

# Pflege-Report 2017

## „Die Versorgung der Pflegebedürftigen“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /  
Stefan Greß / Jürgen Klauber /  
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 229-239



<b>19</b>	<b>Rehabilitationspotenziale zur Vermeidung, Verzögerung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit im Alter – Wie weit hilft die Evidenz? .....</b>	<b>229</b>
	<i>Norbert Lübke</i>	
19.1	Einleitung.....	230
19.2	Übersichtsgutachten des Kompetenz-Centrums Geriatrie.....	230
19.2.1	Hintergrund .....	230
19.2.2	Methodische Herausforderungen.....	231
19.2.3	Methodisches Vorgehen.....	233
19.2.4	Kernergebnisse der systematischen Recherchen.....	233
19.2.5	Kernergebnisse der explorativen Recherchen .....	235
19.2.6	Umsetzung externer in interne Evidenz .....	236
19.3	Schlussfolgerungen und Ausblick .....	237
19.3.1	Grenzen externer Evidenz.....	237
19.3.2	Herausforderungen an die Forschung und Politik .....	237
19.3.3	Versorgungspraktische Konsequenzen .....	238

# 19 **Rehabilitationspotenziale zur Vermeidung, Verzögerung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit im Alter – Wie weit hilft die Evidenz?**

Norbert Lübke

## Abstract

Ein Übersichtsgutachten des Kompetenz-Centrums Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bestätigt anhand systematischer Literaturrecherchen von 34 systematischen Reviews die generelle Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen bezogen auf Mortalität, Heimaufnahmerate, Pflegeabhängigkeit und funktionales Outcome/Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Dies stützt die Notwendigkeit der strukturellen Vorhaltung entsprechender Leistungsangebote und die sozialmedizinische Verantwortung, nach entsprechenden Potenzialen dieser Zielgruppe systematisch zu suchen. Die Komplexität rehabilitativer Interventionen selbst wie ihres jeweiligen Erbringungskontextes grenzt den Umsetzungsnutzen dieser externen Evidenz für individualisierte Rehabilitationsempfehlungen im Sinne interner Evidenz allerdings erheblich ein. Die vorliegende externe Evidenz kann daher im Rahmen der individuellen Rehabedarfsfeststellung zusätzliche normative Leitplanken, Schulungen, Supervision und Praxiserfahrung nicht ersetzen.

A summary report of the Kompetenz-Centrum Geriatrie (Competence Center Geriatrics) of the National Association of SHI Funds and the community of their Medical Review Boards confirms by means of systematic literature research of 34 systematic reviews the overall effectiveness of rehabilitation measures even in very old people and people in need of care with respect to mortality, admission rate to nursing homes, care dependency and functional outcomes/activities of daily life. These findings corroborate the need for a structural provision of an appropriate supply and the sociomedical responsibility to systematically search for rehabilitation potentials of this target group. The complexity of rehabilitative interventions as well as their respective provision context, however, considerably limit the benefits of this external evidence for individualised rehabilitation recommendations in terms of internal evidence. Therefore, the external evidence within the context of individual rehabilitation needs assessments cannot replace additional normative guidelines, training, supervision and practical experience.

## 19.1 Einleitung

Demografische Fakten stellen Entscheidungsverantwortliche auf allen Ebenen von der Politik bis zu den Einzelakteuren im Gesundheitssystem in die Verantwortung, Beiträge zur Vermeidung, Verzögerung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit zu leisten. Neben Fortschritten der Medizin kommt hierbei Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation entscheidende Bedeutung zu. Die Eingrenzung von Pflegebedürftigkeit im Alter ist neben dem traditionellen Erhalt von Erwerbsfähigkeit zu einer zweiten essentiellen Zielgröße medizinischer Rehabilitation geworden (Seger et al. 2008). Zugleich ist damit die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) neben der Rentenversicherung zu einem Hauptträger rehabilitativer Maßnahmen geworden.

Wie in anderen Bereichen der Medizin stellt sich aber auch für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation die Frage ihrer Evidenzbasierung. Wenngleich sich die Rehabilitationswissenschaften seit Mitte der 1990er-Jahre auch in Deutschland hiermit intensiv befassen (Haaf 2005; Mittag 2011), sind diesbezüglich immer noch deutliche Defizite zu beklagen (Raspe 2009; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014). Charakteristisch für die Rehafor-schung ist hierbei, dass sich nach aktuellem Verständnis aus methodischer und inhaltlicher Sicht die meisten ihrer Themen der Versorgungsforschung zuordnen lassen. Im Unterschied zur klinischen Forschung untersucht diese die Gesundheitsversorgung „unter Alltagsbedingungen“, also Inputs, Prozesse und Ergebnisse der Versorgung einschließlich der auf sie einwirkenden Rahmenbedingungen (Spyra und Müller-Fahnöw 2006). Dies stellt vor dem Hintergrund von Rehabilitation als einer komplexen Intervention einerseits mit zusätzlich komplexen Kontextfaktoren andererseits eine besondere Herausforderung an die Evidenzbasierung dar. Pfaff et al. (2017) sprechen hier im Rahmen des Throughput-Modells der Versorgungsforschung von „doppelter Komplexität“.

