

Modellprogramm zur
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI

Endbericht

Der Zugangsweg Pflegebegutachtung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation – Potentiale der Stärkung (REHA-Post)

Projektlaufzeit: 01.03.2021 – 31.08.2022 (18 Monate)

Medizinischer Dienst Bund

Dipl. med. Katrin Breuninger, Dr. Andrea Kimmel

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Medizinische Fakultät, Profizentrum Gesundheitswissenschaften

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Anja Bieber, Cynthia Richter, PD Dr. Susanne Saal

Institut für Rehabilitationsmedizin

André Golla, Prof. Dr. Wilfried Mau

Essen/Halle, 31.08.2022

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	II
1 Einleitung und Hintergrund	1
2 Übergeordnetes Projektziel und geplante Inhalte	5
3 Arbeitspaket 1 – Qualitative Interviews	7
3.1 Methodik AP 1	7
3.2. Ergebnisse AP 1	9
3.2.1 Gutachterliche Unsicherheiten bei einzelnen Indikationskriterien	9
3.2.2 Übergreifende Unsicherheitsfaktoren im Entscheidungsprozess	15
3.3. Zwischenfazit und Reflexion zu AP 1	19
4 Arbeitspaket 2 – Begutachtungsbegleitende Befragung	23
4.1 Methodik AP 2	23
4.2 Ergebnisse AP 2	27
4.2.1 Charakteristik der studienbeteiligten Gutachterinnen und Gutachter	27
4.2.2 Begutachtete Personen im Rahmen der Studie	33
4.2.3 Pflegefachliche Unsicherheiten	35
4.2.4 Ärztliche Unsicherheiten	42
4.3 Zwischenfazit und Reflexion zu AP 2	47
5 Arbeitspaket 3 – Workshop zur Entwicklung von Empfehlungen	53
5.1 Methodik AP 3	53
5.2 Ergebnisse AP 3	55
5.2.1 Identifizierte Unsicherheitsbereiche	55
5.2.2 Problemdiskussion und Lösungsansätze (Workshop-Ergebnis)	58
5.2.3 Handlungsempfehlungen (Ergebnis Delphi-Verfahren)	65
6 Reflexion der Projektergebnisse	69
6.1 Zusammenführende Ergebnisdiskussion	69
6.2 Methodenkritische Diskussion	73
7 Fazit	75
Literaturverzeichnis	77
Anhang	80

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ÄG	Ärztliche Gutachterinnen und Gutachter
AP	Arbeitspaket
aV	Abhängige Variable
BI	Begutachtungsinstrument
EbM	Evidenzbasierte Medizin
FB	Fragebogen
FG	Formulargutachten
FT	Freitextangabe/-ergänzung
GA	Gutachten
IGPW	Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
IRM	Institut für Rehabilitationsmedizin
KH	Krankenhaus
M	Mittelwert
Ms	Meilenstein
MD	Medizinischer Dienst
MDB	Medizinischer Dienst Bund
Min.	Minuten
MLU	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
N/n	Gesamtanzahl/anteilige Anzahl
NRS	Numerischen Ratingskala
OBS	Optimierter Begutachtungsstandard
PG	Pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter
PSGII	Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II)
r	Korrelationskoeffizient nach Pearson (Zusammenhangsmaß)
RE	Rehabilitationsempfehlung
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
Tab.	Tabelle
uV	unabhängige Variable
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Übersicht zu den qualitativen Interviews im Arbeitspaket 1	8
Tabelle 2. Charakteristik der studienbeteiligten PG und ÄG im bei der begutachtungsbegleitenden Fragebogenerhebung.....	27
Tabelle 3. Selbsteingeschätzter Wissensstand der PG (0 = kein Wissen; 10 = umfangreiches Wissen) bezüglich Leistungen der medizinischen Rehabilitation	29
Tabelle 4. Verständnis zur medizinischen Rehabilitation und einer Rehabilitationsempfehlung unter den Studienteilnehmenden.....	30
Tabelle 5. Einstellung zur ärztlichen Prüfung der eigenen Rehabilitationsempfehlungen unter den pflegfachlichen Studienteilnehmenden (N=53).....	31
Tabelle 6. Kommunikationspraxis im Rahmen der Erstellung und Prüfung von Rehabilitationsempfehlungen aus Sicht der studienbeteiligten PG und ÄG	31
Tabelle 7. Ärztliche Einschätzung (0 = sehr schlecht; 10 = sehr gut) zur Rehabilitationsangebotsituation in der verantworteten Einzugsregion.....	32
Tabelle 8. Übersicht zu den begutachteten Personen (=Prüffälle) im Rahmen der studienbeteiligten Fragebogenerhebung	34
Tabelle 9. Vergleich der pflegfachlich begutachteten Personen mit und ohne resultierender Rehabilitationsempfehlung.....	36
Tabelle 10. Pflegefachliche Einschätzung zur Versorgungssituation bei begutachten Personen mit und ohne Rehabilitationsempfehlung	37
Tabelle 11. Subjektive Entscheidungssicherheit (,0' sehr unsicher - ,10' sehr sicher) der pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachter bei Prüfung einzelner Indikationskriterien sowie der Gesamtentscheidung	38
Tabelle 12. Pflegefachliche Begründung zur fehlenden Rehabilitationsfähigkeit bei den Indikationsprüfungen nach absoluter Häufigkeit.....	40
Tabelle 13. Pflegefachliche Zuweisungsempfehlung für die im Rahmen der Studie abgegebene Rehabilitationsempfehlungen.....	41
Tabelle 14. Vergleich der bestätigten und abgelehnten ärztlichen Prüffälle mit und ohne abgegebener Rehabilitationsempfehlungen.....	42
Tabelle 15. Prüfschwierigkeit (,10' sehr einfach - ,0' sehr schwer) bei den begutachteten Rehabilitationsempfehlungen aus Sicht der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter	43
Tabelle 16. Subjektive Indikationssicherheit (,0' sehr unsicher - ,10' sehr sicher) bei den begutachteten Rehabilitationsempfehlungen aus Sicht der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter	43
Tabelle 17. Ärztliche Bewertung des Pflegegutachtens (,0' sehr schlecht - ,10' sehr gut) für die individuelle Entscheidung zur Rehabilitationsempfehlung	44
Tabelle 18. Ärztliche Allokationsempfehlung für die im Rahmen der Studie bestätigten Rehabilitationsempfehlungen.....	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Vereinfachte Darstellung des pflegfachlichen Entscheidungsablaufs zur Abgabe einer Rehabilitationsempfehlung	2
Abbildung 2. Schematische Darstellung zum forschungsbezogenem Studienaufbau	6
Abbildung 3. Stichprobenkalkulation zur begutachtungsbegleitenden Befragung unter Realbedingungen	23
Abbildung 4. Subjektiver Schwierigkeitsgrad bei Bewertung einzelner Indikationskriterien aus Sicht der pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter (N=53)	28
Abbildung 5. Subjektiver Schwierigkeitsgrad bei Bewertung einzelner Indikationskriterien bzw. Prüfinhalten aus Sicht der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter (N=12)	28
Abbildung 6. Anteil der individuellen rehabilitationsbezogenen Prüf- und Empfehlungsquoten der 53 studienteilnehmenden pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter	35
Abbildung 7. Anteil an Prüfungen bei denen ergänzende und als hilfreich bewertete Informationsquellen für die pflegfachliche Entscheidungsfindung zur Rehabilitationsempfehlung vorlagen	37
Abbildung 8. Anteil an ärztlichen Prüfungen bei denen ergänzende, hilfreich bewertete Informationsquellen für die ärztliche Entscheidungsfindung vorlagen	45

1 Einleitung und Hintergrund

Damit Rehabilitation vor und bei Pflege zukünftig besser umgesetzt werden kann, bedürfen die Zugangswege zur medizinischen Rehabilitation, die förderlichen und hinderlichen Faktoren einer Inanspruchnahme durch pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen sowie die fachlich-inhaltliche Ausrichtung vorhandener Rehabilitationsleistungen einer kritischen und wissenschaftsbasierten Überprüfung. Die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste (MD) unterstützt deshalb schon seit einigen Jahren die Stärkung der „*Rehabedarfserkennung im Rahmen der Pflegebegutachtung*“ als Zugangsweg zur medizinischen Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit.

Mit dem umfassenden Evaluationsprojekt Reha XI, durchgeführt in den Jahren 2013 und 2014, ist es erstmals gelungen, die Prozesse zur Erkennung einer Rehabilitationsindikation transparent zu machen und zu verbessern¹. Das Projekt hat nachweislich zu einer stärkeren Professionalisierung und damit auch zu einer Objektivierbarkeit der gutachterlichen Feststellung einer Rehabilitationsindikation Pflegebedürftiger geführt. Der entwickelte Gute-Praxis-Standard wurde in den optimierten Begutachtungsstandard (OBS) überführt und kommt seit dem 1. Januar 2015 flächendeckend in allen MD regelmäßig zur Anwendung. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ist dieser auch im § 18 SGB XI verankert worden.

Der OBS stellt ein strukturiertes Verfahren dar, auf dessen Basis die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung die obligatorische Überprüfung einer Indikation für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation vornehmen. Daraus kann eine konkrete Rehabilitationsempfehlung seitens des Medizinischen Dienstes resultieren, die durch Zustimmung der begutachteten Person einen vereinfachten Zugangsweg zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation eröffnet. Nach standardisierten Entscheidungsvorgaben prüfen und dokumentieren pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter (PG) dabei die grundlegenden Indikationskriterien und leiten im Falle einer möglichen Rehabilitationsindikation das Pflegegutachten an ärztliche Gutachterinnen und Gutachter (ÄG) weiter (Abbildung 1). Diesen obliegt die finale Prüfung und Entscheidung bezüglich der Indikation einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Sowohl eine positive als auch negative Entscheidung wird im Pflegegutachten und auch in der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung dokumentiert und an die Pflegekasse übermittelt. Die Anwendung des OBS hat zu einem kontinuierlichen Anstieg der Rehabilitationsempfehlungen geführt. So stieg die Quote der Rehabilitationsempfehlungen über alle durchgeführten Pflegebegutachtungen hinweg von 0,9 Prozent im Jahr 2014 auf 2,9 Prozent im Jahr 2016.

¹ Vgl. Rothgang et al. (2014).

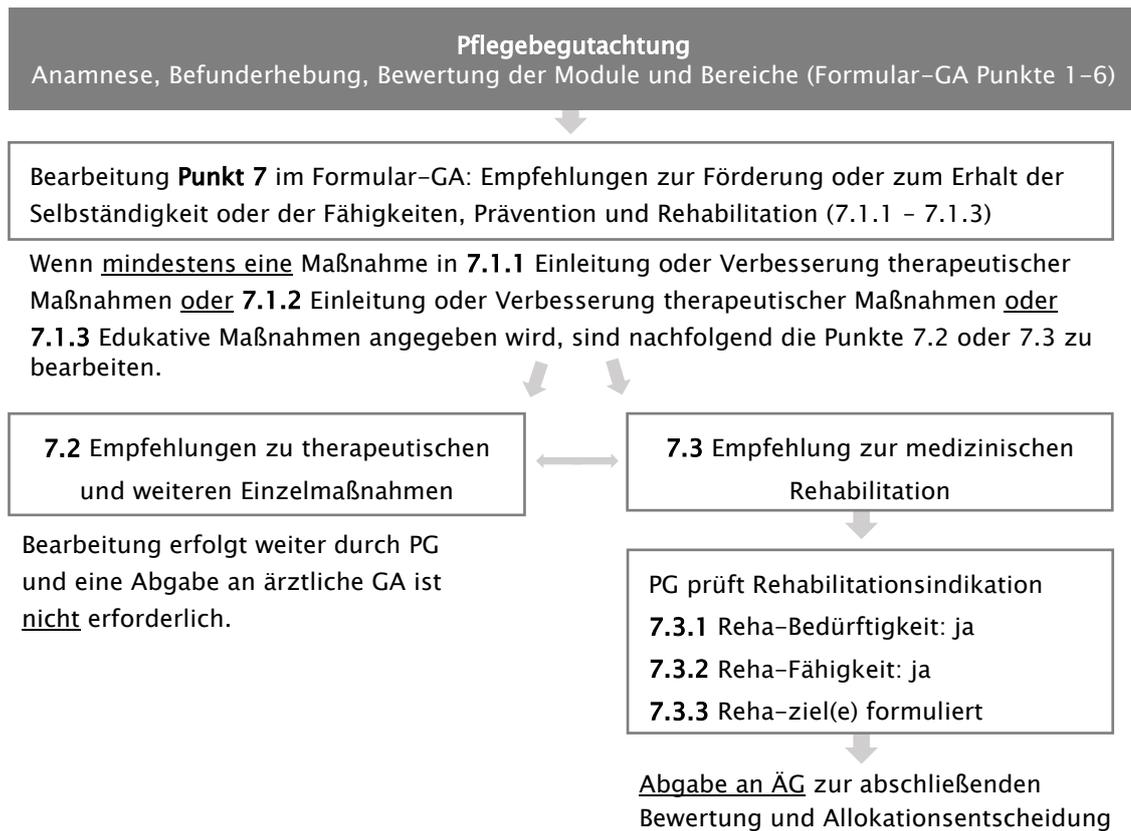


Abbildung 1. Vereinfachte Darstellung des pflegefachlichen Entscheidungsablaufs zur Abgabe einer Rehabilitationsempfehlung

Weitere Verbesserungen in der Erkennung einer Rehabilitationsindikation und damit eine Steigerung der Validität, Reliabilität und Objektivität der Empfehlungen hat auch die Umsetzung des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des entsprechenden Begutachtungsinstruments gebracht. Das seit 2017 gültige Begutachtungsinstrument (BI) liefert durch seinen ressourcenorientierten Ansatz besser als bislang die notwendigen Informationen zur Einschätzung der Gesamtsituation einer antragstellenden Person, um in der Pflegebegutachtung eine sichere Bewertung der vorgegebenen Indikationskriterien vornehmen zu können. Das zeigen die Zahlen der Begutachtungsstatistik und Pflegeberichterstattung des MD Bund: So ist die Zuweisungsempfehlung zur medizinischen Rehabilitation über alle Pflegebegutachtungen nach Antrag auf ambulante Leistungen der Pflegeversicherung von 3,2 Prozent im Jahr 2017 auf 4,1 Prozent im Jahr 2018 angestiegen. Bezogen auf ausschließlich Erstantragstellende stieg der Anteil an Zuweisungsempfehlungen von 2017 bis 2018 von 4,2 Prozent auf 4,8 Prozent. Zwar sind die Zuweisungsempfehlungen auch für Pflegebegutachtungen auf stationäre Leistungen angestiegen, allerdings deutlich geringer: Über alle Begutachtungen hinweg betrachtet liegt dieser Anteil 2015 bei 0,6 Prozent und für die Jahre 2017 und 2018 bei 0,8 Prozent. Bei Begutachtungen von Personen, die erstmals einen Antrag gestellt haben, lag der Anteil der Zuweisungsempfehlungen 2015 bei 1,3 Prozent, 2017 mit Einführung des BI bei

1,6 Prozent und 2018 bei 2,1 Prozent. Trotz dieser insgesamt positiven Entwicklung fällt auf, dass der Anteil an Zuweisungsempfehlungen zwischen den einzelnen MD zum Teil stark differiert, und sich für Pflegebegutachtungen nach Antrag auf ambulante Leistungen zwischen 0,8 und 7,6 Prozent bewegt.

Vor dem Hintergrund erscheint eine Betrachtung der Entscheidungsheuristiken bei der Prüfung einer Rehabilitationsindikation sinnvoll. Die Rehabilitationsindikation in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit kommt zustande, indem Gutachterinnen und Gutachter nach Anamnese, Befunderhebung und Einschätzung der gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten die Gesamtsituation des pflegebedürftigen Menschen im Hinblick auf die Indikationskriterien Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsziele, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose bewerten. Diese Indikationskriterien sind jeweils als multidimensionale Konstrukte zu verstehen, da sie eine jeweils ganz individuelle Fallsituation standardisieren und objektiv bewertbar machen sollen. Wie im Projekt REHA XI konstatiert², führe das zwangsläufig auch dazu, dass subjektive Bewertungskriterien seitens der begutachtenden Personen bei der Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs eine Rolle spielen. Daher sollten die zugrundeliegenden Indikationskriterien noch besser operationalisiert werden. Ein wesentliches Ziel ist es, die Entscheidungsheuristiken zur Erkennung und Prüfung einer Rehabilitationsindikation weiter zu objektivieren, um zu einer angemessenen gutachterlichen Entscheidungsfindung beizutragen. Für diese Operationalisierung sind drei Aspekte zu berücksichtigen:

- (I) Die vorgegebene Dichotomie der Indikationsstellung.
- (II) Die strukturkonservative Konstruktion der Indikationskriterien.
- (III) Die, trotz der bestehenden Evidenz zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei älteren und pflegebedürftigen Menschen, häufig bestehenden Schwierigkeiten zur Abschätzung der Rehabilitationsprognose.

Vom MD wird eine klare Entscheidung – Rehabilitation absolut notwendig oder nicht erfolgversprechend bzw. gar schädlich – erwartet³. Im Rahmen der Pflegebegutachtung sind an dieser Entscheidung zwei Gutachterinnen bzw. Gutachter unterschiedlicher Professionen beteiligt: Aufgabe der Pflegefachkraft ist es, in der Begutachtungssituation jegliche Hinweise auf eine mögliche Rehabilitationsindikation der begutachteten Person im Sinne eines mehrdimensionalen Behandlungsansatzes zu erkennen und zu doku-

² Vgl. Rothgang et al. (2014).

³ Vgl. Raspe (2012).

mentieren. Auf dieser Grundlage entscheidet im zweiten Schritt eine ärztliche Gutachterin bzw. ein ärztlicher Gutachter abschließend, ob eine Rehabilitationsindikation besteht oder nicht und wenn ja, für welche Leistungsform.

Da eine Rehabilitationsindikation in der Regel sehr individuell ist und durch das Zusammenspiel verschiedener Faktoren beeinflusst wird, kann im Einzelfall eine eindeutige Entscheidung für oder gegen eine Rehabilitation erschwert sein. Tatsächlich bildet sich die Indikation gegenüber einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oftmals auf einem Kontinuum zwischen einem eindeutigen „ja“ und eindeutigen „nein“ ab. Wenn Personen mit einer potenziellen Rehabilitationsindikation von pflegfachlichen Gutachterinnen bzw. Gutachtern nicht sicher identifiziert werden und eine ärztliche Prüfung nicht eingeleitet wird, kann zwangsläufig auch kein Rehabilitationszugang gebahnt werden. Dies führt möglicherweise dazu, dass versicherten Personen an der Schnittstelle *Rehabilitation vor und bei Pflege* eine indizierte Rehabilitationsleistung vorenthalten wird⁴. Insbesondere dieser hypothetische Bereich von gutachterlichen Entscheidungsunsicherheit ist bislang weder quantitativ noch qualitativ hinreichend untersucht.

Des Weiteren bezieht sich die Feststellung einer Rehabilitationsindikation stets auf eine definierte Leistung und ihr Indikationsspektrum. Entsprechend sind die anzulegenden Indikationskriterien – die allgemein für alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu Lasten der GKV nach § 40 SGB V gelten – strukturkonservativ, weil sie fragen, welche Pflegebedürftigen es sind, die der definierten Leistung bedürfen, und für die diese Leistung voraussichtlich notwendig, zweckmäßig, wirtschaftlich und wirksam wäre. Das ist legitim, denn schließlich ist diese Leistung sozialrechtlich verbürgt. Wenn man die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation durch pflegebedürftige Menschen erhöhen will, muss man auch der Frage nachgehen, ob die etablierten rehabilitativen Leistungsangebote den Bedarfen dieser Personengruppe gerecht werden. Rehabilitationsbedarf ist immer auch aus der Perspektive der definierten und etablierten Leistung mitzudenken. Das führt unweigerlich dazu, dass die zur Anwendung kommenden Indikationskriterien untrennbar mit den jeweils bestehenden strukturellen Merkmalen der Erbringung dieser Leistung verbunden sind und sich daher per definitionem nicht immer an den individuellen Bedarfen orientieren können. Auch daraus kann gutachterliche Unsicherheit entstehen – was sowohl den ersten als auch den zweiten Schritt der Indikationsfeststellung betrifft. Deshalb kann eine nähere Betrachtung des „Unsicherheitsbereichs“ auch Hinweise darauf geben, in wieweit strukturelle Merkmale, d. h. Merkmale vorhandener Leistungsangebote, das Ergebnis der Prüfung und Feststellung der Rehabilitationsindikation beeinflusst.

⁴ Vgl. Schmidt-Ohlemann (2018).

Die Wirksamkeit von rehabilitativen Maßnahmen bei älteren und pflegebedürftigen Menschen ist wissenschaftlich belegt⁵. Gleichwohl helfen diese Kenntnisse in der individuellen Situation nicht immer weiter, um sagen zu können, ob im konkreten Einzelfall eine versicherte Person von einer bestimmten rehabilitativen Leistung profitieren wird. Auch das trägt vermutlich dazu bei, dass im Einzelfall eine sichere Entscheidung für eine Rehabilitation erschwert ist, sowohl seitens der Pflegefachkraft als auch seitens der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter.

2 Übergeordnetes Projektziel und geplante Inhalte

Vor dem dargestellten Hintergrund wurde in Kooperation des Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) mit dem Institut für Rehabilitationsmedizin (IRM) sowie dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (IGPW) der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ein gemeinsames Forschungsprojekt initiiert. Mit dem Projekt wird das übergeordnete Ziel verfolgt, Potentiale der Stärkung im Rehabilitationszugangs über die Pflegebegutachtung zu identifizieren. Der inhaltliche Forschungsschwerpunkt liegt dabei auf der Analyse gutachterlicher Unsicherheiten zur Rehabilitationsempfehlung im Kontext der Prüfung auf Pflegebedürftigkeit⁶. Folgende Forschungsfragen wurden untersucht:

- (1) Welche Entscheidungsheuristiken nutzen die Gutachterinnen und Gutachter der MD, um eine Indikation für eine medizinische Rehabilitation im Rahmen der Pflegebedürftigkeitsprüfung festzustellen und welche Unsicherheiten gehen mit dem persönlichen Entscheidungsprozess einher?
- (2) In welchem Ausmaß bestehen pflegefachliche und ärztliche Unsicherheit bezüglich verschiedener Aspekte einer rehabilitativen Indikationsprüfung sowie der Entscheidungsfindung im Kontext einer Rehabilitationsempfehlung?
- (3) Wie können die Prüfung und Bewertung einzelner Rehabilitationskriterien und der Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung im individuellen Fall weiter objektiviert und gutachterliche Unsicherheiten abgebaut werden?

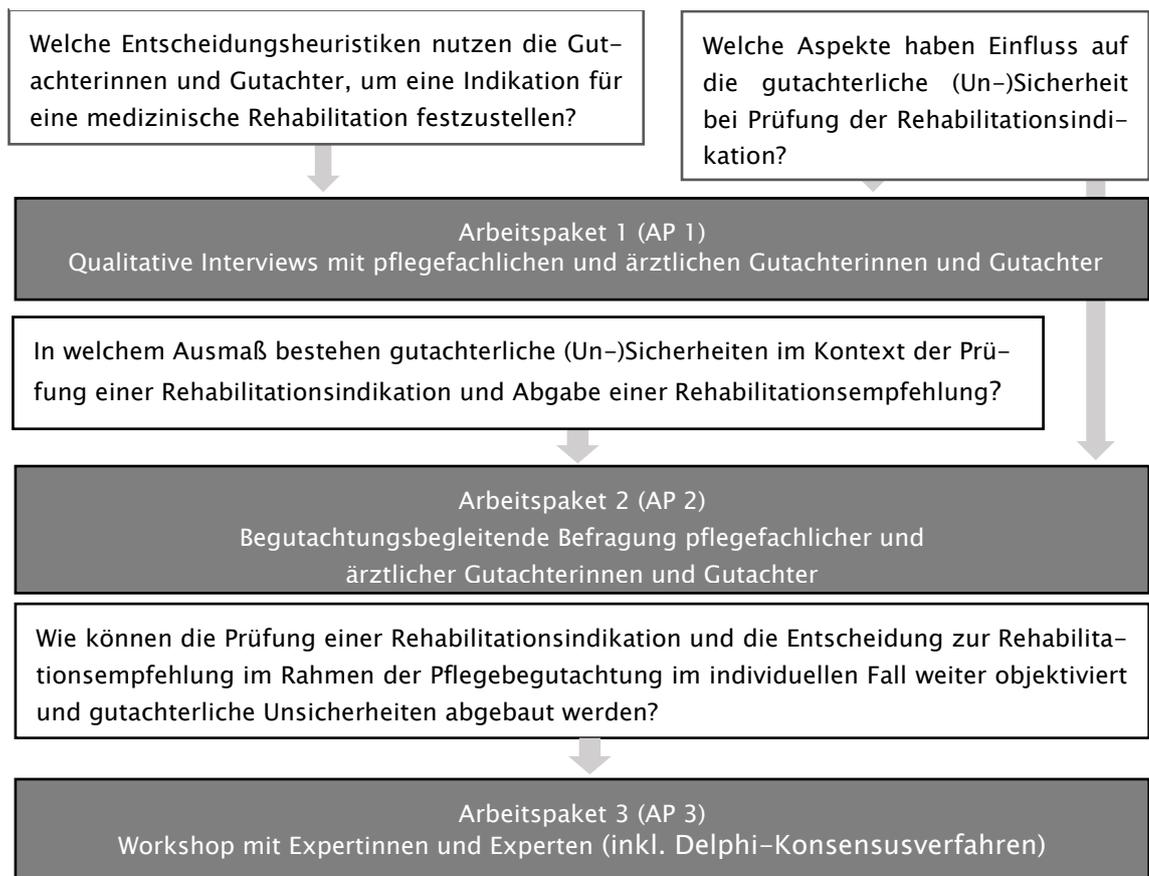
Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Studiendesign entwickelt, das im Sinne eines Mixed-Methods-Ansatzes qualitative und quantitative Datenerhebungsmethoden miteinander kombiniert. Aufgrund bislang fehlender empirischen Daten zu gutachterlichen Unsicherheiten war die Studie explorativ angelegt. Mittels qualitativen Interviews mit pflegerischen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern wurde das Spektrum möglicher Unsicherheitsbereiche und Einflussfaktoren identifiziert und anschließend in einer nachfolgenden begutachtungsbegleitenden schriftlichen Befragung

⁵ Vgl. Lübke (2015).

⁶ Vgl. MDS & GKV (2021).

mit pflegerischen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern validiert. Mit der schriftlichen Befragung wurde zudem das Ausmaß der gutachterlichen Unsicherheiten quantifiziert. In einem dritten, abschließenden Arbeitspaket wurden Empfehlungen zur Objektivierung der Prüfungen einer Rehabilitationsindikation im Rahmen der Pflegebegutachtung in einem Workshop mit Expertinnen und Experten – die in unterschiedlicher Weise in den Prozess involviert sind – erarbeitet und in einem Delphi-Verfahren⁷ konsentiert (Abbildung 2).

Abbildung 2. Schematische Darstellung zum forschungsbezogenem Studienaufbau



⁷ Vgl. Häder (2014).

3 Arbeitspaket 1 – Qualitative Interviews

3.1 Methodik AP 1

Die Exploration gutachterlicher Unsicherheitsbereiche und der darauf einflussnehmenden Faktoren erfolgte mittels qualitativer Interviews mit Gutachterinnen und Gutachtern aus unterschiedlichen MD. Die Gewinnung von Interviewteilnehmenden erfolgte in sechs der bundesweit 15 MD, die in einem Samplingverfahren unter Berücksichtigung der unterschiedlichen geriatrischen Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Bundesländern, den Umsetzungsbesonderheiten der OBS-Vorgaben sowie den prozentualen Anteilen abgegebener Rehabilitationsempfehlungen im Jahr 2019 ausgewählt wurden (s. Anhang 2). Alle Interviewinteressierten wurden über das Forschungsprojekt und den Umgang mit den erhobenen Interviewdaten aufgeklärt und nach Unterzeichnung einer Einwilligungserklärung in die Studie eingeschlossen.

In Vorbereitung der Interviews wurden je ein Interviewleitfaden für die PG sowie die ÄG entwickelt. Inhaltlich orientierten sich diese an den allgemeinen Verfahrensabläufen der Prüfung einer Rehabilitationsindikation sowie den Erkenntnissen einer vorgeschalteten Analyse von Sekundärdaten aus themennahen Forschungsprojekten⁸ (Ergebnisse der Sekundäranalyse im Anhang 3). Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse wurden folgende Themenschwerpunkte für die Entwicklung der qualitativen Interviewleitfäden aufgegriffen:

- Allgemeines Vorgehen von Gutachterinnen und Gutachtern bei der Prüfung und Bewertung einer Rehabilitationsindikation bzw. einer Rehabilitationsempfehlung
- Allgemeine Einflussfaktoren auf Entscheidungen zu Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationszielen, Rehabilitationsprognose und Zuweisungsempfehlung
- Konkrete Unsicherheiten im Zusammenhang mit den Entscheidungen zu den einzelnen Indikationskriterien bzw. der Rehabilitationsindikation insgesamt
- Konkrete Sicherheiten im Zusammenhang mit den Entscheidungen zu den einzelnen Indikationskriterien bzw. der Rehabilitationsindikation insgesamt
- Einflussnahme von anderen Personen auf den gutachterlichen Entscheidungsprozess
- Einflussnahme der regional verfügbaren Rehabilitationsangebote auf den gutachterlichen Entscheidungsprozess
- Einfluss des persönlichen Verständnisses und der eigenen Einstellung der PG und ÄG zur medizinischen Rehabilitation

⁸ Vgl. Golla et. al (2019), Thiel (2018) und Behrens (2021).

- Einfluss der Abstimmung und Kommunikation zwischen PG und ÄG für den jeweiligen Entscheidungsprozess
- Einfluss verfahrensbezogener Faktoren auf den eigenen Entscheidungsprozess

Anhand dieser Themenschwerpunkte wurden übergeordnete Leitfragen entwickelt sowie ergänzende Nachfrageaspekte auf Basis der Sekundärdatenergebnisse formuliert, um ggf. Erzählaufforderungen zu den interessierenden Sachverhalten im Gespräch einbauen zu können. Die Leitfäden hatten einen zweistufigen Aufbau unter Kombination der Methode des Lauten Denkens⁹ und der Methodik problemzentrierter Leitfadeninterviews¹⁰. Mit drei PG und zwei ÄG erfolgte ein kognitives Pretesting¹¹ der jeweiligen Leitfäden. Die entwickelten Interviewleitfäden befinden sich in Anhang 4.

In den sechs studienbeteiligten MD¹² ließen sich anschließend jeweils zwei PG und ein/e ÄG für Interviews gewinnen. Die Durchführung der Einzelinterviews (Tabelle 1) erfolgte durch zwei wissenschaftliche Mitarbeitende via Telefon im Zeitraum von Mai bis Juni 2021. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und für die anschließende Inhaltsanalyse nach standardisierten Regeln transkribiert.

Tabelle 1. Übersicht zu den qualitativen Interviews im Arbeitspaket 1

	PG	ÄG
Interviewanzahl	12	6
Interviewgesamtmaterial in Minuten	640	326
Ø Interviewdauer in Minuten; M ±SD	53 ±15	54 ±11
Ø Beschäftigungsdauer beim MD in Jahren; M ±SD	12 ±9	12 ±6

Legende: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Ø = durchschnittlich; PG = pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter; ÄG = ärztliche Gutachterinnen und Gutachter

Für die Auswertung der verschriftlichten Interviews fand die Methode der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz¹³ Anwendung. Dabei handelt es sich um ein inhaltlich-reduktives Auswertungsverfahren. Einer induktiven Forschungslogik folgend wurden die Hypothesen nicht a priori festgelegt. Durch zwei wissenschaftliche Mitarbeitende an der MLU wurden alle Transkripte unabhängig ausgewertet, anschließend verglichen, diskutiert und bei inhaltlichen Abweichungen zu einem Konsens geführt. Die Analyse erfolgte computergestützt unter Nutzung der Software MAXQDA und EXCEL.

⁹ Vgl. Konrad (2010).

¹⁰ Vgl. Häder (2019).

¹¹ Vgl. Lenzner, Neuert & Otto (2015).

¹² Berlin-Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt

¹³ Vgl. Kuckartz (2018).

3.2. Ergebnisse AP 1

Nachfolgend sind die zentralen Ergebnisse der pflegfachlichen und ärztlichen Interviews zusammenhängend beschrieben. Eine tabellarische Übersicht mit den gewählten Kategorien und erklärenden Ankerbeispielen, getrennt nach PG und ÄG, findet sich im Anhang 5.

3.2.1 Gutachterliche Unsicherheiten bei einzelnen Indikationskriterien

Prüfung/Bewertung der Rehabilitationsbedürftigkeit

Sowohl für PG als auch für ÄG scheint die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere unproblematisch bei Versicherten mit einer infolge eines Akutereignisses (z.B. Sturz, Unfall, Schlaganfall) eingetretenen Pflegebedürftigkeit, einer bislang noch nicht erfolgten medizinischen Rehabilitation und einer antizipierten Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahme (Verringerung der Einschränkungen, Wiederherstellung der Selbständigkeit, Verringerung des Pflegebedarfs).

Den Bedarf für eine komplexe medizinische Rehabilitationsleistung (im Unterschied zu Einzelmaßnahmen) sehen die PG insbesondere bei Versicherten mit bereits in mehreren Bereichen deutlich beeinträchtigter Teilhabe und Funktionseinschränkungen, welche sowohl infolge akuter Ereignisse oder aufgrund chronischer Erkrankungen mit progressiven Verläufen entstanden sind, sowie bei bestehender Multimorbidität. Die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit verknüpfen die PG mit bisher erfolgten ambulanten Behandlungen und deren Wirksamkeit. Waren diese nicht ausreichend, um den gewünschten Erfolg zu erreichen, kann dies für eine Rehabilitationsbedürftigkeit sprechen.

„Die Einzelmaßnahmen liefen schon. Die Dame hat schon regelmäßige krankentherapeutische Anwendungen bekommen und dadurch immer für kurze Zeit kleine Teilerfolge erzielt. [...] sodass wir gesagt haben, dass es vielleicht im Zusammenhang nochmal einer komplexen Behandlung mit mehreren Therapeuten, die darauf einwirken, doch nochmal langfristig auch nochmal ein Erhalt der Eigenständigkeit oder der Selbstständigkeit erlangt werden können.“ PG

Einige PG berichten aber auch von Unsicherheiten bei Einschätzung der ambulanten Möglichkeiten, z. B. wenn die Informationen zum Zeitpunkt der pflegebegründenden Diagnose(n) und damit zur bisher erfolgten ambulanten Versorgung unzureichend sind. Unklare oder eine schwer abschätzbare Dauer der Beeinträchtigungen aufgrund eines Akutereignisses können die Einschätzung der Rehabilitationsbedürftigkeit ebenfalls erschweren.

Konkrete Unsicherheiten werden vor allem im Zusammenhang mit speziellen Krankheitsbildern (z.B. psychische Erkrankungen, COPD, Adipositas), aber auch geplante Operationen oder anstehenden Krankenhausaufenthalten genannt. Fehlende medizinische Unterlagen können dabei Unsicherheiten verursachen, da die Aussagen der Versicherten und Angehörigen zum Teil schwer einzuordnen bzw. nicht überprüfbar seien. Dennoch

wird von einem „großzügigen“ Vorgehen bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit berichtet, da sich PG selbst als „Grobfilter“ für die nachgelagerte ärztliche Prüfung sehen.

Aus ärztlicher Sicht treten Unsicherheiten aufseiten der PG bei psychischen Erkrankungen, unspezifischen altersbedingten Beeinträchtigungen oder generell bei eher jüngeren Versicherten auf. Von den ÄG werden diese pflegfachlichen Unsicherheiten auf ein fehlendes oder unzureichendes Verständnis des Konstruktes „Rehabilitationsbedürftigkeit“ zurückgeführt.

Unsicherheiten bei den ÄG selbst hängen in erster Linie von der Qualität der Pflegegutachten hinsichtlich Informationsgehaltes und -aufbereitung ab. Demnach ist die ärztliche Entscheidungsfindung erschwert, wenn die Informationen zum Krankheits- und (ambulantem) Behandlungsverlauf, zum aktuellen Funktionsstatus mit detaillierter Beschreibung der Beeinträchtigungen (inkl. Begleiterkrankungen) oder des Pflegebedarfs und vorhandener Ressourcen unzureichend sind. Ebenfalls werden eine fehlende Informationsstrukturierung und Problemgewichtung innerhalb der Gutachten („Aneinanderreihung von Beschwerdebildern“), widersprüchliche Angaben (z.B. zwischen Äußerungen der Versicherten und Beschreibungen im Gutachten) und/oder diskrepante Darstellungen/Gewichtungen (z.B. Verneinung alltagsrelevanter Beeinträchtigungen, aber Bejahung von Einschränkungen der Haushaltsführung und Teilhabe) als entscheidungser-schwerend angeführt.

„...wenn ich widersprüchliche Aussagen finde in dem Gutachten zu dem, was der Versicherte körperlich zeigt. Also er sagt: ‚Ich kann dies und das und jenes zum Beispiel nicht‘ und dann folgt in der Regel im Hausbesuch auch noch eine körperliche Befunderhebung durch den Gutachter und wenn man dann sieht: ‚Oh, der Arm geht aber doch eigentlich viel höher als er gesagt hat‘ oder: ‚Einige Bewegungen gehen ja doch‘, das lässt mich dann so ein bisschen zweifeln, ist da eine Reha wirklich erforderlich.“ ÄG

In den ärztlichen Interviews wird die Bedeutsamkeit einer sorgfältigen Anamnese und detaillierten Informationsdarstellung in den Pflegegutachten betont, insbesondere, da im Rahmen der Empfehlungsprüfung keine Möglichkeiten zur Anforderung medizinischer Unterlagen oder anderer relevanter Informationen zur Verfügung stehen.

Prüfung/Bewertung der Rehabilitationsfähigkeit

Konsens besteht unter den interviewten PG und ÄG dahingehend, dass für die Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit ausschlaggebend ist, ob die Versicherten vor dem Hintergrund der bestehenden Beeinträchtigungen in der Lage sind, an mindestens zwei Therapieeinheiten pro Tag teilzunehmen. Sicherheit herrscht bei offenkundig gering ausgeprägten Beeinträchtigungen der begutachteten Person.

„Jemand, der noch recht mobil ist, auch kognitiv wenig eingeschränkt, wo ich sehe, dass er selber auch da mitwirken kann und auch Interesse hat. [...] Das macht mich schon sicher. Das sind schon meistens eher die Leute mit einem eher niedrigeren Pflegegrad.“ PG

Die PG benennen vordergründig den Allgemeinzustand und das Alter als einflussnehmende Entscheidungskriterien, wobei letzteres keineswegs ausschlaggebend für die Fähigkeitseinschätzung ist. Auch einzelne Krankheitsbilder werden nicht per se mit Unsicherheiten assoziiert. Vielmehr ergeben sich Unsicherheiten aus der Frage, ab wann eine krankheitsbedingte Einschränkung so ausgeprägt ist, dass eine Rehabilitationsfähigkeit zu verneinen ist. Angeführt wurden hierbei Prüfungen bei Personen mit Adipositas, ausgeprägten Mobilitätseinschränkungen, Einschränkungen der kardialen/pulmonalen Belastbarkeit, psychischen Erkrankungen (v.a. Depression im Zusammenhang mit Antriebslosigkeit oder Angststörungen) oder demenziellen Erkrankungen (v.a. mit Orientierungslosigkeit). Hinsichtlich der beiden letzteren Krankheitsbilder wurde auf Unsicherheiten bei der generellen Beurteilung des Schweregrades und des Einflusses der „Tagesform“ in der Begutachtungssituation verwiesen, wodurch die realistische Einschätzung der tatsächlichen Beeinträchtigungen erschwert sein können. Als hilfreich wurde in diesem Zusammenhang die Selbsteinschätzung der begutachteten Person, d.h. ob sie sich selbst eine Rehabilitation zutraue, angeführt. Insgesamt scheinen aber Entscheidungsunsicherheiten dahingehend zu bestehen, inwieweit vorgefundene psychisch-kognitive Einschränkungen, insbesondere außerhalb des gewohnten Umfeldes, zum Tragen kommen und eine Rehabilitationsfähigkeit auszuschließen sei.

„Also Depression, depressive Antriebsstörungen, Antriebsminderungen, Antriebschwächen, das ist generell immer so ein, generell in der gesamten Begutachtungssystematik ein Knackpunkt, an dem scheiden sich durchaus auch Geister.“ PG

Als persönliche Ausschlusskriterien einer Rehabilitationsfähigkeit wurden von einzelnen PG eine laufende Chemotherapie, fortgeschrittene onkologische Erkrankungen, Stuhlinkontinenz, Suchterkrankungen, Selbst-/Fremdgefährdung oder offene Wunden benannt.

„Also eine Wunde brauche ich nicht wegschicken, chronische Wunden. Die nehmen sie in der Reha nicht.“ PG

Die ärztliche Entscheidungsfindung zur Rehabilitationsfähigkeit wird erschwert, wenn im Gutachten Diskrepanzen zwischen dem beschriebenen Ausmaß an Beeinträchtigungen und einer positiv bewerteten Reha-Fähigkeit auftreten. Eine „unkorrekte“ Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit nehmen ÄG vermehrt bei PG mit geringer Berufserfahrung wahr.

„Manchmal wird ein Versicherter – ist mein Eindruck – auch in Wort und Schrift als sehr schwer krank dargestellt. Damit besteht die Gefahr, dass ich sagen muss, der ist gar nicht rehabilitationsfähig.“ ÄG

Ableitung/Formulierung/Bewertung der Rehabilitationsziele

Der Großteil der interviewten PG berichtete keine Schwierigkeiten bei der Formulierung realisierbarer Rehabilitationsziele. Insbesondere eine sorgfältige Bearbeitung vorheriger Punkte im Begutachtungsprozess erleichtert deren fallbezogene Ableitung. Vor allem bei

der Begutachtung von Personen, deren Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls eingetreten ist und bei denen die Wiedererlangung der Selbständigkeit angestrebt wird, scheint die Formulierung realisierbarer Rehabilitationsziele unproblematisch zu sein. Auch besteht weitestgehend Einigkeit darin, dass neben Zustandsstabilisierung bzw. die Vermeidung von Zustandsverschlechterungen auch kleine Veränderungen legitime Rehabilitationsziele darstellen können.

„...auch die Zielformulierung ist meistens sehr einfach. Das bespricht man ja dann mit der Versicherten oder dem Versicherten nochmal, da geht man das einfach selber nochmal ein bisschen durch oder da hat man eben auch schon in der Anamnese im Gutachten besprochen, wo die Defizite sind, was möglichst besser werden soll und diese klare Struktur hilft mir persönlich sehr weiter, da eine Empfehlung auszusprechen.“ PG

Als hilfreich bei der Zielformulierung wurde hervorgehoben, dass im „Klick-Gutachten“ aus einem Katalog vorformulierter Rehabilitationsziele ausgewählt werden kann. Die individuelle Anpassung dieser vorgegebenen Ziele nehmen die PG zum Teil selbst vor, andere überlassen diesen Arbeitsschritt (Umformulierung, Ergänzung, Streichung der in der Rehabilitationsempfehlung formulierten Ziele) den prüfenden ÄG.

"Ich sage mal, für uns Gutachter erleichtert das natürlich die Arbeit, wenn ich es halt einfach nur anklicken muss, als wenn ich mir da jetzt noch aus irgendeiner Präsentation über Reha-Ziele, da jetzt noch Reha-Ziele raussuche." PG

Unsicherheiten bei der Zielformulierung treten bei den PG auf, wenn eine Rehabilitation in der Vergangenheit bereits ohne wesentliche Veränderungen erfolgt ist und Multimorbidität oder kognitive Beeinträchtigungen vorliegen.

„Schwierigkeiten bereitet dann eher, wenn es so im kognitiven Bereich ist, ob es dann halt wirklich was bringt oder ob man das so umsetzen kann.“ PG

Die ÄG berücksichtigen bei der Prüfung und ggf. Anpassung von bereits formulierten Rehabilitationszielen insbesondere das Alter der Versicherten, die bestehenden Erkrankungen, die ambulante Versorgungssituation sowie die erreichbaren Verbesserungen/Stabilisierungen. Schwierigkeiten entstehen aufseiten der ÄG, wenn die in der Rehabilitationsempfehlung durch die PG formulierten Rehabilitationsziele nicht nachvollziehbar aus der Anamnese abgeleitet, sondern scheinbar ohne näheren Bezug zum Versicherten aus dem Zielekatalog ausgewählt wurden.

„Die Reha-Ziele, da wird die ganze Latte, die da ist, angekreuzt und teilweise gibt es überhaupt gar keinen Bezug zu Anamnese und Befund, sodass da der rote Faden verlorengeht.“ ÄG

Einschätzung/Bewertung der Rehabilitationsprognose

Die PG beschreiben eine eher intuitiv geleitete Entscheidungsfindung zur Rehabilitationsprognose, innerhalb derer insbesondere realistisch erscheinende Zustandsverbesserungen bzw. -stabilisierungen ausschlaggebend zu sein scheinen.

„Wenn ich durch die Empfehlung oder durch die stattgefundenene Rehamaßnahme eine deutliche Verbesserung des Ist-Zustandes sehe oder vermute. Das ist eigentlich immer so der Indikator Nummer eins. [...] sehe ich als Gutachter durch eine Reha eine Besserung der Ist-Symptomatik, dann würde ich die auf jeden Fall empfehlen.“ PG

Neben Zustandsverbesserungen (Steigerung der Selbständigkeit, Stabilisierung oder Verringerung des Unterstützungsbedarfs) knüpfen die PG ihre Entscheidung hinsichtlich einer positiven Rehabilitationsprognose vor allem an ein geringeres Alter der Versicherten, sowie an erwartbare positive Effekte für die sozialen Kontakte der Versicherten. Aspekte, die sich negativ auf die Prognoseeinschätzung auswirken können, sind eine fehlende Compliance bzw. fehlende Motivation der Versicherten, eine schwere Demenzerkrankung sowie eine Palliativsituation. Unsicherheiten bezüglich zu erwartender Rehabilitationseffekte treten auch hier im Zusammenhang mit kognitiven Beeinträchtigungen oder einem sehr hohen bzw. eher niedrigem Alter der Versicherten auf. Ebenso können auch gesundheitsunabhängige Faktoren, wie z.B. geringe oder fehlende Deutschkenntnisse der Versicherten zu Unsicherheiten bei der pflegfachlichen Einschätzung der Rehabilitationsprognose führen.

"Wenn er halt die ganzen Sachen nicht umsetzen kann, die er erklärt bekommt, stellt sich mir halt immer die Frage: ‚Bringt dem das dann halt irgendwo überhaupt was?‘." PG

Zudem nehmen ÄG ein teilweise unzureichendes Verständnis der PG für die langfristige Prognose und der damit verbundenen Gesamtstrategie der Rehabilitation wahr.

"Ich glaube, die sehen tatsächlich im Moment das, was sie vor Ort sehen und denken nicht noch ein halbes Jahr oder ein Jahr weiter. Die wollen den nochmal mobil kriegen, ist ja auch klar, aber ob das ab einem gewissen Alter bei schon bestehenden Vorerkrankungen wirklich Sinn macht, hier drei Wochen Powerreha zu machen anstatt eine reguläre ambulante Heilmittelversorgung, die aber eben dann auch stetig stattfindet?" ÄG

Auswahl der Zuweisungsempfehlung

Bezüglich der Zuweisungsempfehlung wurden unterschiedliche Prozesszuständigkeiten berichtet, wonach nicht alle PG diese im Rahmen der Indikationsprüfung bearbeiten. Es wurde darauf verwiesen, dass die Entscheidung zur konkreten Zuweisung den ÄG obliegt – einige PG zumindest ihren Vorschlag abgeben (können). Teilweise vermerken PG ihre Allokationsempfehlungen im Gutachten entsprechend der Abstimmung mit den Versicherten bzw. Angehörigen (z.B. Ablehnung stationärer Reha). In anderen MD scheint es unüblich zu sein, dass PG Zuweisungsempfehlungen aussprechen.

"Es ist bei uns recht einfach sage ich jetzt mal. Wir müssen da wirklich nur sagen Ja oder Nein und alles andere schieben wir weiter. [...] Die grundsätzlichen Entscheidungen treffen bei uns aber wie gesagt die Ärzte, die da einfach auch mehr Hintergrund haben." PG

Grundsätzlich lassen sich im Kontext von Zuweisungsempfehlungen die Entscheidungsschritte zwischen einer indikationsspezifischen und geriatrischen Rehabilitationsvariante sowie zwischen einer stationären und ambulanten Durchführungsform voneinander

abgrenzen. Die Entscheidung zur Rehabilitationsvariante (indikationsspezifisch vs. geriatrisch) wird demnach v.a. anhand der Beeinträchtigungen und nur sekundär am Versichertenalter ausgerichtet. Für die Empfehlung einer geriatrischen Rehabilitation sprechen eher ein hoher Unterstützungsbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Mobilität, ein aufgrund eines multikausalen Krankheitsbildes komplexer Behandlungsbedarf sowie ausgeprägte kognitive Einschränkungen der Versicherten.

"Orthopädisch, da ist einfach die Gefahr, dass diese Dame auf sich gestellt wird. [...] Und die Erfahrung ist, wenn man so eine richtig orthopädische Reha nimmt, wenn man Pech hat, da ist auch viel weniger Personal. Wenn sich dann keiner um diese Dame kümmert, dann kommt die natürlich auch nicht zurecht. Die braucht ja auch vielleicht jemanden oder die braucht auch, dass die Krankengymnastik im Zimmer stattfindet und sie nicht dahinlaufen muss." PG

Dementsprechend ist eine Entscheidung für eine indikationsspezifische Rehabilitation eher bei jüngeren Versicherten oder Versicherten mit einem speziellen Therapiebedarf nach einem Akutereignis angezeigt, wenn keine kognitiven Einschränkungen vorliegen sowie bei dem ausdrücklichen Wunsch der Versicherten, keine geriatrische Rehabilitation durchführen zu wollen. Im Falle einer pflegfachlichen Empfehlungsabgabe zur Durchführungsform (ambulant oder stationär) sind die wahrgenommenen Beeinträchtigungen der begutachteten Personen ein zentrales Entscheidungskriterium. Einfluss nehmen demnach der Mobilitätsgrad, vorhandene Funktionseinschränkungen, die generellen Lebensumstände (z.B. vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten/Begleitung) in Verbindung mit den gutachterlichen Erwartungen zur Belastungen durch ein ambulantes/stationäres Rehabilitationsangebot (z.B. auch Zumutbarkeit der Anreise). Die individuellen Umsetzungsmöglichkeiten besprechen die PG zumeist im Rahmen der Begutachtung mit den Versicherten und den anwesenden Angehörigen. Auch aus ärztlicher Sicht stellt die Verfügbarkeit von Angehörigen, die einen ambulanten Rehabilitationsprozess unterstützen können, teilweise die Voraussetzung für die Empfehlung einer solchen dar. Zudem können bestimmte Sinnes- oder kognitive Beeinträchtigungen eine ambulante Durchführung nahelegen.

"Das mache ich auch davon abhängig, ob zum Beispiel eine ausgeprägte Hörminderung oder eine ausgeprägte Sehminderung vorliegt, weil sich ausgehend von Sinneseinschränkungen ein Zutrinkommen in einer stationären Rehaeinrichtung schwieriger gestaltet oder ausschließt." ÄG

Für die stationäre Durchführung wird der „soziale Benefit“ als Entscheidungskriterium angeführt, den der Austausch in stationären Einrichtungen gerade für alleinlebende Versicherte haben kann.

"...und ich glaube schon, dass sie im Gesamtkontext der Geriatrie eben auch Gleichaltrige findet oder im fortgeschrittenen Alter, sagen wir es mal so, wo man sich austauscht, wo man sieht: ‚Ach guck, dem geht es so‘, oder: ‚Wie machst du das?‘, oder: ‚Ach, du hast das auch?‘." ÄG

Hinsichtlich der Empfehlung mobiler Rehabilitationsleistungen berichten ÄG ein uneinheitliches Vorgehen. Zur Bedarfsdokumentation empfehlen einige ÄG mobile Reha auch dann, wenn diese lokal nicht angeboten wird. Andere ÄG halten eine Empfehlung mobiler

Angebote nicht für sinnvoll, wenn klar ist, dass diese Empfehlung aufgrund fehlender Angebote nicht umgesetzt werden kann.

"Wir empfehlen es [*mobile Reha – Anm. d. Verf.*] auch dann, wenn ich weiß, es gibt an dem Ort das nicht, um einfach zu dokumentieren: Wir haben einen Bedarf. [...] Und wir schreiben dann, wenn wir schon wissen, das [*mobile Reha – Anm. d. Verf.*] geht nicht, aber derjenige ist auch nichts mehr für eine ambulante Reha oder er ist gerade aus einer stationären Behandlung nach Hause gekommen, dass dann wirklich häusliche Krankengymnastik und Physiotherapie greift."
ÄG

"Also der Klassiker ist da die ambulante mobile Rehabilitation. Die ja vom Grundsatz ganz schön ist, die man auch im Formular empfehlen kann, die es aber in [*Bundesland*] überhaupt nicht gibt. Es gibt keinen einzigen Anbieter. [...] Deswegen empfehle ich das auch grundsätzlich nicht und sage das auch so in den Vorstellungen mit den pflegefachlichen Gutachtern, dass das wenig Sinn macht, Dinge zu empfehlen, von denen ich im Vorhinein weiß, dass die nirgends angeboten werden. Weil das macht alles viel Arbeit, weckt viele Erwartungen und am Ende steht dann nur die Feststellung: ‚Der hat was empfohlen, was es gar nicht gibt.‘"
ÄG

Auch bei den PG finden sich Aussagen, wonach bei den Abwägungen ihrer Zuweisungsempfehlung die regionale Angebotsstruktur (z.B. Verfügbarkeit ambulanter Einrichtungen) Berücksichtigung findet. Insbesondere für Versicherte mit kognitiven Einschränkungen betrachten einige PG eine mobile Reha als geeignet. Aufgrund der fehlenden lokalen Verfügbarkeit mobiler Angebote, wird in diesen Fällen zumeist die mobile Empfehlung im Gutachten lediglich vermerkt und alternativ auf die Empfehlung verschiedener Heilmittel ausgewichen.

Generelle Schwierigkeiten bei der Entscheidung zur Zuweisung entstehen für die ÄG auch an dieser Stelle aufgrund unzureichender oder fehlender Informationen in den pflegefachlichen Gutachten. Lässt sich aus den Gutachten der bisherige Krankheits- und Behandlungsverlauf nicht schlüssig nachvollziehen, so kann dies zu einer Ablehnung der Rehabilitationsempfehlung führen, weil ÄG auf Grundlage der vorhandenen Informationen keine klare Zuweisungsempfehlung aussprechen können.

