Akteure und Prozessschritte (Versicherte, verschiedene MDK, MDK-Pflegfachkräfte, MDK-Ärzte, Pflegekassen) sehr komplex. Eine umfassende Analyse und Evaluation erfordert deshalb die Einbeziehung aller Ebenen und Schnittstellen. Aus diesem Grund wurde das Projekt Reha XI als Verbundprojekt konzipiert. Im Ergebnis muss hierzu festgestellt werden, dass die Machbarkeit eines solchen mehrdimensionalen Projektes im Bereich der Analyse gut umgesetzt wurde, aber bei der Evaluation an Grenzen gestoßen ist: Als Beispiele hierfür seien das Problem der einheitlichen Umsetzung des GPS in den verschiedenen teilnehmenden MDK und die zum Teil schlechte Datenqualität benannt. Bei künftigen Projekten ist es gegebenenfalls erfolgversprechender, klar abgrenzbare Teilprojekte zur Erfassung einzelner Dimensionen mit weniger beteiligten Akteuren und Institutionen zum Ausgangspunkt zu nehmen.

## **8.2 Empfehlungen**

Aus den Projektergebnissen und ihrer Bewertung ergeben sich eine Reihe von möglichen Reaktionen und Umgehensweisen. Abschließend werden an dieser Stelle die aus der Sicht des ZeS wichtigsten Handlungsschritte dargestellt und empfohlen.

Diese Empfehlungen beziehen sich dabei grundsätzlich auf eine Weiterentwicklung des zweistufigen Verfahrens. Ausdrücklich betont werden soll allerdings an dieser Stelle, dass tiefgreifende Veränderungen der Begutachtung aus Sicht des ZeS zu diskutieren sind – insbesondere, wenn sich erweisen sollte, dass die Validität des zweistufigen Verfahrens tatsächlich gering ist. Sowohl die Trennung der Prüfung einer möglichen Rehabilitations-Indikation von der Pflegebegutachtung, als auch die Durchführung der Rehabilitations-Begutachtung aller Antragsteller auf Pflegeversicherungsleistungen

durch ärztliche Gutachter oder eine neu zu qualifizierende Gutachtergruppe sollten nicht aus strukturskonservativen Gründen von vorne herein ausgeschlossen werden.

## **Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren und GPS**

- 1. Weiterentwicklung des GPS:** Die Studienergebnisse zeigen, dass die Regelungen des GPS Wirkung erzielt und zu einer Qualitätsverbesserung geführt haben. Dennoch wird ohne weitere strukturelle und inhaltliche Veränderungen kein zufriedenstellendes Verfahren möglich sein. Die Projekterfahrungen zeigen hierzu, dass die prozessuale Entwicklung des Verfahrens durch die Beteiligten unterstützt wird. Es wird deshalb empfohlen, die Weiterentwicklung des GPS zu institutionalisieren und als Teil der Qualitätsentwicklung zwischen den beteiligten Institutionen zu vereinbaren.
- 2. Logik der Rehabilitations-Indikations-Stellung:** Die Rehabilitations-Indikation entsteht in einer Bewertung der Gesamtsituation des Antragstellers in Hinblick auf die Indikationskriterien zur Rehabilitation. Da letztere nur wenig operationalisiert bzw. operationalisierbar sind, kommen zwangsläufig auch subjektive Einschätzungen zum Tragen. Das Fehlen objektiver Bewertungskriterien führt zu Handlungsunsicherheit bei den pflegefachlichen Gutachtern. Auf Seiten der ärztlichen Gutachter wird eine hohe Handlungssicherheit vermutet, die jedoch auf Basis der Ergebnisse dieses Projektes in Frage gestellt werden kann. Es wird empfohlen, eine inhaltliche Analyse der im Alltagsbetrieb verwendeten Entscheidungsheuristiken zu betreiben, um auf dieser Basis eine rehabilitationswissenschaftlich fundierte, für pflegefachliche und ärztliche Gutachter gleichermaßen anwendbare, Entscheidungslogik zu erarbeiten.
- 3. Umgang mit fehlender Motivation:** Besonders der Umgang mit einer fehlenden Motivation des Antragstellers sollte abschließend geklärt werden. Eine – trotz der Klarstellungen im GPS immer noch – uneinheitliche Umgangsweise mit diesem Ausschlusskriterium führt zwangsläufig zu abweichenden und somit unvaliden und unreliablen Daten. Auch wenn es keine empirischen Hinweise darauf gibt, dass fehlende Motivation eine große Rolle spielt, sollte diese Fallgestaltung eindeutig durch die pflegefachlichen Gutachter dokumentiert werden können.
- 4. Qualifizierung:** Unabhängig von Punkt 2 sollte die bereits im GPS festgeschriebene Schulung aller beteiligten Mitarbeiter weitergeführt werden. Nach den vorstehenden Ergebnissen der Studie, besonders unter Einbezug der Zweifel an der Validität der ärztlichen Entscheidungen, ist eine ausschließliche Konzentration auf die pflegefachlichen Gutachter *nicht* zu empfehlen. Vielmehr wird empfohlen, die pflegefachlichen Gutachter und die an dem Verfahren beteiligten Ärzte grundsätzlich gemeinsam zu schulen. Auf Basis der Studienergebnisse werden in Abstimmung mit dem MDS folgende zusätzlichen Inhalte empfohlen:

