

Beschluss des Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege

Prävention und Rehabilitation stärken – Pflegebedürftigkeit verhindern

Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ebenso wie der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“ in § 5 der Sozialen Pflegeversicherung verankert. Bislang werden beide Grundsätze in der (Pflege-)Praxis kaum realisiert. Ein Blick auf die demografische Entwicklung verstärkt die Handlungsnotwendigkeit: Die Lebenserwartung steigt erfreulicherweise bei einer gleichzeitig anhaltend niedrigen Geburtenrate. Damit einher geht ein stetig wachsender Anteil der älteren Menschen an unserer Gesamtbevölkerung. Der Anteil der Pflegebedürftigen und chronisch Kranken steigt ebenfalls. Krankheitsbilder wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diabetes mellitus und psychische Erkrankungen sind immer mehr verbreitet. Es ist daher dringend erforderlich, dass auch für bisher nicht pflegebedürftige Hochbetagte, für Pflegebedürftige und deren Angehörige Prävention und Rehabilitation im Leistungsgeschehen unseres Gesundheitssystems kontinuierlich umgesetzt werden.

Pflegebedürftigkeit langfristig verhindern

Durch wirksame Prävention in den Lebenswelten müssen die Verhältnisse, in denen wir leben und arbeiten, über die gesamte Lebensspanne hinweg möglichst gesunderhaltend und gesundheitsfördernd gestaltet werden. Das gilt auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit, um Krankheit und Pflegebedürftigkeit von vornherein möglichst langfristig zu verhindern.

Lebenswelten stärken

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Zwar ist der einzelne Bürger zunächst für sich und sein Handeln selbst verantwortlich, es bedarf aber einer Unterstützung durch gezielte strukturelle Maßnahmen aller, die in den Lebenswelten (z. B. Betrieb, Schule, Kita, Pflegeheim) Verantwortung tragen. Insbesondere Bund,

Länder, Kommunen, die Träger der Sozialversicherung und die Betriebe müssen abgestimmt und zielgerichtet miteinander kooperieren, um die Menschen – insbesondere vulnerable Gruppen, dazu gehören auch chronisch Kranke und pflegebedürftige Menschen, – zu erreichen.

Der Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege begrüßt das beschlossene Präventionsgesetz. Gleichzeitig wollen wir weitergehende Maßnahmen, insbesondere im Bereich Rehabilitation, ergreifen.

Prävention in der Häuslichkeit

Der weit überwiegende Teil der älteren Menschen und knapp drei Viertel der Pflegebedürftigen leben in der eigenen Häuslichkeit. Deswegen muss Prävention auch dort wirksam werden. Um den besonderen Belangen von ambulant versorgten Pflegebedürftigen bei der Prävention Rechnung zu tragen, bedarf es daher flankierender Maßnahmen. Eine Möglichkeit sehen wir z. B. in den sogenannten präventiven Hausbesuchen, die beispielsweise durch Beratungsdienste der kommunalen Altenhilfe erbracht werden können.

Potenziale von Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit besser nutzen

Auch in der Rehabilitation sehen wir großes Potenzial. Neben Präventionsmaßnahmen wollen wir ebenfalls Rehabilitationsleistungen stärken, damit Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich vermieden werden kann.

Derzeit gibt es rd. 2,6 Millionen Pflegebedürftige, im Jahr 2030 werden es etwa 3,4 Millionen sein. Um die damit einhergehende Belastung für unser Versicherungssystem und den absehbaren Anstieg der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge abzufedern, müssen auch verstärkt Anstrengungen unternommen werden, damit deutlich mehr Rehabilitationsleistungen erbracht werden. Im Jahr 2014 hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen bei rund 1,3 Millionen Begutachtungen für die Soziale Pflegeversicherung nur etwa 0,5 Prozent Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen. Darüber hinaus sind Rehaleistungen derzeit vor allem auf die Anschlussbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt ausgerichtet. Wir wollen – auch angesichts des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und

dem überwiegenden Wunsch der älteren Bevölkerung, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit leben zu können – ambulante Rehabilitationsleistungen weiter ausbauen und somit ihr präventives Potenzial stärker nutzen. Dazu könnte auch der Aufbau einer umfangreicheren Datengrundlage beitragen.