„Aber was mich dann davon abbrachte, auch die Reha tatsächlich zu empfehlen, ist, dass sie zu viele offene – ich nenne es mal – Baustellen hat, die noch gar nicht abgeklärt sind und somit eine Zuweisungsempfehlung mir gar nicht möglich ist.“ ÄG

3.2.2 Übergreifende Unsicherheitsfaktoren im Entscheidungsprozess

Neben Unsicherheitsfaktoren auf Ebene der Prüfkriterien wurden vielfach auch bestimmte Rahmenbedingungen geäußert, die den Entscheidungsprozess insgesamt beeinflussen können. Darunter finden sich z.T. auch Aspekte, die bereits im vorherigen Ergebnisteil dargestellt wurden, in den Gesprächen aber auch ohne direkten Zusammenhang zu einzelnen Indikationskriterien bzw. der Zuweisungsempfehlungen geäußert wurden. Neben den verschiedenen versicherten-, pflege- und versorgungsbezogenen Merkmalen gehören dazu auch die rehabilitationsbezogene Einstellung der Versicherten

bzw. von Personen aus deren direktem Umfeld sowie gutachterseitige und verfahrensinterne Kommunikationsaspekte.

Einstellung der Versicherten und Personen des näheren Umfeldes zur Rehabilitation

Für die PG scheint im direkten Versichertenkontakt die versichertenseitige Rehabilitationsbereitschaft eine bedeutende Rolle zu spielen. Äußern die Versicherten eine klare Ablehnung oder wird eine negative Haltung zur Rehabilitation deutlich, kann dies zu Entscheidungsunsicherheiten führen. Die PG schildern dabei fallspezifische Strategien zur Bewältigung solcher Situationen. Können rehabilitationsbezogene Vorbehalte der Versicherten (und/oder Angehörigen) in der Begutachtungssituation nicht aufgelöst werden, so verzichten PG durchaus auf die Rehabilitationsempfehlung und bleiben stattdessen bei der Empfehlung von Einzelmaßnahmen.

"Wer nicht will, der will nicht, den schicke ich auch nicht. [...] aber ich weiß, dass die Doktorin sagt, ich soll das trotzdem empfehlen. Aber da habe ich für mich beschlossen: Nein, das mache ich dann nicht, nur weil die das jetzt sagt. Wenn der nicht fahren will, dann fährt der nicht. Das ist ja dann nur wieder für die Statistik in meinen Augen." PG

Die PG berichten, bewusst auch die rehabilitationsbezogene Haltung der Angehörigen, z.B. pflegende/r Partner/in oder Kinder zu erfragen und bei der Entscheidungsfindung ggf. zu berücksichtigen. Aufgrund des großen Einflusses der Angehörigen auf die reha-bezogene Haltung der Versicherten, werden etwaige Vorbehalte in der Begutachtungssituation mit anwesenden Personen besprochen. Bleiben Vorbehalte der Angehörigen bestehen, kann sich dies ebenfalls negativ auf das Entscheidungsverhalten der PG auswirken.

Werden Versicherte von Pflegediensten betreut oder leben sie in einer betreuten/vollstationären Pflegeeinrichtung, holen die PG mehrheitlich die Einschätzung der Pflegekräfte zu den Reha-Kriterien ein. Die Haltung der Pflegekräfte wird als äußerst hilfreich und entscheidungsrelevant beschrieben.

Der Bedeutung der Hausärztinnen und Hausärzte für den Rehabilitationszugang wird sowohl von den ÄG als auch von den PG als groß bewertet. Insbesondere wird den Hausärztinnen und Hausärzten, zum Teil auch behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten, ein wesentlicher Einfluss auf die rehabilitationsbezogene Haltung der Versicherten zugeschrieben: Befürworten Hausärzte eine Rehabilitation nicht oder halten diese für nicht erforderlich, dann übernehmen die Versicherten nicht selten diese Haltung. Einige PG berichten, die wahrgenommene Haltung behandelnder Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Entscheidung nicht zu berücksichtigen, sondern auch eine Rehabilitationsempfehlung aussprechen, wenn Versicherte z.B. angeben, dass eine Rehabilitation von hausärztlicher Seite abgelehnt würde.

„Also ich mache es trotzdem, auch wenn die mir sagen, der Hausarzt meint, das sei nicht nötig.“
PG

Begründet wird dieses Vorgehen zum einen damit, dass ein Hausarzt oder eine Hausärztin z.B. die Notwendigkeit einer indikationsspezifischen Rehabilitation nicht gleichermaßen einschätzen kann wie ein „Prüfarzt“ des MD und andererseits aufgrund der Annahme, dass die hausärztliche Perspektive teilweise auch von finanziellen Rahmenbedingungen beeinflusst sei.

„Ärzte, ja, die Sichtweise beeinflusst mich auch weniger. Da geht es letztendlich, wenn der Hausarzt sagt: ‚Eine Reha finde ich jetzt nicht gerade angebracht.‘, aber er ist halt ein Hausarzt und wir haben Reha-Ärzte und Orthopäden, die durchaus in der Lage sind, das nochmal ein bisschen komplexer zu sehen.“ PG

Prozessinterne Kommunikation zwischen pflegefachlicher und ärztlicher Ebene

Findet ein direkter Austausch zwischen PG und ÄG statt, wird dieser überwiegend als wertschätzend und „auf Augenhöhe“ erlebt und kann aufgrund des „gegenseitigen Lernens“ zum Abbau gutachterlicher Unsicherheiten beitragen.

„Wie begutachtet Ihr denn?“ oder: ‚Warum macht Ihr das?‘ und das entsteht aus Unsicherheit. Solche Sachen werden weniger, wenn man sich austauscht zwischen Reha-Arzt und Gutachter und das sozusagen unternehmensintern gelebt wird von der Unternehmensführung her.“ ÄG

Die interne Kommunikationspraxis scheint aber unterschiedlich ausgestaltet zu sein. Die meisten PG geben an, ein ärztliches Feedback zu ihren abgegebenen Rehabilitationsempfehlungen zu erhalten, v.a. wenn diese nicht bestätigt werden. Diese Rückmeldung wird als hilfreich im Sinne eines stetigen Lernprozesses angesehen, wünschenswert sei jedoch häufig eine (ausführlichere) Begründung der Ablehnung.

"Ich finde die total wichtig, ob positiv oder negativ, sind die total wichtig, weil es einfach ein Lerneffekt ist. Ich weiß, warum der abgelehnt hat und genau das muss ich ja lernen, weshalb wird eine Reha nicht empfohlen aus ärztlicher Sicht." PG

Vereinzelt wird von pflegefachlicher Seite auch bedauert, dass bei Ablehnung einer Rehabilitationsempfehlung mittlerweile seltener Feedback gegeben wird und auch keine engere Kommunikation erfolgt bzw. dass Rückmeldungen wenig zufriedenstellend sind, da sie kurz sind und eine Begründung fehle. Einige PG gaben an, dass ein Austausch zwischen ärztlichem und pflegefachlichem Personal, bspw. zu den Ablehnungsgründen, innerhalb regelmäßiger rehabilitationsbezogener Arbeitsgruppentreffen oder im Rahmen jährlicher interner Fortbildungen stattfindet.

Auch seitens der ÄG wird eine ähnliche Kommunikationspraxis geschildert. Demnach berichten einige ÄG von einem regelmäßigen telefonischen Austausch mit PG, andere haben keinen oder nur selten telefonischen Kontakt zu PG. Hierbei wurde auch darauf verwiesen, dass ein telefonischer oder persönlicher Austausch zwischen PG und ÄG über Inhalte der Rehabilitationsempfehlung nicht vorgesehen ist und faktisch nur selten vorkommt. Angemerkt wurde aber auch, dass der inhaltliche Gehalt und die Strukturierung

der Gutachten eine Entscheidung nach Aktenlage ermöglichen sollten, wenngleich dennoch häufig eine weitere Klärung erforderlich ist.

Aus ärztlicher Sicht ist es durchaus wichtig, dass PG immer einen medizinischen Ansprechpartner zum Thema Reha haben. Durch eine stetige Kontaktmöglichkeit soll vermieden werden, dass aufgrund von Unsicherheiten bei der Gutachtenerstellung auf eine Rehabilitationsempfehlung verzichtet wird. Ein/e ÄG berichtet, Änderungen an den Rehabilitationsempfehlungen (z.B. zu den Rehabilitationszielen) ausschließlich gemeinsam mit den verantwortlichen PG vorzunehmen. Ebenso sei es bei widersprüchlichen Einschätzungen möglich, sich gemeinsam noch einmal vor Ort einen Eindruck zu verschaffen.

"...wir machen das in [MD-Region] so, dass wir dann auch sagen: ‚So, das Widerspruchsgutachten, da fährt ein Pflegegutachter zusammen mit einem Arzt, da geht man dann zusammen hin‘." ÄG

Gutachterliche Perspektiven zu medizinischen Rehabilitationsleistungen

Sowohl aus pflegfachlicher als auch aus ärztlicher Sicht stellen eigene berufliche oder private Rehabilitationserfahrungen eine wichtige Einflussgröße auf Entscheidungsmotivation, Entscheidungsfindung und die pflegfachliche Kommunikation in der Begutachtungssituation dar.

"Ich kann mir schon vorstellen, dass das Unterbewusstsein da schon sagt: ‚Empfehl das mal, das hat dir persönlich oder der eigenen Familie auch geholfen. Das müsste denen auf jeden Fall auch helfen‘. Also ich denke schon, dass das irgendwo im Unterbewusstsein schon eine Rolle spielt." PG

So würden Art und Dauer der rehabilitationsnahen Berufserfahrung ebenso wie persönliche oder familiäre Rehabilitationserfahrungen das eigene Verständnis sowie die eigene Einstellung prägen. Divergierende Haltungen und Entscheidungen werden durch PG und ÄG zum Teil auf ein interpersonell variierendes Reha-Verständnis zurückgeführt.

„Also da gibt es einzelne Gutachter, die wirklich so die Vorstellung haben, dass Reha noch so was ist wie Kur zu Kaisers Zeiten. Und einer, der richtig krank ist, der kann ja gar nicht in die Reha. Das ist jetzt ein bisschen überspitzt. Aber es läuft letztlich auf den Punkt raus.“ ÄG

Aus ärztlicher Sicht schlägt sich ein unter den PG unterschiedlich ausgeprägtes Rehabilitationsverständnis nieder, wiedergespiegelt anhand der Häufigkeit ausgesprochener Rehabilitationsempfehlungen. Gerade neue pflegfachliche Beschäftigte stünden dem Thema Rehabilitation offener gegenüber und würden vermehrt auch unsichere Rehabilitationsempfehlungen weiterleiten.

„Also ärztliche Gutachter berichten mir immer wieder, dass sie von einigen Pflegegutachtern quasi laufend Empfehlungen bekommen, die sie bearbeiten. Und dass sie andere fast gar nicht kennen, weil sie von denen seit einem halben Jahr nichts mehr gehört haben.“ ÄG

3.3. Zwischenfazit und Reflexion zu AP 1

Aus den durchgeführten Interviews ließen sich zahlreiche Hinweise zu Unsicherheiten und Entscheidungsschwierigkeiten im Zusammenhang mit Rehabilitationsempfehlungen gewinnen. Neben häufig direkt formulierten Herausforderungen im Kontext einer Prüfung der Rehabilitationsindikation gemäß ihrer einzelnen Kriterien lieferte die Analyse auch Hinweise auf weitere Faktoren, die gutachterliche Unsicherheiten auslösen oder verstärken können. Hierbei ließen sich Aspekte identifizieren, die sowohl im Zusammenhang mit der Unsicherheit hinsichtlich einzelner Indikationskriterien, als auch direkt und indirekt mit der Gesamtentscheidung zu einer Rehabilitationsempfehlung als weitergefasstem Begriff im Vergleich zur Rehabilitationsindikation stehen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass pflegefachliche Unsicherheiten bezüglich der Rehabilitationsbedürftigkeit im Zusammenhang mit spezifischen somatischen (z.B. COPD, Adipositas) sowie bei psychiatrischen/ psychischen Krankheitsbildern und bei unklaren oder fehlenden Informationen zum Erkrankungsverlauf berichtet wurden. Bezüglich der Bewertung der Rehabilitationsfähigkeit verknüpften die interviewten PG eigene Unsicherheiten dagegen weniger deutlich mit bestimmten Krankheitsbildern, sondern eher mit der grundlegenden Frage, ab welchem Ausmaß der somatischen und mentalen Beeinträchtigungen eine Rehabilitationsleistung nicht mehr durchführbar ist. Außerdem bereitet die Einschätzung des Schweregrades demenzieller Erkrankungen im Rahmen der Begutachtungssituation Probleme. Dies könnte damit erklärt werden, dass es sich bei der Einschätzung um eine Momentaufnahme handelt, die Tagesform der begutachteten Person eine Rolle spielt und auch hier oftmals Kenntnisse zum bisherigen Krankheitsverlauf fehlen. Unsicherheiten bei der Identifizierung bzw. Formulierung realistischer Rehabilitationsziele verknüpften die PG mit bestehender Multimorbidität, kognitiven Beeinträchtigungen oder bereits ohne wesentlichen Erfolg absolvierten Rehabilitationsmaßnahmen. Wenngleich die Einschätzung der Rehabilitationsprognose keine primäre pflegefachliche Aufgabe darstellt, fließen diesbezügliche Überlegungen auch von Seiten der PG in die Beurteilung der übrigen Indikationskriterien mit ein. Als Aspekte einer eher negativen Prognoseeinschätzung wurden eine fehlende Compliance oder Motivation der Versicherten, schwere demenzielle Erkrankungen, Palliativsituationen sowie unabhängig von dem zugrundeliegenden Gesundheitsproblem geringe oder fehlende Deutschkenntnisse der begutachteten Person angeführt.

Ärztliche Unsicherheiten im Rahmen der abschließenden Begutachtung bezüglich der Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -zielen und -prognose wurden in den Interviews vor allem auf die Qualität des Pflegegutachtens zurückgeführt. Entscheidend seien hier Informationsgehalt und Informationsaufbereitung sowie die fall-spezifische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit der pflegefachlichen Empfehlungsent-scheidung. Herauszustellen sind auch die Erkenntnisse zu scheinbar unterschiedlichen

Strategien im Umgang mit der abschließenden Allokationsempfehlung. Die Allokationsempfehlung ist generell Aufgabe der ÄG, wobei in einigen studienbeteiligten MD die PG ihre allokationsbezogenen Überlegungen dokumentieren und Umsetzungsmöglichkeiten mit der begutachteten Person oder deren Angehörigen auch besprechen (z. B. ambulant oder stationär). Gerade vor dem Hintergrund der von den ÄG zum Teil bemängelten Plausibilität pflegfachlicher Rehabilitationsempfehlungen, könnte diese Strategie einen informellen Mehrwert zur Erhöhung der Nachvollziehbarkeit besitzen. Die ÄG beschrieben unterschiedliche Vorgehensweisen im Zusammenhang mit Empfehlungen einer Mobilen Rehabilitation, die regional nur selten zur Verfügung steht. Einige ÄG halten sich demnach an die Vorgaben der Begutachtungsrichtlinien und geben auch bei nicht verfügbarem Angebot eine sozialmedizinisch korrekte Empfehlung ab, andere ÄG wiederum schwenken dann auf andere Versorgungsalternativen, z.B. realisierbare Rehabilitationsangebote oder auch gänzlich auf die Empfehlung von Heilmitteln um.

Die Gesamtbetrachtung der gewonnenen Ergebnisse legt nahe, dass die gutachterliche Prüfung einer Indikation zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation immer einer sehr individuellen Entscheidungsabwägung darstellt, bei der ganz unterschiedliche Faktoren von Bedeutung sein können. Vor allem komplexere Fallkonstellationen wurden mit Entscheidungsunsicherheiten in Verbindung gebracht, die einerseits auf die individuell ausgeprägten Funktions-, Aktivitäts- oder Teilhabebeeinträchtigungen zurückgeführt werden, aber auch im Zusammenspiel mit vorgefundenen Kontextfaktoren entstehen können. Das Spektrum an potenziell unsicherheitsfördernden Konstellationen erscheint dabei breit. Nicht zuletzt, da auch die gutachterliche Einordnung und Bewertung der vorgefundenen Beeinträchtigungen in Verbindung mit dem gutachterlichen Verständnis von medizinischer Rehabilitation sowie der persönlichen Rehabilitationserfahrung der Begutachtenden (inkl. Zielstellung, Arbeitsweise, Grenzen und Möglichkeiten) den Abwägungsprozess zur Rehabilitationsempfehlung zu beeinflussen scheinen. Die gutachterliche Perspektive auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt, und gerade auch im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit erschien in den Interviewgesprächen mitunter sehr individuell. Neben den Aspekten auf Ebene der begutachteten Personen erwiesen sich auch bestimmte Rahmenbedingungen als relevant für Entscheidungsunsicherheiten und Entscheidungsfindung. Dazu zählen bspw. die gutachterlichen Kommunikationsmöglichkeiten im zweistufigen Verfahren einer Rehabilitationsempfehlung und dem dabei entstehenden interprofessionellen Austausch oder auch die Verfügbarkeit von spezifischen (Zusatz-)Informationen zu den begutachteten Personen. In diesem Zusammenhang wurden durch die Interviewteilnehmenden auch bestimmte Begutachtungsvorgaben sowie der verfügbare Zeitumfang als entscheidungsbeeinflussend angeführt. Dieses Zusammenspiel aus unterschiedlichen Faktoren verdeutlicht die eingangs erwähnte Komplexität der Entscheidungsabwägung.

Insgesamt betrachtet, decken sich die aus den Interviews gewonnenen Ergebnisse mit den Vorannahmen zu Unsicherheitsfaktoren¹⁴ im Kontext der Entscheidung zu den Rehabilitationsempfehlungen. Dies lässt sich sicherlich zum Teil auf die inhaltliche Ausgestaltung der Interviews zurückführen, in denen die Vorannahmen explizit thematisiert wurden. Dennoch ließen sich die Vorannahmen in den Ergebnissen reproduzieren und unterschiedliche Erklärungsansätze identifizieren. Hinsichtlich der begutachteten Personen beschrieben ärztliche und pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter ähnliche Fallkonstellationen, die mit erhöhter Unsicherheit verbunden waren. Eine zentrale Rolle scheinen dabei kognitive Beeinträchtigungen (insbesondere dementielle Syndrome) oder depressive Erkrankungen, der Schweregrad der Beeinträchtigung und die Höhe des daraus resultierenden Pflegegrades sowie generell Multimorbidität zu spielen. Hierbei handelt es sich um genau jene Faktoren, die auch aus Sicht von Rehabilitationsexpertinnen und -experten herausfordernde „Merkmalskomplexe“¹⁵ darstellen, die sowohl die Auswahl geeigneter Einrichtungen als auch die Durchführung medizinischer Rehabilitationsleistung maßgeblich erschweren. Vor diesem Hintergrund ist es naheliegend, dass pflegfachliche Unsicherheiten sich insbesondere auf die Entscheidung zur Rehabilitationsfähigkeit, und die Einschätzung realisierbarer Rehabilitationsziele beziehen. In den ärztlichen Interviews wurden vergleichsweise weniger fallbezogene Unsicherheitsaspekte angeführt. Vielmehr entstand der Eindruck, dass die ÄG potenzielle Entscheidungsunsicherheiten vorwiegend auf die Qualität der pflegfachlichen Begutachtung und Dokumentation sowie auf den Umfang verfügbarer Informationen zu den begutachteten Personen zurückführten. Eine wesentliche Rolle spielt hier offensichtlich das zweistufige Verfahren zur Prüfung der Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation und den damit verbundenen unterschiedlichen Voraussetzungen für die ärztliche und pflegfachliche Entscheidungsfindung. Während sich den PG im Rahmen eines Hausbesuches ein deutlich umfangreicherer Gesamteindruck zur begutachteten Person und damit eine breitere Entscheidungsbasis bietet, entscheiden ÄG (fast) ausschließlich nach Aktenlage. Aufgrund der Screening-Funktion der PG („Vorfilterung“) werden ÄG möglicherweise seltener mit sehr unsicherheitsbehafteten Fallkonstellationen konfrontiert, da PG mitunter bei hoher Unsicherheit auf eine Rehabilitationsempfehlung und damit auf die Weiterleitung dieser Begutachtungsfälle an ÄG verzichten.

Darüber hinaus sind pflegfachliche und ärztliche Entscheidungen mit unterschiedlichen sozialmedizinischen Konsequenzen verknüpft. Die interne Weiterleitung einer unsicheren Rehabilitationsempfehlung an einen ÄG hat keine direkten oder indirekten Folgen für die begutachtete Person. Daher werden pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter explizit dazu motiviert, auch unsichere Rehabilitationsempfehlungen zur ärztlichen

¹⁴ vorgeschaltete Sekundärdatenanalyse (s. Anhang)

¹⁵ BMAS (2021): S. 13

Prüfung weiterzuleiten. Dies verweist auf eine interne Akzeptanz pflegfachlicher Unsicherheiten im Kontext der Rehabilitationsempfehlungen. Im Gegensatz dazu stellt die abschließende ärztliche Entscheidung eine sozialrechtlich verbindliche Stellungnahme zur Rehabilitationsindikation dar und zieht direkte sozialmedizinische Konsequenzen nach sich. Von den ÄG wird somit eine deutlich höhere Entscheidungssicherheit erwartet. Unsichere ärztliche Entscheidungen wären angesichts der direkten sozialmedizinischen Auswirkungen kaum vertretbar. Nicht zuletzt sind daher auch die Unterschiede in den gutachterlichen Kompetenzprofilen sowie thematische Berührungspunkte beider Professionen zu berücksichtigen. Für die PG ist die Prüfung der Rehabilitationsindikation zwar im Rahmen der Pflegebegutachtung immer mitzudenken, stellt aber einen vergleichsweise kleinen Teilaspekt im Gesamtkonstrukt einer Pflegebegutachtung und somit im täglichen Arbeitsalltag dar. Dagegen sind ÄG der Medizinischen Dienste meist deutlich intensiver, wenn nicht sogar ausschließlich mit der Bearbeitung der Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung betraut, was sich möglicherweise in einem tiefergehenden Verständnis von Rehabilitation und einem höheren subjektiven Sicherheitsgefühl der ÄG niederschlägt.

Die Ergebnisse der qualitativen Teilstudie des AP 1 liefern einen Überblick über die Vielfalt potenziell relevanter Aspekte und Faktoren für Unsicherheiten im Rahmen des gutachterlichen Entscheidungsprozesses bei der Indikationsstellung zu einer medizinischen Rehabilitation. In diesem Projektschritt ging es darum, die inhaltlich Breite konkreter benannter entscheidungsrelevanter Hintergründe, Umstände und Bedeutungszusammenhänge abzubilden und individuelle gutachterliche Handlungslogiken und Entscheidungsheuristiken zu rekonstruieren. Vorliegende Ergebnisse der qualitativen Teilstudie erweitern das grundlegende Verständnis zu den Entstehungsfaktoren gutachterlicher Entscheidungsunsicherheiten und stellen somit ein wichtiges Projektergebnis dar. Eine quantifizierende Einordnung oder Beurteilung der praktischen Relevanz der identifizierten Faktoren kann und soll anhand des gewählten qualitativ-explorativen Ansatz nicht erfolgen und bildet vielmehr den Kern der anschließenden quantitativen Teilstudie in AP 2. Die Erkenntnisse aus AP1 dienen als Grundlage zur Entwicklung der Kurzfragebögen die dann in AP2 begutachtungsbegleitend zum Einsatz kamen.

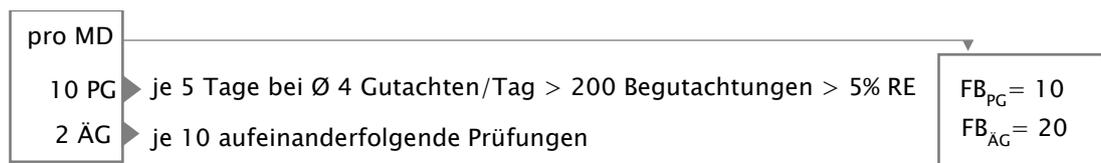
4 Arbeitspaket 2 – Begutachtungsbegleitende Befragung

4.1 Methodik AP 2

Mittels einer begutachtungsbegleitenden schriftlichen Befragung von PG und ÄG wurden im zweiten Projektschritt, die in den Interviews identifizierten Unsicherheiten und Einflussfaktoren validiert und quantifiziert.

Geplant war die Analyse von potenziellen Unsicherheiten bei mindestens 50 pflegfachlichen Begutachtungen/Prüffällen mit ausgesprochener Rehabilitationsempfehlung sowie 100 ärztliche Prüffällen einer Rehabilitationsempfehlung. Dabei sollte die Datenerhebung konsekutiv im Rahmen der regulären Begutachtungstätigkeit erfolgen, um möglichst nahe an den Realbedingungen den Forschungsgegenstand zu untersuchen. Die Stichprobenkalkulation erfolgte bereits vor Projektbeginn orientiert an der Teilnahme von fünf MD, ressourcenorientierten Aspekten und den zu erwartenden Umfängen ausgesprochener Rehabilitationsempfehlungen (Abbildung 3).

— Einzelkalkulation je teilnehmendem Medizinischen Dienst



— Gesamtkalkulation

$N_{MD} = 5$		
$N_{PG} = 50$	> 1000 konsekutive Begutachtungen > 5 % mit Reha-Empfehlung	FB _{PG} = 50
$N_{ÄG} = 10$		FB _{ÄG} = 100

Abbildung 3. Stichprobenkalkulation zur begutachtungsbegleitenden Befragung unter Realbedingungen

Aufbauend auf den qualitativen Ergebnissen wurde für die begutachtungsbegleitende Datenerhebung jeweils ein pflegfachlicher und ein ärztlicher Kurzfragebogen sowie ein einmalig auszufüllender Selbstauskunftsbogen für die Studienteilnehmenden entwickelt. Die begutachtungsbegleitenden Kurzfragebögen beinhalteten Fragen zur Fallsituation der begutachteten Person (Alter, Geschlecht, Erst- oder Wiederholungsantrag, Ergebnis der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Aspekte zur Wohnsituation usw.) sowie Fragen zur gutachterlichen (Un-)Sicherheit hinsichtlich der zu prüfenden rehabilitativen Indikationskriterien und verschiedener damit assoziierten Entscheidungsaspekten (z. B. vorliegende Informationen zur ambulanten Versorgung etc.). Entscheidungsunsicherheiten bezüglich Indikationskriterien wurden hierbei mittels einer 11-stufigen numerischen Ratings-Skala (NRS) von 0 (sehr unsicher) bis 10 (sehr sicher)

erhoben. Die ausgewählte Intervallskalierung orientierte sich an einem Bereich zwischen 0 % und 100 % und stützte sich auf Befunde der Entscheidungspsychologie¹⁶. Hinsichtlich der Interpretation von Unsicherheit wurde davon ausgegangen, dass eine geringe Sicherheit mit höherer Unsicherheit gleichzusetzen ist: Je niedriger der angegebene Sicherheitsgrad desto eher handelt es sich demnach um eine unsichere Entscheidung (NRS 8 = 80 % Sicherheit = 20% Unsicherheit). Neben entscheidungsbezogenen Bewertungsfragen enthielt der Kurzbogen vor allem Single- bzw. Multiple-Choice Fragen, die sich am Aufbau des Formulargutachtens der Pflegebedürftigkeitsprüfung orientierten.

Der einmalig auszufüllende Selbstauskunftsbogen erfasste zugrundeliegende Aspekte der Entscheidungsfindung (z.B. Erfahrung mit/Einstellung zur medizinischen Rehabilitation), die in den qualitativen Interviews als potenzielle, gutachterseitige Einflussfaktoren benannt wurden. Eine kognitive Pre-Testung der entwickelten Erhebungsbögen wurde mit drei PG und zwei ÄG durchgeführt, die bereits im AP 1 an der Testung der qualitativen Interviews beteiligt waren. Alle pflegfachlichen und ärztlichen Fragebögen befinden sich im Anhang 6.

Alle MD, die im AP 1 in die Studie involviert waren, erklärten sich auch für die Durchführung der schriftlichen Befragung bereit. Zur Absicherung der kalkulierten Fallzahlen wurde die begutachtungsbegleitende Datenerhebung somit in sechs statt der ursprünglichen geplanten fünf MD implementiert. Über eine MD-interne Koordinierungsperson erfolgte im August 2021 die Abstimmung zum organisatorischen Ablauf der Befragung sowie der Ansprache und Gewinnung von Befragungsteilnehmenden. Sofern möglich, wurden vorrangig PG und ÄG innerhalb der MD für das begutachtungsbegleitende Ausfüllen der Kurzbögen angefragt, die nicht bereits Teilnehmende der qualitativen Interviews waren. Alle Studieninteressierten erhielten ab September über die internen Koordinierungspersonen der MD anonymisierte Studiendokumente. PG wurden gebeten, für 20 aufeinanderfolgende Vor-Ort-Begutachtungen, ÄG für 10 aufeinanderfolgende Prüfungen einer Rehabilitationsempfehlung jeweils einen Kurzfragebogen auszufüllen und inklusive des Selbstauskunftsbogens mittels vorfrankiertem Rückumschlag bis Ende Oktober an die MLU zurückzusenden. Je ausgefüllten Fragebogen erhielten die studienbeteiligten MD eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 20 €.

Aufgrund einer deutlichen pandemiebedingten Reduktion der Vor-Ort-Begutachtungen in einem MD wurde dort die auszufüllende Anzahl an Fragebögen pro Pflegefachkraft auf 12 (statt 20) reduziert. Da sich in diesem MD auch die Anzahl ärztlich zu prüfender Rehabilitationsempfehlungen aus Vor-Ort-Begutachtungen reduzierte, wurde in einem strukturähnlichen MD ein/e ÄG für die Studienteilnahme nachrekrutiert. In den 6 MD

¹⁶ Vgl. Pfister et al. 2017

wurden so insgesamt 1.110 begutachtungsbegleitende PG-Kurzbögen in 55 verschlossenen Umschlägen und 132 prüfbegleitende ÄG-Kurzbögen in 12 verschlossenen Umschlägen¹⁷ verteilt.

Insgesamt gingen bis Anfang November 2021 997 ausgefüllte Kurzbögen von 53 PG und 122 ausgefüllte Kurzbögen von 12 ÄG bei der MLU ein¹⁸. Alle Rücksendungen enthielten zusätzlich den ausgefüllten Selbstauskunftsbogen der insgesamt 65 Studienteilnehmenden. Die Verwaltung, Verarbeitung und Analyse der zurückgesendeten Fragebögen erfolgte durch die MLU.

Alle Daten wurden deskriptiv analysiert und wenn möglich auf Zusammenhänge hinsichtlich berichteter Unsicherheiten untersucht. Leitend waren hierbei die Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews. Die Auswertung von Unsicherheiten erfolgte primär über der angegebenen Bewertung zur Entscheidungssicherheit (mittels NRS), wobei neben der Nutzung intervallskalierter Angaben zusätzlich eine Dichotomisierung in sichere und unsichere Entscheidung erfolgte. Als Cut-Off wurde der Wert 8 (= 80% Sicherheit) gewählt. Eine **sichere Entscheidung** definierte sich demnach über das Intervall von 80 – 100%iger Sicherheit. Eine **unsichere Entscheidung** lag dementsprechend vor, wenn ein Wert von 7 (= 70% Sicherheit = 30 % Unsicherheit) oder weniger angegeben war. Auf Basis dieser einzelnen Kriterien bezogene Entscheidungs(un-)sicherheiten wurden die pflegfachlichen und ärztlichen Prüfungen in einem weiteren Schritt nochmals insgesamt kategorisiert. Lag bei den zu prüfenden Rehabilitationskriterien im Rahmen der dokumentierten Prüfung mindestens eine unsichere Entscheidung bezüglich eines Indikatorkriteriums vor, wurde diese als **Prüfung mit Unsicherheit** definiert. Prüfungen mit ausschließlich sicheren Entscheidungen waren als **sichere Prüfung** definiert.

Für die statistische Analyse wurden neben den begutachtungsbegleitenden Kurzfragebögen auch die Daten aus den gutachterlichen Selbstauskunftsbögen für Vergleiche und Subgruppenanalysen herangezogen. Die Befunde der qualitativen Interviews dienten hierbei als analyseleitende Ansatzpunkte. Die Auswahl der auf Assoziationen mit sowie auf Gruppenunterschiede hinsichtlich der Entscheidungs(un-)sicherheiten geprüften Merkmale/Faktoren erfolgte anhand theoretischer Überlegungen sowie insbesondere auf Grundlage der inhaltsanalytischen Ergebnisse aus AP 1.

Die Beschreibung der Versicherten- und Begutachtungscharakteristika erfolgt mittels einfacher deskriptiver Kennwerte. Für kategoriale Merkmale werden jeweils die absoluten (n) und relativen (%) Häufigkeiten berichtet. Für metrische Merkmale werden neben

¹⁷ Alle Umschläge enthielten Ersatzbögen (PG n=2; ÄG n=1; Ausnahme: MD mit reduzierten PG-Bögen), die von einigen Studienteilnehmenden zusätzlich ausgefüllt und zurückgesandt wurden.

¹⁸ Soll lt. Antrag: teilnehmende PG/ÄG = 50/10; ausgefüllte Kurzbögen PG/ÄG = 1.000/100

den absoluten Häufigkeiten jeweils der Mittelwert mit dazugehöriger Standardabweichung angegeben. Zur Prüfung bivariater Zusammenhänge und Gruppenunterschiede wurden in Abhängigkeit vom Skalenniveau unterschiedliche statistische Verfahren angewandt: Für Zusammenhänge zwischen metrischen Variablen wurde der Korrelationskoeffizient r ermittelt (Pearson Produkt-Moment Korrelation). Nach Cohen¹⁹ weist ein r im Bereich zwischen 0,10 und 0,29 auf einen kleinen, im Bereich zwischen 0,30 und 0,49 auf einen moderaten und ein $r \geq 0,5$ auf einen großen Zusammenhang hin. Zur Prüfung von Zusammenhängen kategorialer Variablen wurden Chi²-Tests bzw. für zwei binäre oder kategoriale Variablen mit zum Teil geringer Zellenbesetzung (<5 Fälle) Exakte Tests nach Fisher durchgeführt. Zur Ermittlung von Mittelwertunterschieden wurden t-Tests sowie Mann-Whitney U-Tests herangezogen. Statistisch signifikante Zusammenhänge wurden – falls methodisch möglich – in multivariablen Modellen explorativ untersucht. Dazu wurden multiple lineare (metrisches Outcome) sowie logistische (binäres Outcome) Regressionsanalysen gerechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf $p \leq 0,05$ festgesetzt. Alle Analysen erfolgten mit der Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 25.0.

¹⁹ Vgl. Cohen (1988)

4.2 Ergebnisse AP 2

4.2.1 Charakteristik der studienbeteiligten Gutachterinnen und Gutachter

Insgesamt beteiligten sich 53 PG und 12 ÄG aus sechs MD an der begutachtungsbegleitenden Fragebogenerhebung, wobei auch von allen Teilnehmenden ein ausgefüllter Selbstauskunftsbogen vorlag. Der überwiegende Teil der PG war weiblich (68 %) und hatte ein Alter zwischen 30 und 49 Jahren (85 %). Etwa die Hälfte (58 %) der teilnehmenden PG war seit weniger als sieben Jahren beim MD beschäftigt und war somit nach der Einführung des Optimalen Begutachtungsstands eingestellt wurden. Die PG gaben an, vor Beginn der Pandemie im Durchschnitt monatlich 83 Pflegebegutachtungen durchgeführt zu haben. Die teilnehmenden ÄG waren vergleichsweise etwas älter (75 % \geq 50 Jahre) und häufiger länger beim MD (67 % \geq 7 Jahre) beschäftigt. Die Anzahl der geprüften Rehabilitationsempfehlungen (vor der Pandemie) wurde auf durchschnittlich 103 Empfehlungen im Monat eingeschätzt (Tabelle 2).

Tabelle 2. Charakteristik der studienbeteiligten PG und ÄG im bei der begutachtungsbegleitenden Fragebogenerhebung

	PG (N=53)		ÄG (N=12)	
	n	%	n	%
Alter				
30 – 39 Jahre	24	45	1	8
40 – 49 Jahre	21	40	2	17
50 – 59 Jahre	5	9	3	25
60 oder älter	2	4	6	50
<i>Fehlende Angaben</i>	1	2	-	
Geschlecht: weiblich	36	68	10	83
Gutachterliche Tätigkeitsdauer beim MD				
< 4 Jahre	16	30	3	25
4 – 6 Jahre	15	28	1	8
7 – 9 Jahre	7	13	3	25
> 9 Jahre	15	28	5	42
mtl. Gutachten ^{vor Pandemie} ; M \pm SD (min – max)	83 \pm 25 (5 – 105)		103 \pm 101 (30 – 320)	
Persönlicher Rehabilitationsbezug				
Besuch/Besichtigung einer Reha-Einrichtung	10	19	9	78
In Reha-Einrichtung selbst gearbeitet	5	9	7	58
Reha selbst in Anspruch genommen	7	13	5	42
Reha-Inanspruchnahme im näheren Umfeld	37	70	9	81

Legende: N/n Anzahl; % Anteil; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = Minimum; Max = Maximum; PG = pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter; ÄG = ärztliche Gutachterinnen und Gutachter; MD = Medizinischer Dienst

Von den PG gaben 19 % an, eine medizinische Rehabilitationseinrichtung besichtigt bzw. besucht zu haben, 9 % waren dort früher beruflich beschäftigt. 13 % der PG hatten bereits selbst eine medizinische Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen. Unter den ÄG hatten 42 % selbst eine medizinische Rehabilitationsleistung absolviert, 58 % waren in einer Einrichtung beruflich tätig und insgesamt 78 % hatten eine Rehabilitationseinrichtung besichtigt bzw. besucht.

Sowohl PG als auch ÄG wurden im Selbstauskunftsbogen gebeten eine generelle Einschätzung zur Schwierigkeit bei Prüfung der einzelnen Rehabilitationskriterien abzugeben. Unter den PG gaben 26 % an, dass die Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit generell eher schwierig sei. Die Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsziele stuften weniger als 10 % als eher schwierig ein (Abbildung 4). Subgruppenvergleiche nach Alter und Beschäftigungsdauer bezüglich der wahrgenommenen Prüfungsschwierigkeit zur Rehabilitationsfähigkeit zeigten keine Unterschiede.

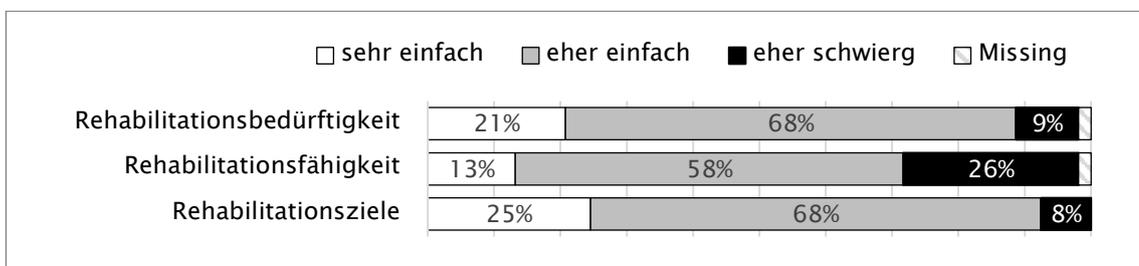


Abbildung 4. Subjektiver Schwierigkeitsgrad bei Bewertung einzelner Indikationskriterien aus Sicht der pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachter (N=53)

Drei von zwölf studienbeteiligten ÄG bewerteten die Einschätzung der Rehabilitationsprognose sowie die Entscheidung der Zuweisungsempfehlung insgesamt als eher schwierig. Die Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit wurde von zwei ÄG, die Rehabilitationsbedürftigkeit von einem/r ÄG in der Regel als eher schwierig angesehen (Abbildung 5).

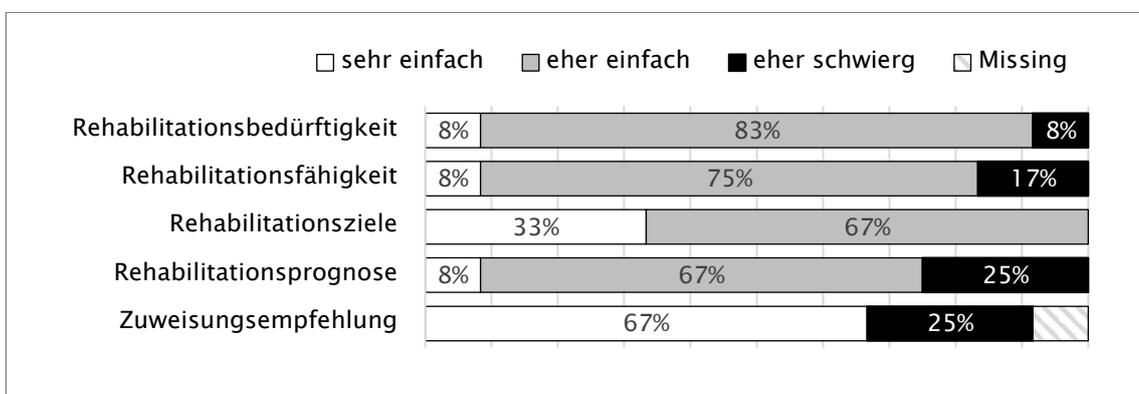


Abbildung 5. Subjektiver Schwierigkeitsgrad bei Bewertung einzelner Indikationskriterien bzw. Prüfinhalten aus Sicht der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter (N=12)

Um die gutachterlichen Perspektiven zu medizinischen Rehabilitationsleistungen bei der Analyse von Entscheidungsunsicherheiten bzw. Unsicherheitsbereichen berücksichtigen zu können, enthielten die Selbstauskunftsbögen verschiedene direkte und indirekte Abfragen zum rehabilitationsbezogenen Wissen und Verständnis.

PG wurden gebeten ihren persönlichen Wissensstand zu unterschiedlichen Aspekten von medizinischen Rehabilitationsleistung einzuschätzen (Tabelle 3). Hier zeigte sich, dass der selbsteingeschätzte Wissensstand zum *Ablauf einer medizinischen Rehabilitation* sowie zur *regionalen Rehabilitationsangebotssituation* vergleichsweise am geringsten ausgeprägt war. Eine längere Beschäftigungsdauer der PG sowie vorhandene rehabilitative Bezugspunkte (v.a. Beschäftigung in oder Besichtigung einer Rehabilitationseinrichtung) waren tendenziell mit einer höheren Selbsteinschätzung zum rehabilitationsbezogenen Wissen assoziiert.

Tabelle 3. Selbsteingeschätzter Wissensstand der PG (0 = kein Wissen; 10 = umfangreiches Wissen) bezüglich Leistungen der medizinischen Rehabilitation

	PG (N=53)	
	M (SD)	Min-Max
Ziele einer medizinischen Rehabilitation	7,8 (1,1)	4-10
Therapieangeboten in der medizinischen Rehabilitation	7,1 (1,5)	4-10
Ablauf einer medizinischen Rehabilitation	6,4 (2,2)	0-10
Besonderheiten der Angebotsformen (stationär, ambulant etc.)	7,3 (2,3)	1-10
Unterschiede geriatrische & indikationsspezifische Reha	8,4 (1,7)	3-10
Reha-Angebotssituation in der Region	6,7 (2,1)	1-10

Legende: N = Anzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = Minimum; Max = Maximum; PG = pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter

Für die Erhebung des gutachterlichen Verständnisses zur medizinischen Rehabilitation pflegebedürftiger Personen enthielt der Selbstauskunftsbogen Aussagen, denen die pflegfachlichen und ärztlichen Studienteilnehmenden zustimmen oder die sie ablehnen konnten (4-stufige Skala von „stimme voll zu“ bis „stimme gar nicht zu“). Die Aussagen verknüpften dabei zum Teil persönliche Einstellungen bzw. Meinungen und konkrete Verfahrensvorgaben (Tabelle 4).

Jede/r vierte Studienteilnehmende stimmte demnach der Aussage zu, dass für Personen mit schweren Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten eine medizinische Rehabilitationsleistung generell nicht geeignet sei. Ein Drittel sprach sich dafür aus, dass eine Rehabilitationsempfehlung nur für Personen ausgesprochen werden

sollte, die eine medizinische Rehabilitationsleistung auch möchten. Nahezu alle Studienteilnehmenden vertraten zudem die Meinung, dass bei erschwertem Zugang zu ambulanten Therapien alternativ eine medizinische Rehabilitation angeboten werden sollte.

Tabelle 4. Verständnis zur medizinischen Rehabilitation und einer Rehabilitationsempfehlung unter den Studienteilnehmenden

	N = 53 PG	N = 12 ÄG
Zustimmung zu folgenden Aussagen:	n (%)	n (%)
Für Personen mit <u>schweren</u> Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten ist die medizinische Rehabilitation <u>nicht</u> geeignet.	12 (23 %)	1 (25 %)
Für Personen mit erschwertem Zugang zu ambulanten Therapien sollte alternativ eine medizinische Rehabilitation angeboten werden.	47 (89 %)	11 (92 %)
Eine Rehabilitationsempfehlung sollte nur dann ausgesprochen werden, wenn die begutachtete Person eine Rehabilitation auch will.	20 (38 %)	4 (33 %)
Wenn bei einer Person <u>kein</u> Pflegegrad festgestellt wird, muss die Rehabilitationsbedürftigkeit <u>verneint</u> werden.	1 (2 %)	1 (8 %)
Wenn ausreichend ambulante oder mobile Rehabilitationsangebote verfügbar wären, <u>würde ich häufiger</u> Rehabilitationsempfehlungen aussprechen (PG) bzw. häufiger Rehabilitationsempfehlungen (ÄG) zustimmen.	13 (25 %)	4 (33 %)
Nach (früh-)rehabilitativer Krankenhausbehandlung sollten <u>keine</u> Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen oder eine mobile Rehabilitation erbracht werden.	1 (2 %)	0 (0 %)

Legende: n Anzahl; % Anteil; PG = pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter; ÄG = ärztliche Gutachterinnen und Gutachter; dargestellt sind die Anzahl (Anteile) an Studienteilnehmenden, die den aufgeführten Aussagen im Fragebogen zugestimmt haben.

Ergänzend enthielt der Selbstauskunftsbogen der PG eine kurze Abfrage zur subjektiven Bewertung des ärztlichen Prüfschritts im Rahmen der Abgabe von Rehabilitationsempfehlungen. Die PG hatten die Möglichkeit drei vorgegebenen Aussagen zuzustimmen oder diese abzulehnen (Tabelle 5). Die Mehrheit der studienbeteiligten PG (87 %) bewertete es als positiv, dass bei eigener Unsicherheit die Entscheidung zur Rehabilitationsempfehlung auf ärztlicher Ebene getroffen wird. Ein geringer Teil der PG (15 %) gab an, dass sie wahrscheinlich häufiger eine Rehabilitationsempfehlung abgeben würden, wenn es keine zusätzliche ärztliche Prüfung der Empfehlungen gebe.

Tabelle 5. Einstellung zur ärztlichen Prüfung der eigenen Rehabilitationsempfehlungen unter den pflegfachlichen Studienteilnehmenden (N=53)

Zustimmung zu folgenden Aussagen:	n (%)
Ich finde es gut, dass ich bei eigener Unsicherheit die Entscheidung zur Reha-Empfehlung in ärztliche Hände legen kann.	46 (87 %)
Ich habe mich schon mal gegen eine Reha-Empfehlung entschieden, weil ich nicht wollte, dass mein Gutachten von ärztlicher Seite gegengelesen wird.	1 (2 %)
Wenn es keine ärztliche Prüfung gäbe, würde ich wahrscheinlich häufiger Reha-Empfehlungen aussprechen.	8 (15 %)

Legende: n Anzahl; % Anteil; dargestellt sind die Anzahl (Anteile) an Studienteilnehmenden, die den aufgeführten Aussagen im Fragebogen zugestimmt haben.

Da in den qualitativen Interviews der Austausch zwischen pflegfachlicher und ärztlicher Ebene als wichtige Einflussgröße auf Entscheidungsprozesse beschrieben wurde, enthielt der Selbstauskunftsbogen Fragen zur wahrgenommenen Kommunikationspraxis im Zusammenhang mit den Rehabilitationsempfehlungen.

Tabelle 6. Kommunikationspraxis im Rahmen der Erstellung und Prüfung von Rehabilitationsempfehlungen aus Sicht der studienbeteiligten PG und ÄG

	PG (N=53)	ÄG (N=12)
Anteil an Reha-Empfehlung, die zwischen PG und ÄG direkt <u>besprochen</u> werden		
...mehr als 75 %	2 (4 %)	-
...zwischen 25 % und 75 %	12 (23 %)	3 (25 %)
...weniger als 25 %	30 (57 %)	9 (75 %)
...keine	9 (17 %)	-
 feste Zuordnung* zwischen PG und ÄG	11 (21 %)	0 (0 %)
Erhalten^{PG}/Geben^{ÄG} Sie eine Rückmeldung zur Entscheidung bzgl. der Reha-Empfehlung		
...(nahezu) immer	27 (51 %)	7 (58 %)
...hauptsächlich bei Ablehnung	18 (34 %)	4 (33 %)
...selten bzw. gar keine Rückmeldung	8 (15 %)	1 (8 %)

Legende: *eine feste Zuordnung bezieht sich hier auf n Anzahl; % Anteil

Mehr als die Hälfte der studienbeteiligten Gutachterinnen und Gutachter (PG: 57 % ÄG: 75 %) berichtete, dass es bei weniger als einem Viertel aller Rehabilitationsempfehlungen zur direkten Besprechung zwischen PG und ÄG kommt. Fast jede/r fünfte PG (17 %) gab an, dass in der Regel kein persönlicher Austausch mit ÄG zu den Rehabilitationsempfehlungen stattfindet. Bezüglich der generellen ärztlichen Rückmeldung zur ihrer abschließenden Bestätigung bzw. Ablehnung der Rehabilitationsempfehlung gab die Hälfte der ÄG (58 %) an, nahezu immer ihre Prüfentscheidung an die verantwortlichen PG zu

übermitteln, ein Drittel (33 %) hauptsächlich bei Ablehnung der geprüften Empfehlungen. Bei den PG zeigten sich vergleichbare Anteile bezüglich der erhaltenen Rückmeldungen zur ärztlichen Prüfung (51 % nahezu immer; 34 % bei Ablehnung). Einige PG (15 %) vermerkten, dass sie selten bzw. nie erfahren, ob die Empfehlung von ärztlicher Seite bestätigt oder abgelehnt wurde.

Da die ÄG in der Regel die abschließende Zuweisungsempfehlung bei bestätigter Rehabilitationsempfehlung treffen und im qualitativen Studienschritt ein variierender ärztlicher Umgang mit der verfügbaren rehabilitativen Angebotssituation geäußert wurde, konnten die ÄG im Selbstauskunftsbogen die rehabilitative Angebotsverfügbarkeit in ihrer Einzugsregion bewerten. Die zwölf studienbeteiligten ÄG gaben eine insgesamt gute Verfügbarkeit von stationär geriatrischen (früh-)rehabilitativen Krankenhausbehandlungen sowie indikationsspezifischen/geriatrischen stationären Rehabilitationsangeboten an. Die Verfügbarkeit ambulanter Rehabilitationsangebote wurde als etwas weniger gut bewertet, wobei insbesondere die Versorgungssituation mit mobilen Angeboten insgesamt als schlecht eingestuft wurde (Tabelle 7).

Tabelle 7. Ärztliche Einschätzung (0 = sehr schlecht; 10 = sehr gut) zur Rehabilitationsangebotsituation in der verantworteten Einzugsregion

	n	M (SD)	Min-Max
indikationsspezifische stationäre Rehabilitationsangebote	12	7,9 (1,6)	5-10
indikationsspezifische ambulante Rehabilitationsangebote	12	6,8 (1,9)	2-9
geriatrische stationäre Rehabilitationsangebote	12	7,0 (2,0)	2-9
geriatrische ambulante Rehabilitationsangebote	11	5,0 (2,5)	0-8
ambulante mobile Rehabilitationsangebote	11	2,0 (2,4)	0-7
stationären geriatrischen (früh-)rehabilitativen KH-Behandlung	11	8,1 (1,1)	6-10
ambulante geriatrischen (früh-)rehabilitativen KH-Behandlung	8	6,3 (2,4)	2-9

Legende: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = Minimum; Max = Maximum; KH = Krankenhaus

4.2.2 Begutachtete Personen im Rahmen der Studie

Durch die 52 studienbeteiligten PG wurden mittels des entwickelten Kurzbogens insgesamt 997 Pflegebegutachtungen dokumentiert. Jede/r PG dokumentierte dabei durchschnittlich 19 Begutachtungen, wobei die Anzahl an ausgefüllten Kurzbögen pro PG zwischen 10²⁰ und 22 variierte.

Etwa jede zweite **pflegefachlich** begutachtete Person war ≥ 80 Jahre alt (49 %) und es handelte sich mehrheitlich um eine Erstbegutachtung (51 %) oder eine Höherstufung (41 %). Beim überwiegenden Anteil lag eine ambulante Wohnsituation vor (39 % allein, 50 % mit anderen Personen), etwa jede zehnte begutachtete Person war in einer vollstationären Einrichtung wohnhaft. Bei 75 % der durchgeführten Prüfungen lag die ermittelte Pflegebedürftigkeit im Bereich zwischen Pflegegrad 1 und 3 (Tabelle 8). In 80 % der Prüffälle wurden seitens der PG Empfehlungen zur Verbesserung oder zum Erhalt der festgestellten Selbständigkeit oder Fähigkeiten (7.1 im FG) dokumentiert, darunter am häufigsten für den Bereich Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung (71 %) gefolgt von Empfehlungen bezüglich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychischer Problemlagen und/oder Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (33 %).

Die ÄG dokumentierten im Studienzeitraum insgesamt 122 Prüfungen von pflegefachlichen Rehabilitationsempfehlungen (\emptyset 10 pro ÄG; Min = 10; Max = 11). Da die Datenerhebung ohne zeitliche bzw. organisatorische Verknüpfung der pflegefachlichen und ärztlichen Prüffälle erfolgte, ist zu beachten, dass die ärztlichen Prüfungen hier nicht aus der Stichprobe der pflegefachlichen Begutachtungen stammen.

Bei etwa einem Drittel der **ärztlichen** Prüffälle waren die begutachteten Person ≥ 80 Jahre alt (37 %) und es handelte sich in zwei von drei Fällen um Erstbegutachtungen (67 %). In fast allen Prüffällen (96 %) waren die begutachtete Person ambulant wohnhaft (43 % allein, 53 % mit anderen Personen) und der überwiegende Anteil wies einen pflegefachlich ermittelten Pflegegrad zwischen 1 und 3 (85 %) auf. Für 99 % der Prüfungen wurden die pflegefachlichen Empfehlungen zur Verbesserung oder zum Erhalt der festgestellten Selbständigkeit oder Fähigkeiten (7.1 im FG) durch die ÄG übertragen. Beim Großteil lagen Empfehlungen Bereich Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung (93 %) vor, bei jeder zweiten Prüfung (55 %) gab es pflegefachliche Empfehlungen bezüglich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychischer Problemlagen und/oder Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Tabelle 8).

²⁰ In einem beteiligten Medizinischen Dienst wurden aufgrund temporär verringerter Vor-Ort-Begutachtungen, die PG gebeten nur 10 anstatt der geplanten 20 Kurzbögen auszufüllen.