## 19.2 Übersichtsgutachten des Kompetenz-Centrums Geriatrie

### 19.2.1 Hintergrund

Ein Player in der Identifizierung von Rehabilitationsbedarf – wenngleich er in der Regel erst weit am Ende der Versorgungskette zum Einsatz kommt – ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Prinzipiell schon immer, seit 2012 aber in Form einer obligaten separaten Stellungnahme zum Rehabilitationsbedarf, hat der Gesetzgeber die Gutachter des MDK im Rahmen jeder Pflegebegutachtung in § 18 Abs. 6 SGB XI verpflichtet zu prüfen, ob vorrangig oder parallel zur Pflegeeinstufung eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V indiziert ist. Vorbehaltlich der Zustimmung der Versicherten löst eine positive Rehabilitationsempfehlung ein Antragsverfahren auf eine medizinische Rehabilitation aus. Wenngleich dem MDK an dieser Stelle lediglich die Funktion zugeschrieben wird, etwaige Versäumnisse von vorrangig in der Erkennung von Rehabedarf in der Pflicht

stehenden Akteuren (insbesondere Krankenhaus- und Vertragsärzten) auszugleichen – mithin bei optimalem Funktionieren des Systems im Rahmen der Pflegeeinstufung gar kein unausgeschöpftes Rehapotenzial mehr bestehen dürfte –, sind die niedrigen Rehaempfehlungsquoten des MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung immer wieder Gegenstand öffentlicher Kritik (Gronemeyer 2014). Dies veranlasste den GKV-Spitzenverband und seinen Medizinischen Dienst (MDS), im Jahr 2011 im so genannten Reha-XI-Projekt die Prozesse der Erstellung dieser Rehabilitationsempfehlungen unter externer wissenschaftlicher Begleitung zu analysieren, zu standardisieren und zu optimieren. Die Ergebnisse dieses Projekts (Abschlussbericht Rothgang et al. 2014) wurden inzwischen – entsprechend der 2016 in § 18 Abs. 6, S. 3 SGB XI vom Gesetzgeber neu aufgenommenen Forderung eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens hierfür – in einen optimierten Begutachtungsstandard (OBS) überführt (Breuninger 2016). Das Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste war begleitend zum Reha-XI-Projekt mit einem Übersichtsgutachten „Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung“ beauftragt worden (Lübke 2015). Kern war somit die Frage, ob es für potenzielle Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung Evidenz für rehabilitative Maßnahmen gibt und inwieweit diese den Pflegegutachtern bei der Erstellung ihrer Rehabilitationsempfehlungen nützt. Das Gutachten steht als Download zur Verfügung<sup>1</sup>.

## 19.2.2 Methodische Herausforderungen

Zweifelsfrei ist die Fragestellung in hohem Maße „versorgungsnah“. Sie stellt sich täglich in tausenden von Pflegebegutachtungen und Entscheidungsabwägungen von Krankenhaus- oder Vertragsärzten im Vorfeld der Beantragung einer Pflegestufe. Zugleich stellt sie ein Paradebeispiel für die Herausforderungen doppelter Komplexität von Intervention und Kontext an die Evidenzbasierung entsprechender Leistungen dar.

Die Herausforderungen beginnen bereits mit dem Begriff rehabilitative Maßnahmen. Medizinische Rehabilitation im Sinne von § 40 SGB V, um die es im Zielkontext des Gutachtens weitgehend geht, stellt ein zeitlich und inhaltlich sehr viel enger definiertes leistungsrechtliches Konstrukt dar als es dem Verständnis von Rehabilitation in der internationalen wissenschaftlichen Forschung entspricht. Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Definition der Zielgruppe: potenzielle Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung. Berücksichtigt man, wann und unter welchen Umständen Einstufungen für Leistungen der Pflegeversicherung beantragt werden, umfasst diese Gruppe nahezu alle stärker beeinträchtigten Menschen unabhängig von ihrer Erkrankung zu nahezu allen Zeitpunkten ihrer Krankheitsgeschichte außerhalb der frühen Akutphase. Abgesehen von einem kleinen Anteil jüngerer Pflegebedürftiger sind sie aber auch nur bedingt mit geriatrischen Patienten