Rehaverordnung durch Hausarzt

Rehamaßnahmen sind besonders erfolgversprechend und effizient, je frühzeitiger sie im Krankheitsverlauf erbracht werden. Der Hausarzt hat hierbei eine besondere Funktion inne, da sich die betroffenen Menschen fast immer bei ihrem Hausarzt in Behandlung befinden. Der Hausarzt kennt seine Patienten gut und kann drohende Pflegebedürftigkeit frühzeitig identifizieren. Deshalb sollte an dieser Stelle angesetzt werden. Der Hausarzt muss befähigt werden, eine Rehabilitationsverordnung auszulösen. Eine Prüfung der Voraussetzungen für die Verordnung kann durch den MDK im Rahmen einer persönlichen Begutachtung vorgenommen werden. Grundsätzlich sollte das Verfahren so bürokratiearm wie möglich gestaltet werden.

Zusammenarbeit mit Pflegediensten stärken

Bei Menschen, die bereits pflegebedürftig sind, muss es unser Anspruch sein, alle Maßnahmen zu ergreifen, die einer Verbesserung der Fähigkeiten und der Selbstständigkeit dienen oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit verhindern. Deshalb müssen auch für diese Personengruppe Präventions- und Rehaleistungen möglichst schnell und unbürokratisch verordnet werden. Hausarzt und Pflegedienste sollten bei der Verordnung eng miteinander zusammenarbeiten. Die Mitarbeiter der Pflegedienste stehen teilweise in einem noch engeren, häufig sogar täglichen Kontakt zu den pflegebedürftigen Menschen. Daher wäre es sinnvoll, eine entsprechende pflegfachliche Bewertung oder Stellungnahme der Pflegefachkräfte in die Verordnung des Arztes einzubeziehen.

Schnittstellenprobleme überwinden

Seit der Einführung der Pflegeversicherung kommt es an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung immer wieder zu Problemen. Um den Grundsätzen „ambulant vor stationär“ und „Prävention vor Rehabilitation“ Rechnung zu tragen, darf die vorhande-

ne Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XI nicht dazu führen, dass Verfahrensabläufe entstehen, deren negative Auswirkungen die Versicherten und ihre Angehörigen zu tragen haben. Wir wollen Anreize entwickeln, die in beiden Versicherungszweigen die Bereitschaft zu Rehaleistungen verstärkt.

Aus diesem Grund soll die Zuständigkeit und Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen für Leistungen für Bezieher von Leistungen nach dem SGB XI auf die Pflegeversicherung übergehen. Im Gegenzug sollte die medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim zukünftig sachgerechter durch eine pauschale Zahlung der GKV an die Pflegeversicherung finanziert werden. Durch die Pauschale wird ein aufwändiges bürokratisches Verfahren zur detaillierten Abgrenzung und zur Einzelabrechnung vermieden.

Forschungsanstrengungen im Rehabereich notwendig

Angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen und eines ansteigenden Bedarfs für Rehabilitationsleistungen sind Informationen zum Nutzen und zu den Kosten unterschiedlicher Behandlungsalternativen notwendig, die wissenschaftlich den aktuellen Anforderungen evidenzbasierter Medizin genügen. Dies ist derzeit trotz vielfacher Forschungsanstrengungen im Rehabereich nicht der Fall. Es fehlt vor allem an hochwertigen, zentrums- und trägerübergreifenden Studien mit großen Patientengruppen. Diese sind auch für die Weiterentwicklung von methodisch hochwertigen medizinischen Leitlinien unbedingt erforderlich. Um solche Studien umzusetzen, bedarf es einer gesteigerten Förderung der Forschung im Bereich der Rehabilitation.