

Positionspapier der DVfR zur nichtvollstationären rehabilitativen Versorgung geriatrischer Patienten

Vorwort

Im Jahre 2012 hat der Ausschuss geriatrische Rehabilitation der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) in einem Positionspapier zur Weiterentwicklung der geriatrischen Rehabilitation¹ vor dem Hintergrund der Behindertenrechtskonvention Stellung genommen.

Aufgrund der Komplexität der Thematik wurde diese Stellungnahme damals insbesondere auf den stationären Bereich bezogen. Bereits im Jahre 2012 wurde jedoch die Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche als besonders wichtig angesehen. Die versorgungspolitische Bedeutung einer vernetzten und möglichst sektorenübergreifenden Versorgung ist seitdem noch einmal erheblich gestiegen. Dies wird u. a. durch die Tatsache deutlich, dass verschiedene Bundesländer die Etablierung geriatrischer Versorgungsverbände in ihren jeweiligen Landesgeriatriekonzepten festgeschrieben haben und dass darauf aufbauend die Umsetzung dieses Ansatzes bereits in der Praxis erfolgt.

Vor diesem Hintergrund soll das vorliegende Positionspapier die Ausführungen aus dem Jahre 2012, insbesondere zum nichtvollstationären Bereich, ergänzen. Zum Bereich der nichtvollstationären rehabilitativen Versorgung geriatrischer Patienten zählen die ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR) gemeinsam mit der Sonderform der mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) sowie die in einzelnen Bundesländern verfügbaren teilstationären geriatrischen Frührehabilitationsangebote. Ziel ist es, mit beiden Positionspapieren das breite Spektrum der rehabilitativen Versorgung geriatrischer Patienten oberhalb der vertragsärztlichen Versorgung darzustellen und notwendigen Handlungsbedarf aufzuzeigen, wobei Bezüge zum vertragsärztlichen Bereich mit angesprochen werden.

Dieser breit angelegte strukturelle und inhaltliche Ansatz soll zugleich den ebenfalls umfassend angelegten Teilhabeanspruch im Sinne des SGB IX bzw. des BTHG aufgreifen.

Die medizinische Rehabilitation setzt da an, wo Selbstbestimmung und volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe eines Menschen verloren gegangen oder gefährdet sind. Das kann durch eine körperliche oder seelische Erkrankung, Unfall oder angeborene bzw. erworbene Behinderung hervorgerufen werden. Medizinische Rehabilitation ist eine Form von „Tauglichmachen“ körperlicher und seelischer Funktionen, um Beeinträchtigungen der Aktivitäten – beispielsweise der Mobilität oder Kommunikation – und damit einer Teilhabebeeinträchtigung – beispielsweise bei der Selbstversorgung – vorzubeugen, sie zu beseitigen, zu verbessern oder zu kompensieren. Kurz: Teilhabe und damit Lebensqualität sichern.

Die DVfR weist ergänzend darauf hin, dass für geriatrische Patienten auch Vorsorgemaßnahmen erbracht werden können. Diese kommen in Betracht, wenn es noch nicht zu dauerhaften Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe gekommen ist, diese aber im Rahmen der geriatrischen Multimorbidität zunehmend bedroht sind.

¹ Das Positionspapier zur Weiterentwicklung der geriatrischen Rehabilitation im Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention ist unter www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/ (2012) zu finden.

1. Einleitung

Die starke Zunahme der Zahl hochbetagter Menschen (80 Jahre und älter) ist auch mit einem Anstieg der Zahl multimorbider alter Patienten verbunden. Diese Menschen weisen ein hohes Risiko auf, hilfs- und pflegebedürftig zu werden. An dieser Stelle kann u. a. die nichtvollstationäre rehabilitative Versorgung einen wesentlichen Beitrag zur Teilhabesicherung hochbetagter Menschen leisten. Als zentrale Ziele sind zu nennen: eine Verhinderung, Verzögerung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit und der Erhalt, die Verbesserung oder die Wiedergewinnung der Selbstständigkeit bei der Bewältigung des Alltags, der selbstbestimmten Teilhabe und der Lebensqualität, insbesondere durch einen möglichst langfristigen Verbleib in der gewünschten privaten Umgebung.

Trotzdem sind die Ausgaben für medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den letzten Jahren nahezu stagnierend. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt bereits in seinem Gutachten 2005 und zuletzt im Gutachten 2014 fest, dass aufgrund verschiedener ökonomischer Anreizstrukturen Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit unzureichend ergriffen werden.² Während die Krankenkassen für die Leistungen bezahlen, liegt der wirtschaftliche Nutzen der Maßnahme zur Vermeidung bzw. Verringerung der Pflegebedürftigkeit größtenteils bei den Pflegekassen und nur zu einem geringeren Teil bei den Krankenkassen. Um den Zugang der Betroffenen zu verbessern, spricht der Sachverständigenrat die Empfehlung aus, die Pflegeversicherung an den Ausgaben der Rehabilitation zu beteiligen.