<sup>1</sup> [http://www.kcgeriatrie.de/downloads/2015-Gutachten%202659-2015-kcg-Endfassung\\_151105.pdf](http://www.kcgeriatrie.de/downloads/2015-Gutachten%202659-2015-kcg-Endfassung_151105.pdf)

Abbildung 19–1

<b>Auswahl potenzieller Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit einer Rehabilitationsmaßnahme bei alten pflegebedürftigen Menschen</b>	
<p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reha begründende Krankheit/en?</li> <li>● Krankheitsstadium?</li> <li>● Komorbiditäten?</li> <li>● Art/en und Schwere der Beeinträchtigungen?</li> <li>● Motivation?</li> <li>● Persönlichkeitsstruktur?</li> <li>● Individuelle/s Rehaziel/e?</li> </ul>	<p><b>Gesundheitsleistung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kooperation des Teams?</li> <li>● Beteiligte Professionen?</li> <li>● Inhalte?</li> <li>● Einzel- vs. Gruppentherapie?</li> <li>● Individualisierung vs. Standardisierung der Behandlung?</li> <li>● Therapieintensität?</li> <li>● Therapiedauer (einzelner Therapieeinheiten/Gesamttherapiezeit)?</li> </ul>
<p><b>Ressourcen/Dienstleister</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● räumliche, apparative und personelle Ausstattung?</li> <li>● vorgehaltene Professionen?</li> <li>● Qualifikation der Mitarbeiter?</li> <li>● Motivation der Mitarbeiter?</li> <li>● Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter?</li> <li>● Freundlichkeit der Mitarbeiter?</li> <li>● Budget/Vergütungsanreize?</li> </ul>	<p><b>Weitere Kontexte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Qualität des Zugangsverfahrens / Qualifikation der Beteiligten? (Vor-) Selektionskriterien?</li> <li>● Suffizienz kurativer Begleitbehandlung?</li> <li>● Soziale Unterstützung?</li> <li>● Erbringungssetting (stationär, ambulant, mobil)?</li> <li>● Qualität der Hotel-/Pflegeleistungen?</li> </ul>

Quelle: Lübke 2016

Pflege-Report 2017 WlDO

gleichzusetzen, da nicht alle geriatrischen Patienten bereits pflegebedürftig sind. Hinzu tritt, dass selbst die (Ersatz)Zielgruppe geriatrischer Patienten im Rahmen internationaler Studien in der Regel lediglich über das Alter identifizierbar ist.

Aber selbst bei entsprechender Eingrenzung der Recherche auf zeitlich begrenzte komplexe Rehabilitationsmaßnahmen<sup>2</sup> bei alten pflegebedürftigen Patienten bleibt das Spektrum der Intervention selbst wie ihres Einsatzkontextes komplex. Abbildung 19–1 listet ohne Anspruch auf Vollständigkeit nur einige wesentliche Aspekte auf, deren Wechselwirkungen Einfluss auf das Ergebnis der Rehabilitation nehmen können.

Entsprechend breit ist die klinische Heterogenität von Studien auf diesem Gebiet. Die evidenzbasierte Medizin hat diese Problematik unter dem konzeptionellen Rahmen der komplexen Interventionen aufgegriffen. Diese zeichnen sich durch eine Vielzahl aktiver Einzelkomponenten aus, die sich wechselseitig bedingen und unterschiedlich mit Implementierungskontexten interagieren. Der Beitrag der Ein-

<sup>2</sup> Auf die weitere systematische Recherche zu rehabilitativen Einzelmaßnahmen aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie/Schlucktherapie wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

zelkomponenten zum Gesamtergebnis und die Interaktionen mit dem Setting bleiben häufig unklar. Einerseits kann bereits eine einzelne Komponente einer solchen multimodalen Intervention zum Misserfolg eines Programms führen. Andererseits sind es typischerweise mehrere unverzichtbare Komponenten, deren Zusammenwirken für den Erfolg einer komplexen Intervention verantwortlich sind (Mühlhauser et al. 2011). Systematische Reviews (SR) nach derzeitigen methodischen Standards vermögen das Zusammenwirken solcher Einzelkomponenten in der Regel nicht abzubilden. Die Multidimensionalität komplexer Interventionen erfordert eine sehr viel umfassendere Beschreibung und Begründung zusätzlich einflussnehmender Komponenten, die oft erst explorativ zu erschließen sind. Gegenwärtig diskutierte und in Entwicklung begriffene methodische Leitfäden empfehlen hierzu die Kombination eines breiten Spektrums quantitativer und qualitativer methodischer Zugänge (ebd., Campbell 2007; Craig et al. 2008). Jüngst wurden erste methodische Standards für die Synthese von Evidenz aus derartig kombinierten Forschungszugängen vorgeschlagen (Straus et al. 2016).

### 19.2.3 Methodisches Vorgehen

In Anlehnung an die Empfehlungen von Mühlhauser et al. (2011) zur Evaluation der Evidenz komplexer Interventionen erfolgte die Recherche zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen in zwei Teilen: Zum einen in einer systematischen Recherche von SR auf Basis von RCTs, um einen Überblick über die Studiensituation zu erhalten und hierbei relevante Aspekte der Thematik zu erschließen. Zum anderen in einer explorativen Recherche im Hinblick auf Abgrenzungen und relevante Einflussfaktoren unter Nutzung auch anderer Quellen als RCTs. Abbildung 19–2 fasst die Recherchen dieser beiden Teile zusammen.

### 19.2.4 Kernergebnisse der systematischen Recherchen

Die Auswertung von 24 SR zu komplexen Rehabilitationsmaßnahmen sowie 4 RCTs zu entsprechenden Maßnahmen speziell bei Langzeitpflegepatienten ergab bei überwiegend moderater Qualität der Evidenz Belege für die *generelle* Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Dies gilt sowohl für indikationsübergreifende Rehabilitationsmaßnahmen als auch für die Rehabilitation nach den spezifisch untersuchten Indikationsbereichen Schlaganfall und hüftnahe Frakturen. Die Wirksamkeit bezieht sich auf Mortalität, Heimaufnahmerate, Pflegeabhängigkeit und funktionales Outcome/Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Für die Lebensqualität ist diese Wirksamkeit nicht hinreichend belegt, primär da dieses Outcome in entsprechenden Studien bisher kaum erfasst wurde. Es finden sich keine SR mit negativen Trends oder signifikant negativen patientenbezogenen Ergebnissen der rehabilitativen Interventionen.

Ambulante Komplexmaßnahmen sind gegenüber usual care im höheren Lebensalter weniger häufig untersucht und von etwas schwächerer Evidenz gestützt. In der Regel schwächt sich die Signifikanz der Ergebnisse mit der Dauer des Follow-up-Zeitraumes ab, ohne jedoch in der Tendenz zu verschwinden.

Viele der SR arbeiteten bereits a priori mit Differenzierungen von Zielgruppen und/oder Interventionen, um aufgrund der hohen klinischen Heterogenität der Stu-

Abbildung 19–2

<b>Übersicht der systematischen und explorativen Recherche</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Systematische Recherche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 24 Systematic Reviews (SR) (2000–2013) zu komplexen Rehabilitationsmaßnahmen im höheren Lebensalter, davon 11 indikationsübergreifend, 7 bei Stroke, 6 bei Hüftfrakturen (darunter 12 HTA/Coch. Rev.)</li> <li>● 10 SR (2004–2013) zu rehabilitativen Einzelmaßnahmen, davon 3 bei PT, 6 bei ET, 1 bei Logopädie (5 Coch. Rev.)</li> <li>● 4 Randomized Controlled Trials (RCT) (1998–2009) zu indikationsübergreifenden komplexen Rehabilitationsmaßnahmen bei Langzeitpflegepatienten</li> <li>● 2 RCT (2006–2015) zu ergotherapeutischen Einzelmaßnahmen bei Stroke bei Langzeitpflegepatienten</li> <li>● <b>Sonderrecherche:</b> Evidence based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR)-Projekt mit 1.431 RCT (Stand Sept. 2013) gegliedert in 23 Themenblöcke u. a. zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Managing the Stroke Rehabilitation Triage Process</li> <li>◆ The Efficacy of Stroke Rehabilitation</li> <li>◆ The Elements of Stroke Rehabilitation</li> <li>◆ Outpatient Stroke Rehabilitation</li> <li>◆ Rehabilitation of Severe Stroke</li> </ul> </li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Ergänzende explorative Recherche</b></p> <p><b>Reha bei Pflegebedürftigkeit im deutschen Versorgungskontext:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Registerdatenanalysen</li> <li>● Follow-Up-Studien</li> <li>● Längsschnittliche Routinedatenauswertungen</li> <li>● sonstige wissenschaftliche Studien zu Rehabilitation bei Pflegebedürftigen</li> <li>● Modellvorhaben „Reha vor Pflege“ in Westfalen-Lippe</li> </ul> <p><b>Aspekte im erweiterten Fragestellungskontext:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● aktivierende / therapeutische rehabilitative Pflege</li> <li>● Erhaltungstherapie/ Trainingsinterventionen bei Pflegebedürftigen</li> <li>● Rehabilitation bei an Demenz erkrankten Menschen</li> <li>● Qualitative Forschung i. R. rehabilitativer Interventionen</li> <li>● Settingforschung</li> <li>● transnationale Übertragungsproblematik</li> <li>● Stellenwert Prognoseprädiktoren und Assessment-gestützte Rehaempfehlungen</li> <li>● Ressourcendiskussion</li> </ul>
<p>Quelle: Lübke 2016</p> <p>Pflege-Report 2017 <span style="float: right;">WIdO</span></p>	

dien überhaupt studienübergreifende Bewertungen durchführen zu können. Entsprechend führten auch nur fünf der 24 SR Metaanalysen durch.

Bezeichnend ist, dass sich auf Basis der Studienlage kaum einer der Autoren der hochwertigeren SR in der Lage sieht, Empfehlungen zur spezifischen Ausgestaltung der Maßnahmen (relevante Professionen, Inhalte, Dauer, Intensität, Setting der Maßnahmen etc.) abzuleiten. Wenngleich in manchen Studien ein Trend zugunsten älterer, schwer betroffener Patienten nachgewiesen wird, bleibt ebenso die Frage, welche Zielgruppe alter Patienten (bis) zu welchen Zeitpunkten oder in welchen speziellen Kontexten besonders von rehabilitativen Maßnahmen profitiert, weitge-

hend unklar. So zeigen bspw. die wenigen RCTs zu rehabilitativen Maßnahmen bei Langzeitpflegebedürftigen, die wir nur für Schlaganfallpatienten fanden, zwar keine negativen, aber nicht durchweg die erwarteten positiven Effekte.

Als gravierend ist das weitgehende Fehlen methodisch hochwertiger deutscher Studienbeiträge anzusehen, das die Übertragbarkeit der international vorliegenden Evidenz zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen gegenüber einer deutschen Standardversorgung deutlich limitiert.

### 19.2.5 Kernergebnisse der explorativen Recherchen

Routine- und Registerdatenauswertungen aus der realen deutschen rehabilitativen Versorgungspraxis (incl. hierin wirksamer Vorselektionseffekte) stützen die Annahme, dass rehabilitative Maßnahmen bei Hochaltrigen und Pflegebedürftigen insgesamt positiv wirksam sind. Sie können methodisch bedingt jedoch nur (hier positive) Korrelationen aufzeigen, aber weder dem Nachweis kausaler Wirksamkeit noch der Klärung der Frage hinreichender Durchführung rehabilitativer Maßnahmen im System dienen. Spärliche weitere deutsche Untersuchungen zu Rehabilitationsmaßnahmen im Kontext von Pflegebegutachtung deuten darauf hin, dass die Wirksamkeit einer geriatrischen Rehabilitation mehr im mittelfristigen Erhalt als in der kurzfristigen Verbesserung der Pflegestufen zu liegen scheint.

Die o. g. offenen, für Rehaempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung jedoch wichtigen Fragen, bei wem, wie lange, wie intensiv und mit welchen ausreichenden oder notwendigen Mitteln rehabilitative Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen wirksam sind, sind international oft Gegenstand anderer Forschungskontexte. So zeigten die weiteren explorativen Recherchen unter anderem:

- Wesentliche Teile rehabilitativer Maßnahmen für Pflegebedürftige werden in der internationalen Forschung bspw. als niederschwellige, dafür längerdauernde Maßnahmen erprobt. Insgesamt scheint der rehabilitative Beitrag der Pflege bisher allerdings weder für die alltägliche Pflegepraxis im Sinne aktivierender Pflege noch im spezifischeren Sinne der aktivierend-therapeutischen oder rehabilitativen Pflege als Teil eines (geriatrischen) Rehabilitationsteams in den Pflegewissenschaften abschließend konzeptionalisiert.
- Qualitativen Untersuchungen, insbesondere so genannten Prozessanalysen, kommt – wenngleich kaum hochrangig publiziert/publizierbar – neben kontrollierten Studien ein wesentlicher eigenständiger wissenschaftlicher Beitrag bei der Klärung relevanter Wirkkomponenten und deren wechselseitiger Einflussnahme auf rehabilitative Interventionen zu.
- Mobile und andere ambulante Rehabilitationssettings werden in der internationalen Forschung im Gegensatz zu den vorherrschenden deutschen Versorgungskonnotationen primär unter der Prämisse einer kostengünstigeren, mindestens ebenso effektiven und mit größerer Patientenzufriedenheit verbundenen Rehabilitationsform gegenüber stationärer Rehabilitation beforscht.
- Länderspezifische Versorgungskontexte können einen so erheblichen Einfluss auf die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen ausüben, dass selbst bei hochwertigen Studien mit entsprechend starker Evidenz aus anderen Ländern die Wirksamkeit im deutschen Versorgungskontext nicht zwingend vorausgesetzt werden kann.

- Prognoseprädiktoren können zwar eine grobe Orientierung für prospektive Verläufe bieten, sind in der Regel aber nicht auf rehabilitative Interventionen und deren spezifische Ziele bezogen und daher für konkrete Rehabilitationsentscheidungen nur von begrenztem Wert. Ebenso stellen Assessmentergebnisse nur Bausteine einer Entscheidung über eine Rehabilitationsempfehlung dar, können aber nicht die hierfür erforderliche fachliche Expertise und ergänzende Informationen zum Versorgungskontext und der Krankengeschichte ersetzen.

### 19.2.6 Umsetzung externer in interne Evidenz

Trotz weiterer interessanter Einzelaspekte aus den ergänzenden Recherchen und der generellen Evidenz für die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei alten und pflegebedürftigen Menschen aus den systematischen Reviews ist es bisher aber weder international gelungen noch für den konkreten Kontext von Rehaempfehlungen im Rahmen der deutschen Pflegebegutachtung möglich, hieraus klare evidenzbasierte Handlungsalgorithmen abzuleiten, wer unter welchen Umständen von welchen rehabilitativen Maßnahmen profitiert. Die individuellen Konstellationen der Antragsteller und ihrer Vorgeschichte, der individuellen Rehabilitationsziele und die Komplexität der Maßnahme selbst inkl. ihrer kontextlichen Einbindung sind zu vielfältig, als dass realistischlicherweise erwartet werden könnte, dass auch nur die meisten der hieraus denkbaren konkreten gutachterlichen Entscheidungskonstellationen durch passgenaue hochrangige Studien evidenzbasiert abgedeckt werden könnten. Im wissenschaftstheoretischen Verständnis von evidenzbasierter Medizin spiegelt dies die Herausforderung wider, die bestverfügbare äußere, durch Erfahrungen Dritter in möglichst hochwertigen Studien gefundene Evidenz (= externe Evidenz oder Forschungsevidenz) auf den Einzelfall und seine speziellen Bedarfe (= Generierung der internen Evidenz), hier in eine individuelle Indikationsstellung, herunterzubrechen, wie dies stets erforderlich ist (Behrens 2010). Diese Übertragung externer in interne Evidenz im Einzelfall ist umso anspruchsvoller, je komplexer die Intervention und ihre Kontexte sind. In der Qualitätsbewertung von klinischen Studien wird die Übertragbarkeit von Studienergebnissen in die Praxis unter dem Begriff der externen Validität diskutiert. Kriterium hierfür ist, ob sich durch Veränderung der Anwendungssituation, die sich u. a. beispielsweise anhand des PICO-Schemas<sup>3</sup> in verschiedene Aspekte unterteilen lässt, die Effekte einer Intervention ändern. Externe Validität stellt damit nach Windeler kein Studien-, sondern ein Situationskriterium dar und lässt sich daher auch nicht durch studienbewertende Ansätze abbilden. Sie kann für die eine Anwendungssituation gegeben sein, für eine andere aber nicht. Insofern gibt es hierfür auch keine dem Qualitätsmerkmal interner Validität entsprechend ausgearbeiteten Prüfinstrumente und Checklisten. Es geht hierbei vielmehr primär um eine fachliche, situationsbezogene Bewertung (Windeler 2008). Dem schließt sich Raspe in seinem Review zum vorgestellten Gutachten an: Die skizzierte Subsumption ist eine intellektuelle Leistung, die weniger „evidenzbasierte eindeutige Entscheidungsalgorithmen“ (S. 141) erfordert als vielmehr professionelle Ur-

3 Gängiges Schema für die Festlegung von Parametern einer in einer Studie zu bearbeitenden Fragestellung: P=Patient, I= Intervention, C=Kontrollintervention (Control), O=Zielgröße (Outcome).

teilkraft. Diese ist auch im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin nicht unmodern, sondern allein problemangemessen. Sie bedarf der Ausbildung durch Schulung, Supervision und Praxiserfahrung. Eine Rehabedarfsfeststellung beinhaltet „hohe fachliche Anforderungen“ (S. 152) (Lübke 2015, S. 210).

## 19.3 Schlussfolgerungen und Ausblick

### 19.3.1 Grenzen externer Evidenz

Obwohl zur Frage der Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei Pflegebedürftigen also eine sehr hohe Zahl auch hochwertiger Studien und systematischer Reviews vorliegt, die die *generelle* Wirksamkeit derartiger Maßnahmen bestätigen, ist deren konkreter Umsetzungsnutzen für individuelle Rehabilitationsentscheidungen angesichts der Komplexität der Maßnahmen und ihrer Kontextbedingungen begrenzt. Es gibt aus Studien zwar keine Hinweise auf relevante patientenschädigende Folgen von Rehabilitation und die Effekte sind überwiegend gleichgerichtet zugunsten der Maßnahmen, es gibt aber auch Studien, die zeigen, dass nicht jede rehabilitative Intervention bei jeder dieser Zielgruppen patientenrelevante Vorteile zeigt. (Im Gutachten wurde dies z. B. an unterschiedlichen Ergebnissen von systematischen Reviews und Einzel-RCTs zu ergotherapeutischen Interventionen bei (Langzeit-)Schlaganfallpatienten dargelegt.) So paradox die Diskrepanz zwischen der großen Zahl von Studien und SR einerseits und deren begrenztem individuellem Umsetzungsnutzen andererseits erscheinen mag, zeigt sie doch nur die Grenzen – nichtsdestoweniger notwendiger – externer Evidenz bei komplexen Interventionen und Kontexten. Charakteristisch für diese Grenze ist die Vielfalt potenzieller Anwendungssituationen und – bei der vorliegenden Thematik – zudem noch der rehabilitativen Maßnahmen selbst. Das qualifizierte Herunterbrechen bestverfügbarer externer Evidenz auf den konkreten Einzelfall gehört grundsätzlich zu jeder evidenzbasierten Entscheidungsfindung. Die bestehende Lücke zwischen der dargelegten externen Evidenz für die generelle Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen und deren eingeschränkter praktischer Anwendbarkeit in der Begutachtung wirft so vor allem die Frage auf, durch welche Art weiterer Studien für diese Herausforderung überhaupt zusätzliche Unterstützung zu erwarten ist.

### 19.3.2 Herausforderungen an die Forschung und Politik

Entscheidend ist, dass künftige Studien eine bessere Bewertbarkeit der externen Validität ihrer Ergebnisse hinsichtlich bestimmter Anwendungssituationen ermöglichen. Hierzu gehören die Vermeidung versorgungsferner Studienprotokolle beispielsweise durch zu strenge Ein- und Ausschlusskriterien ebenso wie realitätsnahe Kontrollinterventionen, v. a. aber auch deren hinreichend exakte Beschreibung anhand einheitlich zu definierender methodischer Standards und die Nutzung besser vergleichbarer Outcomeparameter (Windeler 2008). Hierzu können konzeptionelle Forschungsframeworks, wie sie für die geriatrische Rehabilitation bereits 2004 von

der American Geriatric Society (AGS) und der John A. Hartford Foundation im Rahmen einer Research Agenda for Geriatric Rehabilitation diskutiert wurden (Hoenig und Siebens 2004) oder von Voigt-Radloff et al. (2013) mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit für die Forschung zu komplexen Interventionen in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie einschließlich rehabilitativer Maßnahmen im deutschen Gesundheitssystem vorgelegt wurden, wichtige Beiträge leisten. In diesen Frameworks steuern auch qualitative Studien und Prozessanalysen wertvolle Beiträge zur Identifikation relevanter Effektmodifikatoren bei.

Die Verantwortungsträger für die Ausgestaltung der weiteren rehabilitativen Versorgung in Deutschland werden angesichts der erheblichen Kosten und des zeitlichen Umsetzungsbedarfs von Versorgungsforschung klären müssen, was ihnen angesichts der dargestellten Übersicht zur Evidenzlage als prinzipiell wirksam hinreichend belegt erscheint und wo sie für weitere Versorgungsentscheidungen prioritär zusätzliche Evidenz benötigen. Wo solche zur Voraussetzung für die Weiterentwicklung rehabilitativer Versorgungsangebote für alte und pflegebedürftige Menschen gemacht werden soll, muss diese durch entsprechende Studien in Deutschland geschaffen werden. Da hier auf Rehabilitation bei entsprechender Indikation ein sozialleistungsrechtlicher Anspruch besteht, sind die methodischen Möglichkeiten eines Wirksamkeitsnachweises über RCTs begrenzt und werden sich auf die Implementierung neuer oder alternativer Versorgungsmodule beschränken müssen. Inhaltlich könnten entsprechende deutsche Forschungsschwerpunkte bspw. in der Settingforschung (stationär vs. ambulant vs. mobil, was für wen?), Fragen der rehabilitativen und kontextlichen Leistungskoordination für alte und pflegebedürftige Menschen sowie Verbesserungen des rehabilitativen Zugangs v. a. aus der ambulanten Versorgung heraus liegen.

### 19.3.3 Versorgungspraktische Konsequenzen

Die im Gutachten dargelegte generelle Evidenz für die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen begründet die politische und sozialmedizinische Verantwortung, nach Potenzialen dieser Zielgruppe systematisch zu suchen und entsprechende rehabilitative Angebote strukturell vorzuhalten.

Sie reicht allein aber nicht für die praktische Entscheidungsfindung im Einzelfall aus, beispielsweise um eine individuelle Rehabilitationsempfehlung im Rahmen einer Pflegebegutachtung zu treffen. Hierfür sind weitergehende Informationen hinsichtlich Art, Ursache, Umfang und Dauer bestehender Beeinträchtigungen und zum bisherigen Verlauf, unter Berücksichtigung erzielter Ergebnisse bereits erfolgter Maßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung notwendig. Ferner sind Kenntnisse für das Rehabilitationsziel relevanter individueller Kontextfaktoren und nicht zuletzt fachliche Erfahrung in der Bewertung all dieser Faktoren erforderlich. Insofern wird es für die Gutachter neben ihrem eigenen „Pflegeassessment“ auch weiterhin normativer Leitplanken wie etwa den Begutachtungs-Richtlinien, dem oben genannten optimierten Begutachtungsstandard (OBS) und zusätzlicher Entscheidungshilfen (wie Checklisten zu entscheidungsrelevanten weiteren Informationen) bedürfen, um eine fundierte Empfehlung abgeben zu können.

## Literatur

- Behrens J. EbM ist die aktuelle Selbstreflexion der individualisierten Medizin als Handlungswissenschaft (Zum wissenschaftstheoretischen Verständnis von EbM). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2010; 104 (8–9): 617–24.
- Breuninger K. Reha-Bedarfsfeststellung der MDK: Mit GPS zum Ziel. *f&w* 2016;1: 93–5.
- Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ* 2007; 334 (7591): 455–9.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337: a1655.
- Haaf HG. Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2005; 44 (5): 259–76.
- Hoenig H, Siebens H. Research agenda for geriatric rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 2004; 83: 858–66.
- Lübke N. Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. Grundsatzgutachten Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) Nr. 2659-2015 im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). 05.11.2015.
- Lübke N. Profitieren Pflegebedürftige von Rehabilitation? 25. Rehawissenschaftliches Kolloquium 2016. DRV-Schriftenband 109; 484.
- Mittag O. Evidenzbasierung der medizinischen Rehabilitation (in Deutschland). *Public Health Forum* 2011; 19 (73): 4–6.
- Mühlhauser I, Lenz M, Meyer G. Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen – eine methodische Herausforderung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2011; 105 (10): 751–61.
- Pfaff HH, Neugebauer EAH, Glaeske GH, Schrappe MH (Hrsg) Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik – Methodik – Anwendung. Stuttgart: Schattauer; 2. Aufl. 2017 (in Vorbereitung).
- Raspe H. Medizinische Rehabilitation: „Change we need“. *Rehabilitation (Stuttg)* 2009; 48 (1): 47–50.
- Rothgang H, Huter K, Kalwitzki T, Mundhenk R. Reha XI: Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung. Abschlussbericht. 08.08.2014.
- Gronemeyer S. Bedeutung der Rehabilitation zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H, Schwegler F, Heine U (Hrsg). *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. 3. Aufl. Berlin, Boston: De Gruyter 2014; 211–21.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. 2014: 1–629.
- Seger W, Petri B, Müller-Fahrnow W, Lay W, Grotkamp S, Huller E et al. Perspektiven der Rehabilitation. Ein Positionspapier des Ärztlichen Sachverständigenrates der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Weiterentwicklung der Rehabilitation. *Gesundheitswesen*. 2008; 70 (5): 267–80.
- Spyra K, Müller-Fahrnow W. Rehabilitation als Gegenstand der Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2006; 49 (2): 188–97.
- Straus SE, Kastner M, Soobiah C, Antony J, Tricco AC. Introduction: Engaging researchers on developing, using, and improving knowledge synthesis methods: a series of articles describing the results of a scoping review on emerging knowledge synthesis methods. *J Clin Epidemiol* 2016; 73: 15–8.
- Voigt-Radloff S, Stemmer R, Behrens J, Horbach A, Ayerle GM, Schäfers R, et al. Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. 2013 5/2013. Report No.: 1. Aufl.
- Windeler J. Externe Validität. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2008;102(4):253-9.