- Erweiterung des Schulungskonzeptes um weitere Fallbeispiele,
- Behandlung eines größeren Spektrums an Krankheitsbildern,
- Aufklärung zu unterschiedlichen Rehabilitations-Indikationen,
- deutlichere Herausarbeitung der Möglichkeiten und Grenzen einer medizinischen Rehabilitation bei demenzbedingten Fähigkeitsstörungen,
- Schulung einer einheitlichen Ausfüllpraxis der *Rehabilitations-Empfehlung* in allen MDK.

**5. Qualitätssicherung im zweistufigen Verfahren:** Bisher entscheidet der pflegfachliche Gutachter im Sinne einer Vorfilterung selbständig über die Weiterleitung des Falles an einen ärztlichen Gutachter. Sofern dies nicht in Frage gestellt wird, sollte dieser Prozessschritt in ein umfassendes Qualitätssicherungskonzept aufgenommen werden. Explizit wird vorgeschlagen, auch die nicht weitergeleiteten Fälle in eine Plausibilitätsprüfung einzubeziehen. Diese sollte insbesondere auch die nun verpflichtende Begründung für den Fall, dass keine Rehabilitations-Indikation gestellt wird, in Bezug zu den sonstigen Angaben in der gesonderten Rehabilitations-Empfehlung prüfen. Analog dazu sollte auch eine Qualitätssicherung der zweiten Stufe insofern intensiviert werden, als dass die ärztlichen Entscheidungen ebenfalls geprüft werden.

**6. Formulargutachten:** Die Unübersichtlichkeit und reine Strukturgebundenheit des Formulars birgt in sich ein Fehlerpotenzial, aus dem heraus es zu inkonsistenten und je nach Gutachter unterschiedlichen Ausfüllpraxen kommt. Es wird empfohlen, das Formular unter Beteiligung der Anwender so zu überarbeiten, dass eine stärkere inhaltliche Abbildung der rehabilitationsrelevanten Kriterien des Falles möglich ist.

**7. Angebotsabhängige Empfehlungen:** Es sollte geklärt werden, inwiefern rehabilitationsmedizinisch begründete Indikationsstellungen und Zuweisungsempfehlungen unabhängig von ihrer Umsetzbarkeit gestellt werden können. Bei einer Entscheidung für eine völlig angebotsunabhängige Empfehlung erscheint eine Klarstellung, dass die Zuweisungsempfehlung gänzlich unabhängig von den vor Ort vorhandenen Strukturen vorzunehmen ist, notwendig. Bei einer Entscheidung für einen pragmatischen Umgang und somit für angebotsabhängige Empfehlungen in notwendigen Fällen müsste Bedarf, der nicht durch das Angebot gedeckt wird, dokumentiert werden.