Tabelle 8. Übersicht zu den begutachteten Personen (=Prüffälle) im Rahmen der studienbeteiligten Fragebogenerhebung

	Pflegefachliche Prüfungen (N=997)		Ärztliche Prüfungen (N=122)	
	n	%	n	%
Alter der begutachteten Personen				
< 18 Jahre	22	2,2	7	5,7
18 – 64 Jahre	183	18,4	32	26,2
65 – 79 Jahre	297	29,8	38	31,1
80 – 89 Jahre	415	41,6	41	33,6
≥ 90 Jahre	75	7,5	4	3,3
<i>keine Angaben</i>	5	0,5	-	-
Geschlecht				
weiblich	537	53,9	80	65,6
männlich	407	40,8	35	28,7
<i>keine Angaben</i>	53	5,3	7	5,7
Wohnsituation				
ambulant allein	387	38,8	52	42,6
ambulant mit anderen Personen	498	49,9	65	53,3
ambulant betreute Wohngruppe	9	0,9	1	0,8
vollstationär	91	9,1	3	2,5
<i>keine Angaben</i>	12	1,2	1	0,8
Antragsart				
Erstantrag	512	51,4	82	67,2
Wiederholungsantrag	31	3,1	4	3,3
Höherstufung	405	40,6	28	23,0
Widerspruch	42	4,2	6	4,9
<i>keine Angaben</i>	7	0,7	2	1,6
Begutachtungsergebnis – Pflegegrad				
Kein Pflegegrad	117	11,7	16	13,1
Pflegegrad 1	198	19,9	42	34,4
Pflegegrad 2	334	33,5	46	37,7
Pflegegrad 3	212	21,3	16	13,1
Pflegegrad 4	71	7,1	2	1,6
Pflegegrad 5	34	3,4	-	-
<i>keine Angaben</i>	31	3,1	-	-
Pflegefachliche Empfehlungen in mehreren Bereichen möglich (!)				
Empfehlungen im Bereich...				
a) 7.1.1 Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung	713	71,5	114	93,4
b) 7.1.2 kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	425	42,6	66	54,5
c) 7.1.3 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	76	7,6	15	12,3
Keine Empfehlung dokumentiert	197	19,8	1	0,8

Legende: n Anzahl; % Anteil

4.2.3 Pflegefachliche Unsicherheiten

Bei 323 der 997 Begutachtungen (32 %) wurde durch die PG eine Prüfung der Rehabilitationsindikation bzw. einer Rehabilitationsempfehlung (Bearbeitung des Formularpunkts 7.3) dokumentiert. Demnach fand bei fast allen PG (95 %) mindestens eine Prüfung im Rahmen der Datenerhebung statt, wobei die individuelle Prüfhäufigkeit zwischen 5 % und 100 % der dokumentierten Begutachtungen (durchschnittlich n=19) variierte. Bei mehr als der Hälfte der PG (57 %) führte eine durchgeführte Prüfung ausnahmslos zur einer ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlung, 36 % der PG entschieden sich nach eingeleiteter Prüfung auch teilweise gegen eine Rehabilitationsempfehlung, wobei nur einzelne PG bei nahezu jeder ihrer Begutachtungen eine Indikationsprüfung dokumentierten.

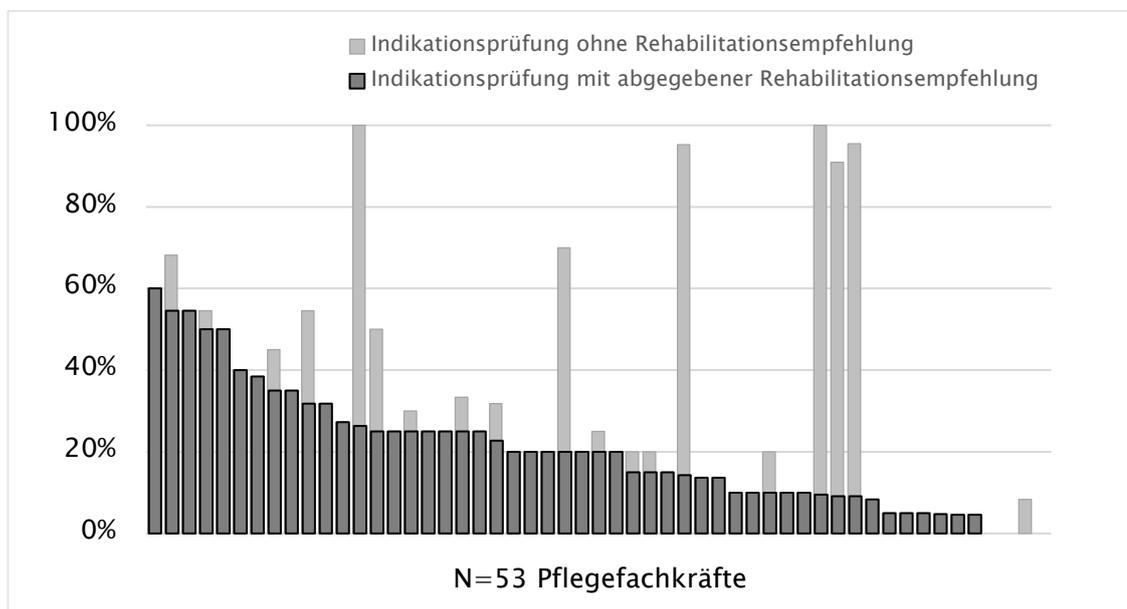


Abbildung 6. Anteil der individuellen rehabilitationsbezogenen Prüf- und Empfehlungsquoten der 53 studienteilnehmenden pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachter

Insgesamt führten 200 der 323 dokumentierten Indikationsprüfungen (62%) zu einer pflegefachlich ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlung. Im Vergleich zu den insgesamt 797 Begutachtungen ohne resultierende Rehabilitationsempfehlung (123 mit Indikationsprüfung/ohne Empfehlung, 674 ohne Indikationsprüfung) ist hier der Anteil der Personen mit einer pflegebegründenden demenziellen bzw. psychischen Erkrankung, mit einem Pflegegrad ≥ 3 oder Personen in einer betreuten/vollstationären Wohnform anteilig etwas niedriger (siehe Tabelle 9). Des Weiteren sind auch Personen ohne resultierendem Pflegegrad, mit bevorstehender Operation bzw. einem geplanten Krankenhausaufenthalt und einer bereits absolvierten Rehabilitationsleistung insbesondere im letzten Jahr unter den 200 Prüffällen mit resultierender Rehabilitationsempfehlung vergleichsweise geringer vertreten. Vereinzelt wurde durch PG zudem freitextlich ergänzt,

dass eine medizinische Rehabilitationsleistung bereits bewilligt sei und daher auf die Prüfung auf Rehabilitationsempfehlung verzichtet wurde.

Tabelle 9. Vergleich der pflegfachlich begutachteten Personen mit und ohne resultierender Rehabilitationsempfehlung

	Begutachtete Personen				p
	...ohne Reha-empfehlung (n=797)		...mit Reha-Empfehlung (n=200)		
	n	%	n	%	
Alter der begutachteten Personen					
< 18 Jahre	20	2,5	2	1,0	
18 – 64 Jahre	149	18,7	34	17,0	
65 – 79 Jahre	234	29,4	63	31,5	0,12
80 – 89 Jahre	323	40,5	92	46,0	
≥ 90 Jahre	67	8,4	8	4,0	
<i>keine Angaben</i>	4	0,5	1	0,5	
Wohnsituation					
ambulant allein	292	36,6	95	47,5	
ambulant mit anderen Personen	401	50,3	98	49,0	
ambulant betreute Wohngruppe	9	1,1	-	-	< 0,01
vollstationär	84	10,5	6	3,0	
<i>keine Angaben</i>	11	1,4	1	0,5	
Begutachtungsergebnis – Pflegegrad					
Kein Pflegegrad	96	12,0	20	10,0	
Pflegegrad 1	127	15,9	71	35,5	
Pflegegrad 2	255	32,0	80	40,0	
Pflegegrad 3	188	23,6	24	12,0	< 0,01
Pflegegrad 4	70	8,8	1	0,5	
Pflegegrad 5	35	4,4	-	-	
<i>keine Angaben</i>	26	3,3	4	2,0	
Operation/Krankenhausaufenthalt geplant	51	6,4	5	2,5	0,08
Med. Reha innerhalb der letzten 4 Jahre	227	28,5	23	11,5	< 0,01
Pflegebegründende F-Diagnose dokumentiert	249	31,2	27	13,5	< 0,01
...Demenzielle Erkrankung (F00-F03)	111	13,9	9	4,5	< 0,01
...Sonstige F-Diagnose (F04-F99)	138	17,3	18	9,0	0,03

Legende: n Anzahl; % Anteil, p = Signifikanzwert basierend auf Chi²-Test/Fisher's Exakter Test

Für jede dokumentierte Pflegebegutachtung sollten die PG die Bedarfsgerechtigkeit der aktuellen Versorgungssituation für die begutachtete Person einschätzen. Die hausärztliche Versorgung wurde dabei nahezu immer als adäquat, die fachärztliche Versorgung dagegen bei mehr als jeder fünften Begutachtung als unzureichend beurteilt. Hinsichtlich der Heilmittelversorgung schätzten die PG anteilig am häufigsten Versorgungsdefizite ein. Bei drei Viertel (74 %) der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen dokumentierten die PG eine unzureichende Versorgung mit Heilmitteln, bei den Begutachtungen ohne resultierende Rehabilitationsempfehlung betraf dies jede zweite Person (57

%). In etwa einem Drittel aller Prüffälle schätzten die PG die aktuelle Versorgung mit Hilfsmitteln als nicht bedarfsgerecht ein (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10. Pflegefachliche Einschätzung zur Versorgungssituation bei begutachteten Personen mit und ohne Rehabilitationsempfehlung

	Begutachtete Personen			
	...ohne Reha- Empfehlung (n=797)		...mit Reha- Empfehlung (n=200)	
	n	%	n	%
Hausärztliche Versorgung: unzureichend	47	6,0	10	5,0
Fachärztliche Versorgung: unzureichend	177	22,9	42	21,2
Heilmittelversorgung: unzureichend	431	56,9	143	74,1
Hilfsmittelversorgung: unzureichend	217	27,9	66	33,7

Legende: n Anzahl; % Anteil

In 77 % (n=248) der Prüfungen verwiesen die PG auf hilfreiche, rehabilitationsbezogene Entscheidungsinformationen, die sich aus den Aussagen der begutachteten Person selbst ergeben haben. Bei 60 % (n = 193) konnten Angehörige der begutachteten Person hilfreiche entscheidungsrelevante Information beisteuern, in 10 % (n = 36) anwesendes Pflegepersonal. Für jede zweite Prüfung (n = 170; 53 %) dokumentierten die PG, dass mindestens eine zusätzliche und als hilfreich eingestufte Informationsquelle bezüglich der Entscheidungsfindung (Abbildung 7) genutzt werden konnte. Dabei am häufigsten Krankenhausberichte (35 %) und Medikamentenpläne (27 %).

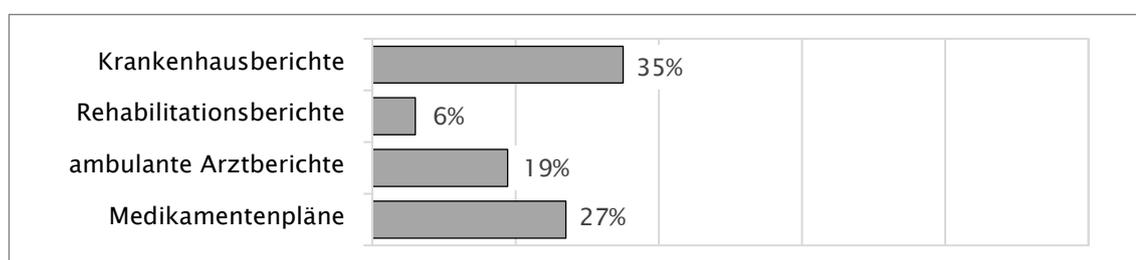


Abbildung 7. Anteil an Prüfungen bei denen ergänzende und als hilfreich bewertete Informationsquellen für die pflegefachliche Entscheidungsfindung zur Rehabilitationsempfehlung vorliegen

Insgesamt dokumentierten die PG bezüglich ihrer Gesamtentscheidung zur Rehabilitationsempfehlung sowie bei Beurteilung einzelner Rehabilitationskriterien überwiegend eine hohe subjektive Entscheidungssicherheit. Wie aus Tabelle 11 ersichtlich wird, liegen alle Mittelwerte der Entscheidungssicherheit oberhalb des definierten Cut-off-Wertes (>7) für eine sichere Entscheidung, sowohl bei dokumentierten Prüfungen ohne als auch mit resultierender Rehabilitationsempfehlung.

Tabelle 11. Subjektive Entscheidungssicherheit (,0' sehr unsicher – ,10' sehr sicher) der pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachter bei Prüfung einzelner Indikationskriterien sowie der Gesamtentscheidung

	Prüfung <u>ohne</u> Empfehlung		Prüfung <u>mit</u> Empfehlung	
	<i>n</i>	M (SD)	<i>n</i>	M (SD)
<i>Entscheidungssicherheit bezgl. ...</i>				
Rehabilitationsbedürftigkeit	89	8,9 (1,4)	197	8,7 (1,5)
Rehabilitationsfähigkeit	83	8,9 (1,6)	192	9,0 (1,4)
Rehabilitationsziele	94	8,7 (1,5)	197	8,5 (1,6)
Sicherheit der Gesamtentscheidung zur RE	108	9,2 (1,5)	198	8,9 (1,4)

Legende: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; RE = Rehabilitationsempfehlung

In einem weiteren Auswertungsschritt wurden die Anteile an Prüfungen mit Entscheidungsunsicherheiten (≤ 7) näher betrachtet. So bewerteten die PG bei 43 von 323 Prüfungen (13 %) ihre Gesamtentscheidung für/gegen die Rehabilitationsempfehlung²¹ als unsicher (≤ 7 auf 10er-Skala). Bei den 200 Prüfungen, die in einer Rehabilitationsempfehlung mündeten, betrug der Anteil an unsicheren Gesamtentscheidungen 16 % ($n=32$), bei den übrigen 123 Prüfungen, aus denen keine Rehabilitationsempfehlung resultierte, lagen in 10 % ($n=11$) unsichere Gesamtentscheidungen vor. Mindestens eine unsichere Gesamtentscheidung wurde von 25 der 50 PG dokumentiert, die übrigen PG (50 %) vermerkten zu allen ihrer Empfehlungsentscheidungen eine hohe Sicherheit. Eine im Rahmen der Begutachtung wahrgenommene negative rehabilitationsbezogene Einstellungen der begutachteten Person sowie eigene Rehabilitationserfahrungen²² der PG zeigten sich mit einer höheren Unsicherheit bei der Gesamtentscheidung zur Rehabilitationsempfehlung verknüpft. Bei Vorliegen von als hilfreich bewerteten Krankenhausberichten sowie bei stellvertretenden Rehabilitationserfahrungen²³ der PG wurde eine höhere Entscheidungssicherheit hinsichtlich der Rehabilitationsempfehlung berichtet.

Die PG konnten am Ende des Kurzfragebogens konkrete Aspekte freitextlich notieren, die im jeweiligen Einzelfall die Entscheidung zur Rehabilitationsempfehlung wesentlich erschwerten. In 90 von 323 Prüfungen wurde diese Möglichkeit genutzt und entsprechende Gründe inhaltsanalytisch zusammengefasst. Am häufigsten vermerkten die PG Schwierigkeiten bei der Abwägung der Rehabilitationsfähigkeit ($n=40$; z.B. „*leichte kognitive Defizite und Schwerhörigkeit*“) und eine ablehnende Haltung der begutachtenden Per-

²¹ Nach der Angabe, ob eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen wurde oder nicht, sollten die Befragten ergänzend einschätzen, wie sicher sie insgesamt mit dieser Entscheidung zur Rehabilitationsempfehlung waren.

²² Rehabilitationsleistungen selbst in Anspruch genommen

²³ Stellvertretende Rehabilitationserfahrungen liegen vor, wenn eine Rehabilitation nicht durch die PG selbst, sondern durch Personen aus deren familiären/privaten Umfeld in Anspruch genommen wurde.

sonen gegenüber einer medizinischen Rehabilitationsleistung (n=20; z.B. „Reha wird konsequent abgelehnt“). Vergleichsweise weniger häufig wurden Entscheidungsschwierigkeiten bezüglich der Rehabilitationsbedürftigkeit (n=7; z.B. „neuaufgetretene Einschränkungen ggf. nicht dauerhaft“) sowie bei Ableitung realistischer Rehabilitationsziele (n=4; z.B. „Reha-Transfer ins Alltagsleben fraglich“) dokumentiert. Ebenfalls erschwerten bereits absolvierte Rehabilitationsleistungen in der Vergangenheit (n=6) bzw. eine aktuell laufende/geplante Rehabilitationsbeantragung (n=3; z.B. „psychosomatische Reha vom Psychiater beantragt“), unklare Diagnosen (n=4; z.B. „Sturzereignisse in d. letzten 4 Monaten mit unklarer Genese“) sowie Zweifel an der praktischen Realisierbarkeit der Rehabilitationsleistung (n=4; z.B. „Kleinkind im Haushalt“) und Unsicherheiten zur generellen Prognose (n=2; z.B. „unklare Prognose durch Tumorrezidiv“) die Entscheidungsfindung der PG.

Die Unsicherheitsanalyse auf Ebene der zu bewertenden Einzelindikationskriterien ergab, dass bei 92 der 323 Indikationsprüfungen (29 %) Entscheidungsunsicherheiten in mindestens einem der drei rehabilitationsbezogenen Indikationskriterien dokumentiert wurden. Dies verteilt sich auf 39 der 50²⁴ studienbeteiligten PG (78 %). Vergleichsweise häufig fanden sich Unsicherheiten bei der Einschätzung realisierbarer Rehabilitationsziele, hier sind bei jeder fünften Beurteilung Entscheidungsunsicherheiten vermerkt. Unter den 200 ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen ist bei 67 (33 %) mindestens ein unsicheres Indikationskriterium dokumentiert. Unter der übrigen 123 Indikationsprüfungen, bei denen keine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen wurde, lässt sich bei 25 (20 %) mindestens ein unsicher bewertetes Indikationskriterium finden. Geringere Entscheidungssicherheiten bei einzelnen Indikationskriterien waren mit einer geringeren Sicherheit bezüglich der Gesamtentscheidung assoziiert, wobei hier die Unsicherheit zur Einschätzung realistischer Rehabilitationsziele am stärksten mit einer unsicheren Gesamtentscheidung korrelierte (n=280, r = 0.59; p<0,01).

Unsichere Entscheidungen zur Rehabilitationsbedürftigkeit notierten die PG in 49 der 323 Prüfungen (15 %). Unter den Prüfungen mit resultierender Rehabilitationsempfehlung lag der Anteil bei 20 % (n=40). Eine Überprüfung²⁵ zu potenziellen Erklärungsfaktoren der subjektiven Unsicherheiten bei Bewertung der Rehabilitationsbedürftigkeit ergab, dass eine unzureichend eingeschätzte hausärztliche Versorgung sowie eine direkte Rehabilitationserfahrung seitens der PG (=eigene Inanspruchnahme) mit einer tendenziell geringeren Entscheidungssicherheit zur Rehabilitationsbedürftigkeit assoziiert

²⁴ Drei der insgesamt 53 PG führten im Rahmen der dokumentierten Begutachtungen keine Indikationsprüfungen durch und bearbeiteten nicht die entsprechenden Fragen zu Unsicherheiten.

²⁵ Schritt 1: Bivariate Analyse zu Merkmalen der begutachteten Person und Charakteristik der begutachtungsverantwortlichen PG; Schritt 2: Multivariable lineare Regressionsmodellierung (aV: Entscheidungssicherheit; uV: bivariat signifikante Faktoren)

waren (Modellgüte gering; Korr. $R^2=0,121$). Zentrale Merkmale der begutachteten Person (u.a. Alter, Pflegegrad, Wohnsituation etc.) zeigten dagegen keinen Einfluss.

In 35 der 323 (11 %) der Indikationsprüfungen fanden sich die Entscheidungsunsicherheiten bei der Bewertung der Rehabilitationsfähigkeit. Hierbei zeigten sich Hinweise auf einen negativen Zusammenhang zwischen dem Pflegegrad und der Entscheidungssicherheit zur Rehabilitationsfähigkeit. Je höher der Pflegegrad der begutachteten Person, desto höher war die subjektive Entscheidungsunsicherheit der PG bei Bewertung der Rehabilitationsfähigkeit (Modellgüte gering; Korr. $R^2=0,057$). Bei den 123 Prüfungen aus denen keine Rehabilitationsempfehlungen resultierten, wurde bei der Hälfte ($n=63$; 51 %) die Rehabilitationsfähigkeit seitens der PG verneint. Die entsprechenden Gründe sind in Tabelle 12 geordnet nach Häufigkeit aufgelistet (Mehrfachnennungen möglich; freitextlich ergänzte Begründungen durch *FT* gekennzeichnet).

Tabelle 12. Pflegefachliche Begründung zur fehlenden Rehabilitationsfähigkeit bei den Indikationsprüfungen nach absoluter Häufigkeit

<i>Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben aufgrund von..</i>	<i>n</i>
fehlende Kooperations-/Einsichtsfähigkeit aufgrund psychischer oder fortschrittlicher dementieller Störungen	14
stark verminderte kardiale oder pulmonale Belastbarkeit	8
ausgeprägte psychische Störungen	7
hochgradige körperliche Schwäche, zum Beispiel durch Tumor-Kachexie	7
<i>FT: aktuelle Tumorthherapie bzw. fortgeschrittene Tumorerkrankung</i>	7
<i>FT: spezifische neurologische Erkrankung (z.B. frühkindlicher Hirnschaden)</i>	6
schwere Orientierungsstörung	5
<i>FT: Ablehnung durch begutachtete Person</i>	4
große Wunden oder Dekubitalgeschwüre	3
nicht beeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung	2
die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen	2
<i>FT: geplante operative Versorgung</i>	2
ausgeprägte Antriebsstörung	1
<i>FT: Schwerhörigkeit/Sprachbarriere</i>	1
<i>FT: Adipositas Grad III</i>	1

Legende: n Anzahl; FT: Freitextergänzungen der PG unter dem Punkt: „Sonstige Gründe“; alle anderen Gründe waren vorgegebene Ankreuzoptionen

Bei jeder fünften Prüfung ($n=60$; 19 %) vermerkten die PG Entscheidungsunsicherheiten zu den realisierbaren Rehabilitationszielen. Eine bei den begutachteten Personen wahrgenommene negative rehabilitationsbezogene Einstellung war hierbei mit einer höheren Unsicherheit bei der Beurteilung realisierbarer Rehabilitationsziele assoziiert. Ebenfalls zeigte sich im multivariablen Modell eine geringere Entscheidungssicherheit, wenn die PG über eigene Rehabilitationserfahrungen (=Inanspruchnahme) verfügten. Im Rahmen

der Begutachtung verfügbare und als hilfreich eingeschätzte Krankenhaus- und Arztberichte erhöhten dagegen die Entscheidungssicherheit (Modellgüte gering; Korr. $R^2=0,092$). Bei subjektiv sicheren Gesamtentscheidungen zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Beurteilungssicherheit der einzelnen Reha-Kriterien: je sicherer sich PG hinsichtlich eines Indikationskriteriums waren, desto sicherer beurteilten sie auch die anderen Kriterien. Bei unsicheren Entscheidungen ist dieser Zusammenhang nicht nachweisbar. Folglich werden sichere Entscheidungen zur Rehabilitationsempfehlung getroffen, wenn alle Indikationskriterien sicher beurteilt werden. Zu einer unsicher eingeschätzten Gesamtentscheidung konnte bereits die Unsicherheit hinsichtlich eines Indikationskriteriums führen, während die anderen Indikationskriterien sicher beurteilt wurden.

Abschließend konnten die PG im Kurzbogen für jede ausgesprochene Rehabilitationsempfehlung die aus ihrer Sicht passendste Angebotsform zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsleistung dokumentieren²⁶. Beim Großteil der Rehabilitationsempfehlungen (86 %) entschieden sich die PG für eine stationäre Zuweisungsempfehlung jeweils etwa zur Hälfte in einer geriatrischen bzw. einer indikationsspezifischen Einrichtung. Ambulante (7 %) oder mobile Durchführungsformen (2 %) wurden dagegen lediglich in Einzelfällen als passende Angebotsform gesehen.

Tabelle 13. Pflegefachliche Zuweisungsempfehlung für die im Rahmen der Studie abgegebene Rehabilitationsempfehlungen

<i>Passende Angebotsform aus Sicht der PG</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
geriatrisch – stationär	83	41,5
indikationsspezifisch – stationär	88	44,0
geriatrisch – ambulant	6	3,0
indikationsspezifisch – ambulant	7	3,5
geriatrisch – mobil	2	1,0
indikationsspezifisch – mobil	1	0,5
<i>keine Angabe</i>	<i>13</i>	<i>6,5</i>

Legende: n Anzahl; % Anteil

²⁶ Die Entscheidung zur Zuweisungsempfehlung obliegt standardgemäß den ÄG und ist in der Regel nicht Aufgabe der PG.

4.2.4 Ärztliche Unsicherheiten

Von den im Rahmen der Studie via Kurzbogen dokumentierten 122 ärztlichen Prüfungen einer pflegefachlichen Rehabilitationsempfehlung wurden 101 (83 %) bestätigt. Die individuelle Bestätigungsquote der 12 studienbeteiligten ÄG variierte zwischen 40 % und 100 %. Die 21 Ablehnungen (17 %) wurden am häufigsten mit der Nichterfüllung mindestens eines Rehabilitationskriteriums begründet, wobei sich in 16 Prüfungen die Ablehnung auf die Erforderlichkeit einer medizinischen Rehabilitation (als Teilaspekt der Rehabilitationsbedürftigkeit) bezog. Die übrigen Ablehnungen begründeten sich aus einer fehlenden Rehabilitationsfähigkeit (n=3) und einer nur vorübergehenden eingestuftem Aktivitäts-/Teilhabebeeinträchtigung (n=1). In einem weiteren Fall wurden alle Indikationskriterien zwar bejaht, die Rehabilitationsempfehlung aber abschließend aufgrund einer bereits durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistung abgelehnt. Ablehnungen betrafen etwas häufiger jüngere (≤ 64 Jahre) und männliche Personen sowie Personen mit einer dokumentierten pflegebegründenden F-Diagnose (Tabelle 14).

Tabelle 14. Vergleich der bestätigten und abgelehnten ärztlichen Prüffälle mit und ohne abgegebener Rehabilitationsempfehlungen

	Bestätigte Empfehlungen (n=101)		Abgelehnte Empfehlungen (n=21)	
	n	%	n	%
<i>Alter der begutachteten Personen</i>				
< 18 Jahre	7	7	0	-
18 – 64 Jahre	22	22	10	48
≥ 65	72	72	11	53
Geschlecht: weiblich	71	73	9	50
<i>Begutachtungsergebnis – Pflegegrad</i>				
Kein Pflegegrad	12	12	4	19
Pflegegrad 1	36	36	6	29
Pflegegrad 2	38	38	8	38
Pflegegrad ≥ 3	15	15	3	14
Pflegebegründende F-Diagnose dokumentiert	20	20	6	29
<i>Ärztliche Einschätzung zur Versorgungssituation</i>				
Hausärztliche Versorgung: unzureichend	3	3,0	3	14,3
Fachärztliche Versorgung: unzureichend	10	9,9	4	19,0
Heilmittelversorgung: unzureichend	57	56,4	13	61,9
Hilfsmittelversorgung: unzureichend	27	26,7	9	42,9
Zugang zur ambulanten Versorgung: eher schlecht	1	4,8	27	27,6

Legende: n Anzahl; % Anteil

Insgesamt schätzten die ÄG die Entscheidungsfindung bei den im Rahmen der Studie dokumentierten Prüfungen größtenteils als einfach ein. Nur in fünf von 121 Prüfungen

bewerteten die ÄG die Gesamtentscheidung als eher schwer (≤ 5). Die subjektive Entscheidungsschwierigkeit bei abgelehnten Empfehlungen wurde im Durchschnitt etwas höher bewertet als bei bestätigten Empfehlungen (Tabelle 15).

Tabelle 15. Prüfschwierigkeit (,10' sehr einfach – ,0' sehr schwer) bei den begutachteten Rehabilitationsempfehlungen aus Sicht der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter

	Gesamt		Bestätigte Empfehlungen		Abgelehnte Empfehlungen	
	<i>n</i>	M (SD)	<i>n</i>	M (SD)	<i>n</i>	M (SD)
Subjektive Prüfschwierigkeit	119	8,7 (1,5)	98	8,9 (1,3)	21	7,8 (1,7)

Legende: *n* Anzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Ein ähnliches Bild zeigte die Auswertung der Entscheidungsunsicherheiten bei den zu bewertenden einzelnen Indikationskriterien. So lag die ärztliche Entscheidungssicherheit in den fünf abgefragten Kriterien auf einem insgesamt hohen Niveau. Bei befürworteten Empfehlungen war die kriterienbezogene Entscheidungssicherheit im Durchschnitt höher als bei abgelehnten Empfehlungen (Tabelle 16). Höhere Entscheidungsunsicherheiten fanden sich vor allem bei verneinten Indikationskriterien.

Tabelle 16. Subjektive Indikationssicherheit (,0' sehr unsicher – ,10' sehr sicher) bei den begutachteten Rehabilitationsempfehlungen aus Sicht der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter

	Gesamt		Bestätigte Empfehlungen		Abgelehnte Empfehlungen	
	<i>n</i>	M (SD)	<i>n</i>	M (SD)	<i>n</i>	M (SD)
Aktivitäts-/Teilhabebeeinträchtigung	114	9,0 (1,3)	93	9,1 (1,3)	21	8,7 (1,0)
Komplexer Ansatz einer Rehabilitationsleistung erforderlich	115	9,1 (1,2)	94	9,3 (0,9)	21	8,0 (2,0)
Körperliche Rehabilitationsfähigkeit	115	9,0 (1,6)	96	9,0 (1,7)	19	8,6 (1,3)
Psych./kogn. Rehabilitationsfähigkeit	116	8,9 (1,6)	96	9,0 (1,6)	20	8,3 (1,6)
Rehabilitationsziele und -prognose	115	8,6 (1,8)	97	8,7 (1,8)	18	8,0 (2,0)

Legende: *n* Anzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Bei insgesamt 32 der 122 Prüfungen wurde mindestens eine unsichere Entscheidung (≤ 7) unter den fünf Indikationskriterien dokumentiert, wobei diese am häufigsten die Entscheidung zur psychisch/kognitiven Rehabilitationsfähigkeit (13 %) und die Rehabilitationsziele/-prognose betraf (12 %). Unter den bestätigten Empfehlungen waren bei jeder fünften Prüfung ($n=23$), bei den abgelehnten Empfehlungen bei fast der Hälfte der Prüfungen ($n=9$) mindestens ein unsicher bewertetes Indikationskriterium dokumentiert. Bei allen 12 studienbeteiligten ÄG ließ sich mindestens in einer Prüfung eine solche Unsicherheit finden. Je mehr unsicher bewertete Indikationskriterien innerhalb einer Prü-

fung vorlagen, desto eher wurde auch die Gesamtprüfentscheidung als schwierig bewertet ($n=119$; $r = 0.59$; $p<0,01$). Zudem war eine höhere Unsicherheit hinsichtlich der Erforderlichkeit einer Rehabilitation mit einer erhöhten subjektiven Prüfschwierigkeit assoziiert ($n=114$; $r = 0.74$; $p<0,01$). Unsichere Entscheidungen betrafen dabei tendenziell häufiger Prüffälle, bei denen die begutachteten Personen ein geringeres Alter hatte (<65 Jahre), höhere Punkte in den Begutachtungsmodulen 2 und 3 vorlagen oder eine pflegebegründende F-Diagnose dokumentiert wurde.

Aufgrund der zentralen Bedeutung der verfügbaren Informationen zur begutachteten Person, die im Rahmen des Prüfverfahrens insbesondere über die Dokumentation der PG bereitgestellt werden, sollten die ÄG für jede Prüfung auch die vorhandene entscheidungsrelevante Informationsgrundlage bewerten. Für über 90 % der Prüfungen gaben die ÄG an, anhand der vorgefundenen Informationen im Gutachten die jeweilige pflegefachliche Entscheidung zur Abgabe einer Rehabilitationsempfehlung grundlegend nachvollziehen zu können. Der Informationsgehalt des Pflegegutachtens als Grundlage der ärztlichen Entscheidungsfindung wurde in den meisten Prüfungen durch die ÄG als gut bewertet ($\bar{x} 8,3 \pm 1,3$; Min-Max: 3-10). Die ärztliche Bewertung zu einzelnen Gutachteninhalten variierte in der Gesamtbetrachtung, wobei die Beschreibungen zu Körperfunktionen/-strukturen ($\bar{x} 8,6 \pm 1,3$) der begutachteten Personen vergleichsweise am besten und Informationen zu bisherigen Therapieeffekten ($\bar{x} 7,0 \pm 2,2$) im Schnitt am wenigsten gut bewertet wurden. Bei Prüfungen, aus denen eine Ablehnung resultierte, fiel die ärztliche Bewertung zum Pflegegutachten sowie zu den einzelnen Komponenten generell schlechter aus (Tabelle 17).

Tabelle 17. Ärztliche Bewertung des Pflegegutachtens (,0' sehr schlecht - ,10' sehr gut) für die individuelle Entscheidung zur Rehabilitationsempfehlung

<i>Beschreibung...</i>	Gesamt		Bestätigte Empfehlungen		Abgelehnte Empfehlungen	
	<i>n</i>	M (SD)	<i>n</i>	M (SD)	<i>n</i>	M (SD)
des bisherigen Krankheitsverlaufes	122	8,2 (1,5)	101	8,4 (1,4)	21	7,4 (1,6)
der ambulanten Versorgungssituation	122	7,4 (2,1)	101	7,5 (2,0)	21	6,7 (2,4)
der bisherigen Therapieeffekten	122	7,0 (2,2)	101	7,3 (2,2)	21	5,3 (3,0)
der Körperfunktionen/-strukturen	122	8,6 (1,3)	101	8,7 (1,2)	21	8,1 (1,6)
der Aktivitäten/Teilhabe	122	8,4 (1,4)	101	8,6 (1,2)	21	7,7 (1,9)
der Umweltfaktoren	121	7,9 (1,7)	100	8,1 (1,6)	21	7,0 (1,8)
der personbezogenen Faktoren	122	8,4 (1,3)	101	8,6 (1,2)	21	7,8 (1,7)
Gesamtbewertung zum Gutachten*	121	8,3 (1,3)	100	8,5 (1,2)	21	7,4 (1,6)

Legende: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; *Gesamteinschätzung zum Informationsgehalts des vorgefundenen Gutachtens

Je geringer die Gutachtenqualität seitens der ÄG bewertet wurde, desto höher war auch die eingeschätzte Prüfschwierigkeit ($n=118$; $r = 0.54$; $p<0,01$). Dieser Trend zeigte sich auch in der Betrachtung von Zusammenhängen zwischen der Entscheidungssicherheit

bei einzelnen Rehabilitationskriterien und der Bewertung zur Gutachtenqualität. Eine geringer eingeschätzte Gutachtenqualität ging mit geringerer Entscheidungssicherheit bei den Einzelkriterien einher. Um noch besser einschätzen zu können, welche einzelnen Gutachtenkomponenten zu einer aus ärztlicher Sicht hohen Gutachtenqualität beitragen, erfolgte eine multivariable Modellanalyse²⁷ unter Einbezug der ärztlichen Gutachtenbewertungen. Je besser demnach die ÄG die pflegfachliche Dokumentation zu den Körperfunktionen/-strukturen, den personbezogenen Faktoren, zum bisherigen Krankheitsverlauf sowie zur ambulanten Versorgungssituation bewerten, desto höher wurde der Informationsgehalt eines Gutachtens bewertet (n = 120; Modellgüte hoch; Korr. R²=0,752).

Ergänzende und als hilfreich bewertete Dokumente (u.a. ambulante Arztberichte) lagen insgesamt selten vor (Abbildung 8), z.T. wurde auch darauf hingewiesen, dass entsprechende Unterlagen von den PG vor Ort eingesehen wurden, aber für die ärztliche Prüfung nicht einsehbar waren. Bei einem Fünftel der Prüfungen ergänzten die ÄG Hinweise zu sonstigen genutzten Dokumenten, die für die Entscheidungsfindung herangezogen wurden. Verwiesen wurde hierbei v.a. auf spezifische Selbstauskunftsbögen (n=14) und Vorgutachten (n=5). In 39 der 122 der Prüfungen (32 %) lag mindestens eine dieser genannten Informationsquellen vor. In diesen Prüfungen wurden tendenziell eine geringere Prüfschwierigkeit und höhere Entscheidungssicherheiten in allen Indikationskriterien dokumentiert. Für jede dritte Prüfung (36 %) dokumentierten die ÄG zudem als hilfreich eingeschätzte Freitextergänzungen der PG zur begutachteten Person bzw. zur Rehabilitationsempfehlung. Bei Vorliegen solcher Ergänzungen zeigte sich eine höhere Sicherheit bei Einschätzung der Erforderlichkeit einer Rehabilitation sowie insgesamt eine geringere Prüfschwierigkeit. Eine persönliche Rücksprache mit dem/der empfehlungsverantwortenden PG fand in 6 der 122 Prüfungen (5 %) statt.

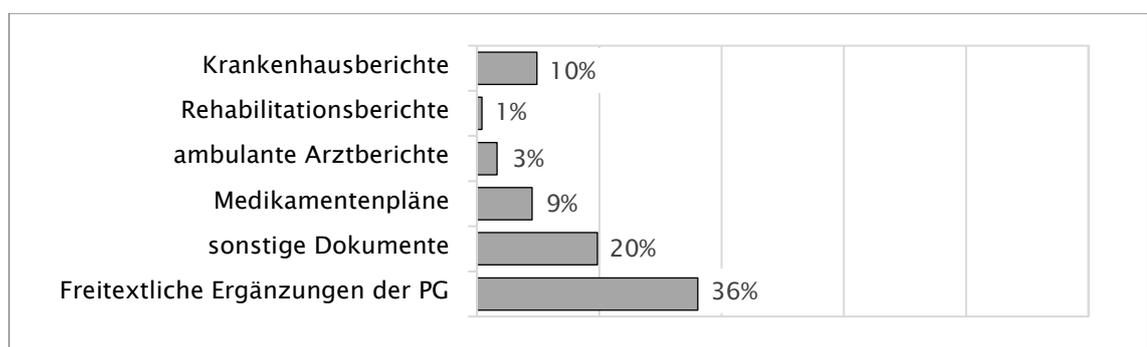


Abbildung 8. Anteil an ärztlichen Prüfungen bei denen ergänzende, hilfreich bewertete Informationsquellen für die ärztliche Entscheidungsfindung vorlagen

²⁷ Lineare Regression, Einschluss vorwärts (n = 120; korrigiertes R-Quadrat = 0.753); aV: ärztlich bewertete Gutachtenqualität (0–10); uV: ärztliche Einzelbewertungen der Gutachtenkomponenten (0–10); Kontrollvariablen: Pflegegrad, Alter

Beim Großteil der bestätigten Empfehlungen sprachen sich die ÄG abschließend für eine Rehabilitationsleistung in stationärer Durchführung (87 %) aus, jeweils zur Hälfte in einer geriatrischen bzw. indikationsspezifischen Einrichtung. In 11 % wurde eine ambulante Zuweisungsempfehlung ausgesprochen. Bei 20 der 101 Zuweisungsempfehlungen waren sich die ÄG bezüglich der trägerseitigen Umsetzbarkeit der Zuweisungsempfehlung unsicher. Unter Kontrolle der ärztlichen Einschätzung zur rehabilitativen Versorgung im eigenem Einzugsgebiet zeigt sich, dass knapp 9 von 10 Zuweisungsempfehlungen vor dem Hintergrund einer gut bewerteten Angebotssituation (6 – 10) erfolgte, also das entsprechende Rehabilitationsangebot aus Sicht der ÄG auch zur Verfügung stand. 12 % der Zuweisungsempfehlungen erfolgten trotz einer eher mäßig/schlecht eingestuften Angebotssituation (≤ 5) wobei sich diese Zuweisungen auf ausschließlich drei der zwölf ÄG zurückführen lässt.

Tabelle 18. Ärztliche Allokationsempfehlung für die im Rahmen der Studie bestätigten Rehabilitationsempfehlungen

<i>Ärztliche Allokationsempfehlungen...</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
geriatrisch – stationär	45	44,6
indikationsspezifisch – stationär	43	42,6
geriatrisch – ambulant	5	5,9
indikationsspezifisch – ambulant	6	5,0
geriatrisch – mobil	0	–
indikationsspezifisch – mobil	0	–
<i>keine Angabe</i>	2	2,0

Legende: n Anzahl; % Anteil

4.3 Zwischenfazit und Reflexion zu AP 2

Die in den qualitativen Interviews (AP 1) gewonnenen Erkenntnisse zu potenziellen Entscheidungsunsicherheiten und gutachterlichen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Prüfung der Rehabilitationsindikation und der Abgabe einer Rehabilitationsempfehlung wurden im AP 2 tiefergehend und aus einer quantitativen Perspektive heraus analysiert. Die zu diesem Zweck konzipierte begutachtungsbegleitende Fragebogenerhebung konnte planmäßig in den studienbeteiligten MD implementiert und die anvisierten Fallzahlen trotz der pandemiebedingten Herausforderungen im Jahr der Erhebung insbesondere auch für die persönlichen Vor-Ort-Begutachtungen erreicht werden.

In der pflegfachlichen Erhebung war mit n=200 ein deutlich höherer Anteil an Pflegebegutachtungen mit resultierender Rehabilitationsempfehlung enthalten als ursprünglich mit n=50 kalkuliert, was für die quantitative Analyse von Unsicherheiten zu einem deutlichen Mehrwert führte. Ein Vergleich zwischen der Begutachtungsstatistik der MD²⁸ des Jahres 2020 und der 997 dokumentierten Begutachtungen der PG zeigt ähnliche Häufigkeitsanteile bezüglich der empfohlenen Pflegegrade bei den begutachteten Personen. Dies spricht dafür, dass die im Rahmen der Studie durchgeführten pflegfachlichen Begutachtungen hinsichtlich der Schwere der Beeinträchtigungen der begutachteten Personen und damit des Grades an Pflegebedürftigkeit repräsentativ für die Begutachtungspraxis sind. Im Zusammenhang mit den beiden Analysestichproben gilt zu beachten, dass die begutachtungsbegleitende Datenerhebung durch die PG und die ÄG auf Grundlage zweier voneinander unabhängiger Stichproben erfolgte. Das heißt, die ärztlichen Indikationsprüfungen stammen nicht aus der Stichprobe der pflegfachlichen Indikationsprüfungen und sind daher fallbezogen nicht verknüpfbar. Bei den 122 Prüffällen der ÄG fällt auf, dass sich die Charakteristik der begutachteten Personen von derjenigen der pflegfachlichen Stichprobe unterscheidet. So zeichnen sich die ärztlichen Prüffälle u.a. durch einen höheren Anteil jüngerer und weiblicher Personen sowie niedrigeren Pflegegradeinstufungen aus. Dies muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass die ärztlichen Prüffälle ausschließlich aus pflegfachlichen Begutachtungen mit Rehabilitationsempfehlung resultieren. So sind die Stichprobencharakteristika der 200 pflegfachlichen Begutachtungen mit Rehabilitationsempfehlung und der 122 ärztlichen Prüfungen wiederum vergleichbar.

Die Analyse der **pflegfachlichen Begutachtungsdokumentationen** verweist übergreifend betrachtet auf eine recht hohe subjektive Entscheidungssicherheit im Zusammenhang mit den Rehabilitationsempfehlungen. Dennoch bieten die Daten auch Hinweise auf be-

²⁸ Vgl. MDS (2021): 2,3 Mio. Begutachtungen darunter mit PG1=16 %, PG2=30 %, PG3=25 %; PG4=14 %; PG5: 7 % und 9 % ohne Pflegebedürftigkeit.

stimmte Unsicherheitsfaktoren sowie deren Häufigkeiten. Bei jeder dritten Indikationsprüfung (29 %) wurden für mindestens eines der drei pflegfachlich relevanten Indikationskriterien Entscheidungsunsicherheiten dokumentiert, wobei dies auf die überwiegende Mehrheit der studienbeteiligten PG (78 %) zurückzuführen ist. Unter den 200 durch PG ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen war der Anteil unsicherer Einzelentscheidungen sogar höher (33 %) als bei den übrigen 123 Prüfungen, aus denen keine Rehabilitationsempfehlung resultierte (20 %). Dies könnte daran liegen, dass zum einen die Abwägung hinsichtlich des Vorliegens einzelner Indikationskriterien in einigen Fällen zwar mit mehr oder weniger starken Unsicherheiten verbunden ist, die PG aber dennoch entsprechend der Vorgaben auch unsichere Entscheidungen zur Vorlage an ÄG senden. Andererseits könnten in einigen Begutachtungen ohne resultierend Rehabilitationsempfehlung die Indikationskriterien klar verneint und damit eine Rehabilitationsempfehlung eindeutig und sicher ausgeschlossen werden. Geringere Entscheidungssicherheiten bei einzelnen Indikationskriterien waren mit einer geringeren Sicherheit bezüglich der Gesamtentscheidung assoziiert. Entsprechende Entscheidungsunsicherheiten fanden sich bezüglich der Bewertung der Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit sowie am vergleichsweise häufigsten bezüglich der Bestimmung von Rehabilitationszielen. In explorativen Analysen stellten sich dabei eine Reihe an personenbezogenen Unsicherheitsfaktoren (z.B. Höhe des Pflegegrads, Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung, Einstellung der begutachteten Person) und Merkmale der PG selbst als einflussreich heraus. In den quantitativen Daten bildeten sich demnach vielfach jene Aspekte ab, die bereits in den Interviews als Unsicherheiten bzw. generell als entscheidungsbeeinflussend von den PG angeführt wurden. Hierbei finden sich recht offensichtliche Hinweise für bestimmte Aspekte (z.B. Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer dementiellen Erkrankung) aber auch indirekte Indizien zu vermeintlichen Problemaspekten (z.B. geringere Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitationsempfehlung bei dokumentierter pflegebegründender F-Diagnose). Die Ergebnisse müssen aber auch vor dem Hintergrund der spezifischen Fallkomplexität, die sich über die begutachtungsbegleitende Befragung nicht vollumfänglich abbilden lässt, sowie einer anzunehmenden unterschiedlichen pflegfachlichen Gewichtung von Entscheidungskriterien im Einzelfall (z.B. klare Rehabilitationsindikation, aber bereits absolvierte Rehabilitationsleistung) eingeordnet werden. Bemerkenswerterweise zeigte sich in kontrollierten Modellen eine pflegfachliche Rehabilitationserfahrung (= eigene Inanspruchnahme) als unsicherheitsverstärkend bezüglich der Bewertung der Rehabilitationsbedürftigkeit und Festlegung von Rehabilitationszielen. Dies stellt auf den ersten Blick eine Diskrepanz zu den Aussagen in den Interviews dar, wonach eigene Erfahrungen das Verständnis von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und damit die subjektive Entscheidungssicherheit eher erhöhen. Möglicherweise führen hier konkrete, persönliche Erfahrungen mit dem Ablauf, den Inhalten und Anforderungen einer medizinischen Rehabilitation – der überwiegend

jüngeren PG – zu einer Projektion auf die meist pflegebedürftige Klientel. Dies könnte dazu beitragen, dass die Passfähigkeit bzw. die „Bewältigung“ einer solchen Rehabilitationsleistung im Einzelfall unsicher erscheint. Bei diesem Befund müssen aber auch die geringe Modellgüte und die damit verbundene Unklarheit hinsichtlich weitere relevanten Einflussfaktoren berücksichtigt werden.

Die erhobenen Daten aus den pflegfachlichen Begutachtungen bieten auch Hinweise zu den im Begutachtungsalltag verfügbaren Informationsquellen. Erwartungsgemäß liefern insbesondere der direkte Austausch mit der begutachteten Person sowie mit bei der Begutachtung anwesenden Personen am häufigsten generelle Entscheidungshilfen. Der bereits in den Interviews geäußerte Mangel an weiteren Informationen, z.B. zu Berichten aus verschiedenen Versorgungsbereichen, zeigt sich recht klar in den Daten. So fanden die PG in nur jeder zweiten geprüften Rehabilitationsempfehlung hilfreich eingeschätzte Zusatzinformationen vor, was zum einen die eigene Entscheidungsgrundlage einschränkt, sich aber auch im nachgeschalteten Schritt auf die Perspektive der ÄG auswirkt.

Bemerkenswert sind zudem die Erkenntnisse zur Allokationsperspektive aus pflegfachlicher Sicht. Die Entscheidung zur Zuweisung obliegt den ÄG. In Kurzfragebogen wurden die PG aber gebeten, die aus ihrer Sicht passendste Durchführungsvariante für die empfohlene Rehabilitationsleistung zu notieren. Bei nahezu jeder zweiten ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlung vermerkten die PG eine Empfehlung zur Durchführung einer indikationsspezifischen Rehabilitationsleistung, überwiegend in stationärer Form. Mobile Angebote – als vermeintlich niedrigschwellige Angebotsform – wurden nur im Einzelfall vermerkt. Dies bestätigt die Interviewbefunde, wonach bereits auf pflegfachlicher Ebene die Umsetzung und Realisierbarkeit eine Rehabilitationsempfehlung bei der Indikationsprüfung mitgedacht werden. Auch deutet sich in der Verteilung der pflegfachlichen Zuweisungsempfehlungen an, dass Rehabilitationsempfehlungen eher für einen geringfügiger beeinträchtigten Personenkreis ausgesprochen werden und es bei unsicherheitsbehafteten Konstellationen (z.B. kognitive Beeinträchtigung, hoher Pflegegrad, Multimorbidität) möglicherweise seltener zu einer Rehabilitationsempfehlung kommt.

Auf Ebene der pflegfachlichen Entscheidungen bleibt letztlich offen, wie groß der Anteil an begutachteten Personen ist, für die aufgrund pflegfachlicher Unsicherheiten keine Prüfung einer Rehabilitationsindikation durchgeführt wurde. Es ist anzunehmen, dass die PG z.B. aufgrund von schwer einschätzbarer Rehabilitationsfähigkeit oder offenkundig ablehnenden Haltung der begutachteten Person sich von vornherein eher für eine Empfehlung von Einzelmaßnahmen entscheiden und eine Rehabilitationsempfehlung (Formular 7.3, siehe auch Abbildung 1) nicht bearbeiten. Hierfür spricht der große Anteil an PG, bei denen eine Prüfung auf Rehabilitationsindikation nahezu immer zur Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung an die ÄG führte. Verfahrenstechnisch ist es grundlegend nachvollziehbar, dass die Abschnitte (7.3.1–7.3.3) im Formulargutachten

für eine Rehabilitationsempfehlung nicht formell ausgefüllt werden, wenn von vornherein ersichtlich ist, dass ein Indikationskriterium nicht erfüllt ist. Inwieweit PG aufgrund von bestimmten Unsicherheiten auf eine Rehabilitationsempfehlung verzichten, lässt sich anhand der erhobenen Daten nicht adäquat nachvollziehen.

Auch die Analyse der **ärztlichen Prüfdokumentation** lieferte zahlreiche Hinweise zu entscheidungsrelevanten Einflussfaktoren sowie generellen Herausforderungen bei der Bearbeitung einer Rehabilitationsempfehlung. Die ärztliche Prüfung einer Rehabilitationsempfehlung beruht schwerpunktmäßig auf den Angaben im Pflegegutachten und erfolgt, im Gegensatz zu der Pflegebegutachtung mit Hausbesuch, immer nach Aktenlage. Von 122 ärztlich dokumentierten Prüfungen einer pflegefachlichen Rehabilitationsempfehlung wurde der Großteil (83 %) bestätigt, wobei die individuelle Bestätigungsquote der 12 studienbeteiligten ÄG zwischen 40 und 100 Prozent variierte. Die ÄG fühlten sich in ihrer Entscheidung generell sicherer, wenn sie die pflegefachliche Indikation bestätigen. Die Ablehnung einer Rehabilitationsempfehlung ging dagegen mit einer geringeren Entscheidungssicherheit einher. Dies kann so interpretiert werden, dass die ÄG Rehabilitationsempfehlungen eher bestätigen, wenn hinsichtlich der Rehabilitationsindikation keine Unsicherheiten bestehen. Die abschließende sozialmedizinische ärztliche Entscheidung ist verbindlich und setzt daher eine höhere Entscheidungssicherheit voraus. Sind die Rehabilitationsindikation bzw. einzelne Kriterien nicht eindeutig gegeben oder nachvollziehbar, führt dies im Umkehrschluss zu einer unsicheren Verneinung einzelner Kriterien und damit zur Ablehnung der Empfehlung.

Um die Bedingungsfaktoren unsicherer Entscheidungen besser voneinander abgrenzen zu können, wurden den ÄG fünf Kriterien zur Beurteilung der Rehabilitationsindikation vorgegeben. Die Rehabilitationsbedürftigkeit wurde in die zwei Kriterien „Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung vorhanden“ und „Erforderlichkeit eines komplexen und mehrdimensionalen Behandlungsansatzes einer Rehabilitation gegeben“ untergliedert. Auch bei der Rehabilitationsfähigkeit wurde nach „Körperlicher Rehabilitationsfähigkeit“ und „Psychische/kognitive Rehabilitationsfähigkeit“ differenziert. Als fünftes Kriterium waren „Rehabilitationsziele- und prognose“ zusammenfassend zu bewerten. Bei insgesamt 32 der 122 analysierten Indikationsprüfungen dokumentierten die ÄG mindestens eine unsichere Entscheidung. Am häufigsten betraf dies die Beurteilung der psychisch/kognitiven Rehabilitationsfähigkeit (13 %) und der Rehabilitationsziele/-prognose (12 %). Bei jeder fünften bestätigten (n=23) und bei knapp der Hälfte der abgelehnten (n=9) Indikationsprüfungen wurde mindestens ein Kriterium als unsicher bewertet. Unsichere Entscheidungen betrafen dabei tendenziell häufiger Personen unter 65 Jahren, Personen mit

höheren Punktwerten in den Modulen 2 und 3²⁹ sowie mit vorliegender pflegebegründender Diagnose aus dem Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F-Diagnosen). Hier zeigen sich sowohl Parallelen zu den Aussagen in den ärztlichen Interviews als auch zu den identifizierten pflegfachlichen Unsicherheitsaspekten.

Beim Großteil der ärztlichen Indikationsprüfungen (90 %) war die pflegfachliche Ableitung einer Rehabilitationsempfehlung für die ÄG nachvollziehbar. Auch bei mehr als der Hälfte der letztlich abgelehnten Rehabilitationsempfehlungen dokumentierten die ÄG eine Nachvollziehbarkeit der pflegfachlichen Entscheidung. Gemäß BRI³⁰ werden die PG ganz bewusst dazu motiviert auch unsichere Rehabilitationsempfehlungen zur ärztlichen Prüfung weiterzuleiten. Den entscheidungsrelevanten Informationsgehalt der Pflegegutachten bewerteten die ÄG für die meisten Prüfungen als gut. Eine seitens der ÄG als gering eingeschätzte rehabilitationsbezogene Gutachtenqualität ging mit einer höheren ärztlich wahrgenommenen Prüfschwierigkeit einher. Die ärztliche Bewertung einzelner Gutachteninhalte variierte in der Gesamtbetrachtung. Gerade die Informationen zu bisherigen Therapieeffekten wurden vergleichsweise weniger häufig als gut beurteilt, was im Einklang mit der generell eher mangelhaften Verfügbarkeit entsprechender Informationen bereits auf Ebene der PG steht. Dass ergänzende Informationsquellen, wie z.B. Krankenhausberichte, nur selten vorlagen, spiegelte sich letztlich auch in den Daten der ÄG. Standen zusätzliche Informationsquellen zur Verfügung, zeigte sich eine höhere ärztliche Entscheidungssicherheit. Als hilfreich wurden hierbei auch Freitextangaben der PG eingeschätzt. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen zu den spezifischen Inhalten eines aus ärztlicher Sicht ergiebigen Pflegegutachten. Eine hohe entscheidungsrelevante Qualität besitzen aus ärztlicher Sicht jene Gutachten, die sich durch einen hohen Informationsgehalt bezüglich der bisherigen ambulanten Versorgung, des Krankheitsverlaufes sowie der Beschreibung der Schädigungen von Körperfunktionen/-strukturen und personenbezogenen Faktoren auszeichnen. Dies unterstreicht die große Bedeutung der angemessenen Verfügbarkeit von Informationen zur begutachteten Person sowie der adäquaten Informationsaufbereitung und -kommunikation im zweistufigen Prüfverfahren. Vor dem Hintergrund möglicher Unterschiede in den pflegfachlichen und ärztlichen Perspektive zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation erscheint es demnach bedeutsam, welche Informationen und in welcher Form diese im Pflegegutachten und der Rehabilitationsempfehlung dokumentiert werden.