Rehabilitationsleistungen müssen so ausgerichtet sein, dass sie die rehabilitationsbedürftigen alten Menschen tatsächlich erreichen, von ihnen akzeptiert werden und die Kontextfaktoren mit einbeziehen. Nicht jeder ältere Patient ist ein geriatrischer Rehabilitand. Vor diesem Hintergrund haben die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes, der auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und der Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderungen Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (01.01.2004) sowie zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (01.05.2007) verabschiedet. In den Rahmenempfehlungen sind die Rahmenbedingungen und Mindeststandards für diese Leistungsform beschrieben und bilden damit die Grundlage für weitere Ausführungen.

Der Feststellung des geriatrischen Rehabilitationsbedarfs kommt eine bedeutende Rolle zu. Sofern der ältere Mensch ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter) und zudem eine vorrangig geriatritypische Multimorbidität aufweist, ist er ein potenzieller geriatrischer Rehabilitand. Die Indikation für eine geriatrische Rehabilitation kann sich aus standardisierten geriatrischen Assessments sowie einer Einschätzung der medizinischen und psychosozialen Versorgungsbedarfe ergeben. Hierbei kommt dem Hausarzt eine besondere Rolle zu, da er im Rahmen des geriatrischen Basisassessments entsprechende komplexe Störungen frühzeitig identifizieren kann. In der geriatrischen Rehabilitation kann durch ein spezifisch geriatrisches Rehabilitationskonzept auf die Bedürfnisse der geriatrischen Rehabilitanden altersmedizinisch eingegangen werden. Das Konzept beinhaltet ein frühzeitiges multidimensionales geriatrisches Assessment, um die medizinischen und psychosozialen Probleme und Ressourcen sowie Versorgungspräferenzen des geriatrischen Rehabilitanden systematisch und umfassend festzustellen. Der interdisziplinäre Behandlungsplan wird

² Siehe <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=90>; <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=496>. Der Gesetzgeber und der GKV-Spitzenverband haben in den vergangenen zwei Jahren u. a. mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie mit einem Leitfadens zu Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI weitere Grundlagen zur Verbesserung der Versorgung in den Bereichen Prävention und Rehabilitation gelegt und somit auf einzelne Aspekte des Gutachtens reagiert.

unter Einbeziehung des Rehabilitanden und ggf. der Angehörigen/Bezugspersonen entwickelt.

Ein elementarer Bestandteil des geriatrischen Rehabilitationskonzeptes ist das interdisziplinäre multiprofessionelle geriatricspezifische Team, welches durch enge Zusammenarbeit den Behandlungserfolg gewährleistet und daher auch im nichtvollstationären bzw. ambulanten Setting sicherzustellen ist. Das Team besteht aus einem ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Dienst mit Fachkräften aus dem Bereich der Sozialen Arbeit, wobei therapeutisch in der Regel die Bereiche Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie sowie (neuro-)psychologischer Dienst und Ernährungsberatung umfasst werden müssen. Mit dem Ziel, für die älteren Patienten die Bewältigung des Alltags zu sichern bzw. zu verbessern, ist auch im Bereich der Pflege eine fachspezifische Ausrichtung notwendig. So ist die Umsetzung des geriatricspezifischen aktivierend-therapeutischen Pflegekonzepts auch in der nichtvollstationären geriatrischen Rehabilitation zu fordern.

Um den spezifischen Bedarf eines geriatrischen Rehabilitanden angemessen erkennen und beurteilen zu können, ist die Qualifikation des verordnenden Vertragsarztes – in den meisten Fällen der Hausarzt –, aber auch des Krankenhausarztes mitentscheidend. Um dieser Aufgabe ausreichend gerecht werden zu können, muss stärker als heute rehabilitatives Denken bereits im Medizinstudium und insbesondere in der Facharztweiterbildung vermittelt werden.

Für die geriatrische Versorgung steht ein abgestuftes System zur Verfügung. Vollstationäre, teilstationäre und ambulante Versorgungsangebote im Akut- und Rehabilitationsbereich einschließlich der haus- und fachärztlichen Betreuung müssen konzeptionell eng miteinander verknüpft sein, um eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung des geriatrischen Patienten über die verschiedenen Versorgungsebenen hinweg zu gewährleisten. Alle Stufen des geriatrischen Versorgungssystems gehen von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation umfasst. Der ganzheitliche Ansatz der ambulanten Rehabilitation weist bezüglich der Komplexität der Leistungen keinen Unterschied zur stationären Rehabilitation auf. Um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ nach § 40 SGB V entsprechen zu können, müssen für eine ambulante geriatrische Indikationsstellung neben den medizinischen Voraussetzungen insbesondere folgende individuelle Voraussetzungen gegeben sein (für die Besonderheiten der mobilen geriatrischen Rehabilitation siehe Abschnitt 2.3):

- das Aufsuchen der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss für den Rehabilitanden möglich sein, ggf. mit Unterstützung eines Fahrdienstes,
- zumutbare Fahrzeit zur Einrichtung,
- gesicherte häusliche sowie sonstige medizinische Versorgung,
- keine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung im Sinne einer stationären Versorgung.

Für Rehabilitanden, die diese Voraussetzungen erfüllen, ergeben sich in einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation zahlreiche Vorteile. Durch das Verbleiben im gewohnten Wohnumfeld sind Angehörige oder Bezugspersonen stärker in die Rehabilitation einbezogen. Ein Transfer der Rehabilitationsergebnisse in den Alltag kann schon frühzeitig erfolgen. Ferner wird die Beratung und Implementation u. a. von altersgerechten Assistenzsystemen für selbstbestimmtes Leben, sogenannten Ambient Assisted Living-Lösungen (AAL-Lösungen; auf Deutsch „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben“), zunehmend wichtiger.

Die ambulante geriatrische Rehabilitation stellt einen wichtigen Baustein in einem abgestuften System dar und sichert hinsichtlich Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten eine effiziente

Versorgung unter Beachtung des individuellen Bedarfs alter Menschen. Dabei besteht die Chance, Pflegebedürftigkeit frühzeitig lebensweltnah zu vermeiden bzw. zu verringern.

Derzeit gibt es kein flächendeckendes Angebot an ambulanter geriatrischer Rehabilitation. In einigen Bundesländern stehen den Betroffenen keine ambulanten geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, aber teilstationäre geriatrische Einrichtungen am Krankenhaus zur Verfügung.

2. Ebenen der ambulanten geriatrischen Versorgung

2.1 Rehabilitative Bedarfserkennung und Versorgung im vertragsärztlichen Bereich

Der Vertragsarzt, insbesondere der Hausarzt, stellt die Basis der Versorgung geriatrischer Patienten dar. Er begleitet den Patienten über einen langen Zeitraum und kennt zudem seine medizinische Historie sowie das soziale Umfeld. Ihm kommt somit eine zentrale Rolle bei der Versorgung dieser Patientengruppe zu.

Die DVfR plädiert aus fachlichen Gründen für eine geriatriespezifische Grundqualifikation der Hausärzte, beispielsweise mit dem Curriculum „Geriatrische Grundversorgung“ über 60 Stunden. Der Hausarzt muss in der Lage sein, rechtzeitig den Bedarf des Patienten hinsichtlich einer weiterführenden geriatriespezifischen Versorgung zu erkennen, um beispielsweise frühzeitig eine geriatrische Rehabilitation zur Vermeidung bzw. Verminderung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, insbesondere bei der Bewältigung des Alltags, einzuleiten. Er muss darüber hinaus in die Lage versetzt werden, notwendige Leistungen auch verlässlich einleiten zu können. Untersuchungen zeigen allerdings, dass weniger als 5 % aller Rehabilitationsmaßnahmen bei Versicherten ab 65 Jahren über den vertragsärztlichen Sektor eingeleitet werden und hiervon nur 6,5 % als geriatrische Rehabilitation.³ Der bundesweite Ausbau entsprechender Kompetenz sowie die Beseitigung möglicher Zugangshindernisse sind somit unerlässlich.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und einzelne Kassenärztliche Vereinigungen versuchen seit einigen Jahren ebenfalls, Versorgungskonzepte für die geriatrische Rehabilitation zu etablieren, die im Kern eine Versorgung durch Vertragsärzte in Kooperation mit Heilmittelerbringern vorsehen. Diese entsprechen allerdings nicht den o. a. Rahmenempfehlungen der GKV und ihren darin festgelegten Qualitätsstandards; insbesondere entsprechen sie nicht den Anforderungen an teilhabeorientiertes rehabilitatives Handeln.

Im Rahmen des geltenden gestuften Versorgungssystems der GKV können durch den Vertragsarzt in Abhängigkeit vom jeweils festgestellten Versorgungsbedarf u. a. Hilfsmittel, Einzelleistungen – insbesondere Heilmittel-Therapie, die auch eine rehabilitative Zielsetzung verfolgen kann – oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation mit interdisziplinärem, mehrdimensionalem Behandlungsansatz verordnet werden.

Sofern der Vertragsarzt z. B. durch das geriatrische Basisassessment Hinweise erhält, dass der geriatriespezifische Versorgungsbedarf des Patienten steigt, sollte er flächendeckend die Möglichkeit haben, über geeignete Versorgungsstrukturen unbürokratisch und wohnortnah eine weitergehende fachspezifische Analyse des Bedarfs einzuleiten. Diese muss in Strukturen erfolgen, in denen regelhaft ein umfassendes geriatrisches Behandlungsteam zur Verfügung steht, das möglichst

³ Meinck et al. Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: Eine Analyse anhand von Routinedaten. Rehabilitation 2014; 53: 74–80.

unter einem Dach zusammenwirkt und von einem Geriater ärztlich geleitet wird.

Diese komplexen Aufgaben der Analyse geriatrischer Versorgungsbedarfe können zum Beispiel durch strukturell entsprechend ausgestattete und qualifizierte geriatrische Schwerpunktpraxen oder durch Geriatrische Institutsambulanzen übernommen werden, die bereits seit 2012 im SGB V verankert sind und durch die Selbstverwaltung in Bezug auf Struktur, Aufgaben und Vergütung zweckdienlich ausgestaltet wurden. Auf Grundlage der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik haben geriatrisch spezialisierte niedergelassene Fachärzte sowie geriatrische Institutsambulanzen somit die Möglichkeit, eine umfangreiche Diagnostik durchzuführen und einen Behandlungsplan zu erstellen. Dieser kann medikamentöse Therapie, Heil- und Hilfsmittelversorgung, evtl. weitere Diagnostik oder Überwachung einschließen.

Zu prüfen ist insbesondere aus der Perspektive des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), ob und unter welchen qualitativen und quantitativen Voraussetzungen sekundärpräventive Versorgungsangebote entwickelt bzw. ausgebaut werden sollten, damit die Möglichkeiten des niedrighwelligen und frühzeitigen Zugangs zur bedarfsgerechten Versorgung geriatrischer Patienten verbessert werden.

Die DVfR begrüßt alle Bestrebungen, geriatrische Rehabilitationskompetenz zu fördern. Primäres Ziel muss es sein, ein flächendeckendes Versorgungsangebot im AGR-Bereich gemäß § 40 SGB V fachlich qualifiziert aufzubauen und dadurch bestehende Versorgungslücken zu schließen. Hierbei muss die flächendeckende Bereitstellung abgestufter rehabilitativer Versorgungsangebote übergeordnetes Ziel sein. Der Aufbau unterschiedlicher Angebotsstrukturen innerhalb einer Region sollte dabei zur Sicherstellung gleicher Versorgungsleistungen vermieden werden.

Von grundsätzlicher Bedeutung für die bedarfsgerechte Versorgung sind darüber hinaus:

- eine ausreichende geriatricspezifische Ausbildung junger Ärzte bzw. Fortbildung von Ärzten in der Praxis,
- eine obligatorische Bindung von Abrechnungsziffern an das Vorhandensein einer ausreichenden fachspezifisch-geriatrischen Qualifikation,
- eine räumliche Nähe und geriatricspezifische Qualifikation des Behandlungsteams,⁴ damit es als Einheit agieren und dadurch der interprofessionelle Ansatz in der Praxis verwirklicht werden kann.

Es ist zu vermeiden, dass aufgrund der föderal bedingten Heterogenität der verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen es ausschließlich zu regionalen Konzepten kommt, die untereinander nicht ausreichend harmonisiert sind. Es muss erreicht werden, dass die heute noch bestehenden Schnittstellen insbesondere zwischen vertragsärztlichem Bereich und den derzeit rehabilitativ ambulant tätigen Einrichtungen bundesweit von beiden Seiten möglichst passgenau strukturiert werden.

2.2 Ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR)

Leistungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (AGR) gemäß § 40 SGB V werden von Einrichtungen, die über einen Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V verfügen, erbracht. Die jeweiligen Vergütungsvereinbarungen werden mit den Krankenkassen direkt geschlossen.

Die AGR eignet sich gut für eine frühzeitige Intervention, wenn bei einem betagten bzw. hoch-

⁴ Siehe Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004.

betagten Patienten Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe beseitigt, vermindert oder deren Verschlimmerung verhütet werden soll, ggf. auch zur Fortsetzung einer stationär durchgeführten Therapie. Sie ist somit ein wichtiger Baustein innerhalb der geriatricspezifischen Versorgungskette.

Gegenüber der vertragsärztlichen geriatrischen Versorgung bietet die AGR eine interdisziplinäre, mehrdimensionale komplexe Behandlung, um dem individuellen Teilhabebedarf multimorbider geriatrischer Patienten umfassend gerecht zu werden. Dementsprechend umfasst sie engmaschige fachärztliche Begleitung, Rahmenvorgaben zu Dauer und Intensität der Leistungen sowie ein breit aufgestelltes multiprofessionelles geriatrisches Team, bestehend u. a. aus Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie, (neuro-)psychologischer Kompetenz, Sozialdienst bzw. Fachkräften aus dem Bereich der Sozialen Arbeit und pflegerischem Dienst. Die Leistungen innerhalb der AGR erfolgen auf Grundlage eines geriatrischen Rehabilitationskonzeptes team-supervidiert und werden in enger Abstimmung der einzelnen Professionen erbracht. Zukünftig sollten unterschiedliche Rehabilitationsangebote in Abhängigkeit vom Betroffenheitsgrad der Rehabilitanden stärker miteinander kombiniert werden.

Der hohen versorgungspolitischen Bedeutung wird der aktuelle Ausbaustand nicht gerecht. Bundesweit ist derzeit keine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung durch ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen gegeben. Hier herrscht dringender Ausbaubedarf.

Derzeit erfolgt der Zugang zu ambulanten geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen nahezu ausschließlich nach einem stationären Aufenthalt. Fachlich sinnvoll ist es, den Zugang durch Vertragsärzte, i. d. R. durch Hausärzte, zu stärken. In der Versorgungsrealität wird dies jedoch derzeit nicht erreicht. Insofern ist es ein erster richtiger Schritt, dass im April 2016 das Verordnungsverfahren durch Änderung der Rehabilitations-Richtlinie vereinfacht wurde.

Exkurs: Teilstationäre geriatrische Frührehabilitation

Insbesondere in Bundesländern, in denen konzeptionell keine geriatricspezifischen Rehabilitationseinrichtungen vorgesehen sind, werden teilstationäre Leistungen für geriatrische Patienten in Tageskliniken an Krankenhäusern erbracht. Diese bieten den Patienten im Rahmen frührehabilitativer Leistungen unter Einsatz des geriatrischen Teams die Möglichkeit, neben einer akutmedizinischen Behandlung z. B. bei schubweiser oder chronisch progredienter Verschlimmerung des funktionalen Gesundheitszustandes ihre Alltagsaktivitäten und Teilhabe zu verbessern.

Die Tagesklinik gewährleistet bei Patienten mit schweren Beeinträchtigungen überwiegend den Übergang von der vollstationären Betreuung im Krankenhaus in die ambulante Versorgung zu Hause und erbringt frührehabilitative Maßnahmen, wenn noch in höherem Maße medizinischer Überwachungsbedarf besteht. Durch die Anbindung an die Krankenhausstruktur können Tageskliniken die hierfür erforderliche umfänglichere ärztliche Präsenz und ein entsprechend breites medizinisch-diagnostisches und therapeutisches Angebot vorhalten.

2.3 Mobile geriatrische Rehabilitation als besondere Form der AGR

Bei der mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) handelt es sich um ein seit 2007 gesetzlich bestehendes aufsuchendes Leistungsangebot im gewohnten Wohnumfeld. Zielgruppe sind insbesondere Rehabilitanden mit begleitenden stärkeren kognitiven oder verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen oder mit Kommunikations- oder Sehstörungen, für die in der bisherigen Wohnumge-

bung Bewältigungsstrategien bestehen. Diese geriatrischen Patienten können trotz prinzipiellen Vorliegens der üblichen Kriterien für eine Rehabilitationsindikation oft nicht von einer anderen ambulanten oder einer teil- bzw. vollstationären geriatrischen Rehabilitation profitieren, da sich die positive Rehabilitationsprognose nur bei Erbringung der Leistung im gewohnten Wohn- und Bezugsumfeld ergibt. Durch die MoGeRe wird hier eine Versorgungslücke geschlossen, da dieser Patientengruppe der Zugang zur Rehabilitation bisher zum Teil verwehrt blieb.

Als gewohntes Wohnumfeld der Rehabilitanden ist dabei sowohl die Häuslichkeit als auch eine stationäre Pflegeeinrichtung anzusehen. Unter bestimmten Bedingungen kann eine MoGeRe auch in einer Kurzzeitpflege beginnen und nach Überleitung in die eigene Häuslichkeit dort zu Ende geführt werden (siehe Umsetzungshinweise 2010).

Obwohl sich das Konzept der MoGeRe in der Praxis bewährt hat,⁵ bieten seit ihrer sozialrechtlichen Verankerung nur wenige Einrichtungen diese Versorgungsform an. Die Versorgungslücke besteht – ähnlich wie die Situation im Bereich der AGR – im weitaus größten Teil Deutschlands fort. Die zur Unterstützung des weiteren Aufbaus erstellten Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der Krankenkassen (2010) konnten die Etablierung der mobilen Rehabilitation nicht nachhaltig beschleunigen. Die derzeitigen Rahmenbedingungen wirken sich – abgesehen von einzelnen Initiativen⁶ – nach wie vor nicht hinreichend fördernd auf eine bundesweite Ausweitung dieses spezifischen Versorgungsangebots aus.

Die DVfR sieht darüber hinaus einen sinnvollen Einsatz mobiler rehabilitativer Leistungserbringung in der abschließenden Phase einer stationären oder klassisch ambulanten Rehabilitation. So kann es aus medizinischen und vor allem teilhabeorientierten Gründen sinnvoll sein, die letzten Therapieeinheiten insbesondere bei weiterhin auf pflegerische Unterstützung angewiesenen Patienten im Wohn- und Lebensraum der Rehabilitanden durchzuführen. Hierdurch kann eine verbesserte Übertragung der Ergebnisse der Rehabilitation in das Umfeld und den Alltag der Rehabilitanden und eine höhere Nachhaltigkeit erreicht werden. Eine solche Option sollte daher Bestandteil ambulanter und stationärer geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen und geriatrischer Netzwerkkonzepte sein.

Die DVfR sieht im Einklang mit dem Gesetzgeber deutschlandweit einen Bedarf an mobiler geriatrischer Rehabilitation. Idealerweise findet diese in Anbindung an existierende geriatrische Einrichtungen statt, wobei Solitäreinrichtungen nicht ausgeschlossen sind. Wesentlich ist auch die Vernetzung im Geriatrischen Versorgungsverbund.^{7, 8}

3. Vernetzung im Geriatrischen Versorgungsverbund als Lösungsansatz

Die Versorgung geriatrischer Patienten erfolgt aufgrund der Multimorbidität und hieraus entstehenden Beeinträchtigungen an der Schnittstelle zwischen akuter und rehabilitativer Versorgung und ist vor dem Hintergrund der drohenden Chronifizierung in besonderem Maße von einem ineinandergreifenden, alle Stufen der Versorgung umfassenden System abhängig. Das deutsche Gesundheitssystem mit seiner strikten Trennung von Akutbehandlung (einschließlich der Frührehabilitation) und Rehabilitation sowie den damit jeweils verbundenen eigenen Finanzierungssystemen für die

⁵ Siehe Auswertung der Basisdokumentation MoGeRe durch das KCG.

⁶ Es gibt verschiedene Initiativen seitens der Krankenkassen bzw. des GKV-Spitzenverbandes mit dem Ziel, die Anzahl der Einrichtungen zur mobilen Rehabilitation zu erhöhen. Eine gute Zusammenstellung findet sich in der f&w 10/2016 auf Seite 962.

⁷ Bundesverband Geriatrie (Hrsg.). Weißbuch Geriatrie. 2. Auflage; 2010.

⁸ Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation. 01.05.2007.

Leistungen erschwert eine durchgängige medizinisch-rehabilitative Versorgung geriatrischer Patienten. Daher wäre es insbesondere für diese Patientengruppe notwendig, die seit Jahren politisch immer wieder angekündigte Erhöhung der Durchlässigkeit der Sektorengrenzen bzw. die Lockerung der Budgetgrenzen umzusetzen. Die sozialrechtliche Möglichkeit, IV-Verträge zur Integrierten Versorgung (IV-Verträge) abzuschließen, ist bei geriatrischen Patienten aus fachlicher Sicht eher problematisch zu sehen, da diese Patienten meist nicht mehr in der Lage sind, selektivvertragliche Versorgungsangebote außerhalb der Regelversorgung gezielt auszuwählen.

Um in dem aktuellen versorgungspolitischen Umfeld eine abgestufte Versorgung zu gewährleisten, gibt es in immer mehr Bundesländern den Ansatz, die Leistungen strukturierter zu vernetzen. Zumeist orientieren sich die Ansätze am Konzept des Geriatrischen Versorgungsverbundes.

Dieses bietet Patienten, deren geriatrischer Behandlungsbedarf durch Screening und Assessment identifiziert wurde, ein Leistungsangebot, das sich an ihren spezifischen Bedürfnissen orientiert. Die Leistungserbringung in vernetzten Strukturen soll – im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten – die Grenzen der Institutionen und Sektoren des Leistungsrechts überbrücken.

Klinikbereiche verschiedener Fachrichtungen sollen hierbei mit geriatrischen Kliniken und Rehakliniken durch Liaison- und Konsiliardienste kooperieren und gemeinsame Standards für die Behandlung geriatrischer Patienten definieren. Verbindliche Absprachen zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern (Schnittstellenmanagement) sorgen für eine gute Behandlungskontinuität. Zusammenarbeit in regionalen Qualitätsarbeitskreisen, die Möglichkeit regelmäßiger Fallbesprechungen sowie abgestimmte Kommunikationswege können die Sektorengrenzen zwischen ambulanten und stationären Angeboten überbrücken und einer Weiterentwicklung der Strukturen als lernendes System dienen. Gemeinsame Fort- und Weiterbildungsangebote innerhalb des Versorgungsverbundes sowie ggf. eine Zertifizierung des geriatrischen Verbundes sollen die Qualität sichern.

Das Konzept des Versorgungsverbundes ist aus Sicht des Ausschusses „Geriatrische Rehabilitation“ der DVfR ein Ansatz, der durch seine Vernetzungsstruktur die fachlich und versorgungspolitisch notwendige abgestufte interprofessionelle Versorgung sicherstellen kann. Um die Ziele zu erreichen, ist eine entsprechende Einbindung der Vertragsärzte bzw. der Hausärzte als Basis unabdingbar.

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist die Möglichkeit verankert, dass Vertragsärzte ein geriatrisches Basisassessment durchführen können. Aus Sicht der DVfR sollten die Vertragsärzte als erste und oftmals langjährige Ansprechpartner der älteren multimorbiden Patienten dieses Basisassessment durchführen, um den „Grundstatus“ des geriatrischen Patienten zu erfassen. Anhand der Ergebnisse dieses Basisassessments muss der Hausarzt wie oben dargestellt fachlich in der Lage sein zu erkennen, ob eine weiterführende geriatrispezifische Bedarfsanalyse erforderlich ist.

Für eine ggf. erforderliche weiterführende geriatrispezifische Bedarfsanalyse ist sowohl die Einbindung eines umfassend geriatrisch qualifizierten Arztes als auch die fachliche Kompetenz des interdisziplinären multiprofessionellen geriatrischen Teams unabdingbar, da nur so der ggf. bestehende Bedarf an therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Absicherung der gegenwärtigen und zukünftigen größtmöglichen Teilhabe des Patienten sachgerecht beurteilt werden kann. Aus diesem Grund ist eine zeitweise Übernahme des Patienten in solche Strukturen innerhalb des Versorgungsverbundes notwendig, die bedarfsbezogen auch über ein komplettes geriatrisches Behandlungsteam verfügen, in dem alle notwendigen Professionen eingebunden sind. Nur so kann eine sachgerechte individuelle Bedarfsanalyse, die alle Aspekte der Teilhabe (medizinische,

therapeutische, pflegerische und soziale) miteinbezieht, sichergestellt werden.

Im Anschluss an die umfassende Bedarfsanalyse muss sichergestellt werden, dass die festgestellten rehabilitativen Bedarfe durch Reha-Maßnahmen auch entsprechend umgesetzt werden können. Dabei ist zu beachten, dass eine komplexe geriatricspezifische Rehabilitationsleistung nicht „durch Addition“ von Einzeltherapiemaßnahmen ersetzt werden kann. Vielmehr kommt auch bei der Durchführung der Therapiemaßnahmen dem Zusammenspiel des therapeutischen Behandlungsteams eine zentrale Rolle zu. Insofern ist es auch im Sinne des Gutachtens 2007 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) fachlich sinnvoll, alle Maßnahmen, die sich aus der Bedarfsanalyse ergeben und die über zeitlich sowie quantitativ begrenzte Einzelmaßnahmen hinausgehen, in einem Setting für entsprechend komplexe Koordinationsaufgaben spezialisierter ambulanter geriatrischer Versorgungsstrukturen durchzuführen.^{9, 10}

4. Qualitätssicherung

Von sektorenübergreifender grundsätzlicher Bedeutung für die Qualitätssicherung in der Geriatrie sind die Zusammensetzung und die Qualifikation des geriatrischen Teams als Qualitätsmerkmal für die Erbringung adäquater Leistungen. So muss in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen zumindest gesichert sein, dass

- im geriatrischen Team ein ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Dienst vorhanden sind, wobei der therapeutische Dienst die Bereiche Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie sowie einen (neuro-)psychologischen Dienst und Ernährungsberatung umfasst,
- es Strukturen gibt, die die Kommunikation zwischen allen Teammitgliedern für den gesamten rehabilitativen Behandlungsprozess sicherstellen sowie
- die Qualifikation der einzelnen Teammitglieder geriatricspezifisch ausgerichtet ist (z. B. ein Arzt ist Geriater, mind. eine Pflegekraft hat eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden absolviert¹¹).

Die Vorgaben zur externen Qualitätssicherung in der nichtvollstationären rehabilitativen geriatrischen Versorgung gemäß § 135a Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 137d SGB V werden durch das QS-Reha®-Verfahren der GKV umgesetzt.

Die Vorgaben zum internen Qualitätsmanagement richten sich nach § 20 SGB IX bzw. nach der Vereinbarung gemäß § 137d SGB V. Leistungserbringer der stationären und der ambulanten Rehabilitation müssen ein einrichtungsinternes, auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkanntes Qualitätsmanagementsystem etablieren. Ambulante Einrichtungen sind verpflichtet, mittels vorgegebenem Selbstbewertungsbogen in dreijährigen Abständen ihr einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nachzuweisen (§ 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V).

⁹ Siehe dazu das Positionspapier der DVfR „Heilmittel fördern selbstbestimmte Teilhabe“ und die DVfR-Expertise „Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion“ unter www.dvfr.de -> Arbeitsschwerpunkte -> Stellungnahmen (2016).

¹⁰ Siehe Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004.

¹¹ Dies wird derzeit nur für die Leistungserbringung im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung gefordert.

5. Forderungen

A) Ausbau der ambulanten rehabilitativen Angebote

1. Flächendeckender Ausbau ambulanter geriatrischer Rehabilitationsangebote inkl. der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation
2. Schaffung von Versorgungsstrukturen, die den Hausärzten für eine weiterführende fachspezifische Bedarfsanalyse zur Verfügung stehen (geriatrische Schwerpunktpraxen / geriatrische Institutsambulanzen)
3. Prüfung des Ausbaus niedrigschwelliger sekundärpräventiver Angebote
4. Erleichterung der Zulassung neuer ambulanter / ambulant-mobiler Rehabilitationseinrichtungen durch ein strukturiertes und beschleunigtes Verfahren
5. Beibehaltung bzw. Umsetzung der einheitlichen Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer auf Landesebene gemäß § 111c SGB V

B) Qualifikation

6. Etablierung einer geriatricspezifischen strukturierten Grundqualifikation der Hausärzte durch Fort- und Weiterbildung, um die Kompetenzen für eine geriatrisch-rehabilitative Basisversorgung zu gewährleisten
7. Sicherstellung der geriatricspezifischen Kompetenz in der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Ausbildung
8. Ausbau der Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu rehabilitativen Pflegekonzepten

C) Erleichterung des Zugangs zur Rehabilitation

9. Frühzeitige Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und Verstärkung der Beratung und Information der Versicherten über Rehabilitationsangebote auch im ambulanten Bereich durch Weiterentwicklung entsprechender Angebote, z. B. präventive Hausbesuche, Vorsorgeangebote o. ä.
10. Bei einer Ablehnung eines Rehabilitationsantrags bzw. einer abweichenden Empfehlung durch die Krankenkasse aufgrund fachlich-inhaltlicher Kriterien muss dies unter Berücksichtigung der Angaben in der Verordnung im Sinne des § 12 Abs. 2 der Rehabilitationsrichtlinie ärztlich nachvollziehbar begründet werden
11. Individuelle Begründung von Ablehnungen und Nennung konkreter, zumutbarer und verfügbarer Behandlungsalternativen gegenüber dem Versicherten und – sofern vom Versicherten gewünscht – dem behandelnden Arzt durch die Krankenkasse in ihrem Leistungsbescheid
12. Stärkere Beachtung des Vorrangs des medizinischen Bedarfs des Versicherten gegenüber der Vierjahresfrist bei der Genehmigung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V

D) Verbesserung der Strukturen und Prozesse

13. Integration mobiler rehabilitativer Leistungserbringung auch als abschließende Phase einer ambulanten oder stationären geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme zur Erhöhung der Nachhaltigkeit der Behandlungsergebnisse
14. Aufbau eines Schnittstellenmanagements zwischen ambulanter Pflege/Therapie/Ärzten und ambulanter Rehabilitation bei Bedarf vor, zu Beginn und zum Ende der Rehabilitation entsprechend den Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation
15. Qualitätssicherungssysteme, die zueinander kompatibel sind und die Schnittstellen mitefassen
16. Konzeptionelle und leistungsrechtliche Weiterentwicklung von sektorenübergreifender kurativ- und rehabilitativ-geriatrischer Versorgung, z. B. in geriatrischen Versorgungsverbänden

E) Forschung und Wissenschaft

17. Aufbau bzw. Intensivierung der eigenständigen Versorgungsforschung im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation
18. Stärkere Einbeziehung der geriatrischen Rehabilitation in die rehabilitative Versorgungsforschung

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

– Vorsitzender der DVfR –

Dr. med. Heinrich-Walter Greuel

– Vorsitzender des Ausschusses
Geriatrische Rehabilitation –

Diese Stellungnahme wurde vom Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ der DVfR erarbeitet. Beteiligt waren folgende Mitglieder des Ausschusses: Dr. H.-W. **Greuel**, Marien-Hospital Wattenscheid, H. **Adolph**, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Dipl.-Med. K. **Breuninger**, Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS), Dr. R. **Ernst**, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), C. **Gospodarek**, AG Geriatrie im ZVK (Physiotherapie), Dr. O. **Haarmann**, Casana Ambulante Rehabilitation und Prävention, Dr. T. **Hermens**, ndgl. Geriater/Schwerpunktpraxis Geriatrie, D. **van den Heuvel**, Bundesverbandes Geriatrie (BVG), A. **Hörstgen**, Geriatrische Rehabilitationsklinik Akad. Lehrkrankenhaus Uni Heidelberg/Mannheim, DVE, D. **Knorr**, Bundesverband Geriatrie (BVG), K. **Körber/A. Walch**, Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK), Dr. N. **Lübke**, Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG), Dr. R. **Siegel**, Geriatrische Fachkliniken Neuburg u. Ingolstadt, Dr. R. **Siegert**, Geriatrie am Klinikum Bremen-Ost/Mobile Reha Bremen GmbH, Dr. M. **Ullmann**, St. Marien-Hospital Lüdinghausen, Dr. med. M. **Warnach**, Wichernkrankenhaus, Ev. Johannesstift, A. **Weskamm**, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), M. **Woltering**, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE), Dr. B. **Reinsberg**, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)

Kontakt:

DVfR, Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg, Tel.: 06221 / 187 901-0, E-Mail: info@dvfr.de