## Empfehlungen zur weiteren wissenschaftlichen Betrachtung

- 1. Prüfung der Validität und Reliabilität des Referenzverfahrens:** Innerhalb des vorliegenden Studienberichts wird an mehreren Stellen auf das wesentliche Problem in der endgültigen Bewertung der erhobenen Studiendaten hingewiesen: Das Referenzverfahren ist bisher nicht auf Validität und Reliabilität geprüft und somit nicht gegen Zweifel an seiner Angemessenheit gesichert. Zur genauen Einordnung der Ergebnisse von Reha XI und darüber hinaus zur ersten Produktion von evidenten Aussagen über die wirklichen Anteile rehabilitationsbedürftiger Antragsteller auf Leistungen nach SGB XI müsste eine eigene Validierungsstudie durchgeführt werden. Wie diese Studie gestaltet sein könnte und vor allem welche Verfahren wie einbezogen werden könnten, ist bisher noch unklar. Vorstellbar wäre etwa eine Kreuzvalidierung mehrerer ärztlicher Hausbesuchsentscheidungen mit ärztlichen Entscheidungen, die auf Pflegegutachten basieren, eventuell auch konstruierter Musterfälle. Wie hierzu die objektive Referenz festzulegen ist, müsste unter Einbezug rehabilitationsmedizinischer Expertise diskutiert werden. Zur Prüfung der Reliabilität ist denkbar, Antragsteller durch zwei in der Rehabilitationsbegutachtung erfahrene Ärzte doppelt begutachten zu lassen. Insgesamt zeigen die Erfahrungen mit dem jetzigen Projekt jedoch, dass einer objektiven und validen „Messung“ des Rehabilitationsbedarfs wegen der Komplexität des Prüfungsgegenstandes vermutlich immer enge Grenzen gesetzt sein werden.
- 2. Studie zum inhaltlichen Vorgehen der Gutachter:** Die Studienschritte des Projektes Reha XI, die sich direkt mit den Ergebnissen von Rehabilitations-Indikations-Feststellungen beschäftigen, arbeiten alle mit den stark strukturbezogenen Daten des dreiseitigen Empfehlungsbogens. Die hieraus abzuleitenden Ergebnisse sind mit dem Abschluss von Reha XI weitgehend erschöpft. Für ein nächstes Studiendesign wird empfohlen, stärker die Inhalte der Pflegegutachten und der dreiseitigen Rehabilitations-Empfehlungen in den Mittelpunkt zu stellen. Nur auf diese Weise könnten Aussagen über die begründeten Einschätzungen der Gutachter empirisch erzeugt werden. Dies bedingt allerdings eine noch umfassendere Datenlage zur Einzelfallprüfung.

## 9 Fazit

Insgesamt kann für das Projekt Reha XI ein positives Fazit gezogen werden. Wie beabsichtigt konnte durch die Prozessanalyse der ersten Projektphase eine deutliche Erhöhung der Prozesstransparenz erreicht werden. Die hierdurch mögliche Identifikation von Stärken und Schwächen des tagtäglich verwendeten Verfahrens konnte erfolgreich als Basis einer gerichteten Prozessveränderung genutzt werden. Diese erfolgte durch den – unter Einbezug aller Beteiligten – partizipativ erarbeiteten Gute-Praxis-Standard, der erstmals ein MDK-übergreifend einheitliches Verfahren für die Beurteilung rehabilitativer Bedarfe im Rahmen der Pflegebegutachtung nach SGB XI implementierte. Gerade die Bottom-up-Strategie hat sich hierbei als für die Akzeptanz der Veränderungen äußerst gewinnbringend erwiesen.