²⁹ Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten; Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

³⁰ Vgl. MDS (2021) S. 106: „Wenn sich die Pflegekraft in ihrer Einschätzung bezüglich einer Rehabilitationsindikation nicht sicher ist, wird auch eine Ärztin oder ein Arzt in die Begutachtung eingeschaltet.“

Die Verteilungen hinsichtlich der abschließenden ärztlichen Zuweisungsempfehlungen war mit der Verteilung der pflegfachlich abgegebenen Zuweisungsempfehlungen vergleichbar. Dies lässt sich in mehrere Richtungen interpretieren. Zum einen spiegelt sich darin die pflegfachliche Vorselektion wider, die die Charakteristik der ärztlichen Prüffälle bestimmt. Eine vergleichbare Charakteristik der begutachteten Personen begründen auch ähnliche Zuweisungsempfehlungen. Die Ergebnisse können so verstanden werden, dass den ÄG deutlich seltener Rehabilitationsempfehlungen für schwerer beeinträchtigte Personen, die z.B. ein mobiles Angebot benötigen, vorgelegt werden. Hierbei kommt die bereits angesprochene Stichprobenkonsistenz zwischen pflegfachlichen Rehabilitationsempfehlungen und ärztlichen Prüffällen zum Tragen. Da in einzelnen studienbeteiligten MD eine Zuweisungsempfehlung von pflegfachlicher Seite bereits dokumentiert wird, legt zudem nahe, dass die ÄG diesen entsprechenden Vorschlägen häufig folgen. Nicht zuletzt bestätigt die Analyse zum Zusammenhang zwischen ärztlicher Zuweisungsempfehlung und Einschätzung zur regionalen Verfügbarkeit bei den ÄG den Interviewbefund, dass Empfehlungsentscheidungen (auch) in Abhängigkeit der verfügbaren Angebote getroffen werden.

Zusammenfassend präsentieren sich die pflegfachlichen und ärztlichen Ergebnisse in sich sehr konsistent. Die Befunde innerhalb der beiden Professionen lassen sich wiederkehrend anhand direkter und indirekter Aspekte spiegeln. Gleichzeitig bestätigen sich einzelne Ergebnisse zu Unsicherheitsfaktoren professions- bzw. verfahrensübergreifend. Auf Basis dieser Gesamtperspektive erfolgte die Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur gezielten Förderung der Entscheidungssicherheiten im Kontext der Rehabilitationsempfehlungen.

5 Arbeitspaket 3 – Workshop zur Entwicklung von Empfehlungen

5.1 Methodik AP 3

Im letzten Projektabschnitt sollte basierend auf den Erkenntnissen aus den Arbeitspaketen 1 und 2 Empfehlungen zur Verbesserung der gutachterlichen Entscheidungssicherheit im Zusammenhang mit der Prüfung der Rehabilitationsindikation sowie Abgabe der Rehabilitationsempfehlungen abgeleitet werden. Ziel war es, konkrete Handlungsempfehlungen für Medizinische Dienste zu entwickeln, die essentielle Unsicherheitsbereiche adressieren und vor dem Hintergrund der praktischen Routinen und Herausforderungen eine realistische Umsetzungsperspektive aufweisen.

Dazu wurde ein Workshop mit Vertreterinnen und Vertretern aus verschiedenen Professionen durchgeführt, in dessen Rahmen die gewonnenen Studienerkenntnisse diskutiert und mögliche Lösungsansätze zur Verbesserung gutachterlicher Entscheidungssicherheiten unter Einbezug verschiedener Perspektiven erarbeitet wurden. Alle Teilnehmenden am Workshop sollten unterschiedliche Perspektiven auf den Zugangsweg Pflegebegutachtung vertreten und in entsprechende Prozessabläufe involviert sein bzw. einen engen Bezugspunkt zur untersuchten Thematik aufweisen. Die professionsbezogene Zusammensetzung und Auswahl einzelner Personen erfolgte über die Projektverantwortlichen in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband. Zum Workshop sollten 12 Teilnehmende aus folgenden Bereichen eingeladen werden:

- n = 3 pflegfachliche Gutachterinnen/Gutachter aus unterschiedlichen Medizinischen Diensten; darunter nach Möglichkeit eine Person aus einem Medizinischen Dienst ohne Studienbeteiligung
- n = 2 ärztliche Gutachterinnen/Gutachter aus unterschiedlichen Medizinischen Diensten
- n = 1 Vertreterinnen/Vertreter aus der Sozialmedizinischen Expertengruppe 2 Pflege der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste
- n = 2 Vertreterinnen/Vertreter der Pflegekassen bzw. Pflegeberatung der Pflegekasse
- n = 1 Chefärztin/Chefarzt aus einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung (möglichst mit breitem Angebotsspektrum)
- n = 1 Vertreterin/Vertreter des Kompetenz-Centrums Geriatrie
- n = 2 Vertreterinnen/Vertreter des GKV-Spitzenverbandes

Anhand dieser Zusammenstellung erfolgte die Auswahl eines konkreten Teilnehmendenkreises und eine Einladung via E-Mail. Aufgrund der Pandemiesituation wurde der Workshop als eintägige Online-Veranstaltung ausgerichtet. Alle Teilnehmenden erhielten zwei Wochen vor dem Workshop eine Informationsbroschüre (Anhang 8) mit den zentralen Studienergebnissen der beiden vorangegangenen Arbeitspakete sowie einer Beschreibung zum Ablauf des Workshops inklusive der Aufgaben für die teilnehmenden Expertinnen und Experten. Der Workshop bestand aus einem Einführungsteil (Vorstellung der Teilnehmenden, Darstellung des Forschungsprojekts und zentraler Ergebnisse), einer problemzentrierten Bearbeitung konkreter Fragestellungen in zwei parallelen Kleingruppen sowie einer abschließenden Ergebnisreflexion inkl. Austausch zu den erarbeitenden Lösungsansätzen mit allen Teilnehmenden. Die Moderation erfolgte durch die Projektleitung.

Alle Arbeitsergebnisse und Diskussionsbeiträge der Kleingruppenarbeit sowie die abschließende Plenumsdiskussion wurden durch Projektmitarbeitende der MLU protokolliert und den Teilnehmenden nach dem Workshop zur Durchsicht und Ergänzung vorgelegt. Die Dokumentation diente im Anschluss des Workshops zur Ausformulierung konkreter Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gutachterlichen Entscheidungssicherheit. Nach einer ersten internen Abstimmung und Konsensfindung unter den Projektverantwortlichen wurden allen Teilnehmenden die ausformulierten Handlungsempfehlungen zur inhaltlichen Bewertung vorgelegt, mit dem Ziel einen Konsens herbeizuführen. Das Vorgehen orientierte sich am Delphi-Verfahren. Zur Bewertung wurde ein Online-Fragebogen (LimeSurvey) entwickelt, der alle Empfehlungen enthielt und jeweils via Klick-Option eine Zustimmung oder Ablehnung der einzelnen Empfehlungen ermöglichte. Im Falle einer Ablehnung sollten die Teilnehmenden diese kurz begründen und/oder einen Anpassungsvorschlag ergänzen. Zur Operationalisierung einer mehrheitlichen Zustimmung im Sinne eines Konsenses wurde die Klassifikation des Programmes für Nationale Versorgungsleitlinien³¹ verwendet, wonach eine Zustimmung von >75 – 95% der Teilnehmenden einen Konsens und eine Zustimmung von > 95% einen starken Konsens darstellt. Empfehlungen mit einer Zustimmungsquote von < 75% sollten nach einer entsprechenden Überarbeitung den Teilnehmenden in einer zweiten Delphi-Runde erneut zur Bewertung vorgelegt werden.

³¹ BÄK, KBV & AWMF (2017)

5.2 Ergebnisse AP 3

5.2.1 Identifizierte Unsicherheitsbereiche

Aus der Zusammenführung der qualitativen und quantitativen Ergebnisteile wurden sieben problemzentrierte Themenschwerpunkte zur potenziellen Verbesserung der gutachterlichen Entscheidungssicherheit durch die Projektverantwortlichen ausgewählt. Diese Themenbereiche dienten als Grundlage für die inhaltliche Ausgestaltung des Workshops und sollten mit den beteiligten Expertinnen und Experten diskutiert werden, um problemgeleitete Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Im Folgendem sind die identifizierten Themenbereiche aufgeführt und der jeweilige Hintergrund erläutert.

Problembereich I: Unsicherheiten hinsichtlich der Rehabilitationsfähigkeit aufgrund (zu) starker Einschränkungen der begutachteten Person

In den qualitativen Interviews wurde sowohl aus pflegfachlicher als auch ärztlicher Perspektive von Entscheidungsunsicherheiten im Zusammenhang mit der Rehabilitationsfähigkeit berichtet. Dies betrifft insbesondere begutachtete Personen mit höherem Pflegegrad, psychischen Krankheitsbildern und/oder kognitiven Beeinträchtigungen (v.a. in Verbindung mit depressiven oder dementiellen Zuständen). PG verweisen hierbei auch auf Unsicherheiten bei der Abwägung der Rehabilitationsfähigkeit bei Vorliegen potenzieller Ausschlusskriterien (z.B. tatsächlicher Grad der kardio-pulmonalen Belastbarkeit, Auswirkungen von Beeinträchtigungen außerhalb des gewohnten Lebensumfeldes etc.). In der begutachtungsbegleitenden Fragebogenerhebung finden sich für diesen Problembereich ebenfalls Indizien. Ärztliche Entscheidungsunsicherheiten zur Erforderlichkeit einer Rehabilitation sowie zur psychisch-kognitiven Rehabilitationsfähigkeit waren mit einer dokumentierten pflegebegründenden F-Diagnose assoziiert. Auch bei den PG fanden sich Hinweise zu Zusammenhängen zwischen Unsicherheiten zur Rehabilitationsfähigkeit und psychischen bzw. kognitiven Beeinträchtigungen der begutachteten Personen. Zudem wurden unter den prüfrelevanten Indikationskriterien die Bewertung der Rehabilitationsfähigkeit seitens der PG vergleichsweise am häufigsten als eher schwer eingeschätzt.

Problembereich II: Unsicherheiten zur Rehabilitationsempfehlung bei Personen in vollstationärer Versorgung

In den Interviews wurde durch PG berichtet, dass bei Versicherten in vollstationärer Versorgung seltener eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen wird, wobei dies mit guter ambulanter Versorgung sowie höherer Beeinträchtigung und dadurch häufig nicht vorhandener Rehabilitationsfähigkeit begründet wird. Diese Befunde bestätigen sich auch in den quantitativen Daten. Zudem stimmt ein Viertel der PG und ÄG der Aussage zu, dass für Personen mit schweren Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der

Fähigkeiten eine medizinische Rehabilitation nicht geeignet sei, was auf eine mögliche Diskrepanz im generellen Verständnis zum gesamten rehabilitativen Leistungsspektrums hindeutet. Ebenso zeigen sich in den pflegefachlichen Begutachtungsdokumentationen, dass ein höherer Pflegegrad mit höherer Unsicherheit bezüglich der Rehabilitationsfähigkeit einhergeht.

Problembereich III: Unsicherheiten zur Rehabilitationsempfehlung vor dem Hintergrund der Angebotsstruktur

In den qualitativen Interviews wurden unterschiedliche Ansichten und ein variierender Umgang mit der Verfahrensvorgabe zur Nicht-Berücksichtigung der Angebotssituation im Einzugsbereich der begutachteten Personen beschrieben (Nicht-Berücksichtigung vs. Wahl einer potenziell umsetzbaren Zuweisungsempfehlung). Sowohl bei ÄG als auch PG finden sich Aussagen, wonach bei unzureichender Rehabilitationsfähigkeit für eine stationäre/ambulante Rehabilitation auf die Empfehlung des niedrigschwelligen Angebots einer mobilen Rehabilitationsdurchführung verzichtet wird, wenn es dieses Angebot im Einzugsbereich der begutachteten Person nicht gibt. PG beschreiben diesbezüglich ethische Konflikte bei der Empfehlung bzw. Kommunikation hinsichtlich einer Rehabilitationsleistung, die in dieser Form nicht erbracht werden kann. ÄG verweisen z.T. darauf, ihre Allokationsentscheidung vor dem Hintergrund einer realistischen Umsetzungsperspektive zu treffen, damit die benötigte rehabilitative Versorgung auch gewährleistet wird. Die Analyse der quantitativen Daten zur gewählten ärztlichen Zuweisungsempfehlungen verdeutlicht, dass im Rahmen der dokumentierten Prüfungen der Großteil der Allokationsempfehlungen vor dem Hintergrund einer adäquat verfügbaren Angebotsstruktur erfolgte.

Problembereich IV: Unsicherheiten hinsichtlich der Formulierung realisierbarer Rehabilitationsziele

In den Interviews beschrieben PG Unsicherheiten bezüglich der Rehabilitationsziele insbesondere bei der Einschätzung der Realisierbarkeit von Zielen in Verbindung mit bestimmten Merkmalen der begutachteten Personen (u.a. Multimorbidität oder kognitive Beeinträchtigungen). ÄG bemängelten die z.T. geringe Passfähigkeit zwischen pflegefachlicher Zielformulierung und den Begutachtungsergebnissen. Zudem vermuteten die ÄG Schwierigkeiten der PG bei der Formulierung von Rehabilitationszielen, die dazu führen könnten, das PG auf die Abgabe einer Rehabilitationsempfehlung bewusst verzichten. In den quantitativen Daten dokumentierten PG in jeder fünften Rehabilitationsempfehlungen Unsicherheiten im Zusammenhang mit den Rehabilitationszielen, überwiegend bei einem geringeren Alter der begutachteten Personen bzw. bei vorhandenen kognitiven

Beeinträchtigungen. ÄG bewerten bei jeder zehnten Empfehlungsprüfung die aufgeführten pflegfachlichen Ziele als mäßig bis schlecht, wobei dies insbesondere Rehabilitationsempfehlungen für jüngere Personen (<65 Jahren) betraf.

Problembereich V: Kommunikationspraxis zwischen ärztlichen und pflegfachlichen Gutachtern

In den qualitativen Interviews betonen beide Professionen die hohe Bedeutung einer persönlichen und wertschätzenden Kommunikation zum Abbau von Entscheidungsunsicherheiten und Klärung inhaltlicher Unstimmigkeiten. Einem regelmäßigen Austausch zwischen PG und ÄG wird großes Lern- und Weiterentwicklungspotenzial für die eigene gutachterliche Tätigkeit zugeschrieben. Demgegenüber steht jedoch die vor allem aus pflegegutachterlicher Sicht z.T. geringe Kommunikationspraxis im Zusammenhang mit den Rehabilitationsempfehlungen. Laut der quantitativen Befragung erfährt nur die Hälfte der studienbeteiligten PG die ärztliche Prüfentscheidung, ein Drittel nur im Falle einer Ablehnung und ein Sechstel erhält in der Regel keine diesbezügliche Rückmeldung. Bei gut einem Fünftel der PG werden Rehabilitationsempfehlungen nie mit ÄG direkt besprochen. Bei den dokumentierten 122 ärztlichen Empfehlungsprüfungen fand in 6 Fällen eine persönliche Rücksprache mit PG statt.

Problembereich VI: Unsicherheiten durch begrenzte Informationslage zur Beurteilung der Rehabilitationsindikation

Seitens der ÄG wurde in den Interviews die Stimmigkeit und der Informationsgehalt der Pflegegutachten als zentrale Entscheidungsgrundlage aber auch Ausgangspunkt für eigene Entscheidungsunsicherheiten benannt. In den quantitativen Daten zeigten sich ärztliche Unsicherheiten mit einem als wenig ergiebig eingeschätzten Pflegegutachten assoziiert. Einen hohen entscheidungsrelevanten Informationsgehalt besitzen demnach jene Gutachten, die eine detaillierte Beschreibung der bisherigen ambulanten Versorgung und des Krankheitsverlaufes sowie eine ausführliche Darstellung von Körperfunktionen/-strukturen und personenbezogenen Faktoren enthalten. Je mehr Informationsquellen vorliegen bzw. genutzt werden können, desto sicherer erscheint die Entscheidungsfindung. Ein entsprechender Informationsmangel kann bereits die Entscheidungsfindung der PG beeinflussen und stellt somit eine Verlagerung von Unsicherheitsfaktoren dar.

Problembereich VII: Einstellung/Haltung begutachteter Personen zur Rehabilitation als pflegfachlicher Unsicherheitsfaktor

PG berichteten in den Interviews, dass die Haltung/Einstellung der begutachteten Person zur Rehabilitation auf ihre Entscheidung zur Rehabilitationsempfehlung Einfluss nehmen kann (z.B. keine Rehabilitationsempfehlung bei negativer Haltung der Person/Wunsch

nach bestimmter Angebotsform). Ein Drittel der studienteilnehmenden ÄG und PG sprachen sich dafür aus, dass eine Rehabilitationsempfehlung nur dann ausgesprochen werden sollte, wenn die begutachtete Person selbst ebenfalls eine Rehabilitation durchführen möchte. In den quantitativen Daten zeigt sich, dass PG unsicherer bei der Beurteilung realisierbarer Rehabilitationsziele sind, wenn sie eine negative rehabilitationsbezogene Einstellung seitens der begutachteten Person wahrnehmen. Auch wurde zur freitextlichen Frage, was die Entscheidungsfindung zur Rehabilitationsindikation am ehesten erschwerte, mehrfach die Ablehnung durch die begutachtete Person vermerkt.

5.2.2 Problemdiskussion und Lösungsansätze (Workshop-Ergebnis)

Der Workshop konnte planmäßig durchgeführt werden. Von den 12 eingeladenen Expertinnen und Experten waren 11 Personen³² anwesend, ergänzt um 6 Personen seitens des Projektes. Im Folgenden sind, basierend auf den Workshop-Protokollen, die Ergebnisse der beiden Kleingruppenarbeiten sowie die ergebnisbezogenen Ergänzungen aus der Plenumsdiskussion zusammengefasst. Beschrieben werden zu allen sieben Themenbereichen die zentralen problembezogenen Diskussionspunkte im Sinne eines Problemaufrisses sowie die gemeinsam erarbeiteten Ideen und Ansatzpunkte zur Bearbeitung der jeweiligen Problemkonstellationen.

Unsicherheiten hinsichtlich der Rehabilitationsfähigkeit aufgrund (zu) starker Einschränkungen der begutachteten Person

Die Workshopteilnehmenden diskutierten die Frage, ob und inwieweit bei bestimmten Krankheitsbildern bzw. deren Ausprägungsgraden eine Rehabilitationsfähigkeit grundsätzlich zu verneinen sei. Es herrschte Konsens, dass bei Pflegebedürftigen mit hohem Pflegegrad, offenen Wunden bzw. Dekubitus und/oder demenziellen Erkrankungen eine Rehabilitationsfähigkeit nicht grundsätzlich ausgeschlossen sei und Rehabilitationserfolge wie bspw. die Wiederherstellung beeinträchtigter Funktionen aufgrund eines Akuteignisses ebenso erreichbar seien wie bei Personen mit geringerem Pflegegrad bzw. ohne eine demenzielle Erkrankung. Vielmehr sei die Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit vom Ausmaß bzw. der Schwere der Beeinträchtigungen abhängig und kann in Bezug auf verschiedene Rehabilitationsformen (z.B. mobile Rehabilitation, Einbezug von Angehörigen) mit unterschiedlichen Kapazitäten für das Management der gegebenen Beeinträchtigungen (z.B. Wundmanagement, Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen) unterschiedlich ausfallen. Die jeweils fallbezogene Abwägung stellt für die PG (verständlicher Weise) zum Teil Schwierigkeiten dar und führt zu Entscheidungsunsicherheiten. Wenngleich die im Rahmen von Pflegebegutachtungen zu gewinnenden rehabilitationsrelevanten Informationen und persönlichen Eindrücke gegenüber den von

³² eine kurzfristige Abmeldung am Tag der Veranstaltung

Vertrags- oder Krankenhausärzten oft nur spärlich ausgefüllten Antragsformularen vergleichsweise sehr umfang- und aufschlussreich ausfallen, stellen diese dennoch lediglich eine Momentaufnahme dar, welche angesichts zahlreicher anderer Themen innerhalb der Pflegebegutachtung in relativ kurzer Zeit erfasst werden müssen.

Als ein erster möglicher Lösungsansatz wurde vorgeschlagen, dass die Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit stark beeinträchtigter Pflegebedürftiger durch eine **Änderung der Prüfabfolge** erleichtert werden könnte: Indem zunächst auf Basis der erfolgten Pflegebegutachtung und der dort im Lebensumfeld (hemmend oder fördernd) wahrgenommenen Kontextfaktoren überlegt wird, ob realistische, ggf. auch nur kleinschrittige Rehabilitationsziele zur Verbesserung der selbstbestimmten Teilhabe der Betroffenen vorstellbar sind, kann bei Nicht-Vorliegen solcher Ziele die Klärung der Rehabilitationsfähigkeit sowie weiterer rehabilitationsbezogener Indikationskriterien verneinend abgeschlossen werden. Nur wenn sich solche Ziele benennen lassen, erfolgt die Prüfung der anderen Rehabilitationskriterien (Sind zur Zielerreichung die komplexen Mittel einer Rehabilitation erforderlich? Sind die für eine solche Rehabilitation erforderlichen Voraussetzungen wie insb. Rehabilitationsfähigkeit und eine hinreichend positive Prognose für das Erreichen dieses Ziels gegeben?). Durch eine **Perspektiverweiterung** in der Rehabilitation sollten Rehabilitationsziele nicht ausschließlich auf den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit ausgerichtet sein, sondern vielmehr auch die Bewältigungsstrategien der/des zu Rehabilitierenden und die Adaptation ihrer/seiner Umwelt (Wohnumfeld, Beratung/Eduktion von Angehörigen/Pflegepersonen) zur Verbesserung von Teilhabe adressieren.

Unsicherheiten zur Rehabilitationsempfehlung bei Personen in vollstationärer Versorgung

Ein weiterer Diskussionspunkt unter den Workshopteilnehmenden bezog sich auf die Beurteilung der Rehabilitationskriterien bei in vollstationären Pflegeeinrichtungen lebenden Personen. Diese sei dahingehend erschwert bzw. mit Unsicherheiten verbunden, als dass zum einen in Pflegeeinrichtungen tendenziell stärker beeinträchtigte Personen mit höheren Pflegegraden leben als in der Häuslichkeit und zum anderen Pflegeeinrichtungen oftmals über umfassende therapeutische Angebote verfügen, wenngleich die Praxis zeige, dass nicht selten weitere Möglichkeiten zur Teilhabeverbesserung bestehen. Zur Sicherstellung der Rehabilitationserfolge im Rahmen des Weiteren Pflegearrangements stelle meist die mobile Durchführung die Rehabilitationsform der Wahl für Personen im vollstationären Setting dar. Erfahrungen zeigten, dass das Pflegepersonal in Langzeitpflegeeinrichtungen die Teams der mobilen Rehabilitation durchaus als hilfreich und unterstützend wahrnehme, bspw. über den Austausch oder Schulungen. Die zum Teil bereits in Krankenhäusern oder in der Kurzzeitpflege erfolgten Pflegegrad-Ein-

schätzungen und Rehabilitationsempfehlungen (als Eilempfehlungen) seien zwar prinzipiell zu berücksichtigen, würden jedoch überwiegend als wenig hilfreich empfunden, da diese Einschätzungen oftmals auf Grundlage einer unzureichenden Informationsbasis erstellt würden und so zu abweichenden Ergebnissen führten.

Analog zur Diskussion im Zusammenhang mit stark beeinträchtigten Personen wurde auch hinsichtlich Personen in vollstationärer Versorgung angeführt, zuerst Rehabilitationsziele zu definieren (Frage: Worin könnte eine Teilhabeverbesserung bestehen?) und erst danach die konkrete Rehabilitationsfähigkeit bezogen auf diese Ziele einzuschätzen. Der Entwicklung von Ideen zur möglichen Teilhabeverbesserung sollte ein breiteres Verständnis von Rehabilitation zugrunde liegen (auch Adaption der Umwelt statt ausschließlich Funktionsverbesserung). Sollten nach der Pflegebegutachtung weiterhin Unsicherheiten hinsichtlich der Rehabilitationsfähigkeit bestehen, so könne diese im Nachgang noch einmal gesondert, bspw. in einer geriatrischen Institutsambulanz, geprüft werden. Aus der Perspektive evidenzbasierter Medizin kritisch zu sehen seien Rehabilitationsempfehlungen für Personen mit ausschließlich demenzieller Erkrankung als rehabilitationsbegründende Hauptdiagnose.

Unsicherheiten zur Rehabilitationsempfehlung vor dem Hintergrund der Angebotsstruktur

Im Rahmen der Problemdiskussion wurde deutlich, dass die diesbezüglich klaren Regelungen der Begutachtungsrichtlinie sowohl bei pflegfachlichen als auch ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter zum Teil auf starke Widerstände stoßen. Für die pflegfachlich Begutachtenden bestehe der Konflikt hierbei darin, den Versicherten Hoffnung auf Leistungen zu machen, die unter Umständen nicht erbracht werden können. So würde die Identifikation von Rehabilitationsbedarfen, als ein wesentliches Ziel angebotsunabhängiger Rehabilitationsempfehlungen, de facto nicht erreicht, da im Zweifel seitens der Gutachterinnen und Gutachter auf eine Rehabilitationsempfehlung verzichtet würde. Darüber hinaus sei es angesichts einer sich stetig ändernden Angebotsstruktur für die Gutachterinnen und Gutachter schwierig, einen Überblick über alle aktuell vorhandenen Angebote zu behalten und diese bei den Rehabilitationsempfehlungen zu berücksichtigen. Diesem Argument steht jedoch der Einwand gegenüber, dass innerhalb von definierten Begutachtungsgebieten geriatrisch-rehabilitative Angebote in der Regel eher begrenzt zur Verfügung stünden und die lokale Angebotsstruktur so durchaus überblickbar sei. Die Möglichkeit zur Freitexteingabe unter Punkt 8.10 „Sonstiges“ würde zum Teil bereits genutzt, um angebotsbezogene Alternativen zur Rehabilitationsempfehlung festzuhalten.

Als ein möglicher Ansatzpunkt wurde vorgeschlagen, den pflegfachlich Begutachtenden über (weitere) Freitextfelder im Formulargutachten die Möglichkeit zu geben, ihre Vorstellungen zu Art und Setting der geeignetsten Rehabilitationsleistung darzulegen.

Dies könne im Einzelfall wesentlich zur Plausibilisierung und Nachvollziehbarkeit der Rehabilitationsempfehlung beitragen und sollte nicht erst und ausschließlich im Ermessen der abschließenden ärztlichen Begutachtung stehen. Im Formulargutachten sollte klar formuliert werden, welche Rehabilitationsleistung aus rein sozialmedizinischer Perspektive (angebotsunabhängig) am geeignetsten wäre. Für den Fall, dass die geeignetste Rehabilitationsleistung (vermutlich) nicht verfügbar ist, sollten die PG unter einem neu einzuführenden Punkt 7.3.5 Ersatzempfehlungen (z.B. andere Rehabilitationsform, alternative Heilmittelversorgung) festhalten. Im Zusammenhang mit diesen „Second-best-Empfehlungen“ sollten die Pflegefachkräfte ggf. Barrieren für alternative Rehabilitationsformen (wie z.B. Haustierversorgung, zu weite Entfernung, Verweigerung stationärer Versorgung) erläutern. So lasse sich das Ziel einer korrekten Erfassung des sozialmedizinisch angemessenen Rehabilitationsbedarfs einerseits mit der angesichts der verfügbaren Versorgungsstrukturen individuell am sinnvollsten umsetzbaren Empfehlung vereinbaren.

Unsicherheiten hinsichtlich der Formulierung realisierbarer Rehabilitationsziele

Im Rahmen der Diskussion äußerten die Teilnehmenden des Workshops die Erfahrung, dass neu beim MD in die Pflegebegutachtung einsteigende pflegefachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter in der Regel keine rehabilitationsbezogene Berufserfahrung mitbringen und es ihnen daher häufig nicht einfach falle, mögliche und realisierbare Rehabilitationsziele für die Zielgruppe der pflegebedürftigen Personen zu identifizieren („Was kann Rehabilitation leisten?“). Auch führten zum Teil noch immer bestehende Ressentiments gegenüber der Rehabilitation von sowohl hochbetagten Pflegebedürftigen als auch von Personen ohne Pflegegrad dazu, dass realistische Rehabilitationsziele einfach nicht „gefunden“ würden. Zudem sei das Ableiten von Reha-Zielen kein klassisches Betätigungsfeld für Pflegefachkräfte und für dessen Vermittlung eine einzelne Fortbildung nicht zwangsläufig ausreichend. Die aus diesem Grund bei der Entwicklung des OBS und des Formulargutachtens vorformulierten Rehabilitationsziele („Hilfestellung für die Begutachtung“) seien jedoch zuvörderst somatisch orientiert.

Als ein Lösungsansatz wurde vorgeschlagen, bei der Einarbeitung von PG sowohl die Inhalte rehabilitativer Maßnahme als auch die Bedeutung der Ableitung von Rehabilitationszielen für die gesamte Reha-Bedarfsfeststellung stärker herauszustellen bzw. verstärkt zu vermitteln. Zudem sollte die in den Formulargutachten vorgegebene Liste von Rehabilitationszielen überarbeitet und unter Berücksichtigung (geronto-)psychiatrischer Expertise für psychische und kognitive Beeinträchtigungen erweitert werden. Darüber hinaus sollte die Identifizierung von Rehabilitationszielen aus dem konkreten Pflegebegutachtungskontext heraus einen zentralen Stellenwert der OBS-Schulung darstellen. Die Einarbeitung der Gutachterinnen und Gutachter sowie Fortbildungsveranstaltungen sollten (stärker) auf psychische und kognitive Beeinträchtigungen fokussieren. Auch

hierbei sind alle rehabilitativen Strategien (Restitution, Kompensation und Adaptation) in ihrem individuellen Beitrag zur Erreichung der Rehabilitationsziele einzubeziehen, z.B. Verbesserungen des Pflegearrangements durch intensiven Einbezug pflegender Bezugspersonen (Perspektiverweiterung von Rehabilitation). Es sollte für PG und ÄG kontinuierlich vermittelt werden, dass es insbesondere bei schwer pflegebedürftigen Menschen vor allem auch um die Ableitung kleinschrittiger Rehabilitationsziele geht, z. B. Erweiterung der Aufmerksamkeitspanne, Ermöglichung der Mobilisierbarkeit in der Pflegeeinrichtung, die die Teilhabe schwerstkranker Personen bedeutsam verbessern können. Wie angeführte Praxisbeispiele zeigen, kann dies z.B. über den Einbezug von rehabilitationsbezogenen Fachabteilungen der MD in die Einarbeitung von pflegfachlichen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern oder über die Erarbeitung videobasierter Schulungsprogramme (für alle Begutachtenden) erfolgen.

Kommunikationspraxis zwischen ärztlichen und pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachtern

Eine erste wesentliche Ursache fehlender oder unzureichender Kommunikation zwischen beiden PG und ÄG wurde seitens der Workshopteilnehmenden mit strukturellen Gegebenheiten auf der Systemebene begründet. Demnach scheitere die Rückmeldung an die Pflegefachkräfte oftmals an begrenzten bzw. nicht vorhandenen zeitlichen Kapazitäten aufgrund einer zu hohen Arbeitslast der ÄG. Ebenso seien die Möglichkeiten der Rücksprache begrenzt, wenn es keine direkten Zuständigkeiten der ÄG für die Rehabilitationsempfehlungen bestimmter PG gibt, sondern die Gutachten an einen Pool ärztlich Begutachtender ohne direkte Zuständigkeit gerichtet werden. Ein fehlendes ärztliches Feedback könne jedoch auf ungünstige Weise seitens der Pflegefachkräfte interpretiert werden: So könne ein ausbleibendes Feedback zum einen als Zeichen einer korrekten Indikationsprüfung verstanden und bestimmte Verbesserungspotenziale somit nicht kommuniziert werden. Andererseits könne die fehlende Rückmeldung vermitteln, dass kein Gegenlesen stattfindet und sich der mit einer Rehabilitationsempfehlung verbundene Mehraufwand nicht lohne. Für einen kontinuierlichen Austausch zwischen PG und ÄG sei es förderlich, wenn die Bearbeitung von Pflegegutachten die Hauptaufgabe der jeweiligen ÄG darstellt. Es wurde der subjektive Eindruck berichtet, dass überwiegend oder ausschließlich im Pflegebereich begutachtende ÄG häufiger Kontakt zu PG suchen als ÄG, die auch im SGB V tätig sind

Als ein Ansatz zur Intensivierung des interprofessionellen Austauschs wurde vorgeschlagen, ÄG hinsichtlich der Bedeutung ihrer fachlichen Rückmeldungen zu den Rehabilitationsempfehlungen für die pflegfachliche Sicherheit bei der Reha-Bedarfsfeststellung verstärkt zu sensibilisieren. Wichtig sei es zu vermitteln, dass in jedem Falle eine Rückmeldung an die PG erfolgen solle, wobei diese durchaus niedrigschwellig angelegt sein könne, z.B. per E-Mail, aus der eventuelle Änderungen oder Anpassungen in der

Empfehlung ersichtlich werden. Praxiserfahrungen zeigten, dass gerade positive Rückmeldungen der ÄG potenzielle Ängste oder Unsicherheiten hinsichtlich des Aussprechens von Rehabilitationsempfehlungen aufseiten der PG reduzieren.

Unsicherheiten durch begrenzte Informationslage zur Beurteilung der Rehabilitationsindikation

Seitens der Workshopteilnehmenden wurden Informationsverluste („Reibungsverluste“) beschrieben, die im Prozess von der „Vor-Ort-Begutachtung“ durch die Pflegefachkräfte bis hin zur abschließenden, ausschließlich per Aktenlage erfolgenden ärztlichen Entscheidung entstünden. Die in den Pflegegutachten dokumentierten Informationen würden oftmals bereits als eine sehr umfangreiche Informationsgrundlage angesehen und es sei aus pflegefachlicher Sicht häufig nicht klar, welche Angaben für eine sichere Entscheidung über eine Rehabilitationsempfehlung auf ärztlicher Seite noch erforderlich wären. Aus ärztlicher Perspektive können die für eine sichere Entscheidungsfindung benötigten Detailinformationen durchaus auch persönlich und/oder begutachtungsbezogen verschieden sein.

Als Lösungsansatz wurde zum einen erneut die große Bedeutung gründlich geprüfter und abgewogener Rehabilitationsziele als Grundlage für die ärztliche Entscheidungsfindung herausgestellt. Im Weiteren wurde die Idee bzw. die Vision diskutiert, dass Pflegefachkräfte nach entsprechender Kompetenzvermittlung, analog der Entscheidung über Hilfsmittel, eigenständig über das Vorliegen einer Rehabilitationsindikation befinden, um so die beschriebenen Informationsverluste zu vermeiden.

Als Pro-Argumente für eine pflegefachliche Kompetenzerweiterung wurden angeführt:

- Vermeidung von Informationsverlusten von der Begutachtung bis zur abschließenden Entscheidung aufgrund der zusätzlichen Verschriftlichung
- Zeitersparnisse
- fortschreitende Professionalisierung von Pflegefachkräften
- Aufwertung der pflegefachlichen Arbeit (Umsetzung z.B. durch stichprobenartige Überprüfung der Validität pflegefachlichen Entscheidungen über Rehabilitationsempfehlungen durch Ärztinnen und Ärzte).

Als Contra-Argumente hinsichtlich einer pflegefachlichen Kompetenzerweiterung wurden angeführt:

- aktuell bestehe eine gute Rollenverteilung
- Zweistufigkeit erhöhe die Sicherheit gerade für neue Pflegefachkräfte
- Unverzichtbarkeit ärztlicher Expertise bei der Reha-Indikationsprüfung

- der Ausschluss der ärztlichen Perspektive könne nicht zu einer Erhöhung der Qualität führen, die ärztliche Perspektive gehöre unbedingt in das Gesamtverfahren und müsse daher mit Blick auf die Umsetzung des IPREG notwendiger Bestandteil bei der Reha-Bedarfsfeststellung bleiben
- Ärztinnen und Ärzte seien per Definition diejenigen, die Rehabilitationen auch koordinieren.

Zwischen beiden Positionen vermittelnd wurde im Plenum ergänzt, dass die Idee einer Kompetenzerweiterung der PG nicht kategorisch ausgeschlossen werden sollte. Vielmehr könne eine schrittweise Umsetzung diskutiert werden, ggf. unter dem Stichwort der „Kompetenzbasierung“, wie sie zunehmend sowohl im reformierten Medizinstudium (z.B. interprofessionelle Kompetenzen im Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM)) als auch zukünftig im Rahmen der Ausbildung/des Studiums anderer rehabilitationsrelevanter Berufsgruppen erfolge.

Einstellung/Haltung begutachteter Personen zur Rehabilitation als pflegfachlicher Unsicherheitsfaktor

Im Rahmen der Problemdiskussion wurde darauf hingewiesen, dass bei der Konzipierung des OBS-Verfahrens zur Reha-Bedarfsfeststellung bewusst entschieden wurde, die gutachterliche Entscheidung zur Rehabilitationsempfehlung unabhängig von der rehabilitationsbezogenen Einstellung und Motivation der pflegebedürftigen Person zu treffen. Die bewusste Ablehnung verfügbarer bzw. empfohlener Rehabilitationsleistungen seitens der versicherten Person seien der häufigste Grund dafür, dass Rehabilitationsempfehlungen nicht umgesetzt würden. Aus pflegfachlicher Perspektive entstehe in diesen Fällen durch das Aussprechen einer Rehabilitationsempfehlung ein nicht zielführender Mehraufwand. Zudem fehle es im weiteren Prozess an klaren Zuständigkeiten dahingehend, „wer“ ggf. eine ablehnende Haltung bei Personen mit Rehabilitationsempfehlung auflösen könne. In der Begutachtungspraxis fehle i.d.R. die Zeit, um rehabilitationsbezogene Vorbehalte auszuräumen und die Betroffenen für eine Rehabilitation zu motivieren. Insbesondere bei „pflegegradorientierten“ Patient/-innen, die jegliche rehabilitationsbezogene Kooperation oder Teilnahme bspw. aus finanziellen Motiven (Pflegegeld) verweigerten, seien Motivierungsversuche aussichtslos. Einstellungsänderungen könnten allenfalls bei Menschen bewirkt werden, deren Skepsis auf mangelnder Kenntnis oder ausräumbaren Bedenken (z.B. Sicherstellung der Haustierversorgung in Zeiten der Abwesenheit) beruhe.

Seitens der Workshopteilnehmenden wurde angeführt, PG auch weiterhin hinsichtlich der Vielschichtigkeit möglicher rehabilitationsbezogener Ressentiments pflegebedürftiger Personen zu sensibilisieren. Darüber hinaus wurde eine Verfahrensanpassung im

Umgang mit ablehnenden Versicherten vorgeschlagen. Dieser sieht vor, im Falle fehlender Rehabilitationsbereitschaft auf die Auslösung einer Rehabilitationsempfehlung zu verzichten und stattdessen sowohl die festgestellte Rehabilitationsindikation als auch deren versichertenseitige Ablehnung, wenn möglich unter Erläuterung der Ablehnungsgründe, im Formulargutachten zu dokumentieren. Mit diesem Vorgehen könnten die PG bei bestehenden Ressentiments gezielter auf den Handlungsbedarf bzgl. rehabilitativer Leistungen hinweisen. Gleichzeitig wäre es weiteren Akteurinnen und Akteuren möglich, die versichertenseitigen Vorbehalte im Sinne weiterer Interventionen (z.B. Beratung, Alternativangebote) zu reflektieren. In diesem Zusammenhang wurde die Funktion der Leistungsträger im Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen (z.B. deren intensive Beratungsfunktion) betont. Im Plenum wurde darüber hinaus diskutiert, dass die Beratung pflegebedürftiger Menschen, auch aus Sicht der Pflegeberatungspraxis, essenziell sei (§ 7a SGB XI). Die Leistungsträger seien dazu verpflichtet, auf die Inanspruchnahme erforderlicher Leistungen hinzuwirken und ein Teil der Betroffenen profitiere von genau diesem Hinwirken (gemeinsames Eruiieren, Abwägen und soweit möglich Auflösen der Ablehnungsgründe). Hierfür sollte eine stärkere Verknüpfung von (Pflege-)Beratung und Rehabilitationsempfehlung forciert werden.

5.2.3 Handlungsempfehlungen (Ergebnis Delphi-Verfahren)

Basierend auf den im Workshop erarbeiteten Lösungsansätzen wurden insgesamt 15 Handlungsempfehlungen zur Erhöhung der gutachterlichen Entscheidungssicherheit durch die Projektverantwortlichen ausformuliert und in einem Delphi-Verfahren konsentiert. Am Konsensverfahren beteiligten sich alle 11 Teilnehmenden des Workshops. Die 15 vorgelegten Handlungsempfehlungen erreichten im ersten Abstimmungsdurchgang die vorab definierten Zustimmungsqoten (>75 %) für einen Konsens. Die Zustimmungsqote variierte je nach Empfehlung zwischen 82 % und 100 %. Sechs Empfehlungen erhielten von allen Teilnehmenden des Konsensverfahrens eine Zustimmung, bei neun Empfehlungen lag mindestens eine Ablehnung der Empfehlung vor. Bei allen Ablehnungen wurde eine Begründung seitens der Teilnehmenden ergänzt. Vereinzelt ergänzten Teilnehmende bei zugestimmten Empfehlungen kleinere sprachliche Anpassungsvorschläge (z.B. Ergänzung/Streichung einzelner Wörter, Änderung des Satzbaus). Wenn entsprechende sprachliche Anpassungsvorschläge weder Intention noch Inhalt der Empfehlungen veränderten, wurden diese im Sinne der Verständnisverbesserung der Empfehlung übernommen. Eine ausführliche Übersicht mit ursprünglicher und angepasster Empfehlungsformulierung, Konsensqote und Ablehnungsbegründung für jede der 15 Handlungsempfehlungen findet sich im Anhang 10.

Im Folgenden sind die finalen Handlungsempfehlung zur Verbesserung gutachterlicher Entscheidungssicherheiten kategorisiert in vier übergeordnete Themenbereiche aufgelistet:

Empfehlungen zum Umgang mit den Prüfungen der Indikationskriterien für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Im Rahmen der pflegfachlichen Prüfung einer Indikation zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation sollte eine Veränderung der Prüfreihefolge der einzelnen Indikationskriterien unter Praxisbedingungen erprobt werden. Nach der Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit sollte unmittelbar die Prüfung bzw. Formulierung der Rehabilitationsziele erfolgen und erst danach die Rehabilitationsfähigkeit eingeschätzt werden (vormals umgekehrter Ablauf). Ein klar definiertes Ziel bzw. definierte Ziele, ob und in welcher Form Verbesserungen der Teilhabe durch ein Rehabilitationsangebot im konkreten Fall vorstellbar sind, erleichtert möglicherweise die Einschätzung der konkreten Rehabilitationsfähigkeit.

(2) Sollte sich die Änderung der Prüfreihefolge in der Praxis bewähren, soll eine Anpassung der Reihenfolge der zu prüfenden Indikationskriterien im Formulargutachten entsprechend der unter Empfehlung 1 beschriebenen Prüflogik erfolgen: Bedarf > Ziele > Fähigkeit > Prognose > Allokation.

(3) Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter sollten stärker dafür sensibilisiert und geschult werden, bei der Formulierung von Rehabilitationszielen auch die Kontextfaktoren der begutachteten Person heranzuziehen, um zur Bewältigung von Beeinträchtigungen (der Aktivität und Teilhabe) auch rehabilitative Zielstrategien der Kompensation und Adaptation identifizieren zu können (z.B. Wohnumfeld, Beratung/Edukation von Angehörigen/Pflegepersonen zum Umgang mit psychischen Verhaltenssymptomen der Pflegebedürftigen). Damit wird eine Verbesserung von Teilhabe nicht ausschließlich durch Erhalt bzw. Wiederherstellung von Körperfunktionen adressiert.

(4) Die vorgegebenen (Klick-)Optionen zu Rehabilitationszielen im Formulargutachten sollten praxisorientiert evaluiert und insbesondere für den Bereich psychischer/psychosomatischer Krankheiten sowie kognitiver Beeinträchtigungen hinsichtlich deren Erweiterung geprüft werden. Bei der Aktualisierung sollte gerontopsychiatrische, psychosomatische, psychotherapeutische sowie psychosoziale Rehabilitationsexpertise einbezogen werden.

(5) Im Formulargutachten sollte nach/unter dem Punkt 7.3.4 (Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation) eine Option zum Vermerk einer zweiten, alternativen Zuweisungsempfehlung entwickelt und implementiert werden („the second best“). Diese optionale Zweitempfehlung zur Durchführungsform kann durch Gutachterinnen oder Gutachter immer dann genutzt werden, wenn die praktische Umsetzbarkeit (z.B. fehlendes Versorgungsangebot in der Region) der sozialmedizinisch geeignetsten Zuweisungsempfehlung (Erstempfehlung) zum Begutachtungszeitpunkt unsicher bzw. unklar

ist. Die optionale Zweitempfehlung bietet die Möglichkeit, bestimmte Barrieren bzw. Unsicherheiten bezüglich der Erstempfehlung zu dokumentieren und auf Basis der in der Begutachtung gewonnenen Erkenntnisse den nachgeschalteten Institutionen eine begründete Second-best-Alternative zur Angebotsausgestaltung aufzuzeigen.

(6) Bereits den pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachtern sollte im Formulargutachten die Möglichkeit gegeben werden, ihre Empfehlung zur Art der am besten geeigneten Rehabilitationsleistung zu dokumentieren und zu begründen (z.B. in einem Freitextfeld). Dies kann im Einzelfall wesentlich zur Plausibilisierung der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlung beitragen.

Empfehlungen für die Kommunikation zwischen pflegfachlichen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern im Kontext der Prüfung von Rehabilitationsempfehlungen

(7) Die Medizinischen Dienste sollten die Umsetzung der OBS-Vorgaben überprüfen und ggf. die internen Kommunikationsprozesse dahingehend optimieren, dass die pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter zu jeder Rehabilitationsempfehlung ein ärztliches Feedback bzw. eine konkrete Begründung der ärztlichen Prüfentscheidung erhalten, auch in niedrighschwelliger Form. Dieses Vorgehen unterstützt die kontinuierliche, individuelle Auseinandersetzung der pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachtern mit den eigenen Empfehlungsentscheidungen und kann so die pflegfachliche Entscheidungssicherheit mittel- und langfristig erhöhen.

(8) Für die pflegfachlichen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter sollten einfache und schnell nutzbare wechselseitige Kontaktwege zum interprofessionellen Austausch bei der Bearbeitung einer Rehabilitationsempfehlung zur Verfügung gestellt werden. Die Nutzung dieser Kontaktwege sowie ein positives Kommunikationsklima zwischen beiden Gruppen sollte durch die jeweiligen Medizinischen Dienste institutionsintern aktiv gefördert werden.

Empfehlungen für Schulungs- und Fortbildungsaktivitäten der Medizinischen Dienste

(9) Zur Stärkung eines einheitlichen Verständnisses medizinischer Rehabilitationsleistungen (u.a. hinsichtlich Zielgruppe und Nutzen) sollte bei der Einarbeitung von pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachtern im Kontext der Rehabilitationsempfehlungen stärker auf die rehabilitativen Leistungsinhalte und Zielperspektiven eingegangen werden.

(10) Bezüglich der Formulierung von Rehabilitationszielen sollten den pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachtern verstärkt die zentrale Bedeutung einer kleinschrittigen und kontextorientierten Zielfokussierung vermittelt sowie praxisnahe Strategien zu deren individueller Identifizierung und angemessenen Formulierung aufgezeigt werden.

(11) In den Fortbildungen der Medizinischen Dienste für pflegfachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sollten beispielhaft die Möglichkeiten sowie Grenzen der medizinischen Rehabilitation bei unterschiedlichen Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit vermittelt werden.

(12) In den Fortbildungen der Medizinischen Dienste für pflegfachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sollten verstärkt die differenzierte Bewertung und Abwägung einer Rehabilitationsindikation bei pflegebegründenden oder begleitenden Diagnosen aus dem ICD-10-Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ (z.B. bei Demenz oder Depressionen) vermittelt werden.

Empfehlungen für die Verfahrensweiterentwicklung

(13) Es sollten für pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter noch gezieltere Strategien bzw. Verfahrensentscheidungen zum Umgang mit begutachteten Personen, die im Rahmen der Pflegebegutachtung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ablehnend gegenüberstehen, erarbeitet werden.

(14) Es sollte geprüft werden, ob im Formulargutachten eine Option zur Dokumentation einer möglichen Ablehnung der empfohlenen Rehabilitation durch die versicherte Person (ggf. inkl. benannter Gründe) ergänzt werden kann, damit nachgeschaltete Stellen (u.a. Pflegeberatung) bestehende Ressentiments gezielt adressieren bzw. berücksichtigen können.

(15) Mittelfristig sollte geprüft werden, inwieweit eine Erweiterung der Kompetenzen von pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachtern bezüglich der (teil-)selbstständigen Abgabe von Rehabilitationsempfehlungen zur Erhöhung der Entscheidungssicherheit bei Rehabilitationsempfehlungen beiträgt.

6 Reflexion der Projektergebnisse

6.1 Zusammenführende Ergebnisdiskussion

Mit dem durchgeführten Forschungsprojekt, das im Sinne eines Mixed-Methods-Ansatzes qualitative und quantitative Datenerhebungsmethoden miteinander kombinierte, wurden pflegfachliche und ärztliche Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Entscheidung für eine Rehabilitationsempfehlung analysiert. Aufbauend auf den Ergebnissen einer systematischen und schrittweisen Datenerhebung konnten in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen und Kompetenzfeldern insgesamt 15 Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, mit denen die identifizierten Unsicherheitsbereiche adressiert werden können. Die Handlungsempfehlungen richten sich an die MD und sind so formuliert, dass für die praktische Umsetzung dieser ein gewisser Ausgestaltungsspielraum bleibt. Damit wird auch den unterschiedlichen organisatorischen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten in den MD Rechnung getragen. Zugleich greifen sie die zentralen Studienbefunde auf, verdeutlichen weitere Verbesserungsbedarfe und setzen an jenen Unsicherheitsaspekten an, die auch realistische Umsetzungsperspektiven bieten

In der Gesamtbetrachtung der Projektergebnisse zeigt sich, dass die Indikationsprüfung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Pflegebegutachtung sowohl seitens der pflegfachlichen als auch ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter grundlegend mit einer hohen subjektiven Entscheidungssicherheit einhergeht. Dennoch konnte durch die unterschiedlichen Datenperspektiven wertvolle Hinweisen zu konkreten Entscheidungsschwierigkeiten und Unsicherheitsfaktoren aus der Studie extrahiert werden. Gutachterliche Entscheidungsunsicherheiten lassen sich demnach zum einen auf spezifische Merkmale der begutachteten Personen und deren Lebenskontext und zum anderen auf persönliche rehabilitationsbezogene Perspektiven der Gutachterinnen und Gutachter und auch auf die Rahmenbedingungen zurückführen.

Bezogen auf die Merkmale der begutachteten Person fanden sich Indizien, wonach pflegfachliche und ärztliche Unsicherheiten häufig im Zusammenhang mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen der begutachteten Personen (auch widergespiegelt in einem hohen Pflegegrad) auftreten. Dies gilt vor allem bei stärker ausgeprägten Symptomen einer Demenz und wenn die psychiatrische oder psychosomatische Erkrankung die pflegebegründende Hauptdiagnose ist. Generell sind die Unsicherheiten nicht immer klar abgrenzbar auf einzelne der Indikationskriterien zurückzuführen, sondern können vielmehr bei allen zu bewertenden Kriterien auftreten. Entscheidend scheint die Komplexität der Fallkonstellationen zu sein, wobei sich diese Komplexität offenbar aus der Kombination verschiedener Merkmale ergibt. Bei solchen komplexeren Begutachtungs-

konstellationen gilt es, für die Gutachterinnen und Gutachter verschiedene Faktoren gegeneinander abzuwägen und unterschiedliche Entscheidungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen. Am Beispiel von kognitiven Beeinträchtigungen bedeutet das z.B., dass bei der Einschätzung von erwartbaren Effekten rehabilitativer Therapieansätze für die Selbstständigkeit und Teilhabe der Person auch die (momentanen) Rehabilitationsfähigkeit der begutachteten Person sowie die Verfügbarkeit adäquater und tatsächlich realisierbarer Rehabilitationsangebote zu berücksichtigen sind. Aufgrund der Bedeutsamkeit von Entscheidungsunsicherheiten im Zusammenhang mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen spiegelt sich dieser Themenbereich gleich in mehreren der entwickelten Handlungsempfehlungen wider.

Eng damit verknüpft sind auch die identifizierten pflegfachlichen Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Formulierung von Rehabilitationszielen zu sehen. Im Ergebnis ergab sich daraus eine Empfehlung, die Logik der Indikationsprüfung anzupassen und eine veränderte Reihenfolge bei Prüfung der Indikationskriterien zu erproben. Die Gutachterinnen und Gutachter sollten dabei initial prüfen, ob sich realisierbare und alltagsrelevante Ziele zur Teilhabeverbesserung der begutachteten Person aus den Begutachtungsbefunden ableiten lassen. Dabei sollten analog zur Begutachtungsanleitung „Vorsorge und Rehabilitation“³³ und den „Gemeinsamen Empfehlungen zur Mobilen Rehabilitation“³⁴ die rehabilitativen Zielstrategien „Restitution“ „Adaptation“ und „Kompensation“ herangezogen werden. Die Idee ist, aufbauend auf der Zielformulierung zu entscheiden, welche Rehabilitationsstrategien vorrangig am erfolgversprechendsten erscheint, um das definierte Teilhabeziel zu erreichen und um im Anschluss daran das Setting der Versorgung auswählen zu können. Erst vor diesem Hintergrund erfolgt dann die Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit. Es wird erwartet, dass diese Logik der Indikationsprüfung den Abwägungsprozess erleichtert, die Sicherheit in der Entscheidungsfindung bei den PG fördert und so auch langfristig die Identifikation von Personen mit einer Rehabilitationsindikation verbessert.

Im Zusammenhang mit der formalen Bearbeitung der Rehabilitationsempfehlung ergaben sich auch Empfehlungen zur Anpassung des bisherigen Umgangs mit den Allokationsempfehlungen. Um die gutachterlichen Entscheidungskonflikte im Zusammenhang mit (sozial)–medizinisch indizierten und tatsächlich verfügbaren Rehabilitationsangeboten abzubauen, wird die Entwicklung und Implementierung von Dokumentationsmöglichkeiten einer alternativen zweiten Allokationsempfehlung („Second-Best“) empfohlen. Damit könnten gutachterliche Entscheidungsunsicherheiten bezüglich der Umsetzbarkeit von Rehabilitationsleistungen reduziert, zugleich aber auch die aktuellen Richtli-

³³ Vgl. MDS (2021).

³⁴ Vgl. GKV et al. (2021)

nienvorgaben konform umgesetzt und den nachgeschalteten Institutionen wichtige Zusatzinformationen zur Leistungsrealisierung bereitgestellt werden. Die empfohlene Einbindung der pflegfachlichen Perspektive bei der ärztlichen Allokationsentscheidung kann zudem zu einem besseren Verständnis gegenüber der pflegfachlichen Empfehlungsentention beitragen und berührt somit gleichzeitig auch einen Aspekt des gutachterlichen Informationsaustauschs.

Als weiterer wichtiger Themenkomplex ließ sich die Einstellung der begutachteten Personen selbst bzw. aus deren näheren Umfeld identifizieren. Es liegt nahe, dass eine ablehnende rehabilitationsbezogene Haltung eine wesentliche Barriere für die Beantragung und Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen darstellt³⁵. In den Studiendaten finden sich klare Hinweise, wonach die Einstellung der begutachteten Personen auch auf die pflegfachlichen Entscheidungsprozesse und damit assoziierten Unsicherheiten Einfluss nimmt. Negative rehabilitationsbezogene Einstellungen der begutachteten Person zeigten sich unsicherheitsfördernd und sind mit grundlegenden Entscheidungsschwierigkeiten sowie Entscheidungskonflikten auf pflegfachlicher Ebene verknüpft. Hierbei ist zu bedenken, dass die MD die Aufgabe haben im Rahmen der Pflegebegutachtung eine Rehabilitationsindikation zu prüfen und somit für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen eine vereinfachte, niedrigschwellige Rehabilitationszugangsoption zu eröffnen. Die Zustimmung der begutachteten Person zur Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger (i.R. die Krankenkasse) erfolgt losgelöst von der Begutachtung erst gegenüber der Pflegekasse. Um ganz im Sinne der begutachteten Person ein bedarfsgerechtes Versorgungsspektrum zu ermöglichen, braucht es hier eine weitere Strategieentwicklung im Umgang mit rehabilitationsablehnenden Haltungen der begutachteten Personen, An- und Zugehöriger und anderer Anwesender im Rahmen der Begutachtung bzw. auch des näheren sozialen Umfeldes. Es sollte daher eruiert werden, wie die pflegfachlichen Entscheidungssicherheiten vor dem Hintergrund der Verfahrensvorgaben, der eigentlichen pflegfachlichen Begutachtungsrolle und letztendlich auch der Selbstbestimmung der begutachteten Personen in geeigneter Weise abzubauen sind.

Ein weiterer Empfehlungsbereich betrifft die Kommunikation zwischen der pflegfachlichen und der ärztlichen Ebene, die aus Sicht beider Professionen als generell wichtig und gewinnbringend erachtet wird, weil dies ein entscheidender Faktor für den Transfer von Informationen über die begutachteten Personen darstellt. Hier verdeutlichten die Studiendaten Optimierungspotenziale. Zwar sieht der Optimierte Begutachtungsstandard zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung eine intensive Kommunikation vor, die Studiendaten deuten aber auf eine unterschiedliche (z.T.

³⁵ Golla et al. (2019)

auch unzureichende) Ausgestaltung und Umsetzung des tatsächlichen Austauschs zwischen PG und ÄG hin. Hier ergeben sich entsprechende Ansätze zur Überprüfung und Verbesserung der Rahmenbedingungen in den MD, wodurch gleich mehrere Unsicherheitsaspekte auf pflegfachlicher und ärztlicher Ebene adressiert werden können.

Schließlich konnte im Workshop eine Empfehlung zur Prüfung einer Kompetenzerweiterung pflegfachlicher Gutachterinnen und Gutachtern bezüglich der (teil-)selbstständigen Abgabe von Rehabilitationsempfehlungen konsentiert werden. Neben den extrahierten Unsicherheitsfaktoren unterstreichen die Studiendaten in ihrer Gesamtheit, dass die Indikationsfeststellung überwiegend auf sicheren Entscheidungen beruhen. Die generell hohen ärztlichen Zustimmungsquoten zu den pflegfachlichen Rehabilitationsempfehlungen sprechen für einen zunehmenden Abbau von pflegfachlichen und ärztlichen Entscheidungsdiskrepanzen und eine Angleichung der rehabilitationsmedizinischen Kompetenzen. Streng genommen kann nicht mehr von einer reinen Screeningfunktion durch die PG gesprochen werden. Die bisherigen Entwicklungsschritte, insbesondere die Implementierung des OBS und die damit verbundenen kontinuierlichen Schulungen sowie das 2017 eingeführte Begutachtungsinstrument, können insofern als erfolgreich bewertet werden. Dies rechtfertigt mittelfristig durchaus weiterzudenken und eine Kompetenzerweiterung der pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter zur selbständigen Abgabe von Rehabilitationsempfehlungen zu prüfen. Dies wäre konsequent, passte es doch zur allgemeinen Entwicklung in der GKV zu Kompetenzerweiterungen von Pflegefachkräften, z. B. im Zusammenhang mit der Erarbeitung des Rahmenvertrags nach § 64d SGB V zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten und § 37 Abs. 8 SGB V. Das dient der notwendigen Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs, wie dies auch die Konzertierte Aktion Pflege fordert. Hierbei bietet sich ein breites Spektrum an denkbaren Modellen an, wie die (teil-)selbstständige Abgabe von Rehabilitationsempfehlungen erfolgen kann. Als ressourcenschonender Ansatz wäre z.B. die Durchführung der zweistufigen Prüfung einer Rehabilitationsempfehlung mit Einbezug der ÄG ausschließlich bei komplexen Fallkonstellationen oder bei pflegfachlichen Unsicherheiten denkbar. Dies könnte ärztliche Gutachterinnen und Gutachter möglicherweise entlasten und würde gleichzeitig zur konzentrierten, intensiveren Auseinandersetzung und Bearbeitung gutachterlicher Unsicherheiten führen. Entsprechende Möglichkeiten sollten abgewogen, entwickelt und wissenschaftlich geprüft werden. Die im Rahmen des Forschungsprojekts gewonnenen Ergebnisse zu Unsicherheiten bieten dafür umfangreiche Ansatzpunkte.

6.2 Methodenkritische Diskussion

Eine Annäherung an den Untersuchungsgegenstand der gutachterlichen Entscheidungsunsicherheit erfolgte im ersten Arbeitspaket explorativ und mit größtmöglicher Offenheit. Die qualitativen Ergebnisse wurden im zweiten Arbeitspaket explizit aufgegriffen und bezüglich Quantität und potenzieller Zusammenhänge untersucht. Diesbezüglich muss berücksichtigt werden, dass ausschließlich die subjektiv empfundene Sicherheit hinsichtlich der Entscheidungen im Fokus der Untersuchung stand. Subjektiv sichere Entscheidungen sind keinesfalls gleichzusetzen mit sozialmedizinisch adäquaten Entscheidungen, d.h. auch (sehr) unsichere gutachterliche Entscheidungen können aus medizinischer und psychosozialer Perspektive heraus als korrekt gelten und umgekehrt. Vor dem Hintergrund der vorhandenen Entscheidungsvorgaben sowie der standardisierten und geschulten Entscheidungsprozesse, die im Rahmen der Begutachtungen permanent durchlaufen werden, kann davon ausgegangen werden, dass die Gutachterinnen und Gutachter über eine etablierte Entscheidungsroutine verfügen. Aufgrund des gutachterlichen Erfahrungswissens kann eine hohe Übereinstimmung zwischen sicheren und sozialmedizinisch korrekten Entscheidungen mit entsprechender Relevanz der Studienergebnisse angenommen werden. Die Projektergebnisse der einzelnen Arbeitspakete müssen aber auch im Lichte weiterer Limitationen betrachtet werden.

So könnte in den qualitativen Interviews bereits der zentrale Untersuchungsgegenstand an sich eine Herausforderung für die Interviewteilnehmenden dargestellt haben, als dass er sich auf mögliche Unsicherheiten und potenziell unkorrekte Entscheidungen im Rahmen des eigenen beruflichen Handelns bezieht. Es erfordert eine hohe Bereitschaft zur kritischen Selbstreflexion des eigenen professionellen Handelns und zur offenen Thematisierung im Rahmen der Interviews. Wie offen sich die Teilnehmenden zum Untersuchungsgegenstand geäußert haben, hängt sicherlich stark mit der eigenen Persönlichkeit, aber auch mit der intern gelebten Optimierungskultur der MD zusammen. Bei der Interpretation der erhobenen Daten sollte diese bei den Studienteilnehmenden unter Umständen unterschiedlich ausgeprägte Offenheit zur Kommunikation über eigene berufliche Unsicherheiten und (möglichen) nicht korrekten Entscheidungen berücksichtigt werden. Die Interviewstichprobe mit zwölf pflegefachlichen und sechs ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern als Ausgangspunkt der weiteren Projektausgestaltung ist eher klein. Herauszustellen ist aber, dass das Sampling über bundesweit sechs verschiedene MD erfolgte, wodurch eine gewisse Variabilität sowohl hinsichtlich institutionsinterner Verfahrensabläufe als auch in Bezug auf den Umgang mit Entscheidungsunsicherheiten und eventuellen fachlich nicht korrekten Entscheidungen gegeben ist.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmenden innerhalb der MD erfolgte über eine interne Kontaktperson in direkter Ansprache sowie über die proaktive Bereiterklärung einzelner

Gutachterinnen und Gutachter. Daher ist weder für die Interview- noch für die Fragebogenerhebung von einer vollständig zufälligen Stichprobenauswahl auszugehen. Möglicherweise haben sich hierbei verstärkt Personen mit bestimmten Merkmalen zu einer Teilnahme bereit erklärt. Personen mit einem hohen beruflichen Engagement, einer ausgeprägten Bereitschaft zur reflektierenden Auseinandersetzung mit dem eigenen professionellen Handeln, einer grundlegenden Offenheit gegenüber dem Thema Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit oder einer Aufgeschlossenheit gegenüber wissenschaftlichen Untersuchungen könnten in den Stichproben überrepräsentiert sein. Entsprechend dieser Stichprobenbesonderheit besteht die Möglichkeit, dass in den qualitativen Interviews bestimmte Problemkonstellationen besonders häufig vorkommen sind oder aber Aspekte nicht angesprochen wurden, da sie für „rehabilitationsaffine“ Gutachterinnen und Gutachter weniger relevant bzw. unproblematisch sind. Diese potenzielle Besonderheit der Untersuchungstichproben ist hinsichtlich der Generalisierung der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit pflegfachlicher und ärztlicher Gutachterinnen und Gutachter zu berücksichtigen.

Mit dem konsekutiven Vorgehen bei der Fragebogenerhebung wurden 20 aufeinanderfolgende Pflegebegutachtungen im Hausbesuch (PG) bzw. zehn Prüfungen weitergeleiteter Rehabilitationsempfehlungen (ÄG) in die Befragung einbezogen. Somit wurde verhindert, dass durch die studienbeteiligten Gutachterinnen und Gutachter bewusst besonders komplexe oder unsichere bzw. auch sehr unproblematische Fallkonstellationen für die Studie ausgewählt wurden. Möglicherweise führte aber die Kürze des individuellen Datenerhebungszeitraums (PG: ca. 5 Werktage) im Einzelfall zu wenigen Begutachtungen mit komplexeren Entscheidungsbedingungen. Demgegenüber sicherte das gewählte Erhebungsvorgehen eine hinsichtlich der Fallspezifiken für die Begutachtungspraxis möglichst repräsentative Fallauswahl.

Insbesondere bei der begutachtungsbegleitenden Erhebung könnte allein die Teilnahme an der Studie zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit dem Thema Rehabilitation und einem unter Umständen großzügigeren Entscheidungsverhalten hinsichtlich Indikationsprüfung und der Einschätzung zum Vorliegen der Indikationskriterien bei den Gutachterinnen und Gutachtern geführt haben. Dies würde die hohen pflegfachlichen Prüfquoten sowie die im Vergleich zu den kalkulierten Zahlen hohe Quote an pflegfachlichen Rehabilitationsempfehlungen mit erklären.

Die multivariable Analyse von unsicherheitsassoziierten Merkmalen folgte einem explorativen (d.h. nicht hypothesenprüfenden) Ansatz. Die eingeschränkte Güte der Regressionsmodelle (geringe Varianzaufklärung) verweist darauf, dass offensichtlich relevante Faktoren unberücksichtigt blieben und an dieser Stelle weiterführende Untersuchungen zur gutachterlichen Unsicherheit geboten sind. Mögliche Faktoren, die in zukünftigen

Forschungsarbeiten berücksichtigt werden sollten sind z.B. eine differenziertere Betrachtung entscheidungsrelevanter Informationen sowie Aspekte der Interaktion zwischen begutachteter Person und der Gutachterinnen bzw. Gutachter.

Pandemiebedingt wurde der ursprünglich als Präsenzveranstaltung geplante Expertenworkshop als Online-Veranstaltung realisiert und unterlag damit den entsprechenden kommunikations- bzw. interaktionsbezogenen Einschränkungen. Andererseits erleichterte der Verzicht auf die Anreise die Teilnahme aus einem breiten Spektrum relevanter Tätigkeitsfelder und die lebhaftete Beteiligung am Workshop zeigte die inzwischen erworbene Routine mit Online-Veranstaltungen zwei Jahre nach Beginn der Pandemie

7 Fazit

Mit den gewonnenen Ergebnissen des REHA-Post Forschungsprojektes konnten nun erstmals detaillierte Erkenntnisse über Art und Ausmaß gutachterlicher Unsicherheiten und den damit assoziierten Einflussfaktoren generiert werden. Wie erwartet gestalten sich die Entscheidungen – sei es auf Ebene einzelner Indikationskriterien oder auch in der Gesamtentscheidung zu einer Rehabilitationsempfehlung – offensichtlich wenig linear bzw. eindeutig dichotom. Vielmehr deutet sich in der Gesamtbetrachtung der gewonnenen Daten eine Komplexität in den Entscheidungsprozessen an, die auch mit unterschiedlichen Entscheidungsstrategien der Gutachterinnen und Gutachter einhergehen. Gutachterliche Unsicherheiten bedingen sich dabei v.a. aus der Komplexität der zugrundeliegenden Indikationskriterien und der Abwägung zwischen Personencharakteristik und Leistungs- bzw. Anforderungsprofil einer medizinischen Rehabilitation. Zudem zeigten sich die pflegfachlichen und ärztlichen Entscheidungsprozesse von weiteren Faktoren beeinflusst, z. B. durch die Einstellung der begutachteten Person gegenüber einer medizinischen Rehabilitationsleistung, die Sichtweise der An- und Zugehörigen aber auch die Verfügbarkeit bzw. Zugangsmöglichkeiten zu entsprechenden Rehabilitationsangeboten. Dabei liefert das Projekt neben konkreten Unsicherheitsfaktoren und bestimmten Problemkonstellationen im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsempfehlung auch detaillierte Einblicke in gutachterliche Entscheidungsstrategien und den damit assoziierten Abwägungsprozessen bezüglich einer Rehabilitationsindikation. Die Verknüpfung von qualitativen und quantitativen Perspektiven im gewählten Mixed-Method-Design trugen dabei deutlich zu einem erweiterten Verständnis der Herausforderungen in der Begutachtungspraxis bei.

Als zentrales Projektergebnis ließen sich aus der Zusammenführung der Erkenntnisse der einzelnen Arbeitspakete relevante Problembereiche identifizieren und darauf basierend fünfzehn konkrete Handlungsempfehlungen für die Medizinischen Diensten entwi-

ckeln. Die mit verschiedenen Expertinnen und Experten erarbeiteten Handlungsempfehlungen bieten praxisorientierte Ansätze für eine problemzentrierte Verbesserung der gutachterlichen Entscheidungssicherheiten. Für die Zugangswege über vertragsärztliche Versorgung und Krankenhaus zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation liegen keine vergleichbaren Erkenntnisse und Informationen vor.

Mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kann der Entstehung von Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit hinausgezögert, aber auch bestehende Pflegebedürftigkeit vermindert bzw. deren Fortschreiten verlangsamt werden. Neben notwendigen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen kann durch eine medizinische Rehabilitation die selbstbestimmte Teilhabe und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen verbessert werden. Die im Projekt erarbeiteten Optimierungsansätze können die Zugangsmöglichkeiten zur Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen an der Schnittstelle der Pflegebegutachtung verbessern und leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Stärkung des Grundsatzes „Reha vor und bei Pflege“.

Literaturverzeichnis

Behrens, Johann (2021): *Sonderauswertung der Erfahrungen mit dem Erhebungsinstrument der klinisch epidemiologischen Untersuchung in fünf Bundesländern*. ISIS-Institut.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2021): *Werkstattbericht RehalInnovativen – Impulse für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation*. online verfügbar unter: http://www.rehainnovativen.de/fileadmin/rehainnovativen/Downloads/Werkstattbericht_RehalInnovativen-12-2020_bf.pdf, Abruf: 27.07.2022

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien – Methodenreport*, 5. Auflage. Version 1. 2017 [cited: YYYY-MM-TT]. DOI: 10.6101/AZQ/000169. www.leitlinien.de/methodik.

Cohen, Jacob (1988): *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2. Aufl. Routledge.

GKV-Spitzenverband (2021): *Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – Berichtsjahr 2020*. online verfügbar unter: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/m_reha/2021_07_12_Gemeinsame_Empfehlungen_Mobile_Reha_v02.pdf, Abruf 04.08.2022

GKV-Spitzenverband (2021): *Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation*. online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflegeberichte/2020_4/20210901_Rehabericht_18a.pdf, Abruf 28.07.2022

Golla, André; Richter, Cynthia; Mau, Wilfried; Saal, Susanne (2019): *Abschlussbericht zum Projekt: „Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung“* online verfügbar unter: <https://rehaempfehlung.medfak.uni-halle.de/files/2020/01/Abschlussbericht.pdf>, Abruf 01.06.2021

Golla, André; Richter, Cynthia; Mau, Wilfried; Saal, Susanne (2022): *Einflussfaktoren auf Beantragung und Inanspruchnahme empfohlener Rehabilitationsleistungen nach einer Pflegebegutachtung – Ergebnisse qualitativer Interviews mit professionellen Akteur/innen*. In: Die Rehabilitation Rehabilitation 61: 25–33

- Häder, Michael (2014):** *Delphi-Befragungen – Ein Arbeitsbuch*. 3. Aufl. Springer VS: Wiesbaden
- Häder, Michael (2019):** *Empirische Sozialforschung – Eine Einführung*. 4. Aufl. Springer VS: Wiesbaden.
- Konrad, Klaus (2010):** *Lautes Denken*. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer VS: Wiesbaden.
- Kuckartz, Udo (2018):** *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Aufl. Weinheim; Basel: Beltz.
- Lenzner, Timo; Neuert, Cornelia; Otto, Wanda (2015):** *Kognitives Pretesting*. Mannheim, GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). DOI: 10.15465/gesis-sg_010
- Lübke, Norbert (2015):** *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*. Online verfügbar unter: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCG.pdf, Abruf 24.08.2022
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2021):** *Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V Vorsorge und Rehabilitation* online verfügbar unter: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Vorsorge_Reha_211220.pdf, Abruf 04.08.2022
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2021):** *Die Arbeit des Medizinischen Dienstes Zahlen, Daten, Fakten 2020. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. online verfügbar unter: https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/16_Zahlen_Daten_Fakten/2020_MD_ZDF.pdf, Abruf 28.0.2022
- Pfister, Hans-Rüdiger; Jungermann, Helmut; Fischer Katrin (2017):** *Die Psychologie der Entscheidung – Eine Einführung*. 4. Aufl. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg.
- Raspe, Heiner (2012):** *Rehabilitation: ein Feld für Priorisierungen? – Pro & Contra*. In: Die Rehabilitation, 51, S. 115–117.
- Rothgang, Heinz; Huter, Kai; Kalwitzki, Thomas; Mundhenk, Rebeeca (2014):** *Reha XI – Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK, Evaluation und Umsetzung*. Abschlussbericht. Bremen: ZeS.

Schmidt-Ohlemann, Matthias; Schweizer, Carola (2006). *Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation.* In: Die Rehabilitation, 48, S. 15–25.

Thiel, Stephanie (2018): *Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeheimen und Kurzzeitpflege.* Dissertation online verfügbar unter: <https://opendata.uni-halle.de/bitstream/1981185920/32759/1/2018-10-24Diss%20fertig-30.1.2020%20ohne%20Lebenslaufpdf.pdf>, Abruf: 01.06.2021

Anhang

Anhang 1 – Projekt- und Meilensteinplanung (Stand 21.03.2021)

Anhang 2 – Sampling-Kriterien zu den Medizinische Diensten

Anhang 3 – Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse Arbeitspaket 1

Anhang 4 – Interviewleitfäden für das Arbeitspaket 1

Anhang 5 – Tabellarische Ergebnisübersicht zum Arbeitspaket 1

Anhang 6 – Kurzfrage- und Selbstauskunftsbögen für das Arbeitspaket 2

Anhang 7 – Informationsbroschüre zum Workshop für das Arbeitspaket 3

Anhang 8 – Workshop-Ergebnisfolien der beiden Arbeitsgruppen

Anhang 9 – Ergebnisprotokoll des Workshops

Anhang 10 – Ergebnis des Delphi-Konsensverfahrens für alle 15 Empfehlungen

Anhang 1: REHA-Post / Projekt- und Meilensteinplanung (laut Antrag mit Stand vom 20.01.2021)

Arbeitspaket/Tätigkeit	Zuständigkeit	Projektmonate 2021										Projektmonate 2022							
		03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08
Ansprache/Gewinnung teilnehmender MDK	MDB	X																	
Erstellung von Dokumenten für Probandengewinnung	MLU/MDB	x																	
Sekundärdatenanalyse bestehender Projektergebnisse	MLU	x	x																
Gewinnung von Interviewteilnehmenden bei den MDK	MLU/MDB	x	x																
Erstellung und Erprobung der Interviewleitfäden	MLU/MDB		x	x															
Durchführung der Interviews	MLU			x	x														
Transkription und Auswertung der Interviews	MLU			x	x	x													
Ergebnisse der qualitativen Interviews liegen vor und Abschluss des ersten Arbeitspakets						Ms1													
Gewinnung von Teilnehmenden der schriftl. Befragung	MLU					x	x												
Entwicklung der Erhebungsbögen	MLU/MDB					x	x												
Durchführung der stand. schriftlichen Befragung	MLU						x	x	x										
Eingabe und Auswertung der Erhebungsbögen	MLU									x	x								
Ergebniszusammenstellung der schriftlichen Befragung liegt vor und Abschluss des zweiten Arbeitspakets											Ms2								
Terminierung und Einladung der Teilnehmenden	MLU/MDB										x								
Erstellung der Workshopunterlagen	MLU/MDB											x	x						
Durchführung des Expertenworkshops	MLU/MDB													x					
Dokumentation und Ergebniszusammenfassung	MLU														x				
Durchführung Delphi-Konsensusverfahren	MLU/MDB															x	x		
Erstellung Abschlussbericht und Ergebnispublikation	MLU/MDB																x	x	x
Ergebnisse aller Arbeitspakete werden zusammengeführt und in einem Projektbericht dargestellt.																			Ms3

Legende: Ms = Meilenstein; MDB = Medizinischer Dienst Bund; MLU = Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Anhang 2: Ausgewählte, studienteilnehmende Medizinische Dienste (Fett markiert) mit den jeweiligen Sampling-Kriterien

Medizinischer Dienst	Vorherrschende geriatrische Versorgungsstruktur des Bundeslandes	Umsetzungsbesonderheiten der OBS-Vorgaben (sofern bekannt)	Empfehlungsquote 2019 (%)
Baden-Württemberg	Klassisches Mischland	Regionale zuständige ärztliche GA, für externe PFK zentraler ärztlicher GA als Ansprechpartner über Telefonhotline	3,8
Bayern	Klassisches Mischland	Regional zuständige ärztliche GA, Telefonhotline bei dringenden Rücksprachebedarf, immer Rückkopplung Arzt-PFK zur Rehabilitations-Empfehlung	4,4
Berlin-Brandenburg	Berlin: §109-Land / Brandenburg überwiegend §109-Land (minimaler Reha-Anteil)	Regionale zuständige ärztliche GA, immer Rückkopplung zwischen ärztlichen GA und PFK zur Reha-Empfehlung	4,0
Bremen	§109-Land	Siehe Niedersachsen	5,4
Hessen	Überwiegend §109 Land (minimaler Reha-Anteil)	Regionale fest zugeordnete ärztliche GA	2,2
Mecklenburg-Vorpommern	Klassisches Mischland	Zentral zuständige ärztliche GA, immer Rückkopplung ärztlicher GA-PFK zur Rehabilitations-Empfehlung	3,3
Niedersachsen	Klassisches Mischland	Zentralisierter Prozess, fester Stab ärztlicher Gutachter, die ausschließlich mit dieser Aufgabe betraut sind, regelmäßige Rückkopplung Arzt- PFK zur Rehabilitations-Empfehlung	10,1
Nord	§109-Land	PFK müssen bei potenzieller Reha-Empfehlung immer ärztlichen Gutachter telefonisch kontaktieren, Pflege-GA liegt ärztlichen GA nicht vor	0,8
Nordrhein	Mischland	Regional fest zugeordnete ärztliche GA, Nutzung der Kommunikationsfunktion in der Gutachtersoftware	5,9
Rheinland-Pfalz	Klassisches Mischland	Regional fester Stab an ärztlichen GA, zeitnahe regelmäßige Rückkopplung ärztlicher GA-PFK zur Rehabilitations-Empfehlung	2,8
Saarland	Klassisches Mischland	Zentral fester Stab ärztlicher GA, immer Rückkopplung -ärztlicher GA-PFK zur Rehabilitations-Empfehlung	3,4
Sachsen	Mischland	Regional zuständige ärztliche Gutachter, enge Supervision der PFK, konsequente Rückkopplung ärztlicher GA-PFK zur Rehabilitations-Empfehlung	7,9
Sachsen-Anhalt	§109-Land	Regional fest zugeordnete ärztliche GA, regelmäßige Rückkopplung ärztlicher GA-PFK zur Rehabilitations-Empfehlung	8,4
Thüringen	Mischland (bis vor 2 Jahren noch §109-Land)		2,5
Westfalen-Lippe	Mischland	Regional fest zugeordnete ärztliche GA, Rückmeldung ärztlicher GA an PFK nur bei Abweichung	5,8

Erläuterungen: Mischland = geriatrische Versorgungsstrukturen existieren im Krankenhaus (§39 SGB V) und in Rehabilitationseinrichtungen (§40SGBV); PFK = Pflegefachkraft, GA = Gutachter; Grün hinterlegt sind die ausgewählten/ teilnehmenden MDK

Anhang 3 – Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse im AP 1

Als vorbereitender Schritt für die Entwicklung von Interviewleitfäden wurden ausgewählte Daten zweier Forschungsprojekte zu gutachterlichen Unsicherheiten sekundäranalytisch ausgewertet. Aus der Studie von Golla et al. (2019) ließen sich insgesamt 12 Interviews mit ärztlichen und pflegfachlichen Gutachterinnen bzw. Gutachtern von Medizinischen Diensten analysieren, in denen sich Indizien zu direkten und indirekten Unsicherheitsfaktoren im Kontext von Rehabilitationsempfehlungen fanden.

Auf den Entscheidungsprozess zu Rehabilitationsempfehlungen zeigten sich demnach persönliche Erfahrung und Wissen der Gutachterinnen und Gutachtern als einflussnehmende Faktoren, wobei insbesondere durch PG die Kenntnisse zur Zielgruppe (z.B. Kinder vs. Ältere), zu Krankheitsbildern und zu therapeutischen Rehabilitationsansätzen angeführt wurden. Ein Mangel führt dabei eher zu Schwierigkeiten bei der Indikationsprüfung, vorhandene Kenntnisse unterstützen die subjektive Entscheidungssicherheit. Zu Aspekten die konkret mit Unsicherheiten beim Entscheidungsprozess assoziiert werden, zählen kognitive Beeinträchtigungen, die Höhe des Pflegeaufwands für den Rehabilitationserbringer, eine demenzielle oder depressive Erkrankung, chronische Erkrankungen mit langer Behandlungsakte sowie Suchtproblematiken. Betont wurde, dass gerade die Komplexität und das Zusammenspiel mehrerer Faktoren zu Unsicherheiten führen kann. Auch die persönliche Einstellung zur Rehabilitation von Gutachterinnen und Gutachtern konnte als ein Einflussfaktor angenommen werden.

„Natürlich ist die persönliche Stellung zu Rehabilitation doch eine sehr individuelle – das muss man auch sehen. Das ist auch immer wieder Anlass für Diskussionen, auch intern im Team. [...] Und ich bin ein bisschen rehabilitationskritisch oder sagen wir mal, ich versuche schon, die Reha-Indikation auch ein bisschen zu priorisieren. Wo ich sage: ‚Da macht das sicher Sinn. Da sollte man alles versuchen‘. Und dann, wo ich sagen würde: ‚Da ist das auch nicht ganz so ganz furchtbar erfolgversprechend‘.“ ÄG

Dieser Aspekt spiegelt sich auch im allgemeinen Verständnis gegenüber der medizinischen Rehabilitation wider, wonach bestimmte Perspektiven – durchaus auch bezogen auf einzelne Rehabilitationskriterien – die Entscheidungsfindung beeinflussen können.

„Wenn mir jemand sagt, er schafft es 40 Meter zu laufen und muss dann eine halbe Stunde Pause machen, [...] brauch ich ihn nicht in Reha schicken.“ PG

Es ließen sich auch Aussagen finden, wonach eine medizinische Rehabilitation als Ersatz für fehlende ambulante Versorgung verstanden wird. Hierbei deutet sich die Vermischung zwischen den eigentlichen Rehabilitationskriterien und der persönlichen Rehabilitationsperspektive der Begutachtenden an. Die Entscheidung kann dabei auch dadurch geprägt sein, was die Gutachterinnen und Gutachter für die begutachtete Person am sinnvollsten erachten – also im Sinne des „Versichertenwohls“ – wobei sich dies nicht zwingend mit den bestehenden Rehabilitationskriterien decken muss.

„Mag sein, dass der eigentlich nicht unbedingt zu einer Reha mehr gehörte, der hatte eine bösartige Erkrankung. Der war aber noch sehr jung [...], wollte gern zur Reha, weil er für sich selber gehofft hat, dass sich die Situation nochmal ein bisschen verbessert, und ich konnte das nachvollziehen und hab auch versucht, [...] hab das da auch reingeschrieben, warum ich da eine Rehaempfehlung gerne geben würde. Aber naja, er durfte nicht mehr zu Reha. Schade. Ich hätte es ihm gegönnt.“ PG

Es zeigte sich, dass die persönliche Einstellung und direkte Rückmeldung (z.T. auch die wahrgenommene Motivation) der begutachteten Person Einfluss darauf haben kann, ob eine Rehabilitationsempfehlung abgegeben wird. Insbesondere eine deutlich ablehnende Haltung kann dazu führen, dass trotz bestehender Rehabilitationsindikation keine Empfehlung ausgesprochen wird und sich eher für die Empfehlung mehrerer Einzelmaßnahmen entschieden wird. Ebenso kann eine Rehabilitationsempfehlung infolge einer von anderen anwesenden Personen (v.a. Angehörige) geäußerten ablehnenden Haltung ausbleiben.

„Also zwingen kann man ja zur Reha niemanden, also bei jemand, der es dann auch wirklich konsequent ablehnt, da sagt man: ‚Gut dann probieren wir das jetzt erst mal mit einer ambulanten Physiotherapie dann schauen Sie erst mal, ob Ihnen das etwas bringt, ob Ihnen das gut tun und dann, wenn Sie merken, dass Sie wieder beweglicher, mobiler, kräftiger, was auch immer werden, dann können Sie ja mit Ihrem Hausarzt ja immer noch sprechen, dass der dann vielleicht nochmal eine Reha in die Wege leitet‘.“ PG

Dies kann auch in umgekehrter Richtung wirken, so das trotz bezweifelter Sinnhaftigkeit der Rehabilitation, dennoch eine Rehabilitationsempfehlung aufgrund der klaren Motivation der Begutachteten ausgesprochen wird. Es wurde zudem berichtet, dass auf die Entscheidung auch die konkreten Wünsche der Begutachteten Einfluss nehmen können. Dies betrifft z.B. die Rehabilitationsziele oder die Durchführungsform.

Ein weiterer Befund betrifft die rehabilitative Versorgungssituation im Einzugsbereich der Begutachteten. Es deutet sich an, dass die Versorgungsrealität, unter der die medizinische Rehabilitation durchgeführt werden kann, bei der individuellen Entscheidung zur Rehabilitationsempfehlung berücksichtigt wird. Dies betrifft vor allem das erreichbare Angebot (hier ambulant/mobil), aber auch die (erwartete) Versorgungsqualität für Pflegebedürftige in den Rehabilitationseinrichtungen.

„Aber ich finde es ziemlich frustrierend dann sowas [*Anm. d. Verf.: ambulante Rehabilitation*] überhaupt anzuregen um den Leuten Hoffnung zu machen, weil der hätte davon nicht mehr profitiert, weil die gibt es nicht.“ PG

Aus den Interviews ließen sich auch Aspekte ableiten, die sich primär dem Verfahren selbst zuordnen lassen und hier insbesondere auf die Entscheidungsfähigkeit auswirken können. Das betrifft v.a. die ÄG, denen die Rehabilitationsempfehlungen zur Prüfung vorgelegt werden und die ihre Entscheidung anhand der Angaben und Informationen im jeweiligen Gutachten treffen müssen. Hier deutet sich an, dass den ÄG teilweise Informationen für ihre Entscheidung fehlen, was als Unsicherheitsfaktor verstanden werden kann. Neben unzureichender Dokumentation durch die PG, können dafür auch bestimmte Begutachtungsbarrieren ursächlich sein. So wird z.B. geschildert, dass psychosomatische Aspekte nicht im

Begutachtungsfokus stehen und wichtige Entscheidungskriterien somit gar nicht erhoben/geprüft werden.

„Und ich glaub auch der ganze Bereich der psychosomatischen Rehabilitation [...] Der ist auch immer schwierig und auch immer problematisch. Wann ist es angezeigt? In unserem System screenen wir nicht danach.“ ÄG

Fehlende Informationen betreffen dabei nicht allein die ärztliche Ebene, sondern können bereits die pflegfachliche Entscheidung erschweren.

„Teilweise auch Sachen die ich gar nicht für die Begutachtung zur Verfügung gestellt bekommen habe, der war schon mehrmals zur Reha und hat alles nichts gebracht oder er hat die abgebrochen. Wenn der der Reha-Arzt diese Hintergrundinformationen hat und ich nicht hatte, dann kann ich auch ganz leicht einlenken und sagen das Thema ist durch.“ PG

Die Möglichkeit, auch unsichere bzw. vermeintlich falsche Empfehlungen aussprechen zu können, kann hierbei die Sicherheit bei der pflegfachlichen Entscheidungsfindung erhöhen, da so die finale Abwägung dem ÄG übertragen werden kann. In diesem Zusammenhang deutet sich in den Interviews an, dass besonders ein regelmäßiges ärztliches Feedback zu den weitergeleiteten Rehabilitationsempfehlungen die Entscheidungsfähigkeit von PG positiv beeinflussen kann.

„Also da merke ich dann auch, dass sie sich wirklich das Gutachten durchgelesen haben. Dass sie wirklich auch die Anamnese gelesen haben [...] Ist natürlich für mich auch nochmal gut und positiv, wenn man nochmal wirklich eine Rückmeldung vom Reha-Arzt bekommt, ob man denn auch mit seiner eigenen Einschätzung richtig liegt.“ PG

Die zwei weiteren analysierten Textdokumente von Thiel (2019) und Behrens (2021) beziehen sich auf eine Studie zur *Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege*. Da der Studienfokus auf der Angebotsform der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation, Personen aus Pflegeeinrichtungen sowie primär dem Rehabilitationszugang aus der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung (Muster 61) lag, gab es nur bedingt Schnittmengen zu den gutachterlichen Unsicherheiten auf Ebene der Medizinischen Dienste. Bei den in einem Projektabschnitt involvierten Rehabilitationsmedizinerinnen und -medizinern, die Indikationskriterien von Pflegebedürftigen einschätzen und bewerten sollten, offenbarten sich diesbezüglich keine Entscheidungsschwierigkeiten. In der Studie wird aber auf ein „ethisches Dilemmata“ hingewiesen, sobald spezifische Rehabilitationsempfehlungen (z.B. Mobile Rehabilitation) ausgesprochen werden, die aufgrund fehlender Versorgungsstrukturen nicht realisierbar sind. Dies steht im Einklang mit den gutachterlichen Aussagen der vorangegangenen Sekundäranalyse.

REHA–Post Interviewleitfaden – Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter

Begrüßung

Ich freue mich, dass es heute mit unserem Interview klappt. In unserem ersten Telefonat am ...*[Zeitpunkt]*... hatte ich Ihnen das Projekt bereits vorgestellt. [Es wird heute darum gehen, was aus Ihrer Sicht Einfluss auf den Entscheidungsprozess hat, der einer Feststellung der Reha–Indikation vorausgeht. Ich denke wir brauchen etwa eine Stunde.]

Standardisierter Gesprächseinstieg

Die Studieninformation hatte ich Ihnen per Post mitgeschickt. Haben Sie dazu erstmal noch allgemeine Fragen?

Ihre Einwilligungserklärung ist bei mir angekommen. [Sie haben sich einverstanden erklärt, dass ich heute das Gespräch aufnehmen darf, um es hinterher inhaltlich auswerten zu können.] Haben Sie hierzu noch Rückfragen? ... *[Pause]*... Zum Beispiel zum Datenschutz oder ähnlichem?

Darf ich für die Statistik mit aufnehmen, dass Sie pflegefachliche/r Gutachter/in bei MDK ...*[Name]*... sind? Und darf ich auch das Jahr Ihrer Einstellung bei MDK mit aufnehmen? Wann war das?

Gut. Ich sage Ihnen gleich nochmal Bescheid, wenn ich die Aufnahme starte und das Interview tatsächlich dann losgeht. Ein Gutachten mit einer Reha–Empfehlung haben Sie heute mitgebracht, richtig?

Ich möchte kurz nochmal auf den Ablauf des Interviews eingehen. Es besteht aus zwei Teilen. Im Ersten werde ich Sie gleich bitten, dass Sie mir anhand Ihres mitgebrachten Gutachtens erklären, wie Sie zur Reha–Empfehlung gekommen sind. Im zweiten Teil habe ich dann noch ein paar allgemeine Fragen zum Thema Reha–Empfehlung an Sie.

[Es geht mir beim heutigen Interview vor allem darum, dass Sie über Ihre Erfahrungen im Umgang mit der Reha–Empfehlung sprechen. Bei welchen Aspekten fühlen sie sich eher sicher oder eher unsicher, hinsichtlich der Entscheidungsfindung im Rahmen der Reha–Indikationsprüfung? Ich brauche dazu Ihre Unterstützung und Ihre Offenheit und bitte Sie ganz bewusst, auch erlebte Unsicherheiten auszusprechen. Nur so können wir mit unserem Forschungsprojekt auch nachhaltige Lösungen zur Verbesserung finden. Es gibt bei diesem Thema kein Richtig oder Falsch, ich frage auch kein Wissen ab Es geht mir wirklich um Ihre ganz persönliche Sichtweise und Ihre Erfahrungen die sie mit Reha–Empfehlungen bzw. eben der Prüfung der Reha–Indikation auf Basis der Pflegebegutachtung gemacht haben. Alles was Sie sagen wird streng vertraulich behandelt. Okay?]

Überleitung Lautes Denken

Gut. Ich möchte gleich im ersten Teil unseres Gesprächs eine besondere Methode durchführen. Diese nennt sich „Lautes Denken“. Es geht dabei darum, dass man versucht seine Gedanken in Worte zu fassen, also z.B. was Ihnen bei einer bestimmten Tätigkeit oder einer Überlegung durch den Kopf geht. Ich will Ihnen das kurz mal an einem Beispiel verdeutlichen, was Lautes Denken ist.

*Sensibilisierung
Lautes Denken*

Zum Frühstück gab es heute bei mir Müsli mit Milch ... Sie wissen jetzt also was ich zum Frühstück hatte, wissen aber nicht warum... nun werde ich einmal laut Denken und Ihnen meine Entscheidung erklären, damit Sie verstehen warum ich mir z.B. kein Toast gemacht habe.

Ich starte mal mit dem Lauten Denken: Ich bin heute früh in meine Küche gekommen, habe dann auf meine Uhr geschaut, es war 6:33 ... ich habe mir gedacht, normalerweise bin ich gegen 6:15 Uhr in Küche, ich war heute also später dran als sonst. Dann bin ich im Kopf meinen Terminkalender durchgegangen und mir fiel siedend heiß ein, dass ich heute schon 7:45 Uhr einen Termin habe. Da wusste ich, dass ich es mit dem Frühstück heute nicht so gemütlich angehen konnte wie ich es gerne hätte. Frühstück plane ich in der Regel nicht und freue mich drauf das zu essen, worauf ich gerade Lust habe. In dem Moment habe ich überlegt, was jetzt möglichst schnell geht, wenig Aufwand macht und trotzdem sattmacht. Der Tag wird schließlich lang. Ich habe als erstes in den Kühlschrank geschaut. Mein Blick fiel auf die Milch und ich dachte: „Ich nehme jetzt ein kleines Schälchen Müsli und etwas Milch, dann esse ich schnell ein paar Löffel und dann aber los. Das muss dann bis heute Mittag reichen.“

Vielleicht ein guter Zeitpunkt um mein lautes Denken zu unterbrechen. Ich habe Ihnen nicht nur erzählt was ich gemacht habe, sondern ich habe versucht Ihnen meine Gedanken mitzuteilen. Und das ist genau das, was ich mir beim ersten Teil unseres Interviews von Ihnen wünsche. Damit Sie da ein bisschen reinkommen, habe ich eine kurze Übungsaufgabe für Sie.

*Übungsaufgabe Lautes
Denken*

Entscheidungsbezogene Aufgabe:

Erklären Sie mir bitte, wie Sie zur Entscheidung hinsichtlich der Wahl Ihrer Schuhe kamen, die Sie heute tragen?

Je nach Detailierungsgrad situativ nachfragen:

- *Sie sind nicht auf die Witterung eingegangen. Welche Rolle hat das bei Ihrer Wahl gespielt?*
- *Welche praktischen Überlegungen spielen eine Rolle?*
- *Welche ästhetischen Überlegungen beeinflussen Ihre Wahl?*

*Überleitung
Interview*

Ich hoffe Sie haben jetzt ein Gefühl für das Laute Denken bekommen. Es geht dabei darum, dass man seine Gedanken in Wort fasst, also das auch ganz bewusst ausspricht, was im Kopf vorgeht, was normalerweise nicht ausgesprochen wird.

Wenn Sie einverstanden sind, starte ich gleich die Aufnahme, konzentrieren Sie sich dann ganz auf die Aufgaben bzw. Fragen, die ich Ihnen stelle – haben Sie auch keine Angst vor Pausen, bei denen Sie Dinge auch etwas länger durchdenken. Sollten Sie irgendwie Namen, Orte, Einrichtung oder ähnliches die auf Sie oder Ihren MDK zurückzuführen sind erwähnen, werde ich das alles anonymisieren. So das in der Auswertung schon nicht mehr nachvollziehbar ist, von wem einzelne Aussagen stammen. Okay?

Gut dann starte ich die Aufzeichnung und beginne mit dem ersten Teil.

● **Start der Interviewaufnahme**

*Lautes Denken
Reha-Indikation*

Sie haben ein Gutachten mit einer Rehabilitationsempfehlung vor sich liegen. Ich kenne dieses Gutachten nicht und habe auch keinerlei Vorstellung wer dort begutachtet wurde.

Ich würde Sie gleich bitten zu beschreiben, wie Sie bei dieser Person Ihre Entscheidung zur Reha-Empfehlung getroffen haben. So wie ich es verstanden habe, sind dabei Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit, Reha-Ziele einzuschätzen und ggf. ist auch anzugeben welche Form der Reha am ehesten in Frage kommt.

Schauen Sie sich bitte jetzt die Reha-Empfehlung zu Ihrem Gutachten an und versuchen Sie sich einmal in die damalige Begutachtung zurückzusetzen. Erläutern Sie bitte Schritt für Schritt Ihren Entscheidungsweg zu den einzelnen Komponenten der Reha-Indikation in der Reha-Empfehlung und versuchen Sie möglichst Ihre Gedanken, die Sie zu der Entscheidung geführt haben, in Wort zu fassen.

Je nach Detailierungsgrad situativ nachfragen:

- *Wie haben Sie bei dieser Person eingeschätzt, dass eine Rehabilitation erforderlich ist und hier Einzelmaßnahmen nicht ausreichend sind? Beschreiben Sie Ihren Entscheidungsweg laut den- kend.*
- *Wie sind Sie genau bei der Einschätzung der Reha-Bedürftigkeit vorgegangen? Fassen Sie hier nochmal Ihre Gedanken und Abwägungen in Worte.*
- *Wie sind Sie genau bei der Einschätzung der Reha-Fähigkeit vorgegangen? Beschreiben Sie bitte Ihre Gedanken und Abwägungen?*
- *Woraus ergaben sich die Reha-Ziele? Was ist Ihnen bei der Auswahl oder Formulierung durch den Kopf gegangen?*
- *(Optional) Wie haben Sie ihre Entscheidung zur Zuweisungsempfehlung getroffen, welche As- pekte haben Sie dafür berücksichtigt?*

Überleitung Leitfragen

Okay, das war es schon mit dem ersten Teil. Und ich würde hier gern direkt anknüpfen und in den zweiten Teil des Interviews gehen. Wir kommen nun von der konkreten Begutachtungssituation zu Ihren gesamt- en Erfahrungen mit der Feststellung einer Reha-Indikation.

Interview Leitfragen

1. Die Reha-Indikation umfasst die Aspekte der Reha-Bedürftigkeit, der Reha-Fähigkeit und der Reha-Ziele und die daraus abgeleitete Reha-Prognose. Was beeinflusst Ihre Entscheidungen hinsichtlich der verschiedenen Aspekte?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- *Je nach Gesprächsverlauf hier diejenigen Aspekte nachfragen, die noch nicht bzw. nicht de- tailliert angesprochen wurden → Bedürftigkeit/Fähigkeit/Ziele/Prognose*
- *Merkmale der Pflegesituation, z.B. bei Vorliegen kognitiver Einschränkungen*
- *Vorerfahrungen der Pflegebedürftigen mit Reha-Maßnahmen*
- *Herausforderungen beim Abwägen zwischen dem Bedarf an Einzelleistungen mit rehabilitati- ver Zielstellung (z.B. Heilmittel-Therapie) und dem Bedarf komplexer Reha-Leistungen*

2. Was macht Sie eher unsicher bei Ihrer Entscheidungsfindung bezüglich der Reha-Indikation?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- *Gibt es bestimmte Begutachtungssituationen, die Sie bei Ihrer Entscheidungsfindung eher un- sicher machen? – z.B. anwesende Personen und deren Meinungen/Stimmungen oder be- stimmte Informationsquellen, die fehlen?*
- *In wie weit sind wahrgenommene Ressentiments, Barrieren, bestimmte Einstellungen gegen- über einer medizinischen Rehabilitation, wie z.B. befürchtete finanzielle Einbußen bei funktio- nellen Verbesserungen von Bedeutung?*
- *[Optional] Inwieweit lassen sich Versicherte bei der Begutachtung zu einer Reha ermutigen und wie wirkt sich das auf Ihre Entscheidungsfindung aus?*
- *Welchen Einfluss hat der Ort der Begutachtung auf Ihre Entscheidung zur Reha-Indikation, also z.B. wenn Personen zu Hause oder im Pflegeheim sind? Welche Informationsquellen ste- hen zur Verfügung?*
- *Inwiefern beeinflussen Sie Ihre Vorerfahrungen oder bestimmte Kompetenzen, z.B. hinsicht- lich von Krankheitsbildern, wie z.B. Demenz, Parkinson oder Schlaganfall?*

3. Was macht Sie eher sicher in Entscheidungen bzgl. der Feststellung der Reha-Indikation?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- Gibt es bestimmte Begutachtungssituationen, die Sie bei Ihrer Entscheidungsfindung eher sicher machen? – z.B. anwesende Personen und deren Meinungen/Stimmungen oder bestimmte Informationsquellen die Ihnen zur Verfügung stehen?
- Inwiefern beeinflussen Sie Ihre Vorerfahrungen oder bestimmte Kompetenzen, z.B. hinsichtlich von Krankheitsbildern, wie z.B. Demenz, Parkinson oder Schlaganfall?

4. Welche Rolle nehmen andere Personen bei Ihrer Entscheidungsfindung ein, z.B. die Versicherten selbst bzw. bei der Begutachtung anwesende oder in die Versorgung involvierte Personen?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- Wie äußert sich in der Regel die Einstellung der Versicherten oder weiterer beteiligter Personen zur Reha-Indikation in der Begutachtung?
- Wie gehen Sie mit einer ablehnenden oder zurückhaltenden Einstellung der Versicherten oder anderer anwesender Personen in der Begutachtung um?
- Welche Hinweise erhalten Sie aus den Gesprächen mit den Versicherten zu den Perspektiven von den behandelnden Haus- oder Fachärzten hinsichtlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation?
- Welche Hinweise erhalten Sie aus den Gesprächen mit den Versicherten zur Verordnung und Koordination von ambulanten Einzelleistungen durch die behandelnden Haus- oder Fachärzte?
- [Optional] Inwiefern wird Ihre Entscheidung zur Reha-Indikation davon beeinflusst, ob sich Ihre Einschätzung mit der von anderen Personen deckt, z. B. die geschilderte Sichtweise von behandelnden Haus- und Fachärzten?

5. Inwieweit beeinflusst Ihr Wissen über regional verfügbare Reha-Angebote Ihre Entscheidungsfindung?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- Fehlende oder nicht bedarfsgerechte Strukturen für ambulante oder mobile Reha-Angebote
- Konflikt zwischen Reha-Fähigkeit und Angebotsform
- Wie beeinflusst Ihr Wissen über Prozesse einzelner Pflege- bzw. Krankenkassen Ihre eigenen Entscheidungen, wie z.B. die Ihnen bekannten Verfahrensbesonderheiten bei bestimmten Kassen oder die Form und Intensität der kassenseitigen Kommunikation mit Versicherten und ihren Angehörigen?

6. Glauben Sie, Ihre pflegefachlichen Kolleginnen und Kollegen kommen zu den gleichen Einschätzungen zur Reha-Indikation wie Sie?

Aspekte für Nachfragen:

- Was sind eher persönlich bedingte Einflüsse auf die Reha-Indikationsstellung?
- Was sind eher verfahrensbedingte Einflüsse auf die Reha-Indikationsstellung?
- Inwiefern spielen die verfügbare Zeit in einer Pflegebegutachtung und die eigene Einstellung zur Reha eine Rolle?
- Was könnte Ihrer Erfahrung nach pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter motivieren, sich stärker für das Thema Reha zu engagieren?

7. Wie gestaltet sich Ihr Austausch mit den ärztlichen Gutachten und Gutachterinnen, wenn sie eine Reha-Indikation festgestellt haben?

Aspekte für Nachfragen:

- Welche Bedeutung haben die Rückmeldungen der Ärztinnen und Ärzte für Sie – ganz unabhängig ob es eine Zustimmung oder Ablehnung der Reha-Empfehlung ist?
- Welche Rolle spielen konkrete ärztliche Begründungen für Ihre Entscheidungsfindung in zukünftigen Begutachtungen?
- Inwiefern sind die Begründungen der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter für Sie überzeugend?

8. Was brauchen Ihrer Meinung nach Gutachterinnen und Gutachter, um Sicherheit im Entscheidungsprozess der Reha-Indikation zu erlangen?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- Welche (weiteren) Informationsquellen werden benötigt?
- Welche Inhalte und Formen sollten Schulungsangebote aufweisen?
- Welche Form der persönlichen Begleitung wird als wichtig erachtet (z.B. Begleitung in der Einarbeitungsphase, Evaluation der Reha-Indikationsstellungen, Möglichkeit der Supervision)?

9. Ich habe keine weiteren Fragen mehr. Habe ich vergessen etwas nachzufragen, was aus Ihrer Sicht noch wichtig zum Thema wäre?

■ Ende der Interviewaufnahme

Vergabe des individuellen Zugangscodes

Gut ich habe die Aufnahme gestoppt. Ganz herzlichen Dank für Ihre Interviewteilnahme. Das waren sehr ausführliche und interessante Antworten von Ihnen. Das wird uns für das Forschungsprojekt sehr weiterhelfen.

Abschließend, damit ich die Interviewaufnahme gleich speichern kann, brauche ich von Ihnen noch einen zufälligen fünfstelligen Code... Können Sie mir 2 Buchstaben und 3 Zahlen nennen. Am besten eine Kombination, die Sie sich leicht merken können.

Sehr schön ... *[Kombination wiederholen]* ... ich würde Sie bitten, sich diesen Code zu notieren. Sollten Sie die Studienteilnahme widerrufen, können wir mit diesem Code ihr Interview zuordnen und somit löschen. Ich speichere hier nichts unter Ihrem Namen ab, sondern ausschließlich unter dem diesem Code ... *[Kombination wiederholen]* ... damit stellen wir sicher, dass Ihre Angaben bestmöglich geschützt sind.

Haben Sie sich Ihren Code notiert? ... *[Kombination wiederholen]* ...

Gesprächsabschluss

Dann bedanke ich mich nochmal bei Ihnen.

REHA-Post Interviewleitfaden – Ärztliche Gutachterinnen und Gutachter

Begrüßung

Ich freue mich, dass es heute mit unserem Interview klappt. In unserem ersten Telefonat am ...*[Zeitpunkt]*... hatte ich Ihnen das Projekt bereits vorgestellt. [Es wird heute darum gehen, was aus Ihrer Sicht Einfluss auf die Prüfung und damit verbundene Entscheidung einer Ihnen vorgelegten Reha-Empfehlung hat. Ich denke wir brauchen ca. eine Stunde, vielleicht sind wir aber auch schneller durch.]

Standardisierter Gesprächseinstieg

Die Studieninformation hatte ich Ihnen per Post mitgeschickt. Haben Sie dazu erstmal noch allgemeine Fragen?

Ihre Einwilligungserklärung ist bei mir angekommen. [Sie haben sich einverstanden erklärt, das ich heute das Gespräch aufnehmen darf, um es hinterher inhaltlich auswerten zu können.] Haben Sie hierzu noch Rückfragen? ... *[Pause]*... Zum Beispiel zum Datenschutz oder ähnlichem?

Darf ich für die Statistik mit aufnehmen, dass Sie ärztliche/r Gutachter/in bei MDK ...*[Name]*... sind? Und darf ich auch das Jahr Ihrer Einstellung bei MDK mit aufnehmen? Wann war das?

Gut. Ich sage Ihnen gleich nochmal Bescheid, wenn ich die Aufnahme starte und das Interview tatsächlich dann losgeht. Ein Gutachten mit einer Reha-Empfehlung haben Sie heute mitgebracht, richtig?

Vorher möchte ich kurz nochmal auf den Ablauf des Interviews eingehen. Es besteht aus zwei Teilen. Im Ersten werde ich Sie gleich bitten, dass Sie mir anhand Ihres mitgebrachten Gutachtens erklären, wie Sie zur Reha-Empfehlung gekommen sind. Im zweiten Teil habe ich dann noch ein paar allgemeine Fragen zum Thema Reha-Empfehlung an Sie.

[Es geht mir beim heutigen Interview vor allem darum, dass sie offen über Ihre Erfahrungen im Umgang mit den Reha-Empfehlungen sprechen. Also in welcher Hinsicht Sie sich sicher bzw. unsicher fühlen, wodurch für Sie auch Entscheidungen erschwert sind, wenn es darum geht eine Ihnen vorgelegte Reha-Empfehlung zu prüfen und zu bewerten. Ich brauche dazu Ihre Unterstützung und Ihre Offenheit und bitte Sie ganz bewusst auch erlebte Unsicherheiten auszusprechen. Nur so können wir mit unserem Forschungsprojekt auch nachhaltige Lösungen zur Verbesserung finden. Es gibt bei diesem Thema kein richtig oder falsch, ich frage auch kein Wissen ab und alles was Sie sagen wird streng vertraulich behandelt. Okay?]

*Überleitung
Lautes Denken*

Gut. Ich möchte gleich im ersten Teil unseres Gesprächs eine besondere Methode durchführen. Diese nennt sich „Lautes Denken“. Es geht dabei darum, dass man versucht seine Gedanken in Worte zu fassen, also z.B. was Ihnen bei einer bestimmten Tätigkeit oder einer Überlegung durch den Kopf geht. Ich will Ihnen das kurz mal an einem Beispiel verdeutlichen, was Lautes Denken ist.

*Sensibilisierung
Lautes Denken*

Zum Frühstück gab es heute bei mir Müsli mit Milch ... Sie wissen jetzt also was ich zum Frühstück hatte, wissen aber nicht warum... nun werde ich einmal laut Denken und Ihnen meine Entscheidung erklären, damit Sie verstehen warum ich mir z.B. kein Toast gemacht habe.

Ich starte mal mit dem Lauten Denken: Ich bin heute früh in meine Küche gekommen, habe dann auf meine Uhr geschaut, es war 6:33 ... ich habe mir gedacht, normalerweise bin ich gegen 6:15 Uhr in Küche, ich war heute also später dran als sonst. Dann bin ich im Kopf meinen Terminkalender durchgegangen und mir fiel siedend heiß ein, dass ich heute schon 7:45 Uhr einen Termin habe. Da wusste ich, dass ich es mit dem Frühstück heute nicht so gemütlich angehen konnte wie ich es gerne hätte. Frühstück plane ich in der Regel nicht und freue mich drauf das zu essen, worauf ich gerade Lust habe. In dem Moment habe ich überlegt, was jetzt möglichst schnell geht, wenig Aufwand macht und trotzdem sattmacht. Der Tag wird schließlich lang. Ich habe als erstes in den Kühlschrank geschaut. Mein Blick fiel auf die Milch und ich dachte: „Ich nehme jetzt ein kleines Schälchen Müsli und etwas Milch, dann esse ich schnell ein paar Löffel und dann aber los. Das muss dann bis heute Mittag reichen.“

Vielleicht ein guter Zeitpunkt um mein lautes Denken zu unterbrechen. Ich habe Ihnen nicht nur erzählt was ich gemacht habe, sondern ich habe versucht Ihnen meine Gedanken mitzuteilen. Und das ist genau das, was ich mir beim ersten Teil unseres Interviews von Ihnen wünsche. Damit Sie da ein bisschen reinkommen, habe ich eine kurze Übungsaufgabe für Sie.

Übungsaufgabe Lautes Denken

Entscheidungsbezogene Aufgabe: Erklären Sie mir bitte, wie Sie zur Entscheidung hinsichtlich der Wahl Ihrer Schuhe kamen, die Sie heute tragen?

Je nach Detaillierungsgrad situativ nachfragen:

- *Sie sind nicht auf die Witterung eingegangen. Welche Rolle hat das bei Ihrer Wahl gespielt?*
- *Welche praktischen Überlegungen spielen eine Rolle?*
- *Welche ästhetischen Überlegungen beeinflussen Ihre Wahl?*

Überleitung
Interview

Ich hoffe Sie haben jetzt ein Gefühl für das Laute Denken bekommen. Es geht dabei darum, dass man seine Gedanken in Wort fasst, also das auch ganz bewusst ausspricht, was im Kopf vorgeht, was normalerweise nicht ausgesprochen wird.

Wenn Sie einverstanden sind starte ich gleich die Aufnahme, konzentrieren Sie sich dann ganz auf die Aufgaben bzw. Fragen, die ich Ihnen stelle – haben Sie auch keine Angst vor Pausen, bei denen Sie Dinge auch etwas länger durchdenken. Sollten Sie irgendwie Namen, Orte, Einrichtung oder ähnliches erwähnen, wodurch Rückschlüsse auf Sie oder Ihren MDK möglich sind, werde ich das alles anonymisieren. So das in der Auswertung schon nicht mehr nachvollziehbar ist von wem einzelne Aussagen stammen. Okay?

Gut dann starte ich die Aufzeichnung und beginne mit dem ersten Teil.

● Start der Interviewaufnahme

Lautes Denken
Reha-Indikation

Sie haben ein Gutachten mit einer Rehabilitationsempfehlung vor sich liegen. Ich kenne dieses Gutachten nicht und habe auch keinerlei Vorstellung wer dort begutachtet wurde.

Ich würde Sie gleich bitten zu beschreiben, wie Sie bei dieser Person Ihre Entscheidung zur Reha-Empfehlung getroffen haben, also warum Sie bei der Person eine Reha-Indikation befürwortet haben? So wie ich es verstanden habe, sind dabei Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit, Reha-Ziele zu bewerten und eine konkrete Zuweisungsempfehlung festzulegen.

Schauen Sie sich bitte jetzt die Reha-Empfehlung zu Ihrem Gutachten an und versuchen Sie sich einmal in die damalige Begutachtung zurückzusetzen. Erläutern Sie bitte Schritt für Schritt Ihren Entscheidungsweg zu den einzelnen Komponenten der Reha-Indikation in der Reha-Empfehlung und versuchen Sie möglichst Ihre Gedanken, die Sie zu der Entscheidung geführt haben, in Wort zu fassen.

Je nach Detaillierungsgrad situativ nachfragen:

- *Wie haben Sie bei dieser Person eingeschätzt, dass eine Rehabilitation erforderlich ist und hier Einzelmaßnahmen nicht ausreichend sind? Können Sie Ihren Entscheidungsweg laut denkend beschreiben?*
- *Wie sind Sie genau bei der Einschätzung der Reha-Bedürftigkeit vorgegangen? Können Sie hier nochmal ihrer Gedanken und Abwägungen in Wort fassen?*
- *Wie sind Sie genau bei der Einschätzung der Reha-Fähigkeit vorgegangen? Können Sie hier nochmal ihrer Gedanken und Abwägungen in Wort fassen?*
- *Woraus ergaben sich die Reha-Ziele? Was ist Ihnen bei der Auswahl oder Formulierung durch den Kopf gegangen?*
- *Wie haben Sie ihre Entscheidung zur Zuweisungsempfehlung getroffen, welche Aspekte haben Sie dafür berücksichtigt? Können Sie Ihre Gedanken zusammenfassen?*

Überleitung Leitfragen

Okay, das war es schon mit dem ersten Teil. Und ich würde hier gern direkt anknüpfen und in den zweiten Teil des Interviews gehen. Dabei lösen wir uns jetzt von Ihrem Gutachten und es soll nun um Ihre gesamten Eindrücke und Erfahrungen mit der Feststellung einer Reha-Indikation gehen.

Interview
Leitfragen

1. Sie haben gerade gut an einem Beispiel erklärt, wie Sie eine Reha-Empfehlung prüfen. Können Sie mir typische Aspekte oder bestimmte Konstellationen beschreiben, bei denen sich eine Entscheidung über die Reha-Indikation eher unsicher gestaltet?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- *Welche Unsicherheiten gibt es bei der Beurteilung der [...Reha-Fähigkeiten... Reha-Bedürftigkeit ... Reha-Ziele]?*
- *Was macht Sie sicher bzw. unsicher beim Abwägen zwischen dem Bedarf an Einzelleistungen mit rehabilitativer Zielstellung und dem Bedarf komplexer Reha-Leistungen*

- Was macht sie sicher bzw. unsicher bei der Abschätzung der kurativen Versorgungssituation?
- Inwiefern beeinflussen bestimmte Merkmale der Pflegesituation, z.B. das Vorliegen körperlicher, psychischer oder kognitiver Einschränkungen Ihre Entscheidung?
- Gibt es bestimmte Krankheitsbilder die eine Entscheidung beeinflussen?
- Was ergeben sich bei der Ableitung realistisch erreichbarer Ziele für Unsicherheiten?
- Welchen Einfluss hat der Ort der Begutachtung auf Ihre Entscheidung zur Reha-Indikation, also z.B., wenn Personen zu Hause oder im Pflegeheim sind?

2. Neben der Abschätzung einzelnen Indikationskomponenten müssen Sie auch die Zuweisungsempfehlung aussprechen – also wie die Reha-Leistung gestaltet sein soll. (Sie hatten es ja bereits kurz/ ausführlicher angesprochen). Was beeinflusst hier Ihre Entscheidung?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- *[Optional: Kennen Sie die örtliche/regionale Versorgungssituation?] Wie beeinflusst die rehabilitative Angebotssituation in [...Bundesland nennen ...] ihre Entscheidung?*
- *[Optional: Kennen Sie die Kranken-/Pflegekassen vor Ort?] Wie beeinflusst Ihr Wissen über Prozesse einzelner Pflege- bzw. Krankenkassen Ihre eigenen Entscheidungen, wie z.B. die Ihnen bekannten Verfahrensbesonderheiten bei bestimmten Kassen oder die Form und Intensität der kassenseitigen Kommunikation mit Versicherten und ihren Angehörigen?*

3. Was hilft Ihnen dabei eine sichere Entscheidung zur Reha-Indikation zu treffen?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- Welche Informationsquellen stehen zur Verfügung?
- Welche Rollen spielen eigene Vorerfahrungen oder ihre fachliche Expertise, z.B. hinsichtlich von Krankheitsbildern, wie z.B. Demenz, Parkinson oder Schlaganfall?

4. Sie erhalten ja eine Reha-Empfehlung zur Prüfung, wenn in der pflegfachlichen Begutachtung eine Reha-Indikation festgestellt wird. Wie gestaltet sich Ihr Austausch mit den pflegfachlichen Gutachtern und Gutachterinnen hinsichtlich der Reha-Empfehlungen?

Aspekte für Nachfragen:

- Wie handhaben Sie es mit Rückmeldungen zu Ihrer inhaltlichen Prüfung an die pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter?
- Inwieweit enthält die Rückmeldung auch eine Begründung ihrer Entscheidung?
- Haben Sie das Gefühl, dass die pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter Ihre Entscheidung nachvollziehen können?

5. Welche Unsicherheiten nehmen Sie bei pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachtern wahr, wenn es um die Prüfung der Reha-Indikation geht?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- Woran erkennen Sie Unsicherheiten der Gutachterinnen und Gutachter?
- Mit welchen Fragen kommen die pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter auf Sie zu?
- Bei welchen Reha-Indikationskriterien haben Sie am häufigsten eine andere Einschätzung als die pflegfachlichen Gutachter*innen?
- Bei welchen pflegebegründenden Erkrankungen haben Sie am häufigsten eine andere Einschätzung als die pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter?
- Worin haben pflegfachliche Gutachter*innen Schwierigkeiten bei der Bewertung und Abschätzung einer Reha-Indikation?
- Was könnte Ihrer Erfahrung nach pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter motivieren, sich stärker für das Thema Reha zu engagieren?

6. Welche Rolle spielt die individuelle Informiertheit oder Einstellung von Gutachtern gegenüber der medizinischen Rehabilitation für die Entscheidung zur Reha-Indikation?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- Denken Sie das betrifft auch [...nicht genannte Profession...] Gutachterinnen und Gutachter?
- Welche Unterschiede nehmen Sie in Ihrem eigenen Team wahr?
- Was beeinflusst Ihrer Meinung nach die Informiertheit oder Einstellungen der Gutachterinnen und Gutachter?

7. Was brauchen aus Ihrer Sicht ärztliche Gutachterinnen und Gutachter, um Sicherheit im Entscheidungsprozess der Reha-Indikation zu erlangen?

Aspekte für evtl. Nachfragen:

- Welche (weiteren) Informationsquellen werden benötigt?
- Welche Inhalte und Formen sollten Schulungsangebote aufweisen?
- Welche Form der persönlichen Begleitung wird als wichtig erachtet (z.B. Begleitung in der Einarbeitungsphase, Möglichkeit der Supervision)?

8. Ich habe keine weiteren Fragen mehr. Habe ich vergessen etwas nachzufragen, was aus Ihrer Sicht noch wichtig zum Thema wäre?

■ Ende der Interviewaufnahme

Vergabe des individuellen Zugangscodes

Gut ich habe die Aufnahme gestoppt. Ganz herzlichen Dank für ihre Interviewteilnahme. Das waren sehr ausführliche und interessante Antworten von Ihnen. Das wird uns für das Forschungsprojekt sehr weiterhelfen.

Abschließend, damit ich die Interviewaufnahme gleich speichern kann, brauche ich von Ihnen noch einen zufälligen fünfstelligen Code... Können Sie mir 2 Buchstaben und 3 Zahlen nennen. Am besten eine Kombination, die Sie sich leicht merken können.

Sehr schön ... *[Kombination wiederholen]* ... ich würde Sie bitten, sich diesen Code zu notieren. Sollten Sie die Studienteilnahme widerrufen, können wir mit diesem Code ihr Interview zuordnen und somit löschen. Ich speichere hier nichts unter Ihrem Namen ab, sondern ausschließlich unter dem diesem Code ... *[Kombination wiederholen]* ... damit stellen wir sicher, dass Ihre Angaben bestmöglich geschützt sind.

Haben Sie sich Ihren Code notiert? ... *[Kombination wiederholen]* ...

Gesprächsabschluss

Dann bedanke ich mich nochmal bei Ihnen.

Anhang 5 – Tabellarische Ergebnisübersicht zum Arbeitspaket 2

Kriterien-spezifische Auswertung Berücksichtigt wurden hierfür alle Aussagen in denen Unsicherheiten/Sicherheiten in einem direkten Zusammenhang zu einem bestimmten Reha-Indikationskriterium getroffen wurden bzw. alle Antworten die in relativ klarem Bezug zu einem vom Interviewenden angesprochenen Reha-Kriterium stehen.

Unsicherheiten bei einzelnen Rehabilitationskriterien			
	Perspektive pflegfachlicher Gutachter und Gutachterinnen (PG)	Perspektive ärztlicher Gutachterinnen und Gutachter ¹ (ÄG)	Einschätzungen/Wahrnehmungen von ÄG zur Arbeit der PG ²
- Reha-Bedürftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - unklare/nicht abschätzbare Beeinträchtigungsdauer nach Akutereignissen - Ausschöpfung der ambulanten Möglichkeiten → Zeitpunkt der gestellten Diagnose und damit bisher erfolgten ambulanten Versorgung → spez. Krankheitsbilder und deren Versorgungsaspekte (psychische Erkrankung, COPD, Adipositas) - anstehende Krankenhausaufenthalte - klar geäußerter Reha-Wunsch des Versicherten bei nicht vorhandener Reha-Bedürftigkeit - fehlende medizinische Unterlagen zur Einordnung/Überprüfung der Versichertenaussagen 	<ul style="list-style-type: none"> - Unsicherheiten durch mangelnde Informationen > fehlende Problemgewichtung seitens der PG („Aneinanderreihung von Beschwerdebildern“) > fehlende Detailinfos zur ambulanten Versorgung (Häufigkeit, Frequenz, Inhalt, Veränderung etc.) - Unsicherheiten bei Gewichtungsdiskrepanzen im Gutachten (z.B. keine alltagsrelevante Fähigkeitsstörung aber Einschränkungen der Haushaltsführung oder Teilhabe) - Unterschiedlich geprägte Reha-Perspektiven durch Arbeit mit unterschiedlichen Richtlinienvorgaben („GKV-Gutachter*innen“) 	<ul style="list-style-type: none"> - Unsicherheiten bei PG durch fehlendes Verständnis zum Konstrukt „Reha-Bedürftigkeit“ - Unsicherheiten bei PG bei bestimmter Versichertencharakteristik → Bewertung/Einschätzung psychischer bzw. psychiatrischer Erkrankungen → indikationsspezifische Reha-Bedürftigkeit bei jüngeren Versicherten → ältere Versicherte mit vordergründig altersbedingten Beeinträchtigungen
- Reha-Fähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Gewichtung/Abschätzung der tatsächlichen Bedeutung von vermeintlichen Ausschlusskriterien: > Depression > Tagesform bei Demenzerkrankten > chronische Wunden <i>„Also eine Wunde brauche ich nicht wegschicken, chronische Wunden. Die nehmen sie in der Reha nicht.“</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - nicht abgeschlossenen Diagnostik oder unklare Diagnose - Diskrepanzen zwischen beschriebenen Beeinträchtigungsausmaß im Gutachten und einer positiv bewerteten Reha-Fähigkeit <i>„manchmal wird ein Versicherter - ist mein Eindruck - auch in Wort und Schrift als sehr schwer krank dargestellt. Damit besteht die Gefahr, dass ich sagen muss, der ist gar nicht rehafähig.“</i> 	- „Fehlerhafte“ Einschätzung zur Reha-Fähigkeit v.a. bei PG mit weniger Erfahrung wahrgenommen
- Reha-Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Unsicherheiten bei der Bewertung/Einschätzung der Realisierbarkeit von Zielen - Formulierung von passenden Zielen bei kognitiven Beeinträchtigungen <i>„Schwierigkeiten bereitet dann eher, wenn es so im kognitiven Bereich ist, ob es dann halt wirklich was bringt oder ob man das so umsetzen kann.“</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Formulierung von passenden Zielen bei multimorbiden oder dementen Versicherten - fehlender Bezug zwischen formulierten Reha-Zielen und im Gutachten beschriebener Anamnese/Befundung <i>„Die Rehazielen, da wird die ganze Latte, die da ist angekreuzt und teilweise gibt es überhaupt gar keinen Bezug zu Anamnese und Befund, sodass da der rote Faden verlorenght.“</i> 	- Schwierigkeiten bei der Zielformulierung könnten PG dazu bewegen, das Reha-Empfehlungen nicht ausgesprochen werden

Anmerkung: ¹ Hierbei handelt es sich v.a. um Aspekte/Gründe für die eigene Entscheidungsunsicherheit bei ÄG; ² In dieser Spalte sind v.a. wahrgenommene Unsicherheiten von PG aus Sicht der ÄG zusammengefasst. In den Interviews wurden die ÄG dazu direkt befragt. Diese Aspekte sind nicht zwangsläufig mit Entscheidungsunsicherheiten bei den ÄG assoziiert.

Unsicherheiten bei einzelnen Rehabilitationskriterien			
	Perspektive PG	Perspektive ÄG	ÄG über PG
- Reha-Prognose	<ul style="list-style-type: none"> - Unsicherheiten bezüglich der zu erwartenden Reha-Effekte bei Versicherten mit kognitiven Beeinträchtigungen oder hochbetagten Versicherten - Versicherte mit geringen oder keinen Deutschkenntnissen <p><i>"Wenn er halt die ganzen Sachen nicht umsetzen kann, die er erklärt bekommt, stellt sich mir halt immer die Frage: Bringt dem das dann halt irgendwo überhaupt was?"</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> - PG fehlt es zum Teil am Verständnis für die langfristige Prognose (und damit verbundenen Reha-Gesamtstrategie) <p><i>"Ich glaube, die sehen tatsächlich im Moment das, was sie vor Ort sehen und denken aber sage ich jetzt mal nicht noch ein halbes Jahr oder ein Jahr weiter. Die wollen den nochmal mobil kriegen, ist ja auch klar, aber ob das ab einem gewissen Alter bei schon bestehenden Vorerkrankungen wirklich Sinn macht, hier drei Wochen Powerreha zu machen anstatt eine reguläre ambulante Heilmittelversorgung, die aber eben dann auch stetig stattfindet"</i></p>
- Reha-Allokation	Anmerkung: In den Interviews wurde betont, dass die Allokationsempfehlung in erster Linie Aufgabe der ÄG ist. Auf Ebene der ÄG wurden keine klaren Unsicherheitsfaktoren identifiziert. Allokationsbezogene Entscheidungsaspekte wurden im Ergebnisteil zu <i>Einfluss der rehabilitativen Angebotsstruktur im Einzugsbereich der Versicherten</i> zusammengefasst.		

Sicherheiten bei einzelnen Rehabilitationskriterien			
	Perspektive PG	Perspektive ÄG	
- Reha-Bedürftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - vorausgegangenes Akutereignis (Unfall, Schlaganfall) ohne bereits erfolgter Reha <p><i>"alles was so, ich sage jetzt mal, Frakturen, Unfälle, Schlaganfall [...], wenn ich solche Krankheitsbilder habe und da noch keine Reha war, lasse ich immer eine Reha prüfen"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - vorausgegangenes Akutereignis mit eingetretener Pflegebedürftigkeit ohne bereits erfolgter Reha <p><i>"Zum Beispiel die Konstellation, bisher bestand keine Pflegebedürftigkeit, Akutereignis, stattgefundene Krankenhausbehandlung oder ambulante Abklärung, keine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt, motivierter Patient, Beeinträchtigungen im Alltag sind da. [...] Das ist so der Klassiker, bei dem Rehabilitationsbedarf besteht."</i></p>	
- Reha-Fähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - geringe Beeinträchtigung des Versicherten <p><i>„jemand, der noch recht mobil ist, auch kognitiv wenig eingeschränkt, wo ich sehe, dass er selber auch da mitwirken kann und auch Interesse hat. [...] Das macht mich schon sicher. Das sind schon meistens eher die Leute mit einem eher niedrigeren Pflegegrad.“</i></p>		
- Reha-Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - klare Gutachtenstruktur mit definierten Aspekten, die eine Entscheidungsfindung erleichtern <p><i>„...auch die Zielformulierung ist meistens sehr einfach. Das bespricht man ja dann mit der Versicherten oder dem Versicherten nochmal, da geht man das einfach selber nochmal ein bisschen durch oder da hat man eben auch schon in der Anamnese im Gutachten besprochen, wo die Defizite sind, was möglichst besser werden soll und diese klare Struktur hilft mir persönlich sehr weiter, da eine Empfehlung auszusprechen.“</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - vorgefertigte/vorgegebene Reha-Ziele im Klickgutachten <p><i>"Ich sage mal, für uns Gutachter erleichtert das natürlich die Arbeit, wenn ich es halt einfach nur anklicken muss, als wenn ich mir da jetzt noch aus irgendeiner Präsentation über Reha-Ziele, da jetzt noch Reha-Ziele raussuche."</i></p>		
- Reha-Prognose	<ul style="list-style-type: none"> - geringeres Alter der Versicherten und primär körperliches Beeinträchtigungsbild (nach Unfall oder Sturz) 		

Entscheidungsbezogene Auswertung

Berücksichtigt wurden hierfür alle Aussagen in denen Unsicherheiten/Herausforderungen/Barrieren sowie Sicherheiten/Förderfaktoren im Zusammenhang mit der Reha-Indikationsprüfung im Allgemeinen (kriterienunspezifisch) bzw. im Zusammenhang mit dem Entscheidungsprozess für oder gegen eine Reha-Empfehlung (RE) stehen.

Förderfaktoren im Entscheidungsprozess	
Perspektive PG	Perspektive ÄG
<ul style="list-style-type: none"> - Zweistufiges Verfahren mit Möglichkeit bei Unsicherheit bzw. nicht eindeutig einschätzbarer Reha-Indikationen die Empfehlung an ÄG zur Prüfung weiterzugeben (inkl. Möglichkeiten zum schriftlichen Vermerk der Unsicherheiten); <i>"Aber dafür haben wir ja die Ärzte, die da mitentscheiden können, macht Sinn oder macht keinen Sinn. Also ich empfehle dann eher eine Reha zu viel und die Ärztin sagt „Nö“ als andersrum."</i> - Möglichkeit sich auch noch nach der Vor-Ort-Begutachtung nachträglich für eine RE zu entscheiden (während Gutachtenverschriftlichung) und dies zur Prüfung weiterzuleiten - positive Fehlerkultur („interne Vorgaben unsichere Empfehlungen bewusst weiterzuleiten“) und persönliche Einstellung der PG zum offenen Umgang mit Unsicherheiten - klare Begutachtungs- und Gutachtenstruktur, wodurch ein umfassendes Bild zu Ressourcen und Problemen der Versicherten generiert wird und somit eine gute Entscheidungsgrundlage entsteht <i>"Also mir als Rehamuffel hilft es sehr weiter, weil es eben klar definiert ist. Ich muss hier wirklich nicht viel tun, ich muss einfach nur gucken: Okay, liegt das vor, liegt das nicht vor, ja oder nein?"</i> <i>"Unsere Gutachtensystematik gibt es quasi auch vor. Man erkennt das dann auch in dem, der das liest, dass da eine Reha - selbst als Laie -, dass da eine Reha-Indikation sich erlesen lässt oder eben doch nicht."</i> - Elektronische Begutachtungsdokumentation („Klickgutachten“) teilweise mit direkten integrierten Hintergrundinformation zu Aspekten der RE <i>"Also wir als MD [Bundesland] haben Klickgutachten, wo uns Möglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, wo wir gleich sehen, wenn wir draufklicken, was ist eigentlich Indikation, was ist nicht Indikation. Also wir haben ja da schon Beispiele auch vorgegeben. Das hat man schon sehr gut gemacht"</i> - (selbst entworfene) Formulierungsbausteine zur angemessenen Kommunikation der RE an ÄG <i>"Man formt sich auch Textbausteine, um den Arzt zu überzeugen, dass hier eine Reha notwendig ist. Die Textbausteine habe ich mir angelegt für Demenzerkrankte, für Menschen mit einer COPD, für einen Schlaganfall, für andere Lungenerkrankungen, für Muskel- und Skeletterkrankungen oder geriatrische Reha. Da habe ich mir so Formulierungshilfen geschaffen und damit komme ich ganz gut zurecht."</i> - einfach zugängliches Informationsmaterial zu bestimmen (weniger häufigen) Krankheitsbilder für die Vorbereitung <i>"Da haben wir auch Unterlagen dazu, wo wir dann nochmal bei manchen Erkrankungen, wenn ich was habe, was wirklich nicht jeden Tag... also bei mir ist es meistens bei Kindern bestimmte Erkrankungen oder die sind meistens angeboren."</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Transparente und nachvollziehbare Dokumentation der rehabilitationsrelevanten Aspekten im Gutachten, was mit folgenden Aspekten assoziiert wird: <ul style="list-style-type: none"> > gut herausgearbeitete und nachvollziehbare Reha-Kriterien > ICF-Strukturierung inkl. einer angemessener und reha-begründenden Beschreibung > Gutachtenfokus auf Selbstständigkeit/Teilhabe (weniger auf der Diagnose) > Freitextliche Ergänzungen der PG zur rehabilitationsbezogenen Intention/Perspektive > Detailangaben zu laufenden/abgeschlossenen Therapien, Medikamenten, Krankheitsverlauf <i>"Und je ausführlicher der Pflegegutachter die Situation beschreibt, desto einfacher ist es, die Entscheidung zu treffen. Weil wir sind ja wirklich auf die Informationen des Pflegegutachters angewiesen."</i> <i>"Das heißt, was der Pflegegutachter weglässt, vielleicht, weil er es für selbstverständlich hält oder weil er dem gar keine Beachtung schenkt oder weil er gar nicht dran denkt, dass der ärztliche Gutachter, der die Gegenlesung macht, über diese Information ja nicht verfügt- ... der pflegerische Gutachter hat es im Grunde in der Hand, ob seine eigene Argumentation auch tatsächlich nachvollzogen werden kann. Alles, was er weglässt, erfährt der Arzt nicht."</i> - Ergänzende Dokumente/Informationen zum Gutachten bzw. Zugriffsmöglichkeiten auf weitere Informationsquellen <ul style="list-style-type: none"> > vorhandene Krankenhaus-/Arztberichte > bestehende Kontaktmöglichkeiten zu behandelnden Haus- und Fachärzten > Zugriff aus MD-interne Versichertendokumente der letzten Jahre - Einfache und schnelle Kommunikationsmöglichkeiten zur Rücksprache mit den PG und ein bestehende PG-ÄG-Beziehung („Vertrauensverhältnis“; „Kommunikation auf Augenhöhe“) <ul style="list-style-type: none"> <i>„Man vertraut einander. Man sagt einander auch mal was oder auch in umgekehrter Richtung, dass ein Pflegegutachter sagt „Das sehe ich jetzt aber ganz anders. Wieso ist das jetzt nicht...?“ und so. Dann kommt man ins Gespräch. Also das ist nicht einseitig, der Arzt aus seiner hervorgehobenen Position blickt nach unten, sondern auf Augenhöhe“</i> - Eigene berufliche Aufgabe primär in der Bearbeitung der Reha-Reviews im Pflegebereich („Reha-Ärzte vs. GKV-Ärzte“) <ul style="list-style-type: none"> <i>„Die ärztlichen Gutachter, die aus der Pflegebegutachtung heraus über eine Rehabilitation entscheiden, müssen eine Pflegebegutachtung inhaltlich kennen. Das ist für mich die Grundvoraussetzung. Das können bei uns alle, weil sie alle im Geschäftsbereich Pflege arbeiten.“</i>

Dann hole ich mir schnell meinen Ordner und habe den, dann lese ich mir das nochmal durch, dass ich weiß: Aha, hier sind die Punkte, hier musst du nachhaken."

- konkretes rehabilitationsbezogenes Praxiswissen (Abläufe, Anforderungen innerhalb einer Reha-Einrichtung etc.)
- Vorhandene, gut erreichbare (team-interne) Ansprech- bzw. Vertrauenspersonen für reha-relevante Rückfragen auf Ebene der PG und der ÄG (!); als förderlich wurden in diesem Zusammenhang auch bestimmte Strukturen benannt (z.B. Arbeitskreis)

"zu meiner Leitung habe ich auch ich sage mal ein vertrautes Verhältnis, wo ich kein blödes Gefühl habe, irgendeine Frage zu stellen sage ich mal, dass man sich halt auch einfach gut aufgehoben und unterstützt fühlt"

- kontinuierliches ärztliches Feedback zu den ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen (inkl. Begründung für ggf. abweichende Entscheidungen/Unstimmigkeiten); regelmäßiges Feedback wird von den PG mit einem Lerneffekt assoziiert

"Ich finde die total wichtig, ob positiv oder negativ, sind die total wichtig, weil es einfach ein Lerneffekt ist. Ich weiß, warum der abgelehnt hat und genau das muss ich ja lernen, weshalb wird eine Reha nicht empfohlen aus ärztlicher Sicht. Deswegen haben wir ja die Ärzte. Wir sind ja wie gesagt nur der Grobfilter und nach und nach lernt man das, wenn man dann hatte „Ach, Mensch, der war ja erst bei der Reha, deshalb nicht“ oder „Ach, da ist noch nicht die Diagnostik abgeschlossen“ oder „Nee, da ist dies“. Also das ist total wichtig, Feedback muss sein, finde ich, das muss immer stattfinden."

- Wiederkehrende und häufige Auseinandersetzung mit dem Thema RE durch Schulungen, Informationsveranstaltungen und Besprechung in den Teamsitzungen

"Wir machen das so, dass das immer wieder geschult wird, das Reha-Anliegen und auch die Reha-statistik jeden Monat in der Dienstberatung präsent ist, wie viele Rehas wurden verordnet, wie viele sind da geschickt worden und dass das immer wieder auch Thema ist, also dass wir ganz schön auch geimpft und gebrieft werden, da sozusagen auch immer wieder motiviert werden, Leute zur Reha zu schicken."

Barrieren im Entscheidungsprozess

Perspektive PG

- Entscheidungsschwierigkeiten durch unzureichende bzw. nicht erhebbare medizinische Informationen zum Versicherten, was die Diagnose, Behandlungsergebnisse sowie den Krankheits- und Versorgungsverlauf betreffen kann

„Viele haben einfach die Unterlagen nicht.“

"Ja, schwierig ist es, wenn ich keine Informationsquellen habe, wenn ich keine Diagnosen habe. Ich muss also immer feste Diagnosen haben, die ich auch verschlüsseln kann nach dem ICD-Schlüssel. Wenn die mir nur sagen: "Ach ja, hier tut es mir weh. Und ich weiß nicht, was das ist", und da noch gar keine Diagnostik gelaufen ist, dann kann ich keine Reha beantragen. [...] es reicht nicht, wenn die mir sagen: "Das tut mir weh und das tut mir weh. Und ich stolpere oft. Aber ich bin eigentlich nicht beim Arzt gewesen."

- Fehlende Compliance als hemmender Entscheidungsfaktor bei den PG, einerseits direkt durch klar geäußelter Versichertenhaltung zum Thema Reha („häufig wollen die gar nicht“) aber auch indirekt über mangelnde Informationsbereitstellung für die Begutachtung; letzteres betrifft auch das erweiterte Versorgungsumfeld (Angehörige/behandelnde Ärzte)

Perspektive ÄG

- Unzureichende Detailinformationen bzw. Beschreibungen zu den rehabilitations- und entscheidungsrelevanten Aspekten im Gutachten, was sich durch folgende Merkmale äußert:

- > mangelnde Dokumentation zu Inhalten/Erfolgen laufender Heilmitteltherapien (was im Verfahren aber auch nicht explizit abgefragt wird)
- > nicht nachvollziehbare pflegebegründete Diagnose (z.B. als Resultat aus unreflektierter Übernahme aus Vorgutachten)
- > mangelnde Details zum Versorgungs- und Krankheitsverlauf
- > fehlende/ungenau Beschreibung relevanter Versichertenaspekte (Bsp.: keine Gewichtsangabe bei dokumentierter Adipositas)
- > mangelnde Gewichtung des PG zum Ausmaß der Funktionseinschränkung

- fehlende (fach-) ärztliche Befundberichte bei bereits erfolgter Behandlung

„Es ist eigentlich, wenn ich nur die Fälle sehe, die wir ins Rehareview kriegen, eher die Regel. Also medizinische Fremdbefunde schicken ja die Kassen generell nicht mit. Wir kriegen die Leistungsdaten der Kasse. Da sind dann Krankenhausaufenthalte angeben, die dann nach der ICD-Klassifikation verschlüsselt sind, die Epikrisen aber nicht.“

"Wir werden ja schriftlich angemeldet und in der schriftlichen Anmeldung steht drin, dass sie bitte Medikamentenplan, Krankenhausberichte und so was sich einholen sollen, damit wir das eben in einer Begutachtung einsehen können. Es gibt Leute, die machen, es gibt Leute, die machen das nicht. Und es gibt Hausärzte, die sagen: "Nein, das kann nicht der MDK anfordern, das gebe ich ihm nicht", was er eigentlich gar nicht darf.

- Wenn trotz Reha-Indikation kein Versichertenwille besteht bzw. der*die PG eine Reha mit einer zu hohen Belastung für die Versicherte assoziiert („gefühlte Reha-Indikation“) kann ein Entscheidungskonflikt entstehen. Dieser Konflikt betrifft im weiteren dann auch die Gutachtenqualität ("Gefahr einer schlechten Note bei Qualitätsprüfung").
- Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung, wenn ein vorhandenes Vorgutachten zu einem klar anderen Ergebnis gekommen ist

- die Auslösung einer RE wird von den PG mit einem (zeitlicher) Mehraufwand assoziiert, was auch zu Abwägungsprozessen führen kann („ist der entstehende Mehraufwand für den Einzelfall bzw. die Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit lohnenswert?“); in diesem Zusammenhang wird auch die persönliche „Tagesform“ der PG und ein hohes subjektives Belastungspensum als hemmende Einflussgröße für den Entscheidungsprozess angeführt

„Ich kann sagen, dass ich es bei einem Großteil versuche, ausreichend zu empfehlen, aber manchmal habe ich auch Tage, wo ich einfach keine Lust habe, dann eine Reha zu empfehlen. Das ist einfach so. Ich denke, das wird bei den Kollegen nicht anders sein und dann guckt man halt bei einer Reha, wo man sagt „Hm“, nee, da empfiehlt man dann eher nicht, also wo man dann an anderen Tagen drei, vier Rehaempfehlungen machen würde. Ich denke, das kommt auf die Tagesform auch an. Wir sind auch Menschen, die dann ganz individuell entscheiden.“

"Es ist jetzt ein bisschen schwierig, aber wenn ich mir jetzt vorstelle, ich hatte eine schwer anstrengende Arbeitswoche und bin jetzt am Freitagnachmittag bei meinem letzten Gutachten, und die Aufmerksamkeitsspanne ist nicht mehr so gut vielleicht wie beim ersten montags - also das merke ich dann auch bei mir selbst -, da ist dann vielleicht schon auch mal die Gefahr, dass man dann einfach was übersieht."

- Zeitdruck, z.B. bei Fristfall kann dazu führen, dass trotz vermeintlicher Reha-Indikation gegen eine RE entschieden wird

"Also das ist ein Mehraufwand, wo ich dann wirklich, wenn es ein Grenzfall ist, höchstwahrscheinlich eher sage, der kriegt Einzelempfehlungen. Also das würde ich jetzt als verfahrensbedingt sagen, wo ich mich auch anders entscheiden könnte. Wenn es dann vielleicht noch ein Freitag ist und der Rehaarzt vielleicht schon Feierabend hat, das ist so eine Sache."

- als hemmend wird ein fehlender/unzureichende Kommunikation mit ÄG beschrieben, was den direkten Austausch mit einzelnen ÄG betrifft, aber auch ein generell fehlendes Feedback zu den weitergeleiteten RE

„das hat sich verändert auch im Laufe meiner beruflichen Karriere. Früher war es so, dass, wenn ich eine Reha empfohlen habe und das weitergeleitet habe und der Arzt das anders gesehen hat, dann hat er eine kurze Rückmeldung gegeben. Oder eventuell konnten wir auch noch drüber diskutieren. Ich weiß nicht, ob das aus zeitlichen Gründen nicht mehr erfolgt, aber das ist eigentlich schade“

- die Unverbindlichkeit der festgestellten Reha-Indikation ("Empfehlung muss ärztlich geprüft werden") assoziieren PG auch mit einer eingeschränkten Kompetenz, was z.B. als hinderlich in der Kommunikation mit Versicherten beschrieben wird; auch werden ÄG als Kontrollinstanz wahrgenommen, was eine Hemmschwelle bezüglich einer RE darstellen bzw. Unsicherheit fördern kann

- Entscheidungsschwierigkeiten bei deutlichen Diskrepanzen/Unstimmigkeiten zwischen der aktuellen reha bezogenen Einschätzung und der Einschätzung in einem vorhandenen Vorgutachten

- Fehlende Möglichkeiten zur Einholung oder Nutzung ergänzender Informationsquellen, z.B. durch verfahrensbedingte Vorgaben oder verfügbaren Zeitfenstern

"Und das ist auch was, woran wir uns als ärztliche Gutachter am Anfang sehr gewöhnen mussten und wo wir auch ziemliche Widerstände hatten, muss ich zugeben, dass wir eben keine weiteren Ermittlungen machen dürfen. Weil das geht ja in allen anderen Begutachtungsbereichen. Und es ist auch in den Begutachtungsanleitungen sonst überall so fixiert, dass der Gutachter entscheidet, welche Unterlagen und Informationen er benötigt, um eine abschließende gutachterliche Stellungnahme abgeben zu können. Und das Pflegegutachten ist in diesem Prozedere bei sämtlichen Gutachtenanlässen, die es so gibt, die große Ausnahme. Dort geht es nicht." (hp456)

„Ich bin mir, ehrlich gesagt, auch sicher, wenn wir es nicht einem ärztlichen Kollegen schicken müssten, dass dann mehr Reha-Empfehlungen laufen würden. Also weil, Sie müssen sich vorstellen, wir haben ja auch ein relatives Pensum abzuarbeiten und dann hat man ja im Kopf, oh Gott, jetzt liegt es auch gleich noch zur Prüfung vor und ich habe mir nicht selber nur einen Kopf gemacht, sondern der macht sich dann auch nochmal einen Kopf.“

„Ich denke schon. Kollegen, die vielleicht noch nicht so lange dabei sind, die fühlen sich unsicher, dann liest der Arzt das. Dann findet der vielleicht noch einen Fehler oder sagt „Okay, das ist jetzt nun gar keine Reha“. Dann denke ich, vielleicht so ein bisschen Angst oder Hemmung „Jetzt habe ich das da vergessen oder falsch gemacht“ oder „Jetzt war das doch keine Reha“, dass die sagen „Nee, ich habe Angst. Ich habe Fehler gemacht oder es ist doch nicht so richtig“, dass da eine gewisse Hemmschwelle ist, das denke ich schon“

- möglicher unterschwelliger Einfluss auf die Entscheidung aufgrund wahrgenommener Unterschiede im Bewertungsmaßstab von ÄG
„wir haben aber auch die Erfahrung, das ist halt, wenn ich weiß: Oh, oh, der Arzt ist da, die Reha geht nicht durch, wo ich ganz genau wüsste, bei der Ärztin wäre es durchgegangen... Ich weiß gar nicht, ob man das sagen darf.“
- Kommunikationsbarrieren (Sprachbarrieren, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit seitens des Versicherten) erschweren den Entscheidungsprozess und können zu einer Entscheidungsabwägung führen, ob die Reha überhaupt für den Versicherten sinnvoll ist
- Umsetzung der neuen BRi (ergänzende Informationen zur Weiterleitung erforderlich) anfänglich als hemmender Faktor erlebt

Reha-bezogene Einstellungen und Erfahrungen

Perspektive PG	Perspektive ÄG	ÄG über PG
<ul style="list-style-type: none"> - Eigene Erfahrung mit Reha (eigene Inanspruchnahme oder die von Angehörigen, berufliche Erfahrung bzw. Praxiseinblicke im Rahmen von Schulungen) als wichtige Einflussgröße bei der Entscheidungsmotivation, Entscheidungsfindung und reha-bezogene Versichertenkommunikation in den Begutachtungen. - Unterschiede im Reha-Verständnis (Reha ausschließlich kurativ; Reha nicht möglich, wenn Pflegegrad zu hoch/kein Pflegegrad) – sowohl bei PG als auch ÄG! <p><i>„Also da gibt es einzelne Gutachter, die wirklich so die Vorstellung haben, dass Reha noch so was ist wie Kur zu Kaisers Zeiten. Und einer, der richtig krank ist, der kann ja gar nicht in die Reha. Das ist jetzt ein bisschen überspitzt. Aber es läuft letztlich auf den Punkt raus.“ Aussage ÄG</i></p> <p><i>„wenn ärztliche Gutachter in anderen Geschäftsbereichen, so wie das ja auch in anderen Medizinischen Diensten der Fall ist, arbeiten, die sagen, wenn einer im Pflegegrad drei ist, dann ist er sowieso nicht mehr rehabilitationsfähig. Das stimmt ja gar nicht.“ Aussage ÄG</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitationsgedanke laut ÄG bei PG unterschiedlich ausgeprägt: Neuere PG stehen dem Thema offener gegenüber (leiten auch unsichere Reha-Empfehlungen eher weiter)

Einfluss der Versichertencharakteristik, Pflegesituation und Versorgungssituation

	Perspektive PG	Perspektive ÄG
...Versichertencharakteristik	<p>Reha-Empfehlungen werden <u>eher</u> assoziiert mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vorhandener kognitiver Orientiertheit/ nur leichte Demenz - Einschränkungen aufgrund Akut-Ereignis/Unfall - bisher nicht erfolgte oder lang zurückliegende Reha bei chronischen Krankheitsbildern (z.B. COPD) - alleinlebenden Personen / noch in Häuslichkeit befindlichen Versicherten (verknüpft mit dem primären Ziel den Verbleib in der Häuslichkeit zu sichern) <p>Schwere psychische Erkrankungen, Aggressivität, keine Medikation, schwere Demenz, schwere Tumorerkrankungen werden dagegen als Ausschlusskriterien gesehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entscheidungsschwierigkeiten bei Versicherten mit psychischen Erkrankungen
...Pflegesetting / Pflegesituation	<p>unterschiedliche Aussagen zum Einfluss des Pflegesettings:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Begutachtungen in der Kurzzeitpflege kann die Entscheidung bezüglich RE erschwert sein, da keine Verknüpfung zur Situation im häuslichen Umfeld hergestellt werden kann - mehrfach berichtet, dass Versicherten in Pflegeeinrichtungen seltener Reha-Empfehlungen ausgesprochen werden, mit der Begründung diese seien ambulant gut versorgt, in der Regel stärker beeinträchtigt und es sei seltener eine Reha-Fähigkeit gegeben - Pflegepersonal in den stationären Einrichtungen wird als unterstützende Informationsquelle bewertet („objektivere Einschätzungen möglich“; „gute Informationslage in Pflegeheimen“) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegesetting (Häuslichkeit vs. Pflegeeinrichtung) nimmt keinen Einfluss auf die Entscheidung
...ambulante Versorgungssituation	<ul style="list-style-type: none"> - fehlende, unzureichenden oder schlecht erreichbare ambulante Versorgungsangebote beim Versicherten können dazu führen, dass sich anstatt für Einzelleistungen eher für eine RE entschieden wird. <p><i>„diese ambulante Versorgung, was natürlich so in dieses ganze Denken auch mit reinspielt, von meiner Seite her. Zu sagen: Wo wohnt denn der? Wie sind so die räumlichen Gegebenheiten? Um dann vielleicht doch eher in die Reha-Empfehlung zu gehen und zu sagen: naja, ambulant ist ein bisschen schwierig.“</i></p> <p><i>„Aber wenn ich jetzt natürlich Versicherte habe, die im Dorf wohnen, wo keine Angehörigen sind, wo es auch nichts dergleichen gibt, keine Therapeuten, keine Infrastruktur, dann gucke ich schon wirklich, dass man versucht, da eine stationäre Reha zu empfehlen.“</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - fehlende ambulante Versorgungsmöglichkeiten können die Entscheidung für die RE begünstigen <p><i>„Oft steht es ja schon in den Gutachten drin: Man hat sich bemüht um Hausbesuche, keinen gefunden. Dann bringt es nichts zu sagen „Ja, okay, ambulant reicht“, wenn man weiß, er kriegt die ambulante Versorgung aber nicht. Dann tendiert man eher dazu zu sagen, dann muss er einfach stationär eine Rehamaßnahme machen, weil sonst kriegt er die Versorgung nicht, die er braucht, die ihm zusteht und die auch jetzt notwendig ist“</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entscheidungsschwierigkeiten bei psychotherapeutischer Betreuung aber bisher ausbleibender Reha-Antragstellung <p><i>„Wenn auch eine Psychotherapie läuft, eine ambulante Psychotherapie läuft, da fällt es mir persönlich schwer, auch wenn kein Antrag durch den behandelnden Facharzt auf Durchführung einer Rehabilitation gestellt ist, da zu einer Rehaempfehlung zu kommen, weil ich immer so denke, dass ist ein Zerstören dieser gewachsenen Patient-Therapeut-Beziehung hemmend sein kann auch für eine Rehabilitation.“</i></p>

Einfluss der rehabilitativen Angebotsstruktur im Einzugsbereich der Versicherten

Perspektive PG

Perspektive ÄG

- In beiden Gruppen lassen sich Aussagen zu den zwei unterschiedlichen Standpunkten (hat keinen Einfluss /hat Einfluss) bezüglich der Berücksichtigung der regionalen Angebotsstruktur bei der Allokationsempfehlung finden:

Keine Einflussnahme begründeten PG damit, dass die Allokationsempfehlung nicht ihre Aufgabe ist, sie die rehabilitativen Strukturen nicht kennen bzw. es Kassenaufgabe sei, eine RE bestmöglich umzusetzen (ggf. in alternativer Form). ÄG berufen sich auf die dadurch identifizierbare Bedarfssituation.

"Nur weil das Angebot nicht da ist, wäre es ja unfair, wenn man den Leuten dann keine Reha empfiehlt. Reha empfehle ich trotzdem. Mit dem Hinweis [...] möglichst mobil. Und der Reha-Arzt übernimmt das dann auch so möglichst mobil. Wenn es aber mobil eben kein Angebot gibt, dann muss sich die Kasse kümmern, dass da eine mobile Reha auch durchgeführt wird." PG

„Wir empfehlen es auch dann, wenn ich weiß, es gibt an dem Ort das nicht, um einfach zu dokumentieren: Wir haben einen Bedarf. Sonst wird der Bedarf ja nie erfasst.“ ÄG

„Also ich gucke halt wirklich nur, ob die Indikation besteht und ob es was bringen würde und der Rest beeinflusst mich da jetzt nicht wirklich, ob wir jetzt eine Reha-Einrichtung in der Nähe haben oder nicht.“ PG

Eine Berücksichtigung der regionalen Angebotsstrukturen wird seitens der ÄG mit der Absicherung der kassenseitigen/patientenseitigen Umsetzbarkeit begründet; PG begründen dies durch mögliche Konfliktsituationen im Versicherungsgespräch.

„Im Großen und Ganzen, ja. Ich habe eine Vorstellung, wohnt einer in der Stadt, habe ich einen Versicherten in Hannover, hat der andere Wege als dass er auf dem platten Land wohnt und in den nächsten Ort 20 Kilometer gefahren werden muss. Da versuchen wir zu gucken, ja.“

„Wenn ich einen jungen Rheumapatienten habe, der einen Antrag auf Pflege stellt und der auch vielleicht einen Pflegegrad eins bekommt und bei dem ich eine Rehabilitationsindikation sehe und der sie rein von seiner Restmobilität, von dem häuslichen gegebenen Versorgungsstrukturen auch ambulant rehabilitiert werden kann, weiß ich aber, es gibt keine ambulante Rehabilitationsklinik oder keine ambulante Rehabilitationseinrichtung. Dann empfehle ich eine stationäre Rehabilitation, bevor er gar nichts bekommt.“ ÄG

„Wir werden geschult, dass wir empfehlen sollen nach den Möglichkeiten, was es geben könnte sozusagen. Aber ich finde, also ich kann es ja auch nicht vor Ort vermitteln, wenn ich ganz genau weiß, das gibt es nicht. Ich sage mal die Leute, die da vor mir sind, die sind ja auch nicht... die fragen dann auch „Ach, wo kriege ich denn sowas her?“ und wenn ich dann dasitze „Na ja, eigentlich gibt es sowas hier nicht“, ist das für mich nicht zielführend. Ich vermeide es. Also ich gucke schon, dass ich was empfehle, was auch, wenn, dann umsetzbar sein könnte und, wenn, unter Problemen, aber wie zum Beispiel eine Ergotherapie, die für denjenigen schlecht zu erreichen ist, aber sie ist umsetzbar, man könnte sie umsetzen. Aber eine mobile Reha zu empfehlen, die gar nicht umsetzbar ist, finde ich nicht sinnvoll und mache ich auch nicht. Also ich darf ja ehrlich sein.“ PG

- In beiden Gruppen finden sich Aussagen, das bei unzureichender/unklarer Reha-Fähigkeit für die stationäre/ambulante Reha auf die Empfehlung einer mobilen Rehabilitation verzichtet wird, wenn es dieses Angebot im Einzugsbereich nicht gibt.

„meine Sorge ist, wenn ich jetzt eine mobile Reha empfehle, weiß aber, das gibt es eigentlich gar nicht, dann kriegt der gar nichts. Also dann würde ich eher, dann tendiere ich eher dazu zu sagen, okay, eine richtige Reha-Fähigkeit stationär hat er vielleicht nicht, aber dann empfehle ich hinten vielleicht, was weiß ich, zweimal die Woche Krankengymnastik, einmal Ergo, einmal Logopädie, dass, wenn er Glück hat, dass dann eben Therapeuten nach Hause kommen.“ PG

- Die Richtlinienvorgaben (Allokationsempfehlung unabhängig der vorhandenen Strukturen) sind bekannt und es wurde gespiegelt, dass z.B. auch auf Fortbildung vermittelt wird, dass die strukturunabhängigen Empfehlungen auch dazu führen soll, dass fehlende Angebote identifiziert/geschaffen werden können. Dennoch hätte sich die Situation bisher nicht verändert.

„Aber die Kasse soll ja aufgrund unserer Empfehlung, soll die Kasse sich ja bemühen, dass eine mobile Reha möglich wird. Das höre ich schon seit zehn Jahren. Und deshalb sollen wir auch immer eine mobile Reha möglichst empfehlen. Aber es kommt nichts. Ich habe das Gefühl, es ist seitdem nicht mehr geworden.“ PG



Begutachtungsbegleitender Kurzfragebogen für pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter

Forschungsprojekt REHA-Post

- Bitte füllen Sie den Kurzbogen **ausschließlich für durchgeführte Vor-Ort-Begutachtungen** aus (keine telefonischen Begutachtungen).
- Vermerken Sie bitte keine Namen, Adressen oder Angaben zu Ihrem Medizinischen Dienst im Fragebogen.
- Bitte beantworten Sie möglichst immer alle Fragen. Sollte Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfallen, entscheiden Sie sich bitte für die Antwort, die am ehesten zutrifft.

I. Informationen zur begutachteten Person

Alter: < 18 Jahre 18 – 64 Jahre 65 – 79 Jahre 80 – 89 Jahre ≥ 90 Jahre

Geschlecht: weiblich männlich divers

Person lebt in...

- ...ambulanter Wohnsituation allein
 ...ambulanter Wohnsituation zusammen mit anderen Personen (Partner, Familie)
 ...ambulanter betreuter Wohngruppe mit weiteren pflegebedürftigen Personen
 ...einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Antragsart: Erstantrag Wiederholungsantrag
 Höherstufung
 Widerspruch

ursprünglicher Pflegegrad: 

II. Aktuelles Begutachtungsergebnis

Gewichtete Modulpunkte der aktuellen Begutachtung. Bitte Zahlen in die Kästchen eintragen!

- Mobilität
- Kognitive/kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

**Resultierende
Pflegegradempfehlung:**

kein PG PG1 PG2 PG3 PG4 PG5

Pflegebegründende

Diagnose(n): ICD-10 _____

Haben Sie Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der festgestellten Selbständigkeit oder Fähigkeiten abgegeben?

Ich habe Empfehlungen in den folgenden Bereichen ausgesprochen:

- 7.1.1 Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung
- 7.1.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
- 7.1.3 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Ich habe keine über die bisherige Versorgung hinausgehenden Empfehlungen ausgesprochen.

Ist eine Operation/Krankenhausaufnahme geplant? Nein Ja / unklar

Fand innerhalb des letzten Jahres eine medizinische Rehabilitation statt? Nein Ja / unklar

Fand innerhalb der letzten 4 Jahre eine medizinische Rehabilitation statt? Nein Ja / unklar

Wie schätzen Sie die aktuelle Versorgungssituation der begutachteten Person ein? Hierbei geht es um Ihre ganz persönliche Einschätzung und Meinung!

- Hausärztliche Betreuung → nicht vorhanden... vorhanden...
 ... aber empfehlenswert ... und bedarfsgerecht
 ... und nicht erforderlich ... aber nicht bedarfsgerecht
- Fachärztliche Betreuung → nicht vorhanden... vorhanden...
 ... aber empfehlenswert ... und bedarfsgerecht
 ... und nicht erforderlich ... aber nicht bedarfsgerecht
- Heilmittelversorgung → nicht vorhanden... vorhanden...
 ... aber empfehlenswert ... und bedarfsgerecht
 ... und nicht erforderlich ... aber nicht bedarfsgerecht
- Hilfsmittelversorgung → nicht vorhanden... vorhanden...
 ... aber empfehlenswert ... und bedarfsgerecht
 ... und nicht erforderlich ... aber nicht bedarfsgerecht

Wie schätzen Sie die allgemeinen Zugangsbedingungen zur ambulanten Versorgung bei der begutachteten Person ein? (z.B. unter Berücksichtigung der Mobilität und/oder des Wohnorts)

eher gut nicht beurteilbar
 eher schlecht

Liegt bei der begutachteten Person eine Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe vor?

- Nein Ja, voraussichtlich vorübergehend
 Ja, voraussichtlich längerfristig

Wie sicher sind Sie mit Ihrer Einschätzung? sehr unsicher sehr sicher

Ist die begutachtete Person körperlich in der Lage Therapieangebote (z. B. Heilmittel, Rehasport/ Funktionstraining, Psychotherapie etc.) wahrzunehmen?

- Nein Ja

Wie sicher sind Sie mit Ihrer Einschätzung? sehr unsicher sehr sicher

Ist die begutachtete Person psychisch/kognitiv in der Lage Therapieangebote (z. B. Heilmittel, Rehasport/ Funktionstraining, Psychotherapie etc.) wahrzunehmen?

- Nein Ja

Wie sicher sind Sie mit Ihrer Einschätzung? sehr unsicher sehr sicher

Haben Sie bei der begutachteten Person den Punkt 7.3 im Formulargutachten bearbeitet und eine Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation geprüft?

- Nein, ich habe den Punkt 7.3 (Reha-Empfehlung) bei dieser Begutachtung nicht bearbeitet.**
↳ Vielen Dank – damit ist dieser Kurzbogen fertig beantwortet! Bitte denken Sie daran, die übrigen Kurzbogen konsequent für Ihre nächsten Vor-Ort-Begutachtungen auszufüllen.
- Ja, ich habe den Punkt 7.3 (Reha-Empfehlung) bei dieser Begutachtung bearbeitet.**
↳ Bitte beantworten Sie noch den restlichen Teil des Fragebogens auf der nächsten Seite!

III. Angaben zur Prüfung einer Reha-Indikation (nur bei Bearbeitung von Punkt 7.3 auszufüllen!)

Welche der drei Reha-Kriterien treffen zu und wie sicher fühlen Sie sich jeweils bei Ihrer Einschätzung?

I. Reha-Bedürftigkeit Nein Ja sehr unsicher sehr sicher

II. Reha-Fähigkeit Nein Ja sehr unsicher sehr sicher

Falls keine Reha-Fähigkeit vorliegt: Bitte kreuzen Sie an, welchen der folgenden Aspekte die Rehabilitationsfähigkeit der begutachteten Person beeinträchtigen. (Mehrfachantworten möglich)

- hochgradige körperliche Schwäche, zum Beispiel durch Tumor-Kachexie,
- stark verminderte kardiale oder pulmonale Belastbarkeit, zum Beispiel Luftnot bereits in Ruhe
- große Wunden oder Dekubitalgeschwüre
- schwere Orientierungsstörungen, zum Beispiel mit Wanderungstendenz
- ausgeprägte psychische Störungen, beispielsweise akute Wahnsymptomatik
- ausgeprägte Antriebsstörungen, zum Beispiel bei schwerer Depression
- nicht beeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung
- fehlende Kooperations-/Einsichtsfähigkeit aufgrund psychischer oder fortgeschrittener dementieller Störungen
- die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen
- Sonstiges:

III. Realisierbare Reha-Ziele Nein Ja sehr unsicher sehr sicher

Empfehlen Sie eine medizinische Rehabilitation und wie sicher sind Sie mit Ihrer Entscheidung ?

Ja, ich empfehle eine Reha. Nein, ich empfehle keine Reha. | sehr unsicher sehr sicher

Notieren Sie bitte kurz Aspekte dieser Begutachtungssituation, die Ihre Entscheidungsfindung am ehesten erschwert haben: 

Wie haben Ihnen die folgenden Informationsquellen beim rehabilitationsbezogenen Entscheidungsprozess geholfen?

Krankenhausberichte	<input type="checkbox"/> eher hilfreich	<input type="checkbox"/> weniger hilfreich	<input type="checkbox"/> lagen nicht vor
Reha-Berichte	<input type="checkbox"/> eher hilfreich	<input type="checkbox"/> weniger hilfreich	<input type="checkbox"/> lagen nicht vor
ambulante Arztberichte	<input type="checkbox"/> eher hilfreich	<input type="checkbox"/> weniger hilfreich	<input type="checkbox"/> lagen nicht vor
Medikamentenpläne	<input type="checkbox"/> eher hilfreich	<input type="checkbox"/> weniger hilfreich	<input type="checkbox"/> lagen nicht vor

Sonstige hilfreiche Dokumente: 

Aussagen der begutachteten Person	<input type="checkbox"/> eher hilfreich	<input type="checkbox"/> weniger hilfreich	<input type="checkbox"/> keine Kommunikation
Aussagen von Angehörigen	<input type="checkbox"/> eher hilfreich	<input type="checkbox"/> weniger hilfreich	<input type="checkbox"/> keine Kommunikation
Aussagen von Pflegepersonal	<input type="checkbox"/> eher hilfreich	<input type="checkbox"/> weniger hilfreich	<input type="checkbox"/> keine Kommunikation

Welche Einstellung haben Sie beim Versicherten bezüglich einer medizinischen Rehabilitation wahrgenommen?

eher positiv neutral eher negativ | Wir haben nicht über das Thema gesprochen.

Welche Angebotsform würde für die begutachtete Person am ehesten passen (auch wenn Sie diese Entscheidung letztlich nicht treffen müssen)?

Keine, da ich mich gegen die Reha-Empfehlung entschieden habe.

Am sinnvollsten erachte ich eine...	<input type="checkbox"/> ...in einer stationären Reha-Einrichtung.
<input type="checkbox"/> indikationsspezifische Rehabilitation...	<input type="checkbox"/> ...in einer ambulanten Reha-Einrichtung.
<input type="checkbox"/> geriatrische Rehabilitation...	<input type="checkbox"/> ...in mobiler Durchführung im eigenem Wohnumfeld.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Kurzbogens! Bitte denken Sie daran, die übrigen Kurzfragebögen konsequent für Ihre nächsten Vor-Ort-Begutachtungen auszufüllen.



Kurzfragebogen zur Prüfung einer Reha-Empfehlung für ärztliche Gutachterinnen und Gutachter

Forschungsprojekt REHA-Post

Wichtiger Hinweis: Bitte füllen Sie den Kurzbogen **ausschließlich für Reha-Empfehlungen aus, die aus einer Vor-Ort-Begutachtung** resultieren. (Reha-Empfehlungen aus Telefonbegutachtungen bitte überspringen.)

I. Informationen zur begutachteten Person

Alter: < 18 Jahre 18 – 64 Jahre 65 – 79 Jahre 80 – 89 Jahre ≥ 90 Jahre

Geschlecht: weiblich männlich divers

Person lebt in...

- ...ambulanter Wohnsituation allein
 ...ambulanter Wohnsituation zusammen mit anderen Personen (Partner, Familie)
 ...ambulanter betreuter Wohngruppe mit weiteren pflegebedürftigen Personen
 ...einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Antragsart: Erstantrag Wiederholungsantrag
 Höherstufung
 Widerspruch

ursprünglicher Pflegegrad:✎

II. Aktuelles Begutachtungsergebnis

Gewichtete Modulpunkte der aktuellen Begutachtung. Bitte Zahlen in die Kästchen eintragen!

- Mobilität
- Kognitive/kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Resultierende Pflegegradempfehlung: kein PG PG1 PG2 PG3 PG4 PG5

Pflegebegründende Diagnose(n): ICD-10 _____

In welchen Bereichen wurden durch die Pflegefachkraft Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der festgestellten Selbständigkeit oder Fähigkeiten abgegeben?

- 7.1.1 Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung
- 7.1.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
- 7.1.3 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Ist eine Operation/Krankenhausaufnahme geplant? Nein Ja / unklar

Fand innerhalb des letzten Jahres eine medizinische Rehabilitation statt? Nein Ja / unklar

Fand innerhalb der letzten 4 Jahre eine medizinische Rehabilitation statt? Nein Ja / unklar

Wie bewerten Sie die aktuelle Versorgungssituation der begutachteten Person anhand der Ihnen vorliegenden Informationen?

Hausärztliche Betreuung	<input type="checkbox"/> unzureichend	<input type="checkbox"/> angemessen	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Fachärztliche Betreuung	<input type="checkbox"/> unzureichend	<input type="checkbox"/> angemessen	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Heilmittelversorgung	<input type="checkbox"/> unzureichend	<input type="checkbox"/> angemessen	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Hilfsmittelversorgung	<input type="checkbox"/> unzureichend	<input type="checkbox"/> angemessen	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar

Wie schätzen Sie die Zugangsbedingungen zur ambulanten Versorgung bei der begutachteten Person ein? eher schlecht eher gut nicht beurteilbar

Halten Sie die ambulante Versorgung für ausreichend und erfolgversprechend? nein ja nicht beurteilbar

Wie bewerten Sie das vorliegende pflegefachliche Gutachten für Ihre Entscheidungsfindung entsprechend der nachfolgenden angeführten Aspekte?

Beschreibung...

...des bisherigen Krankheitsverlaufes sehr schlecht sehr gut

...der bisherigen ambulanten Versorgung sehr schlecht sehr gut

...der bisherigen Therapieeffekte sehr schlecht sehr gut

...der Körperfunktionen/-strukturen sehr schlecht sehr gut

...der Aktivitäten/Teilhabe sehr schlecht sehr gut

...der Umweltfaktoren sehr schlecht sehr gut

...der personbezogenen Faktoren sehr schlecht sehr gut

Wie bewerten Sie insgesamt den Informationsgehalt des Gutachtens für Ihre abschließende Entscheidung? sehr schlecht sehr gut

Können Sie anhand der Informationen im Gutachten die pflegefachliche Entscheidung zur Reha-Empfehlung nachvollziehen? Nein Ja

Liegt bei der begutachteten Person eine Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe vor?

- Nein | Ja, voraussichtlich vorübergehend
 Ja, voraussichtlich längerfristig

Wie sicher sind Sie mit Ihrer Einschätzung? sehr unsicher sehr sicher

Ist über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz einer medizinischen Rehabilitation für die begutachtete Person erforderlich?

- Nein Ja

Wie sicher sind Sie mit Ihrer Einschätzung? sehr unsicher sehr sicher

Ist die Person körperlich in der Lage, an einer medizinischen Reha-Leistung teilzunehmen?

- Nein Ja

Wie sicher sind Sie mit Ihrer Einschätzung? sehr unsicher sehr sicher

Ist die Person psychisch/kognitiv in der Lage, an einer medizinischen Reha-Leistung teilzunehmen?

- Nein Ja

Wie sicher sind Sie mit Ihrer Einschätzung? sehr unsicher sehr sicher

Bitte geben Sie für die begutachtete Person alle Reha-Formen an, die Sie entsprechend des dargestellten Fähigkeitsprofils für möglich halten – unabhängig davon, ob sie verfügbar sind. (Mehrfachantworten möglich)

Ich halte die begutachtete Person rehabilitationsfähig für die Durchführung...

- einer Rehabilitation in einer **stationären** Rehabilitationseinrichtung.
 einer Rehabilitation in einer **ambulanten** Rehabilitationseinrichtung.
 einer **mobilen Rehabilitation** im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld.
 Es besteht für keine der drei Varianten eine Reha-Fähigkeit.
-

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Aspekte die Reha-Fähigkeit der begutachteten Person ggf. beeinträchtigen. (Mehrfachantworten möglich)

- hochgradige körperliche Schwäche, zum Beispiel durch Tumor-Kachexie
 stark verminderte kardiale oder pulmonale Belastbarkeit, zum Beispiel Luftnot bereits in Ruhe
 große Wunden oder Dekubitalgeschwüre
 schwere Orientierungsstörungen, zum Beispiel mit Wanderungstendenz
 ausgeprägte psychische Störungen, beispielsweise akute Wahnsymptomatik
 ausgeprägte Antriebsstörungen, zum Beispiel bei schwerer Depression
 nicht beeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung
 fehlende Kooperations-/Einsichtsfähigkeit durch psychische oder fortgeschrittene dementielle Störung
 die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen
 Sonstige Beeinträchtigungen aus Ihrer ärztlichen Sicht: _____ 
 Keine der aufgeführten Aspekte trifft zu.
-

Wie gut passen, Ihrer Meinung nach, die formulierten Ziele der Pflegefachkraft zur begutachteten Person?

sehr schlecht sehr gut | Es waren keine Ziele dokumentiert.

Lassen sich anhand der Ihnen vorliegenden Informationen zur begutachteten Person **realistische und prognostisch erreichbare Reha-Ziele** ableiten bzw. formulieren?

- Nein | Ja Es besteht keine Reha-Indikation (Reha-Fähigkeit z.B. nicht gegeben)

Wie sicher sind Sie mit Ihrer Einschätzung? sehr unsicher sehr sicher



**Selbstauskunftsbogen für studienteilnehmende pflege-
fachliche Gutachterinnen und Gutachter**
Forschungsprojekt REHA-Post

- Vermerken Sie bitte keinerlei Namen, Adressen oder Angaben zu Ihrem Medizinischen Dienst im Fragebogen.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen des Selbstauskunftsbogens. Sollte Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfallen, entscheiden Sie sich bitte für die Antwort, die am ehesten zutrifft.
- Bitte senden Sie den Selbstauskunftsbogen zusammen mit den ausgefüllten 20 Kurzbögen im vorfrankierten Rückumschlag an uns zurück!

Wie alt sind Sie?

20 bis 29 Jahre 30 bis 39 Jahre 40 bis 49 Jahre 50 bis 59 Jahre 60 Jahre oder älter

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

weiblich männlich divers

Bitte geben Sie an, wie viele Pflegebegutachtungen Sie vor Beginn der Corona-Pandemie in einem normalen Arbeitsmonat in etwa durchgeführt haben:

In der Zeit vor der Pandemie führte ich monatlich ca. Pflegebegutachtungen durch.

Seit wie vielen Jahren sind Sie beim Medizinischen Dienst gutachterlich tätig?

weniger als 4 Jahre 4 bis 6 Jahre 7 bis 9 Jahre mehr als 9 Jahre

Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie mit der medizinischen Rehabilitation gemacht?**Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an.**

Ich habe im Rahmen von Schulungsangeboten eine Rehabilitationseinrichtung besucht/kennengelernt. Nein Ja

Ich habe selbst in einer Rehabilitationseinrichtung oder einer (Früh-)Reha in einem Krankenhaus gearbeitet. Nein Ja

Ich habe selbst eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen. Nein Ja

Personen aus meinem näheren Umfeld (Familie, Freunde) haben eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen. Nein Ja

Weitere Erfahrungen: 

Bitte geben Sie an, wie Sie Ihr Wissen bezüglich der folgenden Aspekte zur medizinischen Rehabilitation einschätzen:

Ziele einer medizinischen Rehabilitation	kein Wissen	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 1	umfangreiches Wissen
Therapieangebote bei einer medizinischen Rehabilitation	kein Wissen	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 1	umfangreiches Wissen
Abläufe während eines Rehabilitationsaufenthalts	kein Wissen	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 1	umfangreiches Wissen
Besonderheiten der verschiedenen Angebotsformen (stationär, ambulant, mobil usw.)	kein Wissen	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 1	umfangreiches Wissen
Unterschiede zwischen geriatrischer und indikationsspezifischer Reha	kein Wissen	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 1	umfangreiches Wissen
Reha-Angebotssituation in meinem Einsatzgebiet/meiner Region	kein Wissen	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 1	umfangreiches Wissen

Zur Beurteilung einer Reha-Indikation ist die Prüfung der Reha-Bedürftigkeit und Reha-Fähigkeit erforderlich sowie eine Ableitung realistischer Reha-Ziele. Dafür stehen Informationen in unterschiedlichem Ausmaß zur Verfügung, auch können fallspezifische Besonderheiten die Beurteilung erschweren.

Wie schwierig empfinden Sie in der Regel die Bewertung der einzelnen Reha-Kriterien für eine Reha-Empfehlung?

	sehr schwierig	eher schwierig	eher einfach	sehr einfach
Rehabilitationsbedürftigkeit Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe vorhanden und kurative Versorgung nicht ausreichend oder erfolgsversprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationsfähigkeit Körperliche, psychische und kognitive Belastbarkeit für zwei Therapieeinheiten pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationsziele Ableitung und Formulierung alltagsrelevanter, realistischer Ziele, die im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation erreicht werden sollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun geht es um Ihre persönliche Meinung zur medizinischen Rehabilitation im Kontext von Pflegebedürftigkeit. **Bitte lesen Sie sich jede Aussage durch und kreuzen Sie an, inwieweit Sie der Aussage zustimmen – unabhängig von bestehenden Vorgaben oder Regelungen!**

	Stimme ich gar nicht zu	Stimme ich eher nicht zu	Stimme ich eher zu	Stimme ich voll zu
Für Personen mit <u>schweren</u> Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten ist die medizinische Rehabilitation <u>nicht</u> geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Personen mit erschwertem Zugang zu ambulanten Therapien sollte alternativ eine medizinische Rehabilitation angeboten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Rehabilitationsempfehlung sollte nur dann ausgesprochen werden, wenn die begutachtete Person eine Rehabilitation auch will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn bei einer Person <u>kein</u> Pflegegrad festgestellt wird, muss die Rehabilitations-bedürftigkeit verneint werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ausreichend ambulante oder mobile Rehabilitationsangebote verfügbar wären, würde ich häufiger Rehabilitationsempfehlungen aussprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach (früh-)rehabitativer Krankenhaus-behandlung sollten keine Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen oder eine mobile Rehabilitation erbracht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig besprechen Sie Aspekte Ihrer Reha-Empfehlungen mit anderen **pflegefachlichen** Gutachterinnen oder Gutachtern?

- nie selten häufig
-

Bitte schätzen Sie den Anteil der von Ihnen abgegebenen Reha-Empfehlungen ein, die Sie mit den dafür verantwortlichen **ärztlichen** Gutachterinnen oder Gutachtern besprechen.

- keine weniger als 25% zwischen 25% und 75% mehr als 75 %
-

Erhalten Sie eine **ärztliche Rückmeldung** zur Entscheidung bzgl. Ihrer Reha-Empfehlung?

- Ich erhalte (nahezu) immer eine gesonderte Rückmeldung, auch bei Zustimmungen.
 Ich erhalte hauptsächlich bei einer Ablehnung oder Unstimmigkeiten eine gesonderte Rückmeldung.
 Ich erhalte gar keine bzw. selten eine gesonderte Rückmeldung.
-

Haben Sie in der Regel eine feste, Ihnen zugeordnete **ärztliche** Ansprechperson?

- nein ja
-

Wie bewerten Sie die Pflicht zur ärztlichen Prüfung Ihrer Rehabilitations-Empfehlung? Bitte lesen Sie sich jede Aussage durch und kreuzen Sie an, inwieweit Sie der Aussage zustimmen.

	Stimme ich gar nicht zu	Stimme ich eher nicht zu	Stimme ich eher zu	Stimme ich voll zu
Ich finde es gut, dass ich bei eigener Unsicherheit die Entscheidung zur Reha-Empfehlung in ärztliche Hände legen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich schon mal gegen eine Reha-Empfehlung entschieden, weil ich nicht wollte, dass mein Gutachten von ärztlicher Seite gegengelesen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn es keine ärztliche Prüfung gäbe, würde ich wahrscheinlich häufiger Reha-Empfehlungen aussprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie noch Sie noch Anmerkungen oder Hinweise zum Thema Reha-Empfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung? 



Selbstauskunftsbogen für studienteilnehmende ärztliche Gutachterinnen und Gutachter Forschungsprojekt REHA-Post

- Vermerken Sie bitte keine Namen, Adressen oder Angaben zu Ihrem Medizinischen Dienst im Fragebogen.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen des Selbstauskunftsbogens. Sollte Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfallen, entscheiden Sie sich bitte für die Antwort, die am ehesten zutrifft.
- Bitte senden Sie den Selbstauskunftsbogen zusammen mit den ausgefüllten 10 Kurzbögen im vorfrankierten Rückumschlag an uns zurück!

Bitte bewerten Sie die Verfügbarkeit (früh-)rehabilitativer Krankenhausbehandlung (nach § 109, SGB V) für die Versicherten in der Pflegebegutachtung in Ihrer verantworteten Region / in Ihrem Einsatzgebiet.

In meiner Region ist die Verfügbarkeit...

der stationären geriatrischen (früh-)rehabilitativen Krankenhausbehandlung	sehr schlecht	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1	sehr gut	<input type="checkbox"/> unbekannt
der teilstationären geriatrischen (früh-)rehabilitativen Krankenhausbehandlung	sehr schlecht	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1	sehr gut	<input type="checkbox"/> unbekannt

Wie schwierig empfinden Sie in der Regel die Bewertung der einzelnen Reha-Kriterien bei der Prüfung von Reha-Empfehlungen?

	sehr schwierig	eher schwierig	eher einfach	sehr einfach
Bewertung der Rehabilitationsbedürftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertung der Rehabilitationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulierung der Rehabilitationsziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschätzung der Rehabilitationsprognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl einer passenden Zuweisungsempfehlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun geht es um Ihre persönliche Meinung zur medizinischen Rehabilitation im Kontext von Pflegebedürftigkeit. **Bitte lesen Sie sich jede Aussage durch und kreuzen Sie an, inwieweit Sie der Aussage zustimmen – unabhängig von bestehenden Vorgaben oder Regelungen!**

	Stimme ich gar nicht zu	Stimme ich eher nicht zu	Stimme ich eher zu	Stimme ich voll zu
Für Personen mit <u>schweren</u> Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten ist die medizinische Rehabilitation <u>nicht</u> geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Personen mit erschwertem Zugang zu ambulanten Therapien sollte alternativ eine medizinische Rehabilitation angeboten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Rehabilitationsempfehlung sollte nur dann ausgesprochen werden, wenn die begutachtete Person eine Rehabilitation auch will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn bei einer Person <u>kein</u> Pflegegrad festgestellt wird, muss die Rehabilitationsbedürftigkeit verneint werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ausreichend ambulante oder mobile Rehabilitationsangebote verfügbar wären, würde ich häufiger Rehabilitationsempfehlungen zustimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nach (früh-)rehabitativer Krankenhaus-behandlung sollten keine Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen oder eine mobile Rehabilitation erbracht werden.

Im letzten Teil geht es um Ihre persönliche Meinung und Erfahrung zum fachlichen Austausch. Bitte kreuzen Sie die Antworten an, die am ehesten auf Sie zutreffen.

Bitte schätzen Sie den Anteil Ihrer geprüften Reha-Empfehlungen ein, die Sie mit anderen **ärztlichen** Gutachterinnen oder Gutachtern besprechen.

keine weniger als 25% zwischen 25% und 75% mehr als 75 %

Bitte schätzen Sie den Anteil Ihrer geprüften Reha-Empfehlungen ein, die Sie mit den dafür verantwortlichen **pflegefachlichen** Gutachterinnen oder Gutachtern besprechen.

keine weniger als 25% zwischen 25% und 75% mehr als 75 %

Informieren Sie die **pflegefachlichen** Gutachterinnen und Gutachter über Ihrer Prüfentscheidung?

- Ich informiere (nahezu) immer über meine Prüfentscheidung, auch bei Zustimmung.
 Ich informiere hauptsächlich über die Ablehnung einer Reha-Empfehlung.
 Ich informiere in der Regel nicht gesondert über meine Entscheidung.

Bitte schätzen Sie den Anteil abgelehnter Reha-Empfehlungen ein, **bei denen Sie die Ablehnungsgründe den pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern mitteilen?**

keine weniger als 25% zwischen 25% und 75% mehr als 75 %

Haben Sie in der Regel feste, Ihnen zugeordnete **pflegefachliche** Gutachterinnen und Gutachter, bei denen Sie die Reha-Empfehlungen prüfen?

- nein Ja, ein festes Team mit weniger als 8 Personen.
 Ja, ein festes Team mit 8 oder mehr Personen.

Haben Sie noch Sie noch Anmerkungen oder Hinweise zum Thema Reha-Empfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung? 



Selbstauskunftsbogen für studienteilnehmende ärztliche Gutachterinnen und Gutachter Forschungsprojekt REHA-Post

- Vermerken Sie bitte keine Namen, Adressen oder Angaben zu Ihrem Medizinischen Dienst im Fragebogen.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen des Selbstauskunftsbogens. Sollte Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfallen, entscheiden Sie sich bitte für die Antwort, die am ehesten zutrifft.
- Bitte senden Sie den Selbstauskunftsbogen zusammen mit den ausgefüllten 10 Kurzbögen im vorfrankierten Rückumschlag an uns zurück!

Bitte bewerten Sie die Verfügbarkeit (früh-)rehabilitativer Krankenhausbehandlung (nach § 109, SGB V) für die Versicherten in der Pflegebegutachtung in Ihrer verantworteten Region / in Ihrem Einsatzgebiet.

In meiner Region ist die Verfügbarkeit...

der stationären geriatrischen (früh-)rehabilitativen Krankenhausbehandlung

sehr schlecht	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	sehr gut	<input type="checkbox"/> unbekannt
------------------	---	-------------	------------------------------------

der teilstationären geriatrischen (früh-)rehabilitativen Krankenhausbehandlung

sehr schlecht	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	sehr gut	<input type="checkbox"/> unbekannt
------------------	---	-------------	------------------------------------

Wie schwierig empfinden Sie in der Regel die Bewertung der einzelnen Reha-Kriterien bei der Prüfung von Reha-Empfehlungen?

	sehr schwierig	eher schwierig	eher einfach	sehr einfach
Bewertung der Rehabilitationsbedürftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertung der Rehabilitationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulierung der Rehabilitationsziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschätzung der Rehabilitationsprognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl einer passenden Zuweisungsempfehlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun geht es um Ihre persönliche Meinung zur medizinischen Rehabilitation im Kontext von Pflege-bedürftigkeit. **Bitte lesen Sie sich jede Aussage durch und kreuzen Sie an, inwieweit Sie der Aussage zustimmen – unabhängig von bestehenden Vorgaben oder Regelungen!**

	Stimme ich gar nicht zu	Stimme ich eher nicht zu	Stimme ich eher zu	Stimme ich voll zu
Für Personen mit <u>schweren</u> Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten ist die medizinische Rehabilitation <u>nicht</u> geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Personen mit erschwertem Zugang zu ambulanten Therapien sollte alternativ eine medizinische Rehabilitation angeboten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Rehabilitationsempfehlung sollte nur dann ausgesprochen werden, wenn die begutachtete Person eine Rehabilitation auch will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn bei einer Person <u>kein</u> Pflegegrad festgestellt wird, muss die Rehabilitations-bedürftigkeit verneint werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ausreichend ambulante oder mobile Rehabilitationsangebote verfügbar wären, würde ich häufiger Rehabilitationsempfehlungen zustimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach (früh-)rehabilitativer Krankenhausbehandlung sollten keine Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen oder eine mobile Rehabilitation erbracht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im letzten Teil geht es um Ihre persönliche Meinung und Erfahrung zum fachlichen Austausch. Bitte kreuzen Sie die Antworten an, die am ehesten auf Sie zutreffen.

Bitte schätzen Sie den Anteil Ihrer geprüften Reha-Empfehlungen ein, die Sie mit anderen **ärztlichen** Gutachterinnen oder Gutachtern besprechen.

keine weniger als 25% zwischen 25% und 75% mehr als 75 %

Bitte schätzen Sie den Anteil Ihrer geprüften Reha-Empfehlungen ein, die Sie mit den dafür verantwortlichen **pflegefachlichen** Gutachterinnen oder Gutachtern besprechen.

keine weniger als 25% zwischen 25% und 75% mehr als 75 %

Informieren Sie die **pflegefachlichen** Gutachterinnen und Gutachter über Ihrer Prüfentscheidung?

- Ich informiere (nahezu) immer über meine Prüfentscheidung, auch bei Zustimmung.
 Ich informiere hauptsächlich über die Ablehnung einer Reha-Empfehlung.
 Ich informiere in der Regel nicht gesondert über meine Entscheidung.
-

Bitte schätzen Sie den Anteil abgelehnter Reha-Empfehlungen ein, **bei denen Sie die Ablehnungsgründe den pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern mitteilen?**

keine weniger als 25% zwischen 25% und 75% mehr als 75 %

Haben Sie in der Regel feste, Ihnen zugeordnete **pflegefachliche** Gutachterinnen und Gutachter, bei denen Sie die Reha-Empfehlungen prüfen?

- nein Ja, ein festes Team mit weniger als 8 Personen.
 Ja, ein festes Team mit 8 oder mehr Personen.
-

Haben Sie noch Sie noch Anmerkungen oder Hinweise zum Thema Reha-Empfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung? 

ONLINE-WORKSHOP

STÄRKUNG GUTACHTERLICHER SICHERHEITEN BEI PRÜFUNG VON REHABILITATIONSEMPFEHLUNGEN IM RAHMEN DER PFLEGEbegUTACHTUNG

HINTERGRUND DES WORKSHOPS

Der Workshop ist Teil des Forschungsprojektes „Der Zugangsweg Pflegebegutachtung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation - Potentiale der Stärkung (REHA-Post)“. Das Projekt wurde gemeinsam durch den Medizinischen Dienst Bund und das Institut für Rehabilitationsmedizin sowie das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg entwickelt und ist im März 2021 gestartet. Der GKV-Spitzenverband e.V. fördert das Projekt als Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Im Fokus des Forschungsprojektes steht der Rehabilitationszugang über die Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste. Stellen Pflegefachkräfte im Rahmen der Prüfung auf Pflegebedürftigkeit Hinweise für eine Rehabilitationsindikation fest, werden diese intern durch ärztliche Gutachterinnen bzw. Gutachter geprüft und können in einer Rehabilitationsempfehlung münden.

Trotz strukturierter Prüfvorgaben geht die pflegefachliche sowie ärztliche Bewertung einer Rehabilitationsindikation mit einem komplexen Entscheidungsprozess einher. Im Einzelfall kann eine eindeutige Entscheidung für oder gegen eine Rehabilitationsempfehlung mit Unsicherheiten verbunden sein. Mittels qualitativer Interviews und einer begutachtungs- bzw. prüfbegleitenden Fragebogenerhebung konnten wir im ersten Abschnitt des Forschungsprojektes verschiedene Unsicherheitsbereiche identifizieren.

ZIEL DES WORKSHOPS

In diesem Workshop möchten wir nun mit Ihnen die gewonnenen Erkenntnisse zu gutachterlichen Unsicherheiten sowie den Entscheidungsherausforderungen im Rehabilitationszugang über die Pflegebedürftigkeit diskutieren und reflektieren. Durch Ihre Expertise, den gemeinsamen

Austausch und die Verknüpfung unterschiedlicher Perspektiven sollen potenzielle Verbesserungsansätze für die bestehenden Problembereiche gemeinsam erarbeitet werden.

Ziel des Workshops ist es, konkrete und realisierbare Empfehlungen für pflegefachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sowie die Medizinischen Dienste zu entwickeln, um den Umgang mit Rehabilitationsempfehlungen zukünftig weiter zu erleichtern.

IHRE ROLLE IM WORKSHOP

Wir möchten, dass Sie ihr Fachwissen und ihre Erfahrungen zum Themenfeld in die perspektivübergreifende Diskussion konstruktiv einbringen und gemeinsam mit uns Empfehlungen entwickeln. Dies erfolgt innerhalb zweier themenspezifischer Arbeitsgruppen mit jeweils 5 bis 6 Personen, zu denen wir Sie nach einem Einführungsteil zuteilen werden.

Ihre aktive Mitwirkung, durch Meinungs austausch und kritischer Reflexion, hilft dabei unterschiedliche Sichtweisen zu vereinen und so die komplexen Problembereiche besser zu verstehen. Gleichzeitig ermöglicht ihre Expertise eine praxisnahe Einordnung und Bewertung potenzieller Verbesserungsansätze. So fließen in die Entwicklung der Empfehlungen auch Machbarkeitsaspekte aus unterschiedlichen Standpunkten und unter Abwägung möglicher Hindernisse mit ein.

VORLÄUFIGER ZEITPLAN FÜR DEN 28.03.2022

<i>ab 8:30 Uhr</i>	<i>Login</i>
9:00 – 10:30	Einführung und Ergebnispräsentation
10:30 – 11:00	Pause
11:00 – 12:45	Erarbeitung von Empfehlungsansätzen (in zwei Arbeitsgruppen) Arbeitsgruppe I: Unsicherheiten und Herausforderungen bei vorliegenden F-Diagnosen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen sowie auf Grund von Vorgaben der Begutachtungsrichtlinien Arbeitsgruppe II: Unsicherheiten bei Rehabilitationszielen und negativer Rehabilitationseinstellung der begutachteten Personen; Aspekte interner Kommunikation
12:45 – 13:45	Mittagspause
13:45 – 15:15	Präsentation der Gruppenarbeit und gemeinsame Diskussion
15:15 – 15:30	Pause
15:30 – 16:00	Zusammenfassung, Ausblick, Verabschiedung

KONTAKTPERSONEN

Katrin Breuninger: <Mail> <Telefon>

Dr. Andrea Kimmel: <Mail> <Telefon>

Patrik Dzambo (technischer Support): <Mail> <Telefon>

NETIQUETTE

KLARNAMEN Bitte melden Sie sich mit Ihrem Vor- und Nachnamen zum Meeting an, damit die anderen Teilnehmenden wissen, wer Sie sind.

KAMERA Wenn es möglich ist, schalten Sie bitte Ihre Kamera ein, damit alle Teilnehmenden ein Bild von Ihnen haben und wissen, mit wem sie sprechen – das erleichtert die Kommunikation.

MIKRO Bitte schalten Sie Ihr Mikrofon beim Betreten des Meetings auf stumm und stellen es nur bei eigenen Wortbeiträgen auf laut. Für die Ankündigung von Wortbeiträgen können Sie die Funktion „Handheben“ nutzen. Sorgen Sie für eine ruhige Umgebung und achten Sie darauf, dass Sie für die Zeit des Workshops möglichst ungestört sind.

UMGANG Bitte halten Sie sich an die auch bei Präsenz-Treffen üblichen Umgangsregeln – lassen Sie sich gegenseitig ausreden, gehen Sie höflich, respektvoll und wertschätzend miteinander um, hören Sie aufmerksam zu.

INFORMATIONEN ZUM FORSCHUNGSPROJEKT

HINTERGRUND DES FORSCHUNGSPROJEKTS

Die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste unterstützt seit Jahren die Stärkung der „Rehabedarferkennung im Rahmen der Pflegebegutachtung“ als Zugangsweg zur medizinischen Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit. Mit dem Evaluationsprojekt ‚Reha XI‘, durchgeführt in den Jahren 2013 und 2014, ist es erstmals gelungen, die Prozesse zur Erkennung einer Rehabilitationsindikation transparent zu machen und zu verbessern.

Seit 2015 kommt ein optimierter Begutachtungsstandard (OBS) flächendeckend in den Medizinischen Diensten zur Anwendung. Dabei prüfen Pflegefachkräfte im Rahmen ihrer Begutachtung auf Pflegebedürftigkeit obligatorisch und nach standardisierten Verfahren, ob eine Indikation für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation vorliegt. Sind dafür Indizien vorhanden, wird eine Rehabilitationsempfehlung dokumentiert und an ärztliche Gutachterinnen bzw. Gutachter zur internen Prüfung weitergeleitet (*Zusatzmaterial Online: A - Prüfschema*) Bei ärztlicher Zustimmung zur Rehabilitationsempfehlung geht diese zusammen mit dem Pflegegutachten an die verantwortliche Pflegekasse und eröffnet den Versicherten einen niedrigschwelligen Rehabilitationszugang.

Weitere Verbesserungen in der Erkennung einer Rehabilitationsindikation und damit eine Steigerung der Validität, Reliabilität und Objektivität der Empfehlungen hat auch die Umsetzung des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des entsprechenden Begutachtungsinstruments gebracht. Trotz dieser insgesamt positiven Entwicklung zeigt sich, dass die ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen auf Ebene der regional agierenden Medizinischen Dienste eine deutliche Spannweite aufweisen: Diese schwankt für Pflegebegutachtungen nach Antrag auf ambulante Leistungen zwischen 0,8 und 7,6 Prozent. Das wirft die Frage auf, ob möglicherweise Unterschiede in der gutachterlichen Entscheidungsfindung bzw. auch Unsicherheiten bei der vermeintlich einheitlichen und standardisierten Vorgehensweise die beobachteten Empfehlungsdiskrepanzen beeinflussen.

ZIEL DES FORSCHUNGSPROJEKTS

Mit dem Forschungsprojekt wird beabsichtigt, potenzielle Unsicherheitsbereiche zu identifizieren und hinsichtlich des quantitativen Ausmaßes sowie der zugrundeliegenden Ursachen zu analysieren. Damit soll der komplexe Prozess der Entscheidungsfindung bis zu einer Rehabilitationsindikation perspektivübergreifend offengelegt und entsprechende Optimierungspotenziale abgeleitet werden.

INHALTE DES FORSCHUNGSPROJEKTS

Zur Bearbeitung des Forschungsziels wurde ein Studiendesign entwickelt, das im Sinne eines Mixed-Methods-Ansatzes qualitative und quantitative Datenerhebungsmethoden miteinander kombiniert. Aufgrund bislang fehlender empirischer Daten zu gutachterlichen Unsicherheiten wurde die Studie explorativ angelegt und enthält drei übergeordnete Arbeitspakete:

Arbeitspaket 1

Qualitative Interviews mit pflegefachlichen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern zur Identifizierung von Unsicherheitsbereichen.

Arbeitspaket 2

Begutachtungsbegleitende Fragebogenerhebung bei pflegefachlichen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern zur Validierung und Quantifizierung von Unsicherheiten sowie einflussnehmenden Faktoren.

Arbeitspaket 3

Workshop mit unterschiedlichen prozessnahen Expertinnen und Experten zur Erarbeitung von Empfehlungen für die nachhaltige Verbesserung gutachterlicher Sicherheiten.

Die ersten beiden Arbeitspakete wurden im vergangenen Jahr abgeschlossen. Dabei ließen sich verschiedene Unsicherheitsfaktoren aus ärztlicher und pflegefachlicher Perspektive identifizieren. Auf den nachfolgenden zwei Seiten haben wir Ihnen die zentralen Erkenntnisse zu den gutachterlichen Entscheidungsunsicherheiten zusammengefasst.

PFLEGEFACHLICHE UND ÄRZTLICHE INTERVIEWS

INTERVIEWTEILNEHMENDE

Es wurden telefonische Interviews mit insgesamt sechs ärztlichen und zwölf pflegefachlichen Gutachterinnen bzw. Gutachtern aus sechs unterschiedlichen Medizinischen Diensten geführt. Die studienteilnehmenden Dienste unterschieden sich bezüglich der geriatrischen Versorgungsstruktur im Bundesland, der internen Umsetzung des OBS und der Quote an Rehabilitationsempfehlungen (3 - 10 %). Die Hälfte der interviewten Pflegefachkräfte wurde vor dem Jahr 2015 eingestellt und ist somit mit den Verfahrensveränderungen im Zeitverlauf vertraut. Die Interviews dauerten durchschnittlich eine Stunde.

GUTACHTERLICHE UNSICHERHEITSBEREICHE

In den qualitativen Interviewdaten ließen sich sowohl Entscheidungsunsicherheiten identifizieren, die in engem Zusammenhang mit konkreten Versichertenmerkmalen und einzelnen Indikationskriterien stehen, als auch indirekte Unsicherheitsfaktoren (z.B. allgemeine Verfahrensvorgaben bzw. Prüfbedingungen), die im Sinne von Kontextfaktoren den gutachterlichen Entscheidungsprozess beeinflussen können.

Pflegefachkräfte verknüpften rehabilitationsbezogene Entscheidungsunsicherheiten insbesondere mit uneindeutigen Erkrankungssituationen (z.B. Diagnosezeitpunkt, tatsächlicher Beeinträchtigungszeitraum), speziellen Krankheitsbildern (v.a. psychische/kognitive Erkrankungen, COPD, Adipositas) sowie mit Unklarheiten zur ambulanten Versorgungssituation. Bei der Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit können Unsicherheiten beim Abwägen bestimmter Ausschlusskriterien entstehen, z.B. bei depressiven oder dementiellen Zuständen. Auch die Zielformulierung unter Berücksichtigung einer realistischen Prognose wird bei bestehenden kognitiven Beeinträchtigungen als herausfordernd beschrieben.

„Schwierigkeiten bereitet dann eher, wenn es im kognitiven Bereich ist, ob es wirklich was bringt oder ob man das so umsetzen kann.“ PG03

Die pflegefachliche Entscheidungsfindung kann erschwert sein, wenn ein vorhandenes Vorgutachten zu einer deutlich anderen rehabilitationsbezogenen Einschätzung kommt oder entscheidungsrelevante medizinische Informationen (z.B. Diagnosen, Krankheits- oder Versorgungsverlauf) nur unzureichend vorliegen oder sich nicht erheben lassen. Zudem kann es zu kontextbezogene Entscheidungsunsicherheiten kommen, wenn Versicherte oder Angehörige sich in der Begutachtungssituation gegen eine Rehabilitation positionieren oder vermeintlich passende Rehabilitationsangebote im Einzugsbereich der Versicherten nicht verfügbar sind (z.B. ambulante mobile Rehabilitation).

Ärztliche Gutachterinnen und Gutachter, die primär nach Aktenlage entscheiden, assoziieren eigene Entscheidungsunsicherheiten vor allem mit der Qualität der pflegefachlichen Vorarbeit und Dokumentation.

„Je ausführlicher der Pflegegutachter die Situation beschreibt, desto einfacher ist es, die Entscheidung zu treffen. Wir sind auf die Informationen des Pflegegutachters angewiesen.“ AG07

So können ärztliche Unsicherheiten bei der Bewertung der Indikationskriterien entstehen, wenn entscheidungsrelevante Informationen im Pflegegutachten (z.B. medizinische Informationen/Diagnostik, Erfolge laufender Heilmitteltherapien, bisheriger Versorgungs- und Krankheitsverlauf) unzureichend dargestellt wurden. Auch eine fehlende pflegefachliche Gewichtung der rehabilitationsrelevanten Beeinträchtigungen oder Diskrepanzen zwischen pflegefachlicher Bewertung und vorgefundenen Beschreibungen der begutachteten Person (z.B. positive Rehabilitationsfähigkeit trotz hohem Beeinträchtigungsausmaß) können Entscheidungsunsicherheiten auf ärztlicher Seite fördern. Wie bei den Pflegefachkräften stellen psychische Krankheitsbilder und einzelne Richtlinienvorgaben (die Verfügbarkeit von Reha-Angeboten ist nicht zu berücksichtigen) auch die ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter vor Herausforderungen im rehabilitationsbezogenem Entscheidungsprozess.

Beide Professionen betonten, dass die Verfügbarkeit zusätzlicher Informationen zum Versicherten (z.B. durch Befundberichte), die interne gutachterliche Kommunikation im zweistufigen Verfahren sowie die eigene Erfahrung zur Rehabilitation und das damit verbundene Rehabilitationsverständnis wichtige Einflussgrößen bei der Entscheidungsfindung darstellen können. Hierbei offenbarten die Interviewgespräche unterschiedliche Praxisabläufe (z.B. keine ärztlichen Rückmeldungen zur Empfehlungsprüfung an die Pflegefachkräfte) und Rehabilitationsperspektiven (z.B. kein oder zu hoher Pflegegrad als Ausschlusskriterium für Rehabilitationsleistungen).

Eine ausführlichere tabellarische Zusammenfassung der Interviewergebnisse inkl. Aussagenbeispiele (B) finden Sie online unter folgendem Link:

BEGUTACHTUNGSBEGLEITENDE FRAGEBOGENERHEBUNG

ABLAUF DER DATENERHEBUNG

Insgesamt 53 Pflegefachkräfte aus sechs Medizinischen Diensten nahmen am Forschungsprojekt teil und wurden gebeten für 20 aufeinanderfolgende Vor-Ort-Begutachtungen jeweils einen Kurzfragebogen auszufüllen. Ebenfalls beteiligten sich 12 ärztliche Gutachterinnen bzw. Gutachter und beantworteten konsekutiv für 10 Prüfungen einer pflegefachlichen Rehabilitationsempfehlung jeweils einen eigenen Kurzfragenbogen. Alle Studienteilnehmenden füllten zudem einmalig einen Selbstauskunftsbogen aus.

GUTACHTERLICHE UNSICHERHEITEN

Für die Analyse **pflegefachlicher Unsicherheiten** ließen sich Fragebögen von 997 Begutachtungen nutzen, darunter wurde in 323 Fällen eine aktive Prüfung der Rehabilitationssindikation dokumentiert. Signifikant seltener kam es zu einer solchen Prüfung bei Versicherten mit pflegebegründender F-Diagnose (insbesondere demenzielle Erkrankung), einem höheren Pflegegrad (≥ 3) oder betreuter bzw. vollstationärer Wohnform. Bei 29 % der 323 Indikationsprüfungen wurden durch die begutachtenden Pflegefachkräfte mindestens eine Entscheidung zu den zu prüfenden Indikationskriterien als unsicher eingestuft. Vergleichsweise häufig bestanden Unsicherheiten bei der Einschätzung realisierbarer Rehabilitationsziele – hier war demnach jede fünfte Beurteilung mit Unsicherheiten verbunden.

Aus den 323 Indikationsprüfungen resultierten 200 ausgesprochene Rehabilitationsempfehlungen, wobei bei 77 von diesen (33 %) mindestens eine unsichere Entscheidung zu einzelnen Indikationskriterien zu finden war. Zudem bewerteten die Pflegefachkräfte bei 32 (16 %) der ausgesprochenen Empfehlungen ihre Gesamtentscheidung als unsicher. Eine unsichere Gesamtentscheidung war erwartungsgemäß mit Unsicherheiten bei einzelnen Indikationskriterien assoziiert. Folglich werden sichere Entscheidungen zur Rehabilitationsempfehlung getroffen, wenn alle Indikationskriterien sicher beurteilt werden. Unsichere Gesamtentscheidungen können bereits durch die Unsicherheit hinsichtlich eines Indikationskriteriums ausgelöst worden sein, während die anderen Indikationskriterien sicher beurteilt wurden.

Wenn bei den Versicherten eine negative rehabilitationsbezogene Einstellung wahrgenommen wird, ist die Unsicherheit bei der Beurteilung realisierbarer Rehabilitationsziele und der Gesamtentscheidung bezüglich einer Rehabilitationsempfehlung erhöht. Ebenso zeigten sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen einem höheren Pflegegrad und Entscheidungsunsicherheiten zur Rehabilitationsfähigkeit. Eine adäquat eingeschätzte hausärztliche Versorgung geht mit höherer Sicherheit bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit einher.

Für die Analyse **ärztlicher Unsicherheiten** konnten 122 Prüfungen einer Rehabilitationsempfehlung herangezogen werden, wobei 101 Empfehlungen (83 %) ärztlich befürwortet wurden. Die 21 Ablehnungen ergaben sich am häufigsten aufgrund einer fehlenden Rehabilitationsbedürftigkeit (n=16 kurative Versorgung ausreichend).

In 32 von insgesamt 122 Prüfungen (26 %) wurde von ärztlicher Seite mindestens eine unsichere Entscheidung bei einzelnen Indikationskriterien dokumentiert. Diese konzentrieren sich nicht auf einzelne ärztliche Gutachterinnen oder Gutachter, vielmehr finden sich bei allen Teilnehmenden mindestens bei einer Prüfung Entscheidungsunsicherheiten. Je mehr unsicher bewertete Indikationskriterien vorlagen, desto schwerer wurde auch die fallbezogene Gesamtprüfung eingeschätzt. Auftretende Unsicherheiten gegenüber der grundlegenden Erforderlichkeit einer medizinischen Rehabilitation wiesen hierbei den stärksten Zusammenhang mit einer als schwierig eingestuften Entscheidung auf. Unsichere Entscheidungen bezüglich der einzelnen Indikationskriterien wurden anteilig am häufigsten bei der psychischen bzw. kognitiven Rehabilitationsfähigkeit (13 %) festgestellt.

Prüfungen mit Unsicherheiten waren eher mit einem geringeren Alter der Versicherten, einem höheren Punktwert im Modul 2/3, einer vorhandenen pflegebegründenden F-Diagnose und einem als nicht ausreichend eingeschätzten Pflegegutachten assoziiert. Es zeigte sich zudem ein Zusammenhang zwischen vorhandenen Unsicherheiten bei Indikationskriterien und der Ablehnung von Rehabilitationsempfehlungen. So fanden sich unter den 101 befürworteten Empfehlungen 23 Fälle (22 %) mit mindestens einem unsicheren Indikationskriterium, unter den abgelehnten 21 Empfehlungen waren es 9 Fälle (42 %).

Die Qualität und der Informationsgehalt der pflegefachlichen Gutachten hatten eine zentrale Rolle für die ärztliche Entscheidungssicherheit. Einen hohen entscheidungsrelevanten Informationsgehalt besitzen aus ärztlicher Sicht jene Gutachten, die eine detaillierte und gut strukturierte Beschreibung des Krankheitsverlaufes, der ambulanten Versorgung, der Körperfunktion/-strukturen sowie der personbezogenen Faktoren enthalten.

THEMENBLÖCKE FÜR DEN WORKSHOP

Themenblock I: Unsicherheiten und Herausforderungen bei vorliegenden F-Diagnosen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen sowie auf Grund von Vorgaben der Begutachtungsrichtlinien

Im ersten Themenblock werden wir Unsicherheiten und Herausforderungen bei vorliegenden F-Diagnosen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen sowie auf Grund von Vorgaben der Begutachtungsrichtlinien (*Zusatzmaterial Online: C - BRI*) diskutieren.

Insbesondere psychische/psychosomatische sowie demenzielle Erkrankungen bzw. daraus resultierende Beeinträchtigungen zeigten sich mit pflegfachlichen und ärztlichen Entscheidungsunsicherheiten hinsichtlich der Rehabilitationsfähigkeit verbunden. In nur 6 % der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen wiesen die begutachteten Personen erhebliche bis schwere Beeinträchtigungen im Modul 2/3 (Kognition, Kommunikation, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) auf. Es ist zu vermuten, dass diesbezügliche Unsicherheiten auf pflegfachlicher Seite zum Verzicht einer Rehabilitationsempfehlung führen. Ein höherer Pflegegrad war ebenfalls mit Unsicherheiten bezüglich der Rehabilitationsfähigkeit assoziiert. Gleichzeitig stimmten ein Viertel der studienteilnehmenden Gutachterinnen und Gutachter der Aussage zu, dass für Personen mit schweren Beeinträchtigungen der Fähigkeiten und der Selbständigkeit eine medizinische Rehabilitation grundsätzlich nicht geeignet sei.

Auch bei Versicherten in vollstationärer Versorgung wurden seitens der Pflegefachkräfte deutlich seltener Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen, wobei dies vor allem mit einer als adäquat eingeschätzten ambulanten Versorgung und mit höheren körperlichen, psychischen und/oder kognitiven Einschränkungen begründet wurde. Aktuelle Forschungsergebnisse sprechen hingegen für ein unterschätztes Rehabilitationspotenzial bei Personen in vollstationärer Versorgung – insbesondere für mobile Rehabilitationsangebote.

Dies berührt unmittelbar einen weiteren Diskussionspunkt. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass bei unzureichender oder unklarer Rehabilitationsfähigkeit für stationäre oder ambulante Angebote auf die Empfehlung einer mobilen Rehabilitation mitunter verzichtet wird, wenn es dieses Angebot im Einzugsgebiet nicht gibt. Trotz der bekannten Richtlinienvorgaben, wonach die Rehabilitationsempfehlungen unabhängig von der vorhandenen Angebotsstruktur zu prüfen und auszusprechen sind, berichteten die Teilnehmenden zum Teil über davon abweichende Vorgehensweisen.

Themenblock II: Unsicherheiten bei Rehabilitationszielen und negativer Rehabilitationseinstellung der begutachteten Personen; Aspekte interner Kommunikation

Im zweiten Themenblock möchten wir mit Ihnen die Unsicherheiten bei der Formulierung realistischer Rehabilitationsziele und die Bedeutung der Kommunikation zwischen pflegfachlichen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter für eine sichere Entscheidungsfindung vertiefend diskutieren.

Die Studienergebnisse zeigen Unsicherheiten bei der Formulierung und Einschätzung realisierbarer Rehabilitationsziele seitens der Pflegefachkräfte, wobei dies v.a. bei Begutachtungen jüngerer Versicherter (u18 & u65) zu beobachten war. Auch aus ärztlicher Perspektive bestätigte sich diese Problematik. Zudem war eine negative Einstellung der Versicherten zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation mit Unsicherheiten im Hinblick auf die Formulierung von Rehabilitationszielen sowie generellen Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung verknüpft. Daher wird in der Diskussion auch die Bedeutung der Versicherteneinstellung für die pflegfachliche Entscheidungsfindung aufgegriffen.

Ein weiterer zentraler Diskussionspunkt wird die Kommunikationspraxis zwischen pflegfachlichen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern sein. Die Studie weist auf Unterschiede bezüglich Organisation und Intensität der gutachterlichen Kommunikation im Kontext von Rehabilitationsempfehlungen hin. Vor dem Hintergrund der zentralen Bedeutung des gutachterlichen Informationsaustausches soll diskutiert werden, wie die Kommunikationsprozesse weiter verbessert werden können. Neben der persönlichen Kommunikation sind in diesem Zusammenhang auch die generell verfügbaren und intern kommunizierten Informationen zu den begutachteten Personen entscheidungsrelevant. Aus ärztlicher Perspektive nimmt dabei die inhaltliche Nachvollziehbarkeit des Pflegegutachtens eine Schlüsselrolle ein. Insbesondere unzureichende Informationen (z.B. bei Anamnese und Befunderhebung) im Pflegegutachten waren mit ärztlichen Unsicherheiten assoziiert.

Anhang 8 - Ergebnisfolien der beiden Arbeitsgruppen - Workshop AP3

Unsicherheiten zur Rehabilitationsempfehlung vor dem Hintergrund der Angebotsstruktur

Problembeschreibung:

- Schwieriger Punkt, Konflikt: den Versicherten Hoffnung machen, Ziel „Bedarfe aufdecken“ de facto nicht erreicht durch Weglassen der Empfehlung
- Durch sich verändernde Angebotsstruktur schwierig als PG im Blick zu behalten/bei Empfehlung zu berücksichtigen
- Wahrnehmung, dass Mitwirkungspflicht der Versicherten nachlässt (u.a. Beteiligung an Rehabilitation)
- Punkt 8.10 Sonstiges: wird z.T. bereits genutzt, um Alternativen für die Rehaempfehlungen aufzeigen zu können

Lösungsansätze:

- **PG in Freitextfeld die Möglichkeit geben, seine Vorstellung von Reha und Rahmenbedingungen in Formulargutachten erläutern zu können**
- Es sollte klar formuliert sein, was als sozialmedizinischer Perspektive am geeignetsten ist
- **Im Gutachten neuer Punkt 7.3.5. einfügen für Ersatzempfehlung einer Rehaform, wenn geeignetste Rehaform nicht verfügbar ist; dort auch Barrieren von Alternativrehaformen erläutern, z.B. weite Entfernung und auch Haustierversorgung**

REHA-Post Online-Workshop | Arbeitsgruppe 1



Unsicherheiten hinsichtlich der Rehabilitationsfähigkeit aufgrund (zu) starker Einschränkungen der begutachteten Person

Problembeschreibung:

- zu wenig Zeit der PG zur Einschätzung der Ziele; Momentaufnahme, Reha nur ein Part der gesamten Pflegebegutachtung
- gefiltert an unterschiedlichen Stellen: PG/ÄG, KK, Rehaeinrichtung
- Bei fortgeschrittene Demenz (inkl. mit Weglauftendenz) besser als Mobile Reha zu Hause, geringere Schweregrad der Demenz auch gut stationär in Reha,
- bei Menschen mit aggressiven Verhalten unter Einbezug der Angehörigen mobile Rehabilitation geeignet
- Bei Menschen mit Depression gut stationäre Reha geeignet durch Gruppeneffekt
- Dekubitus eher kein generelles Ausschlusskriterium für Rehabilitation

Lösungsansätze:

- Hoher Pflegegrad ist nicht per se ein Ausschluss für Rehabilitation
- **kleinschrittige Ziele** wichtig bei höheren Pflegegrad
- **Perspektiverweiterung** auf Rehabilitation: Adaption der Umwelt und Kompensation statt ausschließlich Wiederherstellung der Funktion, um Teilhabe zu ermöglichen ins Bewusstsein der Begutachtenden bringen->in **Begutachtungsrichtlinie/Zielformulierung aufnehmen; Rehabilitationsziele vor der Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit setzen**

Sonstiges:

- Abhängig von Erwartungshaltung: bei Erwartung auf Pflegegeld schwieriger; bei fehlender Rehamotivation wird bewilligte Reha nicht angetreten → **vielleicht schon in Pflegegespräch eruieren, ob auf Pflegegeld angewiesen**

REHA-Post Online-Workshop | Arbeitsgruppe 1



Unsicherheiten zur Rehabilitationsempfehlung bei Personen in vollstationärer Versorgung

Problembeschreibung:

- Mögliche Rehaempfehlungen in Pflegebegutachtungen in der Kurzzeitpflege bei Menschen, die aus dem Krankenhaus kamen, berücksichtigen (als Eilempfehlungen realisiert, aktuell schwierig, da mangelhafte Informationsbasis)
- In PH höhere Pflegegrade als in häuslicher Versorgung, PH verfügen oftmals über umfassende therapeutische Angebote;
- Häufig mobile Reha als Rehaform der Wahl, Team der **mobilen Reha als hilfreich und unterstützend wahrgenommen** in Langzeitpflegeeinrichtungen u.a. durch Austausch/FoBi; da wo es keine mobile Reha verfügbar, ist es schwierig

Lösungsansätze:

- **Idee klären, worin eine Teilhabeverbesserung liegen könnte** (breiteres Verständnis von Rehabilitation, erst Rehaziele definieren, dann Rehafähigkeit einschätzen, siehe Lösungsansatz Themenblock 1)
- bei Unsicherheit im Rahmen der Pflegebegutachtung kann im Nachgang Rehabilitationsfähigkeit gesondert geprüft werden (u.a. in geriatrischer Institutsambulanz)

REHA-Post Online-Workshop | Arbeitsgruppe 1



Unsicherheit bei der Formulierung von Reha-Zielen

Identifizierte Problemstellung

- Wir begegnen in der täglichen Arbeit pflegefachlichen und ärztlichen Mitarbeitern, deren bisheriges Tätigkeitsfeld in der Regel nicht rehabilitationsaffin gewesen ist.
- Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, den Gutachtern Hilfestellungen bei dem Verständnis der möglichen Rehaziele (was kann Reha leisten) und bei deren Formulieren zu leisten.
- Besondere Unsicherheiten bestehen dabei insbesondere bei jüngeren Versicherten und Versicherten mit F- Diagnosen (einschließlich Demenz)

Lösungsvorschläge

- Bei der Einarbeitung in den Empfehlungsteil des Pflegegutachtens stärker auf Rehaziele gerade bei kognitiven/psychischen Einschränkungen fokussieren.
Stärkeres Vermitteln von Inhalten der Reha (was kann bei einer Reha erreicht werden?)
- (Zum Beispiel Lernvideos [MD Nordrhein])
- Bewusstsein der Bedeutung kleinschrittiger Rehabilitationsziele für die Verbesserung der Teilhabe besonders bei höhergradigen PG schaffen.
- Erweiterung der Liste der Reha-Ziel-Vorschläge im Pflegegutachten.
- Einladung zur Schaffung individueller Textbausteine.

Unsicherheit bei der Formulierung von Reha-Zielen

Beispiele für Ziele

- Verbesserung oder Erhaltung in Bezug auf Gehfähigkeit, Transfer, Nahrungsaufnahme, Erhalt der Mobilität, Erlernen von Ersatzstrategien,
- Verbesserung der Wahrnehmung, Informationsverarbeitung, und Gedächtnisfunktionen.
- Training zur Verbesserung und Erhalt der kognitiven Funktionen sowie situationsgerechtem Verhalten und Orientierung zu Ort, Zeit, Raum und Person.
- Stärkung der emotionalen Verarbeitung psychischer Problemlagen, die sich aus der Grunderkrankung ergeben.
- Förderung des eigenen Krankheitsverständnisses und Krankheitsbewältigung.
- Kontrolle und Abbau von Hilflosigkeit, Angst und Depression.
- Verbesserung der Kompetenz zur sozialen- und kommunikativen Interaktion, mit Verbesserung der Lebensqualität.
- Ggf. Verlangsamung der Progredienz der Erkrankung.

Kommunikationspraxis

Identifizierte Problemstellung

- Mangelnde Rückmeldung der ärztlichen Gutachter
- Argumentation mangelnde Zeitressourcen

Lösungsvorschläge

Keine Beschränkung auf ärztliche Rückmeldung nur bei Änderungen oder Ablehnung:

- Auch bei Bestätigung eine ultrakurze Nachricht
- Beitrag zum kulturellen Wandel in der Beziehung zwischen Pflegefachkräften und ärztlichen Mitarbeitern)
- dient der Verbesserung der gutachtlichen Sicherheit)

- Änderung der Organisationsstruktur
- „hauptamtliche Rehaärzte“

Informationslage zur Beurteilung der Rehabilitationsindikation

Identifizierte Problemstellung

- Informationsverlust zwischen pflegefachlicher Information im pflegefachlichen Gutachten und ärztlichem Informationsbedarf

Lösungsvorschläge

- Auf Ebene der Medizinischen Dienste Formulierung von Mindeststandards (was braucht der jeweilige Gutachter)
- Siehe auch gut und nachvollziehbare Reha-Ziele

Nicht von allen AG Mitgliedern geteilte Vision:

- Die Pflegefachkräfte bearbeiten – nach entsprechender Professionalisierung – den Rehatteil abschließend (ohne ärztliche Beteiligung).

Einstellung/Haltung begutachteter Personen zur Rehabilitation als pflegefachlicher Unsicherheitsfaktor

Identifizierte Problemstellung

- Umgang mit der expliziten Ablehnung der Versicherten eines Rehaangebotes.
- Gutachtliche Unsicherheit bei nicht verfügbaren Rehaangeboten (ambulante/mobile Reha)

Lösungsvorschläge

- Differenziert Schulung der Gutachter
- Wahrnehmung der Beratungsfunktion (§ 7a SGB XI) durch die Leistungsträger
- Ggf. auch die Hausärzte
- Professionalisierung der Gutachter zur Beratung der Versicherten

Anhang 9 - Ergebnisprotokoll - Workshop AP 3

Arbeitsgruppe 1

Problembereich 1: Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit stark beeinträchtigter Pflegebedürftiger

Problemaufriss

- Es bestehen unterschiedliche Ansichten zum Grad der verfügbaren bzw. bestimmbaren rehabilitationsrelevanten Informationen im Rahmen einer Pflegebegutachtung. Folgende zwei Standpunkte wurden vertreten:
 - > Die Pflegebegutachtung ermögliche lediglich eine Momentaufnahme. Auch bleibe wenig Zeit für die Einschätzung, da das Thema Rehabilitation nur einen kleinen Teil der gesamten Pflegebegutachtung ausmache.
 - > Gemessen an den spärlichen Infos, die sonstigen Gutachterinnen und Gutachtern bspw. anhand oft nur spärlich ausgefüllter Antragsformulare von Vertrags- oder Krankenhausärzten für die Beurteilung einer Rehabilitationsindikation zur Verfügung stehen, sind durch die längeren Vor-Ort-Begutachtungen (45 Min.) und das Erleben des/der Betroffenen im konkreten Lebensumfeld oft sehr aufschlussreich.
- Bei Personen mit demenziellen Erkrankungen als Nebenbefund sei der Schweregrad entscheidend: bei geringer Ausprägung sei oft auch eine stationäre Reha gut geeignet, bei fortgeschrittener Demenz z.B. mit Weglauftendenz komme eher eine mobile Reha im häuslichen Setting infrage. Grundsätzlich steht bei Personen mit demenziellen Erkrankungen aber die Wiederherstellung durch Akutereignisse beeinträchtigter, vor dem Ereignis noch durchgeführter Aktivitäten entsprechenden Restitutionserfolgen bei nicht demenzielle Erkrankten nicht nach.
- Bei Personen mit aggressiven Verhaltensweisen sei unter Umständen eine mobile Reha unter Einbezug von Angehörigen bspw. mit Anleitung zu validierendem Verhalten gegenüber der erkrankten Person denkbar.
- Wunden/Dekubitus stellen kein generelles Ausschlusskriterium für Reha dar. Entscheidend ist, ob deren Management die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen ausschließt.

Lösungsansätze

- Ein hoher Pflegegrad schließt nicht per se eine medizinische Rehabilitation aus.
- Änderung der Prüfabfolge: Auf Basis der erfolgten Pflegebegutachtung und der dort im Lebensumfeld (hemmend oder fördernd) wahrgenommenen Kontextfaktoren sollte die PFK zunächst überlegen, ob realistische, ggf. auch nur kleinschrittige Rehabilitationsziele zur Verbesserung der selbstbestimmten Teilhabe der Betroffenen vorstellbar sind. Lassen sich solche Ziele nicht benennen, erübrigt sich die Klärung weiterer Rehaindikationskriterien als Voraussetzung. Erst wenn sich solche Ziele erkennen lassen sollte geprüft werden, ob für deren Erreichung die komplexen Mittel einer Rehabilitation erforderlich sind und ggf. die für eine solche Rehabilitation erforderlichen Voraussetzungen wie insb. Rehabilitationsfähigkeit und eine hinreichend positive Prognose für das Erreichen dieses Ziels gegeben ist.
- Perspektiverweiterung und Umdenken: Im Vordergrund sollte die Frage stehen, welche Teilhabeziele formuliert werden können und danach sich die Frage anschließen, mit welcher Reha-Strategie diese erreichbar sind. Rehabilitationsziele sollten auch die Bewältigungsstrategien der/des zu Rehabilitierenden und die Adaptation ihrer/seiner Umwelt, z.B. der Umweltfaktoren (Wohnumfeld, Beratung/Edukation von Angehörigen/Pflegepersonen) zur Verbesserung von Teilhabe und Kompensation adressieren und nicht ausschließlich auf die Wiederherstellung (Restitution) der Funktionsfähigkeit ausgerichtet sein.

Sonstiges

- Bedeutung der versichertenseitigen Erwartungshaltung: Liege der Schwerpunkt der Versichertenerwartung auf dem (weiteren) Pflegegeldbezug, so sei dies meist mit einer geringen bzw. fehlenden Rehabilitationsbereitschaft verbunden. Daher könnte bereits in der Begutachtung/im Pflegegespräch eruiert werden, ob die Versicherten auf den Erhalt von Pflegegeld angewiesen sind.

Problembereich 2: Unsicherheiten zur Rehabilitationsempfehlung bei Personen in vollstationärer Versorgung

Problemaufriss

- Zum Teil erfolge bereits auf Veranlassung der Krankenhäuser oder der Kurzzeitpflege Pflegegrad-Einschätzungen (als Eilbegutachtung). Diese seien prinzipiell zu berücksichtigen, werden jedoch als wenig hilfreich empfunden, da diese Einschätzungen oftmals anhand einer mangelhaften Informationsbasis erstellt würden und so zu abweichenden Ergebnissen führten.
- In Pflegeheimen leben tendenziell Personen mit höheren Pflegegraden als bei Personen in häuslicher Versorgung.
- Pflegeheime verfügen oftmals über umfassende therapeutische Angebote, die Praxis zeige aber, dass nicht selten dennoch weitere Möglichkeiten zur Teilhabeverbesserung gegeben sind.
- Zur Sicherstellung der Rehabilitationserfolge im Rahmen des weiteren Pflegearrangements stelle meist die mobile Durchführung die Rehabilitationsform der Wahl für Personen im vollstationären Setting dar. Erfahrungen zeigen, dass das Team der mobilen Reha vom Pflegepersonal in Langzeitpflegeeinrichtungen durchaus als hilfreich und unterstützend wahrgenommen werde, bspw. durch den Austausch oder Schulungen.

Lösungsansätze

- Auch bei Personen in vollstationärer Versorgung sollten zuerst Rehabilitationsziele definiert (Frage: Worin könnte eine Teilhabeverbesserung bestehen?) und erst danach die konkrete Rehabilitationsfähigkeit hierfür eingeschätzt werden. Der Entwicklung von Ideen zur möglichen Teilhabeverbesserung sollte ein breiteres Verständnis von Rehabilitation zugrunde liegen (auch Adaption der Umwelt statt ausschließlich Restitution i.S. Funktionsverbesserung, siehe Lösungsansatz Themenblock 1).
- Unter EbM-Gesichtspunkten kritisch zu sehen sind weiterhin unverändert Rehabilitationsempfehlungen ausschließlich wegen einer dementiellen Erkrankung als Hauptdiagnose (statt als Nebendiagnose – wie oben beschrieben – bei einer anderen rehabilitationsbegründenden Diagnose z. B. Schenkelhalsfraktur etc.). Ggf. gilt auch hier nachfolgende Empfehlung.
- Sollten nach der Pflegebegutachtung weiterhin Unsicherheiten hinsichtlich der Rehabilitationsfähigkeit bestehen, so kann diese im Nachgang noch einmal gesondert bspw. in einer geriatrischen Institutsambulanz geprüft werden.

Problembereich 3: Unsicherheiten zur Rehabilitationsempfehlung vor dem Hintergrund der Angebotsstruktur

Problemaufriss

- In Schulungen erweise sich diese Thematik als schwieriger Punkt, da die Begutachtungsrichtlinie klare Regelungen vorgibt, die bei den PFK und den ärztlichen Gutachten zum Teil auf starke Widerstände stoßen. Der Konflikt für die PFK bestehe hierbei darin, den Versicherten Hoffnung auf Leistungen zu machen, die unter Umständen nicht erbracht werden können. So würde das Ziel der Identifikation von Rehabilitationsbedarfen mittels angebotsunabhängiger Rehabilitationsempfehlungen de facto nicht erreicht, da im Zweifel seitens der PFK auf eine Rehabilitationsempfehlung verzichtet würde.
- Aufgrund der sich stetig verändernden Angebotsstruktur sei es für die PFK allerdings schwierig, einen Überblick über alle vorhandenen Angebote zu behalten und diese bei den Rehabilitationsempfehlungen zu berücksichtigen.
- Im Rahmen der (Problem-)Diskussion wurde seitens eines/einer Teilnehmenden ergänzt, dass generell eine abnehmende Mitwirkungspflicht seitens der Versicherten (u.a. Beteiligung an Rehabilitation) wahrgenommen wird.
- Die Möglichkeit zur Freitexteingabe unter Punkt 8.10 „Sonstiges“ würde zum Teil bereits genutzt, um Alternativen zur Rehabilitationsempfehlung festzuhalten.

Lösungsansätze

- Erstens sollte bereits den PFK über ein Freitextfeld (in einigen MD bereits etabliert) im Formulargutachten die Möglichkeit gegeben werden, ihre Vorstellungen und Überlegungen zur Art der geeignetsten Rehabilitationsleistung und deren Setting zu erläutern. Dies kann im Einzelfall wesentlich zur Plausibilisierung der Empfehlung beitragen und sollte nicht erst und ausschließlich im Ermessen der abschließenden ärztlichen Begutachtung stehen.
- Zweitens sollte auf Basis dieser Informationen durch die PFK und den/die ärztliche/n Gutachter*in wie bisher im Formular vorgesehen weiterhin klar formuliert werden, was aus sozialmedizinischer Perspektive am geeignetsten ist.
- Darüber hinaus sollte drittens im Formulargutachten allerdings ein neuer Punkt für Ersatzempfehlungen (andere Rehabilitationsform, ggf. doch nur Heilmittelversorgung etc.) eingefügt werden, die genutzt werden kann, wenn die sozialmedizinisch am geeignetste Rehabilitationsform (vermutlich) nicht verfügbar ist. Auch für diese „Second-best-Empfehlung“ können im Rahmen der Begutachtung gewonnene entscheidungsrelevante Erkenntnisse hilfreich sein (bspw. können die PFK an dieser Stelle auch Barrieren für alternative Rehabilitationsformen erläutert werden, z.B. weite Entfernung oder Haustierversorgung oder Weigerung sich nochmal einer externen stationären Versorgung zu unterziehen etc.).
- Nur so lässt sich das Ziel einer korrekten Erfassung des sozialmedizinisch angemessenen Rehabilitationsbedarfs einerseits mit der angesichts der verfügbaren Versorgungsstrukturen individuell am sinnvollsten umsetzbaren Empfehlung vereinbaren – und dies unter weitestmöglich hierzu erhobener Informationen von den Betroffenen im Rahmen der Begutachtung.

Arbeitsgruppe 2

Problembereich 1: Ableitung von Rehabilitationszielen

Mögliche Ursachen/Problemaufriss zu Unsicherheiten bei Formulierung der Rehabilitationsziele:

- PFK, die beim MD in die Pflegebegutachtung einsteigen, haben in der Regel keine beruflichen Vorerfahrungen oder inhaltliche Berührungspunkte im Bereich der Rehabilitation. Deshalb fiel es diesen PFK auch nicht leicht, einzuschätzen, was Reha eigentlich bei den hier angesprochenen Zielgruppen leisten kann. „Es spuken noch alte Vorstellungen, was eigentlich in Reha-Einrichtungen passiert“. Das treffe auch auf Ärzte zu.
- Das Ableiten von Reha-Zielen ist nicht klassisches Betätigungsfeld für PFK und eine alleinige Fortbildung ist nicht zwangsläufig ausreichend, deshalb wurden bei der Entwicklung des OBS und des Formulargutachtens Reha-Ziele vorformuliert („Hilfestellung für die Begutachtung“). Diese sind jedoch stark somatisch orientiert, eine psychiatrische Perspektive war bei der Entwicklung nicht vertreten.
- Es bestehen bei den PFK bei höheren PG immer noch Ressentiments gegenüber Reha gerade bei hochbetagten Personen (aber durchaus auch bei Personen ohne Pflegegrad). Reha-Ziele werden daher nicht „gefunden“.
- Aus pflegfachlicher Sicht wurde ergänzt, dass die vorgegebenen Zieloptionen im Formulargutachten bei der Ableitung von Reha-Zielen nicht immer helfen. Eine PFK-Expertin in der Gruppe hat sich daher kontinuierlich (auch aus den ärztlichen Rückmeldungen) eigene Textbausteine angelegt, z. B. für die Ableitung von Reha-Zielen speziell bei Menschen mit Demenz (*siehe Beispiel in den Folien AG 2*).

Lösungsmöglichkeiten:

- Bei der Einarbeitung der PFK sollten Inhalte rehabilitativer Maßnahmen besser „rübergebracht“ werden und man sollte die Bedeutung der Ableitung von Reha-Ziele für die Reha-Bedarfsfeststellung insgesamt stärker herausstellen.

- Liste der vorgegebenen Reha-Ziele sollte unter Berücksichtigung (geronto-)psychiatrischer Expertise für psychische und kognitive Beeinträchtigungen erweitert werden.
- Fortbildung PFK und Ärzte: Fokussierung der Einarbeitung auf F Diagnosen und kognitive Beeinträchtigungen. Auch hierbei sind alle rehabilitativen Strategien (Restitution, Kompensation und Adaptation) in ihrem individuellen Beitrag zur Erreichung der Ziele einzubeziehen (z.B. auch Verbesserungen des Pflegearrangements durch intensiven Einbezug pflegender Bezugspersonen).
- Es muss den Gutachten vermittelt werden, dass es auch um die Ableitung der kleinschrittigen Reha-Zielen geht, vor allem bei schwer pflegebedürftigen Menschen, z. B. um eine Aufmerksamkeitspanne zu erweitern oder grundlegend die Mobilisierbarkeit in der Pflegeeinrichtung zu ermöglichen. Ziele müssen je nach Fallkonstellation formuliert werden. Auch kleine Ziele, wie z. B. eine Erweiterung der Aufmerksamkeitspanne können bei schwerstkranken Patienten im Sinne der Teilhabeverbesserungen für die Betroffenen Wichtiges bewirken. Rehabilitation muss dabei also nicht als „der große Wurf“ angesehen werden, es kann um kleine Dinge gehen, die aus der Perspektive einer gesunden Person scheinbar gar nicht relevant sind. Das muss kontinuierlich auf beiden Gutachterebenen vermittelt werden. Wie? → MD Nordrhein: Fachbereich Reha ist beteiligt bei der Einarbeitung der PFK / Erarbeitung von videobasierten Schulungsprogrammen z. B. zu den Indikationskriterien/Inhalten der Reha sowohl für erfahrene auch als neue Gutachter (aktuell Material zur familienorientierten Rehabilitation vorhanden)
- Textbausteine/Klickoptionen für die Formulargutachten sollten überarbeitet werden, Textbaustein zu Punkt 7.3 → Vorschlag Folie AG 2

Problembereich 2: Kommunikationspraxis zwischen ärztlichen und pflegefachlichen Gutachtern

Problemaufriss zu mangelnder Kommunikation:

- Ursache sind v.a. strukturelle Probleme auf Systemebene: viele ärztliche Gutachter spiegeln zurück, dass oftmals eine Rückmeldung an die PFK zeitlich nicht möglich sei (Arbeitslast).
- Auch die Organisation der gegenlesenden Gutachter ist eine Ursache. Von Vorteil ist, wenn das Gegenlesen und Bearbeiten der PFK-Gutachten Hauptaufgabe der ärztlichen Gutachter ist (geschilderte Wahrnehmung: „ärztliche Schwerpunktgutachter im Pflegebereich“ suchen häufiger Kontakt, Gutachter die auch vielfältig in anderen Antragsbereichen begutachten eher seltener). Strukturen verändern ist jedoch schwierig (aktuell auch vor dem Hintergrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes)
- Wenn es einen Pool an ärztlichen Gutachter ohne direkte Zuständigkeit gibt („Reha-Empfehlung geht an alle Gutachter“), sind die Möglichkeiten der direkten Rücksprache begrenzt.
- Es wird darauf hingewiesen, dass dies scheinbar auch ein „kulturelles“ Problem sei, weil sich das Thema Kommunikation/Kooperation zwischen unterschiedlichen beruflichen/fachlichen Ebenen in vielen Forschungsprojekten wiederfinde und problembehaftet sei. Für die Medizinischen Dienste ist es von besonderer Bedeutung, da es hier die institutionsinterne Kommunikation betrifft. Ein fehlendes ärztliches Feedback kann zu ungünstiger Reaktion bei den PFK führen: I.) Ausbleibendes Feedback wird als Zeichen einer korrekten Indikationsprüfung verstanden (Verbesserungspotenziale werden somit nicht kommuniziert); II.) Ausbleibendes Feedback vermittelt, dass keine Gegenlesung stattfindet und der Mehraufwand mit einer Rehabilitationsempfehlung umsonst sei

Lösungsmöglichkeiten:

- Ärzte sollten dafür sensibilisiert werden, dass die Rückmeldung an die PFK-Gutachter hilft, damit diese Sicherheit bei der Rehabedarfsfeststellung erlangen.
- Wichtig sei, dass in jedem Falle eine Rückmeldung des Arztes an die PFK erfolgt, wobei diese sehr niedrigschwellig aufgebaut sein kann (z.B. per Mail aus der ggf. die Änderungen/Anpassungen in der Empfehlung sichtbar werden). Der MD BB hat hier gute Erfahrungen gesammelt. Gerade positive Rückmeldungen nehmen den PFK die Angst bzw. Unsicherheit, Reha-Empfehlungen auszusprechen. Das trage nicht zuletzt zu einem kulturellen Wandel in der Beziehung zwischen PFK und Ärzte bei.

Problembereich 3: Informationslage zur Beurteilung der Rehabilitationsindikation

Problemaufriss:

- Es entstehen „Reibungsverluste“ bzw. Informationsverluste von der „Vor-Ort-Begutachtung“ bis hin zur letztendlichen ärztlichen Entscheidung, die per Aktenlage vorgenommen wird.
- Aus pflegfachlicher Sicht wird nicht klar, was der ärztlichen Seite noch fehle, um sicher eine Entscheidung treffen können. Die dokumentierten Aspekte im Pflegegutachten werden bereits als eine sehr umfangreiche Informationsgrundlage angesehen.
- Aus ärztlicher Sicht könnten die benötigten Detailinformationen für die ärztliche Entscheidungsfindung auch individuell verschieden sein.

Lösungsmöglichkeiten:

- Hier spielen die Reha-Ziele wieder eine Rolle. Wenn diese gut formuliert sind, dann liegt auch eine gute Grundlage für den ärztlichen Gutachter vor.
- Diskutierte Idee/Vision: Die „Reibungsverluste“ könnten behoben werden, wenn PFK perspektivisch über die Reha-Indikation nach entsprechender Kompetenzvermittlung eigenständig befinden, so wie dies auch bei den Hilfsmitteln der Fall ist.
 - Pro-Argumente: Informationsverluste durch zusätzliche Verschriftlichung könnten vermieden werden, Zeit könnte eingespart werden, PFK werden weiter professionalisiert, Aufwertung der pflegfachlichen Arbeit (Umsetzung z.B. durch stichprobenartige Prüfungen der Validität der ausgesprochenen pflegfachlichen Reha-Empfehlungen durch Ärzte)
 - Contra-Argumente: aktuell gute Rollenverteilung, ärztliche Expertise bei der Indikationsprüfung unverzichtbar, Ärzte per Definition diejenigen die auch die Rehabilitation koordinieren, neuen Pflegefachkräfte gibt diese Zweistufigkeit Sicherheit, Ausschluss ärztlicher Perspektive kann nicht zu einer Erhöhung der Qualität führen, ärztliche Perspektive gehöre unbedingt in das Gesamtverfahren und muss auch weiterhin mit Blick auf die Umsetzung des IPREG notwendiger Bestandteil bei der Reha-bedarfsfeststellung sein
- Ergänzung im Plenum: Die Idee der Kompetenzerweiterung sollte nicht kategorisch ausgeschlossen werden, sondern eventuell eine schrittweise Umsetzung diskutiert werden, ggf. unter dem Stichwort der „Kompetenzbasierung“, wie sie zunehmend sowohl im reformierten Medizinstudium (z.B. interprofessionelle Kompetenzen im Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM)) als auch zukünftig bei der Ausbildung / Studiengängen anderer rehabilitationsrelevanter Berufsgruppen erfolgt.

Problembereich 4: Einstellung/Haltung begutachteter Personen zur Rehabilitation als pflegfachlicher Unsicherheitsfaktor

Problemaufriss:

- Es war eine bewusste Entscheidung bei der Konzipierung des Verfahrens der Rehabilitationsbedarfsfeststellung die Motivation der versicherten Person nicht zum Dreh- und Angelpunkt der gutachterlichen Entscheidung zu machen.
- In der Praxis ist in der Regel keine Zeit, die versicherte Person bei negativen Einstellungen umzustimmen bzw. mögliche Vorbehalte zu besprechen/zu beheben.
- Gründe für ablehnende Haltung der Versicherten sind meist vielschichtig.
- Aus pflegfachlicher Sicht entsteht in diesen Fällen mit der Empfehlung ein Mehraufwand, der nicht zielführend ist.
- Im weiteren Prozess fehlt es an klaren Zuständigkeiten, wer ggf. eine ablehnende Haltung auflösen kann („Wer motiviert die Versicherten? Die Kasse macht es nicht!“)

- Bewusste Ablehnung der verfügbaren/empfohlenen Rehabilitationsleistung durch die versicherte Person ist der häufigster Grund, warum eine Rehabilitationsempfehlung nicht umgesetzt wird.
- Ergänzung in der Plenumsdiskussion: Es gibt in der Praxis pflegebedürftige Menschen, die auch in der Reha die Kooperation bewusst verweigern und an den Maßnahmen nicht aktiv teilnehmen (z.B. aus finanziellen / Betreuungsgründen „Pflegegradorientierte Patienten“). Hier helfe auch das Hinwirken nichts, wohl aber bei Menschen, die z. B. aus mangelnder Kenntnis oder ausräumbarer Bedenken, einer Reha skeptisch gegenüberstehen (z.B. Wohin mit Haustieren?)

Lösungsmöglichkeiten:

- Weitere Sensibilisierung der Gutachter für die möglichen Ressentiments pflegebedürftigen Menschen → Es gibt auf der einen Seite Personen, die Ressentiments gegenüber einer Reha haben, weil sie Angst vor vermeintlichen Folgen einer Reha, z. B. eine Verringerung ihres Pflegegrads, haben und es gibt auf der anderen Seite Versicherte, die eine Reha vehement ablehnen.
- Überarbeitung des Verfahrens/Strategieentwicklung zum Umgang mit Pflegebedürftigen, die sich vehement gegen eine Reha äußern → Vorschlag: Eine Empfehlung erfolgt in diesen Fällen nicht, dokumentiert wird jedoch, dass Bedarf besteht und die versicherte Person ablehnt (ggf. mit Grund der Ablehnung). Mit expliziter Trennung der Schritte könnten PFK bei Ressentiments besser auf den Handlungsbedarf in Richtung rehabilitativer Leistungen hinweisen.
- Funktion der Leistungsträger verdeutlichen (z.B. intensive Beratungsfunktion), um auf Inanspruchnahme von Maßnahmen der Rehabilitation hinzuwirken.
- Diskussion im Plenum: Beratung des pflegebedürftigen Menschen ist essentiell, auch aus Sicht der Praxis der Pflegeberatung (§ 7a SGB XI). LT sind damit verpflichtet, auf die Inanspruchnahme erforderlicher Leistungen hinzuwirken. Es gibt Patienten, die profitieren genau von diesem Hinwirken (Beratung: Was sind die Gründe, die negative Einstellungen fördern?) Hier sei aus Sicht der Pflegeberaterin „noch Luft nach oben“ → Beratung besser mit Reha-Empfehlung verknüpfen; in der Beratung klarer auf die Themen eingehen, die große Sorgen auslösen; Hemmnisse mit einem guten Netzwerk beseitigen

(Anmerkung: Gemäß § 7a Abs. 9 SGB XI ist die Pflegeberatung durch den GKV-SV unter wissenschaftlicher Begleitung zu evaluieren. Die Berichterstattung zielt darauf, einerseits Mängel und Defizite aufzudecken und andererseits Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie sich die Beratungsstrukturen entwickeln. Der erste Bericht wurde 2020 vorgelegt und ist alle drei Jahre zu erstellen. Mögliche Empfehlung Reha-Post: Aspekt des Hinwirkens auf die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen im Zusammenhang mit der Evaluation von §7a SGB XI in den Blick nehmen).

Anhang 10 – Ergebnis des Delphi-Konsensverfahrens für alle 15 Empfehlungen

Ursprüngliche Empfehlung	(1) Im Rahmen der pflegfachlichen Prüfung einer Indikation zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation sollte eine Veränderung der Prüfreihefolge der einzelnen Indikationskriterien unter Praxisbedingungen erprobt werden. Nach der Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit sollte unmittelbar die Prüfung bzw. Formulierung der Rehabilitationsziele erfolgen und erst danach die Rehabilitationsfähigkeit eingeschätzt werden (vormals umgekehrter Ablauf). Ein klar definiertes Ziel bzw. definierte Ziele, ob und in welcher Form Verbesserungen der Teilhabe durch ein Rehabilitationsangebot im konkreten Fall vorstellbar sind, erleichtert möglicherweise die Einschätzung der konkreten Rehabilitationsfähigkeit.
Konsensquote	91 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	● Ablehnung: Der Vorschlag erschließt sich nicht generell. Leitend scheint hier die Frage, worin eine Teilhabeverbesserung bestehen könnte. In Fällen unsicherer Beurteilung der Reha-Fähigkeit kann dies hilfreich sein, um im Nachgang die Reha-Fähigkeit genauer zu prüfen. Ob dies als generelles Vorgehen sinnvoll ist, muss reha-wissenschaftlich beurteilt werden. Grundsätzlich muss bei der Festlegung der Ziele die Fähigkeit doch mitgedacht werden.
Finale Empfehlung	(1) Im Rahmen der pflegfachlichen Prüfung einer Indikation zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation sollte eine Veränderung der Prüfreihefolge der einzelnen Indikationskriterien unter Praxisbedingungen erprobt werden. Nach der Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit sollte unmittelbar die Prüfung bzw. Formulierung der Rehabilitationsziele erfolgen und erst danach die Rehabilitationsfähigkeit eingeschätzt werden (vormals umgekehrter Ablauf). Ein klar definiertes Ziel bzw. definierte Ziele, ob und in welcher Form Verbesserungen der Teilhabe durch ein Rehabilitationsangebot im konkreten Fall vorstellbar sind, erleichtert möglicherweise die Einschätzung der konkreten Rehabilitationsfähigkeit.

Ursprüngliche Empfehlung	(2) Sollte sich die Änderung der Prüfreihefolge in der Praxis bewähren, soll eine Anpassung der Reihenfolge der zu prüfenden Indikationskriterien im Formulargutachten entsprechend der unter Empfehlung 1 beschriebenen Prüflogik erfolgen: Bedarf > Ziele > Fähigkeit > Prognose > Allokation.
Konsensquote	91 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	● Ablehnung: Verweis auf die Ablehnungsbegründung zur ersten Empfehlung.
Finale Empfehlung	(2) Sollte sich die Änderung der Prüfreihefolge in der Praxis bewähren, soll eine Anpassung der Reihenfolge der zu prüfenden Indikationskriterien im Formulargutachten entsprechend der unter Empfehlung 1 beschriebenen Prüflogik erfolgen: Bedarf > Ziele > Fähigkeit > Prognose > Allokation.

Ursprüngliche Empfehlung	(3) Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter sollten dahingehend sensibilisiert und geschult werden, bei der Formulierung von Rehabilitationszielen verstärkt auch die Kontextfaktoren der begutachteten Person heranzuziehen, um entsprechende rehabilitative Zielstrategien, insbesondere im Bereich der Kompensation und Adaptation zur Bewältigung von Beeinträchtigungen (der Aktivität und Teilhabe) und deren Folgen, identifizieren zu können (z.B. Wohnumfeld, Beratung/Edukation von Angehörigen/Pflegepersonen zum Umgang mit psychischen Verhaltenssymptomen der Pflegebedürftigen). Damit ist eine Verbesserung von Teilhabe zu adressieren, nicht ausschließlich der Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Körperfunktionen.
Konsensquote	91 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	<p>● Anpassungsvorschlag: Ich würde das verständlicher und kürzer zu formulieren versuchen, z.B.: „Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter sollten stärker dafür sensibilisiert und geschult werden, bei der Formulierung von Rehabilitationszielen auch die Kontextfaktoren der begutachteten Person heranzuziehen, um zur Bewältigung von Beeinträchtigungen (der Aktivität und Teilhabe) auch rehabilitative Zielstrategien der Kompensation und Adaptation identifizieren zu können (z.B. Wohnumfeld, Beratung/Edukation von Angehörigen/Pflegepersonen zum Umgang mit psychischen Verhaltenssymptomen der Pflegebedürftigen). Damit wird eine Verbesserung von Teilhabe nicht ausschließlich durch Erhalt bzw. Wiederherstellung von Körperfunktionen adressiert.</p> <p>● Ablehnung: Eine Berücksichtigung der Kontextfaktoren ist grundsätzlich nicht falsch. Ein solches Vorgehen erscheint jedoch in der Kürze der Begutachtungszeit wenig praktikabel, da der Fokus der Begutachtung nur zu sehr geringem Teil auf der Beurteilung der Reha-Fähigkeit bzw. der Formulierung der Reha-Ziele liegt. Hier besteht ggf. die Gefahr, die Begutachtung zu „überfrachten“.</p>
Finale Empfehlung	(3) Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter sollten stärker dafür sensibilisiert und geschult werden, bei der Formulierung von Rehabilitationszielen auch die Kontextfaktoren der begutachteten Person heranzuziehen, um zur Bewältigung von Beeinträchtigungen (der Aktivität und Teilhabe) auch rehabilitative Zielstrategien der Kompensation und Adaptation identifizieren zu können (z.B. Wohnumfeld, Beratung/Edukation von Angehörigen/Pflegepersonen zum Umgang mit psychischen Verhaltenssymptomen der Pflegebedürftigen). Damit wird eine Verbesserung von Teilhabe nicht ausschließlich durch Erhalt bzw. Wiederherstellung von Körperfunktionen adressiert.

Ursprüngliche Empfehlung	(4) Die vorgegebenen (Klick-)Optionen zu Rehabilitationszielen im Formulargutachten sollten praxisorientiert evaluiert und insbesondere für den Bereich psychischer/psychosomatischer Krankheiten sowie kognitiver Beeinträchtigungen hinsichtlich deren Erweiterung geprüft werden. Bei der Aktualisierung sollte gerontopsychiatrische, psychosomatische, psychotherapeutische sowie psychosoziale Rehabilitationsexpertise einbezogen werden.
Konsensquote	91 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	● Ablehnung: Grundsätzlich scheint eine Evaluation sinnvoll. Besteht hier nicht ein Konflikt in der Vorgabe von allgemeinen (Klick-)Optionen zum Vorschlag der stark subjektiven Beurteilung wie in Punkt 3 angesprochen?
Finale Empfehlung	(4) Die vorgegebenen (Klick-)Optionen zu Rehabilitationszielen im Formulargutachten sollten praxisorientiert evaluiert und insbesondere für den Bereich psychischer/psychosomatischer Krankheiten sowie kognitiver Beeinträchtigungen hinsichtlich deren Erweiterung geprüft werden. Bei der Aktualisierung sollte gerontopsychiatrische, psychosomatische, psychotherapeutische sowie psychosoziale Rehabilitationsexpertise einbezogen werden.

Ursprüngliche Empfehlung	<p>(5) Im Formulargutachten sollte nach/unter dem Punkt 7.3.4 (Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation) eine Option zum Vermerk einer zweiten, alternativen Zuweisungsempfehlung entwickelt und implementiert werden („the second best“). Diese optionale Zweitempfehlung zur Durchführungsform kann durch Gutachterinnen oder Gutachter immer dann genutzt werden, wenn die praktische Umsetzbarkeit (z.B. fehlendes Versorgungsangebot in der Region) der sozialmedizinisch geeignetsten Zuweisungsempfehlung (Erstempfehlung) zum Begutachtungszeitpunkt unsicher bzw. unklar ist. Die optionale Zweitempfehlung bietet die Möglichkeit bestimmte Barrieren bzw. Unsicherheiten bezüglich der Erstempfehlung zu dokumentieren und somit den nachgeschalteten Institutionen eine begründete Alternative zur Angebotsausgestaltung aufzuzeigen.</p>
Konsensquote	91 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	<p>● Anpassungsvorschlag: Ich würde den letzten Satz anders formulieren: „...zum Begutachtungszeitpunkt unsicher bzw. unklar ist. Die optionale Zweitempfehlung bietet die Möglichkeit bestimmte Barrieren bzw. Unsicherheiten bezüglich der Erstempfehlung zu dokumentieren und auf Basis der in der Begutachtung gewonnenen Erkenntnisse den nachgeschalteten Institutionen eine begründete Second-best-Alternative zur Angebotsausgestaltung aufzuzeigen.</p> <p>● Ablehnung: Der Vorschlag ist theoretisch nachvollziehbar. Die praktische Umsetzung erscheint mir schwer vorstellbar. Was genau ist eine „zweitbeste“ Empfehlung und wie ist damit in der Folge praktisch umzugehen? Im Umkehrschluss bedeutet dies doch auch, dass weiterhin Unsicherheit bezüglich der Erstempfehlung besteht, was man eigentlich vermeiden will.</p>
Finale Empfehlung	<p>(5) Im Formulargutachten sollte nach/unter dem Punkt 7.3.4 (Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation) eine Option zum Vermerk einer zweiten, alternativen Zuweisungsempfehlung entwickelt und implementiert werden („the second best“). Diese optionale Zweitempfehlung zur Durchführungsform kann durch Gutachterinnen oder Gutachter immer dann genutzt werden, wenn die praktische Umsetzbarkeit (z.B. fehlendes Versorgungsangebot in der Region) der sozialmedizinisch geeignetsten Zuweisungsempfehlung (Erstempfehlung) zum Begutachtungszeitpunkt unsicher bzw. unklar ist. Die optionale Zweitempfehlung bietet die Möglichkeit, bestimmte Barrieren bzw. Unsicherheiten bezüglich der Erstempfehlung zu dokumentieren und auf Basis der in der Begutachtung gewonnenen Erkenntnisse den nachgeschalteten Institutionen eine begründete Second-best-Alternative zur Angebotsausgestaltung aufzuzeigen.</p>

Ursprüngliche Empfehlung	(6) Den pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern sollte im Formulargutachten die Möglichkeit gegeben werden, ihre Empfehlung zur Art der am besten geeigneten Rehabilitationsleistung zu dokumentierten und zu begründen (z.B. in einem Freitextfeld). Dies kann im Einzelfall wesentlich zur Plausibilisierung der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlung beitragen.
Konsensquote	100 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	<ul style="list-style-type: none"> ● Anpassungsvorschlag: Ich würde den ersten Satz durch ein "Bereits" ergänzen: „Bereits den pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern sollte im Formulargutachten die Möglichkeit gegeben werden, ihre Empfehlung ...“ ● Anpassungsvorschlag: Keine generelle Ablehnung, da der Vorschlag grundsätzlich nachvollziehbar ist. Es bedeutet aber einen zusätzlichen zeitlichen Aufwand für den/die pflegefachliche/n Gutachter/in. Hier soll nach meinem Verständnis im Details noch einmal der Hintergrund der individuellen Beurteilung der Reha-Fähigkeit und des Reha-Bedarfs dargelegt werden. Ggf. ist dies in Ausnahmen (bei Unsicherheit) denkbar und sinnvoll, aber vielleicht nicht generell.
Finale Empfehlung	(6) Bereits den pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern sollte im Formulargutachten die Möglichkeit gegeben werden, ihre Empfehlung zur Art der am besten geeigneten Rehabilitationsleistung zu dokumentierten und zu begründen (z.B. in einem Freitextfeld). Dies kann im Einzelfall wesentlich zur Plausibilisierung der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlung beitragen.

Ursprüngliche Empfehlung	(7) Die Medizinischen Dienste sollten die Umsetzung der OBS-Vorgaben überprüfen und ggf. die internen Kommunikationsprozesse dahingehend optimieren, dass die pflegefachlichen Gutachter und Gutachterinnen zu jeder Rehabilitationsempfehlung ein ärztliches Feedback bzw. eine konkrete Begründung der ärztlichen Prüfentscheidung erhalten oder dieses zum niedrigschwelligen Abruf zur Verfügung steht. Dieses Vorgehen unterstützt die kontinuierliche, individuelle Auseinandersetzung der pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern mit den eigenen Empfehlungsentscheidungen und kann so die pflegefachliche Entscheidungssicherheit mittel- und langfristig erhöhen.
Konsensquote	91 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	<p>● Anpassungsvorschlag: Ich würde den Passus "oder dieses zum niedrigschwelligen Abruf zur Verfügung steht" ersatzlos streichen. Diese Ergänzung wird faktisch den ärztlichen Entscheidungsgrund festschreiben und den ggf. wichtigen fachlichen Austausch hierzu umgehen!: „Die Medizinischen Dienste sollten die Umsetzung der OBS-Vorgaben überprüfen und ggf. die internen Kommunikationsprozesse dahingehend optimieren, dass die pflegefachlichen Gutachter und Gutachterinnen zu jeder Rehabilitationsempfehlung ein ärztliches Feedback bzw. eine konkrete Begründung der ärztlichen Prüfentscheidung erhalten oder dieses zum niedrigschwelligen Abruf zur Verfügung steht. Dieses Vorgehen unterstützt die kontinuierliche...“</p> <p>● Ablehnung: Im Prinzip wünschenswert, in Anbetracht der alltäglichen Arbeitsbelastung erscheint jedoch die Konzentration auf sich widersprechende Empfehlungen (der Arzt folgt nicht der Empfehlung der Pflegefachkraft) sinnvoll und besser umsetzbar.</p>
Finale Empfehlung	(7) Die Medizinischen Dienste sollten die Umsetzung der OBS-Vorgaben überprüfen und ggf. die internen Kommunikationsprozesse dahingehend optimieren, dass die pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachter zu jeder Rehabilitationsempfehlung ein ärztliches Feedback bzw. eine konkrete Begründung der ärztlichen Prüfentscheidung erhalten, auch in niedrigschwelliger Form. Dieses Vorgehen unterstützt die kontinuierliche, individuelle Auseinandersetzung der pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern mit den eigenen Empfehlungsentscheidungen und kann so die pflegefachliche Entscheidungssicherheit mittel- und langfristig erhöhen.

Ursprüngliche Empfehlung	(8) Für die pflegefachlichen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter sollten einfache und schnell nutzbare Kontaktwege zum interprofessionellen Austausch bei der Bearbeitung einer Rehabilitationsempfehlung zur Verfügung gestellt werden. Die Nutzung dieser Kontaktwege sowie ein positives Kommunikationsklima zwischen beiden Gruppen sollte institutionsintern durch die jeweiligen Medizinischen Dienste aktiv gefördert werden.
Konsensquote	100 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	<p>● Anpassungsvorschlag: Eine kleine Wortergänzung ("wechselseitig") und eine kleine sprachliche Umstellung wird vorgeschlagen: „Für die pflegefachlichen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter sollten einfache und schnell nutzbare wechselseitige Kontaktwege zum interprofessionellen Austausch bei der Bearbeitung einer Rehabilitationsempfehlung zur Verfügung gestellt werden. Die Nutzung dieser Kontaktwege sowie ein positives Kommunikationsklima zwischen beiden Gruppen sollte durch die jeweiligen Medizinischen Dienste institutionsintern aktiv gefördert werden.“</p>
Finale Empfehlung	(8) Für die pflegefachlichen und ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter sollten einfache und schnell nutzbare wechselseitige Kontaktwege zum interprofessionellen Austausch bei der Bearbeitung einer Rehabilitationsempfehlung zur Verfügung gestellt werden. Die Nutzung dieser Kontaktwege sowie ein positives Kommunikationsklima zwischen beiden Gruppen sollte durch die jeweiligen Medizinischen Dienste institutionsintern aktiv gefördert werden.

Ursprüngliche Empfehlung	(9) Zur Stärkung eines einheitlichen Verständnisses hinsichtlich medizinischer Rehabilitationsleistungen (u.a. Zielgruppe und Nutzen) sollte bei der Einarbeitung von pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern im Kontext der Rehabilitationsempfehlungen stärker auf die rehabilitativen Leistungsinhalte und Zielperspektiven eingegangen werden.
Konsensquote	100 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	● Anpassungsvorschlag: das Wort "hinsichtlich" gehört m.E. besser in die Klammer: „Zur Stärkung eines einheitlichen Verständnisses hinsichtlich medizinischer Rehabilitationsleistungen (u.a. hinsichtlich Zielgruppe und Nutzen) sollte bei der Einarbeitung...“
Finale Empfehlung	(9) Zur Stärkung eines einheitlichen Verständnisses medizinischer Rehabilitationsleistungen (u.a. hinsichtlich Zielgruppe und Nutzen) sollte bei der Einarbeitung von pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern im Kontext der Rehabilitationsempfehlungen stärker auf die rehabilitativen Leistungsinhalte und Zielperspektiven eingegangen werden.

Ursprüngliche Empfehlung	(10) Bezüglich der Prüfung bzw. Formulierung von Rehabilitationszielen sollte den pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern verstärkt die zentrale Bedeutung einer kleinschrittigen und kontextorientierten Zielfokussierung vermittelt sowie geeignete, praxisnahe Strategien zur individuellen Identifizierung und angemessenen Formulierung aufgezeigt werden.
Konsensquote	91 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	● Anpassungsvorschlag: Ich schlage kleine Streichungen und sprachliche Umformulierungen wie folgt vor: „Bezüglich der Prüfung bzw. Formulierung von Rehabilitationszielen sollten den pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern verstärkt die zentrale Bedeutung einer kleinschrittigen und kontextorientierten Zielfokussierung vermittelt sowie geeignete praxisnahe Strategien zu deren individueller Identifizierung und angemessenen Formulierung aufgezeigt werden.“
Finale Empfehlung	(10) Bezüglich der Formulierung von Rehabilitationszielen sollten den pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern verstärkt die zentrale Bedeutung einer kleinschrittigen und kontextorientierten Zielfokussierung vermittelt sowie praxisnahe Strategien zu deren individueller Identifizierung und angemessenen Formulierung aufgezeigt werden.

Ursprüngliche Empfehlung	(11) In den Fortbildungen der Medizinischen Dienste für pflegfachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sollten explizit die Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Rehabilitation bei unterschiedlichen Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit (z.B. orientiert an Pflegegraden) vermittelt werden.
Konsensquote	100 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	<p>● Anpassungsvorschlag: Ich halte jede Art der "expliziten" Generalisierung von Mögl. und Grenzen - zumal orientiert an Pflegegraden, zu der diese Empfehlung verleiten könnte, für hochproblematisch! Wenn überhaupt sollte wie folgt formuliert werden: „In den Fortbildungen der Medizinischen Dienste für pflegfachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sollten explizit beispielhaft jeweils Möglichkeiten und wie Grenzen der medizinischen Rehabilitation bei unterschiedlichen Ausprägungen von Pflegebedürftigkeit (z.B. orientiert an Pflegegraden) vermittelt werden.“</p> <p>● Anpassungsvorschlag: In den Fortbildungen der Medizinischen Dienste für pflegfachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sollten explizit die Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Rehabilitation bei unterschiedlichen Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit (z.B. orientiert an Pflegegraden) vermittelt werden.</p>
Finale Empfehlung	(11) In den Fortbildungen der Medizinischen Dienste für pflegfachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sollten beispielhaft die Möglichkeiten sowie Grenzen der medizinischen Rehabilitation bei unterschiedlichen Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit vermittelt werden.

Ursprüngliche Empfehlung	(12) In den Fortbildungen der Medizinischen Dienste für pflegfachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sollten verstärkt die differenzierte Bewertung und Abwägung einer Rehabilitationsindikation bei pflegebegründenden oder begleitenden Diagnosen aus dem ICD-10- Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ (z.B. bei Demenz oder Depressionen) vermittelt werden.
Konsensquote	100 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	<p>● Anpassungsvorschlag: Statt pflegebegründend muss es doch eigentlich (um der Herausstellung des Unterschiedes willen) rehabilitationsbegründend heißen, oder? Ich schlage daher vor: „In den Fortbildungen der Medizinischen Dienste für pflegfachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sollten verstärkt die differenzierte Bewertung und-Abwägung einer Rehabilitationsindikation bei pflegerehabegründenden vs. begleitenden Diagnosen aus dem ICD-10-Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ (z.B. bei Demenz oder Depressionen) vermittelt werden.“</p> <p>● Anpassungsvorschlag: „...oder begleitenden Diagnosen aus dem ICD-10-Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ (z.B. bei Demenz oder Depressionen) vermittelt und geeignete Rehabilitationsmöglichkeiten für diese Personengruppe vorgestellt werden (z.B. mobile Rehabilitation.“</p>
Finale Empfehlung	(12) In den Fortbildungen der Medizinischen Dienste für pflegfachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sollten verstärkt die differenzierte Bewertung und Abwägung einer Rehabilitationsindikation bei pflegebegründenden oder begleitenden Diagnosen aus dem ICD-10-Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ (z.B. bei Demenz oder Depressionen) vermittelt werden.

Ursprüngliche Empfehlung	(13) Es sollten für pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter gezielte Strategien bzw. Verfahrensentscheidungen zum Umgang mit begutachteten Personen, die im Rahmen der Pflegebegutachtung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ablehnend gegenüberstehen, erarbeitet werden.
Konsensquote	100 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	● Anpassungsvorschlag: Im Prinzip haben wir die ja schon. Wenn die Empfehlung Sinn machen soll, müsste es zumindest heißen "noch gezieltere" Strategien und Verfahrensentscheidungen - was immer wir uns darunter dann noch vorstellen: „Es sollten für pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter noch gezieltere Strategien bzw. Verfahrensentscheidungen zum Umgang...“
Finale Empfehlung	(13) Es sollten für pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter noch gezieltere Strategien bzw. Verfahrensentscheidungen zum Umgang mit begutachteten Personen, die im Rahmen der Pflegebegutachtung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ablehnend gegenüberstehen, erarbeitet werden.

Ursprüngliche Empfehlung	(14) Es sollte geprüft werden, ob im Formulargutachten eine Option zur Dokumentation einer möglichen Ablehnung der empfohlenen Rehabilitation durch die versicherte Person (ggf. inkl. benannter Gründe) ergänzt werden kann, damit nachgeschaltete Stellen (u.a. Pflegeberatung) bestehende Ressentiments gezielt adressieren bzw. berücksichtigen können.
Konsensquote	91 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	● Ablehnung: Hier besteht möglicherweise ein rechtliches Problem bezüglich der Weitergabe der Daten/Angaben an Dritte.
Finale Empfehlung	(14) Es sollte geprüft werden, ob im Formulargutachten eine Option zur Dokumentation einer möglichen Ablehnung der empfohlenen Rehabilitation durch die versicherte Person (ggf. inkl. benannter Gründe) ergänzt werden kann, damit nachgeschaltete Stellen (u.a. Pflegeberatung) bestehende Ressentiments gezielt adressieren bzw. berücksichtigen können.

Ursprüngliche Empfehlung	(15) Mittelfristig sollte geprüft werden, inwieweit eine Erweiterung der Kompetenzen von pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern bezüglich der (teil-)selbstständigen Abgabe von Rehabilitationsempfehlungen zur Erhöhung der Entscheidungssicherheit bei Rehabilitationsempfehlungen beiträgt.
Konsensquote	82 %
Anpassungsvorschlag bzw. Ablehnungsbegründung	<p>● Ablehnung: Arbeitsteilung hat sich bewährt. Die breit angelegte Screening-Funktion obliegt ohnehin den Pflegefachkräften. Ärztliche Sichtweise und Expertise ergänzen sinnvoll den Begutachtungsprozess und bleiben unverzichtbar.</p> <p>● Ablehnung: Die Entscheidung über eine Rehabilitation sollte in letzter Instanz immer durch einen ärztlichen GA freigegeben werden. Ich finde man sollte deutlich in den Kompetenzen unterscheiden. In einer Rehabilitation finden Behandlungen statt. Pflegegutachter sollten auch weiter auf pflegefachlichen Niveau Einschätzungen stellen.</p>
Finale Empfehlung	(15) Mittelfristig sollte geprüft werden, inwieweit eine Erweiterung der Kompetenzen von pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern bezüglich der (teil-)selbstständigen Abgabe von Rehabilitationsempfehlungen zur Erhöhung der Entscheidungssicherheit bei Rehabilitationsempfehlungen beiträgt.