Auf inhaltlicher Ebene wurden die Implementation der übergreifenden Regelungen und die entsprechende einheitliche Umsetzung in Begutachtungssituationen durch die Erarbeitung und den flächendeckenden Einsatz eines einheitlichen Schulungskonzeptes ermöglicht. Relevant waren hierbei vor allem der professionsübergreifende Ansatz und die konsequente Fokussierung auf das zweistufige Verfahren als Sequenz von Screening und Entscheidungsteil. Der in diesem Zusammenhang entstandene Anteil von 6,3 Prozent festgestellter Rehabilitations-Indikationen an allen Fällen der Gesamterhebung ist dabei plausibel und zeigt die gleiche Tendenz zu höheren Anteilen, wie sich dies bereits in anderen Studien gezeigt hat. Darüber hinaus ergaben sich in allen Projektphasen zusätzliche Ansätze für eine Qualitätsverbesserung, die zur Weiterentwicklung des Gute-Praxis-Standards verwendet werden können. Explizit zu nennen sind die strukturelle und inhaltliche Weiterentwicklung der zentralen Schulung, die weitere Förderung der Kommunikation zwischen den beteiligten Personen im zweistufigen Verfahren, die notwendige Optimierung der dreiseitigen Rehabilitations-Empfehlung und der spezielle Einbezug von Fällen, in denen ein pflegefachlicher Gutachter keine Anzeichen einer Rehabilitations-Indikation sieht, in die geregelte Qualitätssicherung.

Die wissenschaftliche Überprüfung der Qualität des GPS-optimierten zweistufigen Verfahrens zeigt ein uneinheitliches Bild. Das Verfahren weist sowohl in Bezug auf erste Ergebnisse zur Reliabilität, als auch in der Praktikabilität eine gute Qualität auf, die sowohl quantitativ, als auch qualitativ aus Sicht der Beteiligten belegbar ist. Positiv zu betonen ist auch die teilweise erhöhte subjektive Handlungssicherheit der beteiligten Gutachter. Schwachpunkt bleibt die Validität der Prozessergebnisse, die im Rahmen von Reha XI – wie ausführlich beschrieben – nur eingeschränkt beurteilt werden konnte. Auch aus Perspektive der Pflegekassen, die auf Basis der übermittelten Empfehlungsdaten ihre gesetzlichen Informations-Verpflichtungen erfüllen, ist ein zufriedenstellendes Ergebnis festgestellt worden.

Unzweifelhaft ergeben sich aus den explorativen Ergebnissen jedoch viele Ansatzpunkte für eine weitere Prozessverbesserung. Das Projekt hat somit Ansatzpunkte für eine Optimierung der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung sichtbar gemacht, die in einem kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozess in der MDK-Gemeinschaft weiterentwickelt werden sollten.

## Literaturverzeichnis

- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/Neuer-Pflegebeduertigkeitsbegr.pdf> [06.03.2014].
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2011): Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland;  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht\\_der\\_Bundesregierung\\_ueber\\_die\\_Entwicklung\\_der\\_Pflegeversicherung\\_und\\_den\\_Stand\\_der\\_pflegerischen\\_Versorgung\\_in\\_der\\_Bundesrepublik\\_Deutschland.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_der_Bundesregierung_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_und_den_Stand_der_pflegerischen_Versorgung_in_der_Bundesrepublik_Deutschland.pdf) [25.02.2014].
- DIMDI [=Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. World Health Organization, Genf.
- Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.(2002): Rehabilitation vor Pflege. Lösungshilfen für ein Strukturproblem in Deutschland. Projektbericht.  
[http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Publikationen\\_Schriftenreihe/weitere\\_Publicationen/Reha\\_vor\\_Pflege\\_Projektbericht\\_2002.pdf](http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Publikationen_Schriftenreihe/weitere_Publicationen/Reha_vor_Pflege_Projektbericht_2002.pdf) [13.02.2014].
- Deck, R.; Träder, J.M.; Raspe, H. (2009): Identifikation von potentiellm Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. Rehabilitation, 48: 73 – 83.
- Deutscher Bundestag (2007): Drucksache 16/7439 vom 07.12.2007.
- Garms-Homolova, V.; Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Forschungsbericht im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ des Landtags Nordrhein-Westfalen.  
[http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB\\_I/I.1/EK/EKALT/13\\_EK3/Gutachten/Pflegemaengel\\_NRW.pdf](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Pflegemaengel_NRW.pdf) [22.08.2013]
- Küpper-Nybelen, J.; Ihle, P.; Deetjen, W.; Schubert, I. (2006): Empfehlung rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der Pflegebegutachtung und Umsetzung in der ambulanten Versorgung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39:100-108.
- Lübcke, N. (2014): Ergebnisse aus dem G3-Gutachten: Systematische Bewertung der Wirksamkeit und des Nutzens von Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung für eine Zielgruppe, die in wesentlichen Merkmalen mit der Gruppe der Antragsteller der Pflegeversicherung übereinstimmt (Fokus: geriatrische Patienten), Präsentation gehalten am 17.02.2014 (unveröffentlichtes Dokument).
- Lürken, L. (2001): Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Weichenstellung für Interventionsprogramme der geriatrischen Rehabilitation. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34: Suppl 1, I/49-I/56.
- Martin, S.; Zimprich, D.; Oster, P.; Wahl, H.-W.; Minnemann, E.; Baethe, M.; Grün, U; Martin, P. (2000): Erfolg und Erfolgsvariabilität stationärer Rehabilitation alter Menschen: Eine empirische Studie auf der Basis medizinischgeriatrischer und psychosozialer Indikatoren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 33; 24-35.

- MDS [=Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes]; GKV-SV [=GKV-Spitzenverband] (2013): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches.  
[http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/Richtlinien\\_zur\\_pflegerberatung\\_und\\_pflegebeduerftigkeit/Pflege\\_Begutachtungsrichtlinien\\_2013-08-07.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/Richtlinien_zur_pflegerberatung_und_pflegebeduerftigkeit/Pflege_Begutachtungsrichtlinien_2013-08-07.pdf) [07.11.2013].
- Meng, K., Holderied, A., Vogel, H. (2007): Rehabilitationsbedarf in der sozialmedizinischen Begutachtung - Entwicklung und Evaluation eines Entscheidungsalgorithmus. *Rehabilitation* (Stuttg), 46 ,1: 41-49.
- Oswald, W. D.; Ackermann, A.; Gunzelmann, T.; Fricke, C.; Rupprecht, R. (2005): Rehabilitation im Altenpflegeheim. Projektabschlussbericht. Erlangen: Institut für Psychogerontologie, Forschungsbericht im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, Förderkennziffer: BMGS 524-58640, Abschlußbericht, Institut für Psychogerontologie der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen.
- Pick, P. (2008): Geriatrische Rehabilitation. Perspektiven aus Sicht des MDK, in: Füsgen, I. Geriatrische Rehabilitation. Vom Ermessen zur Pflicht – auch für den dementen Patienten, 26. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“ 9. Juli 2007 in Erlangen, Dokumentationsreihe Band 22, Frankfurt/Main.
- Raspe, H.; Ekkernkamp, M.; Matthis, C.; Raspe, A.; Mittag, O. (2005): Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Theorie und Empirie. *Rehabilitation* 44: 325-334.
- Rothgang, H.; Preuss, M. (2009): Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform 2008 aus sozialpolitischer Sicht, in: Bieback, K.-J. (Hrsg.). Die Reform der Pflegeversicherung 2008, 7-39, Lit-Verlag: Münster.
- Windeler, J.; Görres, S.; Thomas, S.; Kimmel, A.; Langner, I.; Reif, K.; Wagner, A. (2011): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 3, herausgegeben vom GKV-Spitzenverband, Berlin.
- Wingefeld, K.; Büscher, A.; Gansweid, B. (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedarf, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 2, herausgegeben vom GKV-Spitzenverband, Berlin.
- Zimmermann, M. (2007): Die Rehabilitation Pflegebedürftiger im Heim: Chancen und Grenzen aus Sicht der Pflegewissenschaften. Vortrag auf dem Workshop der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR).