

Geriatrisch-rehabilitative Versorgung in Deutschland

Umsetzung und Entwicklungsbedarfe

Norbert Lübke



Geriatrisch-rehabilitative Versorgung dient dem Erhalt selbstbestimmter Teilhabe alter Menschen. Sie trägt zur Minderung von Pflegebedürftigkeit bei – eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte. Der Beitrag stellt Zielgruppe, Strukturen, konzeptionelle Besonderheiten sowie Potenziale und Grenzen der derzeitigen geriatrisch-rehabilitativen Versorgung dar. Hieraus ergeben sich Perspektiven für die Weiterentwicklung.

ABKÜRZUNGEN

AR	Anschlussrehabilitation
DRG	Diagnosis Related Groups
FR	Frührehabilitation
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GFK	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPReG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MoGeRe	mobile geriatrische Rehabilitation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch

INFOBOX

Geriatrischer Patient

Ein geriatrischer Patient trägt ein hohes Risiko, bereits bei

- relativ geringfügigen Erkrankungen oder
- Veränderungen seiner Lebensumstände (Kontextfaktoren)

dauerhafte Beeinträchtigungen seiner bisherigen Aktivitäten und Teilhabe (ggf. bis hin zu Pflegebedürftigkeit) zu entwickeln oder zu verstärken.

Ursache hierfür sind eingeschränkte Reserven durch

- altersphysiologische Veränderungen des Körpers und seiner Organsysteme und gegebenenfalls
- bereits bestehende Schädigungen und Beeinträchtigungen durch Vorerkrankungen.

Zielgruppe

Geriatrische Patienten als Risikopatienten

Indikationsspezifische Rehabilitation hat Patienten mit bestimmten Krankheitsschwerpunkten im Fokus. In der Geriatrie geht es hingegen generell um Patienten mit erhöhter Anfälligkeit – Vulnerabilität – für scheinbar überraschende Verluste ihrer Selbständigkeit: den 85-Jährigen, der noch jedes Jahr in den Urlaub nach Mallorca gereist ist und plötzlich nach einer Pneumonie trotz erfolgreicher Antibiotikatherapie „nicht mehr richtig auf die Beine kommt“. Ursache hierfür sind reduzierte Reserven älterer Menschen, sodass Störungen ihrer Homöostase nicht mehr kompensiert werden können.

Für die reduzierten Reserven resp. die sich daraus ergebende höhere Vulnerabilität stellt das Alter für sich einen unabhängigen Risikofaktor dar [1]. Ferner schränkt zunehmende Multimorbidität meist die Widerstandskraft gegenüber weiteren Gesundheitsstörungen ein.

Merke

Geriatrische Patienten haben oft mehrere Erkrankungen und Beeinträchtigungen, aber weniger Reserven als nicht-geriatrische jüngere Patienten.

GKV-Definition geriatrischer Patient

Wegen des hohen Anteils an Frührehabilitation und des Alters geriatrischer Patienten ist die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nahezu einziger Träger geriatrisch-rehabilitativer Leistungen. Sie legt in der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation [2] als Kriterien für geriatrische Patienten fest:

- Alter von i.d.R. ≥ 70 Jahren (mindestens jedoch 60 Jahren) und
- geriatritypische Multimorbidität.

Multimorbidität umfasst dabei das Vorliegen von mindestens 2 chronischen Erkrankungen mit alltagsrelevanten Beeinträchtigungen. Als geriatritypisch gilt diese insbesondere im Zusammenhang mit

- kognitiven Defiziten,
- Depression oder Angststörungen,
- Sturzneigung oder Schwindel,
- chronischen Schmerzen oder Sensibilitätsstörungen,
- Inkontinenz,
- starker Sehbehinderung oder Schwerhörigkeit,
- Dekubitalulzera,
- Fehl- und Mangelernährung,
- Störungen im Flüssigkeits- oder Elektrolythaushalt,
- Polymedikation.
- oder generell Gebrechlichkeit/herabgesetzter Belastbarkeit.

Ab einem Alter von ≥ 80 Jahren ist auch ohne geriatritypische Multimorbidität von einem geriatrischen Patienten auszugehen. Oft wird auch dieser Patient von einer geriatrischen Rehabilitation mehr profitieren als von einer indikationsspezifischen. Dies gilt bspw. bei vorbestehender Zuerkennung eines Pflegegrades, kognitiven Beeinträchtigungen, Komplikationen bei vorangegangenen Krankenhausaufenthalten oder hohem pflegerischem Unterstützungsbedarf.

GKV-Definition geriatrischer Rehabilitand

Erfüllt ein geriatrischer Patient die GKV-Kriterien für eine medizinische Rehabilitation, gilt er als geriatrischer Rehabilitand:

INFOBOX

Rehabilitationsindikationskriterien der GKV

1. Rehabilitationsbedürftigkeit

nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Aktivitäts- oder Teilhabebeeinträchtigungen und keine vorrangige kurative Behandlungsbedürftigkeit oder Ausreichen anderer vorrangiger Maßnahmen (z. B. aktivierend-pflegerische Behandlung, Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Einzelfallberatung/Pflegekurse)

2. Rehabilitationsfähigkeit

notwendige somatische und psychische Belastbarkeit für die Maßnahme

3. Rehabilitationsziel

individuell, alltagsrelevant und realistisch

4. Positive Rehabilitationsprognose

medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit für das Erreichen des Rehabilitationsziels

Hierbei liegen die Kriterien für eine „geriatrische“ Rehabilitationsfähigkeit niederschwelliger als für eine indikationsspezifische. Es genügen die Stabilität der Vitalparameter und die Fähigkeit zu mehrmals täglicher aktiver Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen [2]. Insofern schließt auch das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit in höherem Ausmaß das Vorliegen einer geriatrischen Rehabilitationsindikation keineswegs aus.

Krankheits- und Beeinträchtigungsspektrum

Frakturen insbesondere des Femurs, der Lendenwirbelsäule und des Beckens, Gangstörungen, Kox- und Gonarthrosen sowie Hirninfarkte stellen die häufigsten rehabilitationsbegründenden Diagnosen in der Geriatrie dar [3]. Grundsätzliche ist aber sowohl das Spektrum zugrundeliegender Krankheiten als auch hiermit verbundener Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe breit und indikationsübergreifend. Häufig sind begleitende kognitive oder antriebs- und stimmungsbezogene Beeinträchtigungen vorhanden sowie kontextliche Probleme bspw. der Haushaltsführung, der pflegerischen Versorgung oder sozialer Isolation.

PRAXISTIPP**Geriatrische vs. indikationsspezifische Rehabilitation**

Ein Patient kommt umso eher für eine geriatrische Rehabilitation in Betracht

- je älter er ist (in der Regel über 70 Jahre, mindestens aber 60 Jahre)
- je höher der aktuelle Pflege-/Unterstützungsbedarf ist
- wenn bereits vorbestehend ein Pflegegrad oder persönlicher Hilfebedarf besteht
- je multimorbider er ist, d. h. v. a. aus je mehr medizinischen Fachbereichen Erkrankungen vorliegen
- je vielfältiger die resultierenden Beeinträchtigungen und je weniger sie einer einzigen Diagnose/Krankheitsentität zuzuordnen sind
- wenn Hinweise auf begleitende kognitive Beeinträchtigungen bestehen

Geriatrisch-rehabilitative Versorgungsstrukturen

Übersicht

Merke

Geriatrisch-rehabilitative Leistungen werden als Frührehabilitation im Krankenhaus und als medizinische Rehabilitation von Rehabilitationseinrichtungen erbracht.

In Deutschland sind 2 wesentliche geriatrisch-rehabilitative Versorgungsleistungen zu unterscheiden:

- die mit gut 83 % quantitativ weit überwiegende „geriatrische Frührehabilitation“ und
- die als Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbrachte eigentliche „geriatrische Rehabilitation“ mit knapp 17 % des jährlichen Fallaufkommens.

► **Tab. 1** stellt die wesentlichen Unterschiede dieser beiden Versorgungsleistungen gegenüber.

Stationäre rehabilitative Versorgung

Stationäre geriatrische Frührehabilitation

Frührehabilitationsbedürftigkeit resultiert im Unterschied zu anderen Indikationsgebieten in der Geriatrie häufig nicht aus der Schwere des Akutereignisses. Sie begründet sich vielmehr aus dem Risiko geriatrischer Patienten, bereits durch scheinbar geringfügige Akuterkrankungen nachhaltige Einbußen ihrer bisherigen Selbstständigkeit zu erleiden. Sie findet daher i. d. R. auch nicht unter intensivmedizinischer Überwachung statt, sondern braucht den

frühzeitigen Einsatz des geriatrischen Teams, um solche Einbrüche zu vermeiden oder möglichst gering zu halten. Sie hat daher in der Geriatrie einen hohen Stellenwert und übertrifft mit rund 363 000 Fällen (im Jahr 2018) die neurologisch-neurochirurgische (ca. 35 000) wie die fachübergreifende Frührehabilitation (ca. 8700) bei Weitem [4].

Im Gegensatz zur medizinischen Rehabilitation setzt die Frührehabilitation (FR) noch keine aktive Teilnahme und absehbar positive Prognose der Patienten voraus [3]. Da FR Teil der Krankenhausbehandlung ist, endet sie leistungsrechtlich mit der Notwendigkeit akutstationärer Krankenhausbehandlung. Besteht darüber hinaus Rehabilitationsbedarf nach den o. g. Indikationskriterien, ist eine Anschlussrehabilitation (AR) einzuleiten.

Merke

Leistungsrechtlich schließt Frührehabilitation eine Anschlussrehabilitation nicht aus, bisweilen stellt sie die Rehabilitationsfähigkeit für eine solche erst her.

Zudem sind die nach dem DRG-System höheren Vergütungen durch Erbringung einer stationären geriatrischen Frührehabilitation pauschaliert: Sie fallen i. d. R. an, wenn die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK) mit einer Dauer von mindestens 14 Tagen und 20 Therapieeinheiten erbracht wurde. Längere frührehabilitative Behandlungszeiten oder mehr Therapieeinheiten können zwar erbracht werden, werden dem Krankenhaus aber nicht mehr zusätzlich vergütet.

Auch wenn der akutstationär notwendige Krankenhausaufenthalt länger erforderlich ist und eine frührehabilitative Behandlung weiter sinnvoll wäre, orientiert sich der geriatrisch-frührehabilitative Leistungsumfang daher seit Einführung des DRG-Systems zunehmend an diesen beiden unteren Mindestvoraussetzungen [5, 6].

Cave

Die pauschalierte Vergütung stationärer geriatrischer Frührehabilitation gewährleistet keinen individuell bedarfsgerechten Erbringungsumfang dieser Leistungen.

Die hohe Relevanz dieser Zusammenhänge für die geriatrisch-rehabilitative Versorgung in Deutschland liegt darin, dass die frührehabilitative Leistungserbringung im Krankenhaus 75 %, unter Einschluss der teilstationären Frührehabilitation sogar über 83 % der rehabilitativen Versorgung geriatrischer Patienten ausmacht. Nur sie ist in allen Bundesländern verfügbar. Ein Teil der Bundesländer hat (immer noch) keine oder nahezu keine geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Dort wird von einer – zumindest was die stationäre und teilstationäre Rehabilitation angeht – „fallabschließenden“ Behandlung im Krankenhaus gesprochen. Diese erspart den geriatrischen Patienten zwar einen nochmaligen Wechsel in eine andere Einrichtung mit wiederum neuen Bezugspersonen und hat

► **Tab. 1** Vergleich der 2 geriatrisch-rehabilitativen Kernleistungen.

Geriatrische Frührehabilitation	Medizinisch-geriatrische Rehabilitation
Leistungsrechtliche Grundlage	
Teil der Krankenhausleistung nach § 39 SGB V	Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 (1) (ambulant oder ambulant-mobil) oder § 40 (2) SGB V (stationär)
Zielsetzung	
Abwendung, Beseitigung oder Verminderung (zusätzlicher) dauerhafter Beeinträchtigungen von Aktivitäten oder Teilhabe bei mit geriatrischem Risiko behafteten Patienten bereits parallel zu einer notwendigen kurativen Krankenhausbehandlung	Abwendung, Beseitigung, Verminderung oder Verzögerung von Teilhabebeeinträchtigungen bei Vorliegen alltagsrelevanter Aktivitätsbeeinträchtigungen und Erfüllung der Rehabilitationsindikationskriterien der GKV für eine geriatrische Rehabilitation
Leistungserbringer	
Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V	Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 (stationär) oder § 111c SGB V (ambulant oder ambulant-mobil)
Erbringungsformen und Leistungsort	
<i>stationär</i> meist in geriatrischen Krankenhausabteilungen, z.T. in geriatrischen Schwerpunkten anderer Fachabteilungen, selten in geriatrischen Fachkliniken (bundesweit ca. 716 Krankenhäuser **)	<i>stationär</i> zumeist in geriatrischen Rehabilitationskliniken oder geriatrischen Fachabteilungen von Rehabilitationskliniken, (bundesweit ca. 161 Einrichtungen *)
<i>teilstationär</i> in geriatrischen Tageskliniken an Krankenhäusern (bundesweit ca. 167 Tageskliniken *)	<i>ambulant</i> zumeist in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen an stationären geriatrischen Rehabilitationskliniken, selten als solitäre Einrichtungen (bundesweit ca. 60 Einrichtungen **)
	<i>mobil</i> im gewohnten Lebensumfeld der Rehabilitanden (Privatwohnung oder Pflegeheim, Beginn im Einzelfall auch in der Kurzzeitpflege) durch ambulant-mobile Rehabilitationseinrichtungen, zumeist in Anbindung an stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen, teils als solitäre Einrichtungen (bundesweit ca. 17 Einrichtungen ***)
Vergütung	
<i>stationär</i> bundesweit einheitlich pauschalierte Vergütung nach dem DRG-System bei Erbringung einer „geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung“ (GFK) gemäß mindestens OPS 8–550.1	<i>stationär</i> Vergütung zwischen den Krankenkassen und den Einrichtungsträgern nach § 111 (5) SGB V meist als Tagessätze einrichtungsindividuell vereinbart
<i>teilstationär</i> krankenhausesindividuell zu vereinbarende, tagesbezogene DRG bei Erbringung einer „teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung“ gemäß mindestens OPS 8–98a.1	<i>ambulant</i> Vergütung zwischen den Krankenkassen und den Einrichtungsträgern nach § 111c (3) SGB V meist als Tagessätze einrichtungsindividuell vereinbart
	<i>mobil</i> Vergütung zwischen den Krankenkassen und den Einrichtungsträgern nach § 111c (3) SGB V meist therapieeinheiten-, z.T. auch behandlungstagbezogen einrichtungsindividuell vereinbart
Verfügbarkeit	
in allen Bundesländern, statistisch an ca. einem Drittel aller Krankenhäuser, aber bundeslandspezifisch deutlich unterschiedliche Versorgungsdichte	in versorgungsrelevantem Umfang derzeit nur in einem Teil der Bundesländer: Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen (ambulante und mobile Einrichtungen noch deutlich lokaler begrenzt)
Zugang	
Notaufnahme oder vertragsärztliche Krankenhauseinweisung eines geriatrischen Patienten; ggf. von dort Sekundärverlegung in ein Krankenhaus, das geriatrische Frührehabilitation erbringt, oder in eine Tagesklinik zur weiterführenden teilstationären geriatrischen Frührehabilitation; in geringem Umfang vertragsärztliche Direkteinweisung in eine geriatrische Tagesklinik	zu ca. 90 % als Anschlussrehabilitation nach einem stationären Krankenhausaufenthalt (i.d.R. eingeleitet durch das vorbehandelnde Krankenhaus); zu ca. 10 % als vertragsärztliche Verordnung auf Muster 61 in geringem Umfang aus Rehaempfehlungen nach § 18a SGB XI im Rahmen der MDK-Pflegebegutachtung****
Quellen: Destatis 2017, KG5-Statistik der GKV 2018, § 21 KHEntg 2018, Basisdokumentation MoGeRe 2018. Zusammenstellung Kompetenz-Centrum Geriatrie. * Stand 2017. ** Stand 2018. *** Stand 2019, **** quantitativ bisher nicht separat erfasst.	

i.d.R. den Vorteil der Wohnortnähe. Die volle Ausschöpfung vorhandener Rehabilitationspotenziale ist unter der pauschalierten Vergütung geriatrischer Frührehabilitation im Krankenhaus aber nicht zu gewährleisten und dort auch leistungsrechtlich nicht vorgesehen.

Merke

Nicht in allen Bundesländern gibt es geriatrische Rehabilitationseinrichtungen für medizinische Rehabilitation. Der Zugang zu geriatrisch-rehabilitativen Leistungen ist dort ausschließlich über eine Frührehabilitation im Krankenhaus möglich.

Teilweise kompensiert die geriatrische Tagesklinik die in diesen Bundesländern fehlenden Rehabilitationseinrichtungen. Sie wird nach Tages-DRGs vergütet und kann bei Tolerierung durch die Kostenträger daher für die Kliniken auch länger kostendeckend erbracht werden. Dies setzt aber i.d.R. voraus, dass der Rehabilitand transportfähig und außerhalb der Therapiezeiten zuhause ausreichend pflegerisch und medizinisch versorgt ist. Alternative Optionen zeigt das Fallbeispiel.

FALLBEISPIEL

Weiterversorgung bei fehlenden geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen

Ein vorher mobiler geriatrischer Patient kann nach komplikationsreichem Verlauf einer Kolonresection und 14-tägiger geriatrisch-frührehabilitativer Komplexbehandlung mit pflegerischer Hilfe in einen Stuhl transferiert werden und dort ca. 1 Stunde sitzen. Da die Ehefrau ihren Mann so zu Hause nicht versorgen kann, wird dieser in eine Kurzzeitpflege verlegt. Dort bleibt er im Bett und erhält 2 × pro Woche Physiotherapie. Da sich sein Zustand wieder verschlechtert, wird er auf Drängen der Ehefrau von dort 5 × pro Woche über 18 Tage in die angeschlossene geriatrische Tagesklinik des Krankenhauses gefahren. Am Gehwagen mit Begleitung mobilisiert kann er schließlich nach Hause entlassen werden.

Kommentar

Kurzzeitpflege und Tagesklinik haben in Kombination faktisch das fehlende Angebot einer stationären geriatrischen Rehabilitation ersetzt: Eine für den Patienten belastende, aber im Ergebnis noch gute Option. Für eine indikationsspezifische Rehabilitation wäre er vermutlich noch nicht ausreichend belastbar, eine geriatrische Rehabilitation in einem anderen Bundesland kaum zumutbar gewesen. Ohne die Tagesklinik wäre das Risiko einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit mit einer Heimaufnahme groß gewesen.

Stationäre geriatrische Rehabilitation

Frührehabilitation ist ein wesentliches Strukturelement der geriatrisch-rehabilitativen Versorgungskette, dem oft eine Weichenstellung für den Erfolg des gesamten Rehabilitationsprozesses zukommt [7]. Dennoch bedarf es auch weiterführender Rehabilitationsstrukturen, um die rehabilitativen Potenziale alter und pflegebedürftiger Menschen auszuschöpfen. Rund 850 geriatrischen Krankenhausabteilungen und Tageskliniken stehen hierfür ca. 240 geriatrische Rehabilitationseinrichtungen, davon ca. 160 stationäre, gegenüber; dies allerdings nur in einem Teil der Bundesländer (► **Tab. 1**) (länderbezogene Kapazitäten der einzelnen Versorgungsstrukturen finden sich auf der Homepage des Kompetenz-Centrums Geriatrie [8]).

Vorteile stationärer geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen gegenüber ambulanten und mobilen Angeboten bestehen v. a. in den Möglichkeiten der Übernahme auch aufwendiger Pflegeleistungen, einer oft umfangreicheren Ausstattung und potenziell höherer Therapieintensitäten.

Ambulante rehabilitative Versorgung

Teilstationäre geriatrische Frührehabilitation und ambulante geriatrische Rehabilitation

Beiden Strukturen ist gemeinsam, dass die Rehabilitanden – i.d.R. mit einem organisierten Transportdienst – morgens gebracht und nachmittags abgeholt werden und tagsüber dort ihre rehabilitativen Therapien erhalten.

Merke

Die teilstationäre Frührehabilitation in geriatrischen Tageskliniken kompensiert faktisch oft das Fehlen ambulanter geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen.

Trotz leistungsrechtlich unterschiedlicher Grundlage verfolgen beide Angebote primär das Ziel der Verbesserung von Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen in enger Anbindung an eine darüber hinaus häuslich noch oder bereits wieder gewährleistete Versorgung. Daher gibt es nur wenige Länder, in denen beide Strukturen vorgehalten werden.

Ein Vorteil von Tageskliniken gegenüber ambulanten geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen besteht i.d.R. in der direkten Verfügbarkeit der Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses. Daher eignet sich das tagesklinische Setting besonders für die oftmals komplexen und fluktuierenden Behandlungsbedarfe multimorbider geriatrischer Patienten, insbesondere, wenn neben den rehabilitativen Interventionen noch Bedarf an medizinischer Diagnostik und/oder Therapie besteht [3]. Ambulante geriatrische Rehabilitation kann demgegenüber einen stärkeren Beitrag zur Vermeidung oder Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit leisten. Sie kommt daher insbesondere für

Patienten in Betracht, deren Funktionszustand sich langsam, aber stetig, ggf. auch trotz Heilmittelverordnungen verschlechtert hat. Von dieser Option wird bisher allerdings kaum Gebrauch gemacht. Dies korrespondiert mit der seit Jahren stagnierenden Zahl dieser Einrichtungen [10].

Mobile geriatrische Rehabilitation

Bei der mobilen Rehabilitation sucht das Rehabilitationsteam die Rehabilitanden zur Erbringung seiner Leistung in deren Lebensumfeld (eigene Häuslichkeit oder auch Pflegeheim) auf. Leistungsrechtlich gilt die mobile Rehabilitation als Sonderform der ambulanten Rehabilitation. Sie wird bisher nahezu ausschließlich als geriatrisches Angebot vorgehalten.

INFOBOX

Besonderheiten mobiler geriatrischer Rehabilitation

Vorteile

- Rehabilitation findet im Alltag der Betroffenen statt.
- Nachträglicher Transfer des Gelernten in den Alltag entfällt.
- Die Ziele sind konkret am Alltagskontext des Rehabilitanden orientiert (z. B. vom eigenen Bett in den Fernsehsessel oder mit dem Rollator auf die eigene Toilette kommen).
- Die Ziele sind mit dieser Form der geriatrischen Rehabilitation daher oft schneller und nachhaltiger erreicht als im stationären Setting.
- Oft sind die Rehabilitanden motivierter.
- An- und Zugehörige lernen kontinuierlich mit, die Rehabilitanden angemessen zu unterstützen, ohne ihre und deren Ressourcen zu überfordern.
- Das Erlernte wird auch außerhalb der Therapiezeiten im realen Alltag weiter eingefordert und trainiert.

Grenzen

- Manche Techniken sind nicht verfügbar (z. B. kein Bewegungsbad, keine sperrigen Hilfsmittel oder Trainingsgeräte).
- Der logistische und personelle Aufwand pro Therapieeinheit ist höher und begrenzt die leistbare Therapieintensität.
- Therapeuten können nicht vor Ort supervidiert werden, und der Arzt ist beispielsweise bei Komplikationen nicht direkt verfügbar [9].

Die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration in den Alltag ist eine besondere Stärke mobiler Rehabilitation. Hilfsmittel, Wohnumfeld und Assistenz der An- und Zugehörigen können bestmöglich einbezogen

werden. Dennoch gibt es seit ihrer sozialgesetzlichen Verankerung 2007 bundesweit bisher nur 19 mobile geriatrische Rehabilitationseinrichtungen (Stand 30.09.20).

Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass dieses Setting nach den Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) auf Patienten beschränkt ist, für die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose ausschließlich bei einer Leistungserbringung in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu erwarten ist, die also in den etablierten stationären oder ambulanten Settings gar nicht rehabilitiert werden können [11]. Dies begrenzt MoGeRe bisher weitgehend auf Patienten mit mittelschwerer Demenz ein, bei denen davon auszugehen ist, dass sie sich außerhalb ihres gewohnten räumlichen und sozialen Bezugsfeldes eher verschlechtern, als dass sie ihr bestehendes Rehabilitationspotenzial nutzen können. Dadurch bleiben die besonderen Vorteile dieses Settings aber für andere Zielgruppen ungenutzt.

Inanspruchnahme der Angebote

Eine quantitative Übersicht hierzu gibt ▶ **Tab. 2**.

Die typischen Zugangswege zu den 2 geriatrisch-rehabilitativen Kernleistungen (geriatrische Frührehabilitation und medizinisch geriatrische Rehabilitation) sind im letzten Abschnitt von ▶ **Tab. 1** dargelegt. Während FR-Leistungen stets an eine Krankenhausaufnahme gebunden sind, können Maßnahmen der medizinisch-geriatrischen Rehabilitation auch hiervon unabhängig vertragsärztlich auf dem Formular nach Muster 61 verordnet werden. Deren Umsetzung setzt jedoch in aller Regel die regionale Verfügbarkeit entsprechender geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen voraus.

Einen in den letzten Jahren zunehmenden Zugangsweg stellen Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18a SGB XI dar. Hiernach sind die MDK-Pflegegutachter verpflichtet, zu jeder Pflegeeinstufung eine separate Stellungnahme zu vorliegendem bzw. nicht vorliegendem Rehabilitationsbedarf abzugeben. Bei Zustimmung des Rehabilitanden ersetzt diese Empfehlung einen separaten Rehabilitationsantrag. Die Quote entsprechender – allerdings nicht nur geriatrischer – Empfehlungen stieg in den letzten Jahren von unter 1 auf über 4 % aller Pflegebegutachtungen, wird aber derzeit aus vielfältigen Gründen nur zu weniger als einem Viertel auch in entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen umgesetzt [12, 13].

Merke

98 % aller geriatrisch-rehabilitativen Maßnahmen erfolgen im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalt (FR oder AR). Nur ca. 10 % aller Anträge auf medizinisch-geriatrische Rehabilitation nach § 40 SGB V werden von Vertragsärzten gestellt.

► **Tab. 2** Geriatrisch-rehabilitative Leistungserbringung nach Rehabilitationssetting.

	Fallzahlen/Jahr *	Anteil	davon Anschlussrehabilitation	davon sonstige Antragsteller **
stationäre Frührehabilitation	362989	74,7%	–	–
teilstationäre Frührehabilitation	41417	8,5%	–	–
stationäre medizinische Rehabilitation	77388	15,9%	90,0%	10,0%
ambulante medizinische Rehabilitation	2236	0,5%	72,0%	28,0%
mobile medizinische Rehabilitation	1710	0,4%	83,9%	16,1%

Quellen: * Destatis 2017, KG5-Statistik der GKV 2018, § 21 KHEntg 2018, Basisdokumentation MoGeRe 2018. Zusammenstellung Kompetenz-Centrum Geriatrie. ** Insbesondere aus vertragsärztlicher Verordnung, zu geringen Anteilen aus Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der MDK-Pflegebegutachtung.

Ausgewählte konzeptionelle Besonderheiten

Assessment

Der Breite geriatrischer Beeinträchtigungen entspricht die Breite des geriatrischen Assessments. Einem über viele Dimensionen gestreuten Screening (bspw. nach Lachs) folgt ein vertiefendes Basisassessment in den auffälligen Bereichen. Praktisch regelhaft kommen Instrumente zum Einsatz zur Erfassung von

- Selbsthilfefähigkeit (z.B. Barthel-Index) und
- Mobilität (z.B. Timed Up & Go, Tinetti-Test oder De Morton Mobilitäts-Index).

Häufig werden darüber hinaus auch Instrumente genutzt zur Erfassung von

- Kognition (Mini Mental State Examination, DemTect, Uhren-Tests) und
- Stimmung (z. B. Geriatrische Depressionsskala, Depression im Alter-Skala).

Wichtig ist ein Sozialassessment, das das soziale Umfeld, das Wohnumfeld, bisherige häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, den Pflege-/Hilfsmittelbedarf und rechtliche Verfügungen umfassen sollte. Weitere Instrumente und Hinweise zu deren Anwendung und Interpretation finden sich auf der Homepage des Kompetenz-Centrums Geriatrie [14].

Rehazielfindung

Rehabilitationsziele in der Geriatrie sollten möglichst präzise an die individuellen Bedürfnisse und konkreten Lebensumstände der Betroffenen angepasst sein. Diese auszuhandeln ist kein banaler Prozess. Oft ist es ratsam, die An- und Zugehörigen einzubinden. Meist kommt den Kontextfaktoren (z. B. der Wohnung oder der regionalen Infrastruktur) eine große Bedeutung zu. Nicht immer ist es möglich, verlorene Funktionen wiederherzustellen. Oft kann Selbstständigkeit in Alltagsverrichtungen aber über Umwegstrategien oder den Einsatz von Hilfsmitteln erreicht werden. Wo Selbstständigkeit nicht möglich ist, kann mehr Selbstbestimmung die Teilhabe und Lebensqualität entscheidend verbessern.

Merke

Rehabilitationsziele in der Geriatrie sind individuell, kontextbezogen und alltagsrelevant. Sie fördern eine möglichst selbstständige oder selbstbestimmte Teilhabe am sozialen Leben.

Cave

Scheinbar „kleine“ Ziele können für die Teilhabe große Bedeutung haben und umgekehrt!

FALLBEISPIEL

Bedeutung von Rehabilitationszielen

Ein bislang noch in seiner Einrichtung einigermaßen mobiler Pflegeheimbewohner erleidet eine Hüftfraktur, von der er sich relativ gut erholt. Nur das Treppensteigen klappt nicht mehr wie vorher. Aber ist das in einem behindertengerechten Pflegeheim mit kompletter Fahrstuhlausstattung ein alltagsrelevantes Rehaziell?

Ein anderer Pflegeheimbewohner hat seine bisherige Mobilität nach einem Schlaganfall weitgehend eingebüßt. Nur das Sitzen im Stuhl ist mit entsprechender Stabilisierung wieder möglich. Der Transfer in den Stuhl erfordert aber immer noch 2 Pflegekräfte. Es ist unter den realen Personalbedingungen in Pflegeheimen sehr wahrscheinlich, dass sich die Frage, ob dieser Bewohner sein weiteres Leben ausschließlich im oder auch noch außerhalb seines Bettes verbringt, davon abhängt, ob der Transfer auch mit einer Pflegekraft möglich wird. Ein äußerst alltagsrelevantes Rehaziell, das seine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in seiner Pflegeeinrichtung wesentlich erweitern kann, selbst wenn die Zielerreichung möglicherweise mehr einer entsprechenden Schulung der Pflegekräfte als einer funktionalen Verbesserung des Bewohners zu verdanken wäre!

PRAXISTIPP

Sektorenübergreifende Perspektive und Kontextfaktoren einbeziehen

Ein geriatrischer Rehabilitand ist selten ein „unbeschriebenes Blatt“! Oft haben zahlreiche Akteure wie Hausarzt, Angehörige oder ambulante Pflegedienste Erfahrungen mit den Rehabilitanden. Dieses und jenes wurde schon probiert, das eine hat geklappt, anderes aus diesen oder jenen Gründen nicht. Solche Vorerfahrungen sollten erfragt und in die Rehaziellplanung einbezogen werden. Dies betrifft auch die realen weiteren physischen und zeitlichen Unterstützungsressourcen insbesondere der An- und Zugehörigen. So kann ein Rehabilitand bei seinen Kindern wohnen und trotzdem tagsüber auf sich gestellt sein. Auch weitere Kontextfaktoren wie bspw. die Ausgestaltung der Wohnung (bspw. Schwellen, Stufen, Treppen, Türbreiten im Hinblick auf die Nutzung von Gehhilfen, aber auch die Erreichbarkeit von Schränken etc.) sollten frühzeitig in die Rehaziellplanung einbezogen werden.

Geriatrisches Team

Geriatrische rehabilitative Leistungen werden unter Leitung und Verantwortung von Geriatern erbracht (Schwerpunkt Geriatrie oder Zusatzweiterbildung Geriatrie oder Facharzt Innere Medizin und Geriatrie). Daneben gehören zum geriatrischen Team obligat die Pflege, die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Logopädie und Schlucktherapie, die Psychologie/Neuropsychologie, die Sozialarbeit sowie Ernährungsberatung. Weitere Professionen wie Orthopädiemechaniker, Seelsorger etc. können das Team ergänzen.

Wichtig sind Erfahrungen der Zusammenarbeit im Team und im Umgang mit alten, insbesondere auch kognitiv beeinträchtigten Menschen. Hierfür kommt dem regelmäßigen Austausch in wöchentlichen Teambesprechungen mit laufender Anpassung der Therapieschritte und gegebenenfalls auch der Rehabilitationsziele hohe Bedeutung zu. Unverzichtbar ist ein Sozialdienst mit guten Kenntnissen der regionalen Infrastruktur zur weiteren Unterstützung der Rehabilitanden. Dies unterstreicht die Bedeutung der Wohnortnähe für die geriatrische Rehabilitation [15].

Räumliche und apparative Ausstattung

In der Regel wird in geriatrischen Einrichtungen von einem 25 % höheren Raumbedarf gegenüber nichtgeriatrischen Einrichtungen ausgegangen. Dies soll das Handling der Patienten und den Einsatz notwendiger Hilfsmittel erleichtern, kann bei der Rehabilitation aber auch die spätere Übertragung erlernter Fähigkeiten in das oft engere, reale Lebensumfeld erschweren. Insbesondere in der ambulanten Rehabilitation ermöglichen ausreichende Aufenthaltsräume auch den Austausch und die gegenseitige Motivation der Rehabilitanden. Aufwendige Therapieeinrichtungen wie bspw. Bewegungsbad, ein Armlabor oder gewichtsentlastende Laufbänder sind die Stärke stationärer Rehabilitationseinrichtungen.

Risiko von Komplikationen

Die Vulnerabilität geriatrischer Rehabilitanden ist mit einem erhöhten Risiko für Akutkomplikationen verbunden. Dies stellt gemäß dem Qualitätssicherungsverfahren „QS-Reha Geriatrie“ der GKV entsprechende Anforderungen an die Vorhaltung akutmedizinischer Interventionsmöglichkeiten resp. Kooperationen. Dennoch liegen die Rückverlegungsraten aus stationärer geriatrischer Rehabilitation ins Krankenhaus bei ca. 8,2 %, die Mortalität bei 1,7 % [16].

In der ambulanten und mobilen Rehabilitation ist nur die medizinische Notfallversorgung zu gewährleisten. Die sonstige kurative Versorgung bleibt in Händen der Vertragsärzte.

Potenziale und Grenzen

Wie weit hilft die Evidenz?

Generell ist die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei alten und pflegebedürftigen Menschen belegt. Dies gilt krankheitsübergreifend wie bei zahlreichen einzelnen Krankheitsbildern. Systematische Reviews internationaler Studien belegen dies bezogen auf Mortalität, Heimaufnahmerate, Pflegeabhängigkeit und funktionales Outcome. Register- und Routinedaten aus der deutschen rehabilitativen Versorgungs- und Umsetzungspraxis stützen dies ebenfalls. Es fehlen allerdings hochwertig kontrollierte Studien aus Deutschland. Außerdem schränkt die Vielfalt unterschiedlicher rehabilitativer Interventions-, Kontext- und Zielgruppenkonstellationen den Nutzwert dieser externen Evidenz für die Übertragbarkeit auf den Einzelfall geriatrischer Rehabilitanden ein [17].

INFOBOX

Rehabilitation von Menschen mit Demenz

Die Evidenz für die Rehabilitation von Menschen mit leichtgradiger bis mittelschwerer Demenz ist gut, wenn die Demenz Begleiterkrankung und nicht die rehabilitationsbegründende Diagnose ist. Oft ist der funktionale Status vor und nach Rehabilitation etwas schlechter als bei kognitiv unbeeinträchtigten Rehabilitanden, die Verbesserungen liegen aber in vergleichbarer Größenordnung. Auf Menschen mit leichten Demenzen sind geriatrische Einrichtungen i.d.R. gut eingestellt, für Menschen mit mittelschwerer Demenz kommt – soweit verfügbar – die mobile geriatrische Rehabilitation in Betracht. Keine hinreichende Evidenz gibt es bisher für die nachhaltige Verbesserung durch die etablierten geriatrischen Rehabilitationsangebote bei Demenz als rehabilitationsbegründender Diagnose [17].

Potenziale unterschiedlicher rehabilitativer Ansätze

Trotz eingeschränkter Reserven geriatrischer Rehabilitanden eröffnet der differenzierte Einsatz unterschiedlicher rehabilitativer Strategien Chancen auf Teilhabeverbesserungen.

INFOBOX

Rehabilitationsstrategien nach dem ICF-Modell

Restitution

Zielt darauf, geschädigte Körperstrukturen und Funktionen bis zum Normalzustand (ad integrum) oder weitestmöglich (ad optimum) wiederherzustellen. In der Regel werden so auch die Rehabilitationsziele auf Ebene der Aktivitäten und Teilhabe erreicht.

Kompensation

Zielt auf die ersatzweise Übernahme geschädigter Strukturen, Funktionen und Aktivitäten durch andere, um die gleichen Ziele und Aufgaben in der Lebensführung und Teilhabe zu erreichen.

Adaptation

Zielt auf Anpassung der praktischen Lebensvollzüge an die individuellen Einschränkungen unter Berücksichtigung und gegebenenfalls Anpassung der Kontextfaktoren. Sie umfasst die Reduktion hemmender und die Stärkung fördernder Umwelt- und personbezogener Faktoren. Dies kann von der Anpassung von Hilfsmitteln über räumliche und sächliche Maßnahmen bis zu Strategien der subjektiven Bewältigung (Coping) und Stützung von Ressourcen der An- und Zugehörigen reichen. (ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health)

Geriatrische Rehabilitation ist therapeutisch und von ihren Rehabilitationsstrategien breit angelegt. Auch bei geriatrischen Patienten ist Restitution in allen Rehabilitationssettings eine erfolgversprechende Strategie. Dennoch kommt bei oft begrenzten Restitutionspotenzialen in der Geriatrie der Kompensation und Adaptation als rehabilitativen Ansätzen besondere Bedeutung zu.

Rehabilitationsprognose

Während die Rehabilitationsprognose in der FR oft noch offen bleiben muss und darf, stellt sie in der geriatrischen Rehabilitation häufig die schwierigste Herausforderung dar. Eine Rehabilitationsindikation lässt sich nie allein aus einem Funktionsassessment ableiten. Sie erfordert stets weitere Informationen zum bisherigen Krankheitsverlauf, dem Rehabilitationsziel und den dafür relevanten Kontextfaktoren.

PRAXISTIPP

Bedeutung der Vorgeschichte für die Rehabilitationsprognose

Geriatrische Rehabilitanden weisen oft nicht nur multiple, sondern auch durch unterschiedliche Erkrankungen schon längere Zeit bestehende oder fortschreitende Beeinträchtigungen auf. In welchem Umfang angestrebte Rehaziele erreichbar sind, hängt neben dem aktuellen Funktionsstatus auch davon ab,

- wie der letzte „stabile“ Funktionsstatus vor einem Akutereignis war,
- welche Beeinträchtigungen seit wann vorliegen und wie sie sich im Verlauf entwickelt haben,
- welche Erkrankungen ihnen zugrunde liegen,
- was ggf. schon wann an rehabilitativen Maßnahmen (inkl. Einsatz von Heilmitteln) versucht wurde und
- ggf. über welchen Zeitraum, mit welchem Erfolg und wie nachhaltig?

Diese Aspekte sind dann mit dem aktuellen Status im Hinblick auf das individuelle Rehabilitationsziel und die hierfür relevanten aktuellen Kontextfaktoren zu bewerten, um zu einer belastbaren Rehabilitationsprognose für den Einzelfall zu kommen.

Herausforderungen und Perspektiven

Als wesentliche Herausforderungen in der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung sind festzuhalten

- Sie findet nahezu ausschließlich im Kontext von Krankenhausaufenthalten statt. Bisher kaum genutzt werden demgegenüber ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten im Rahmen schleichender Verschlechterungen der funktionalen Gesundheit. Hier könnte seitens der Vertragsärzte durch rechtzeitige Verordnung ambulanter geriatrischer Rehabilitation ein stärkerer Beitrag dazu geleistet werden, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern.
- Die hohe Erbringung von Frührehabilitation stellt die Ausschöpfung vorhandener Rehabilitationspotenziale bei Fehlen weiterer Rehabilitationsstrukturen nicht sicher. Es existieren keine kassenübergreifend einheitlichen, transparenten Regelungen, wie bei Fehlen entsprechender Strukturen bspw. mit Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung oder vertragsärztlicher Beantragung geriatrischer Rehabilitation zu verfahren ist.
- Die weitgehende Dominanz stationärer Strukturen geht an den Bedarfen vieler geriatrischer Rehabilitanden nach zugehenden Angeboten vorbei. Das

Wohnumfeld ist für viele nicht selten der noch einzige räumliche und soziale Schutzraum, in dem sie sich auskennen und sicher fühlen. Diesen Schutzraum zu verlassen ist häufig angstbesetzt, sodass vielen trotz objektivem Rehabilitationspotenzial ein solcher Entschluss nicht möglich ist [12, 18]. Die eng gefassten Zugangsregelungen zu mobiler Rehabilitation schließen zudem viele von den speziellen Chancen dieses Rehabilitationssettings aus.

Perspektivisch sollte die Auswahl des geriatrischen Rehabilitationssettings stärker an den individuellen Rehabilitationszielen und der Frage, in welchem Setting diese Ziele am besten zu erreichen sind, ausgerichtet werden [7]. Hierzu sind Setting-vergleichende kontrollierte Begleitstudien zur besseren Evidenzbasierung zu fordern. An einer Anpassung der Rahmenempfehlungen MoGeRe mit einer entsprechenden Erweiterung der bisher sehr eng gefassten Indikationskriterien mobiler geriatrischer Rehabilitation wird derzeit gearbeitet.

Merke

Entwicklungsbedarfe bestehen im bundesweiten Ausbau medizinisch geriatrischer Rehabilitation und hierbei insbesondere wohnortnaher ambulanter und zugehender mobiler Angebote.

Abschließend sei auf das am 4. November 2020 in Kraft getretene IPReG (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz) hingewiesen [19]. Unter anderem soll damit die geriatrische Rehabilitation gestärkt werden. Hierzu wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht mehr überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Die Anwendung dieser Instrumente ist dafür nachzuweisen und das Ergebnis dieser Abschätzung bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse beizufügen. Die konkrete Ausgestaltung geeigneter Abschätzungsinstrumente, um eine geriatrische Rehabilitationsindikation zu belegen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31.12.2021 zu regeln und ist bereits Gegenstand aktueller Beratungen. Voraussichtlich werden hierbei neben Assessmentergebnissen die o.g. GKV-Definitionskriterien geriatrischer Patienten von Bedeutung sein.

Zusammenfassung

Geriatrisch-rehabilitative Versorgung dient dem Erhalt selbstbestimmter Teilhabe alter Menschen. Sie trägt zur Minderung von Pflegebedürftigkeit bei – eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen. Sie arbeitet mit meist multipel beeinträchtigten älteren Patienten mit zugleich eingeschränkten Reserven. Dadurch tragen diese Menschen ein hohes Risiko, im Rahmen jeglicher Akuter-

krankungen weitere Beeinträchtigungen ihrer bisherigen Aktivitäten und Teilhabe zu entwickeln. Dies rechtfertigt den hohen Anteil von Frührehabilitation bereits im Krankenhaus, die einen wesentlichen Teil geriatrisch-rehabilitativer Versorgung in Deutschland ausmacht. Ihr Ziel ist es, entsprechende Einbrüche in der Selbstständigkeit so früh und so weit wie möglich zu mindern oder zu vermeiden.

Frührehabilitation allein kann – besonders unter den Bedingungen pauschalierter Vergütung im DRG-System – jedoch keine gegebenenfalls notwendige, weiterführende medizinische Rehabilitation ersetzen. Angebote entsprechender geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen stehen allerdings nicht in allen Bundesländern zur Verfügung.

Darüber hinaus werden rehabilitative geriatrische Angebote in Deutschland weitgehend in stationären Strukturen erbracht. Dies schöpft Vorteile anderer rehabilitativer Erbringungsformen bisher kaum aus. So könnte bspw. die ambulante geriatrische Rehabilitation bereits stärker zur Verhinderung von Pflegeeintritt bei langsam zunehmenden Verschlechterungen der funktionalen Gesundheit eingesetzt werden. Die mobile Rehabilitation, die die Rehabilitanden in ihrem Wohnumfeld aufsucht, könnte bei Patienten, deren Rehabilitations- und Teilhabeziele weniger durch Wiederherstellung verlorener Funktionen als durch Adaptation von Kontextfaktoren und Verbesserung von Unterstützungsarrangements zu erreichen sind, effizienter und nachhaltiger sein.

KERNAUSSAGEN

- Geriatrische Rehabilitation arbeitet mit meist multipel beeinträchtigten Patienten mit eingeschränkten Reserven.
- Dies bedeutet ein erhöhtes Risiko im Rahmen jeglicher Akuterkrankungen, anhaltende Beeinträchtigungen ihrer bisherigen Aktivitäten und Teilhabe zu entwickeln und rechtfertigt den hohen Anteil von Frührehabilitation in der Geriatrie.
- Frührehabilitation im Krankenhaus kann – besonders unter den Bedingungen pauschalierter Vergütung im DRG-System – jedoch keine medizinische Rehabilitation ersetzen.
- Geriatrische Rehabilitationsangebote zur medizinischen Rehabilitation stehen allerdings nicht flächendeckend und nicht in allen Bundesländern zur Verfügung.
- Darüber hinaus werden rehabilitative geriatrische Angebote weitgehend in stationären Strukturen erbracht. Dies schöpft besondere Vorteile ambulanter und mobiler rehabilitativer Erbringungsformen bisher kaum aus.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahler-Berater/ interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Norbert Lübke

Dr. med., Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie, Sozialmedizin. Manager im Sozial- und Gesundheitswesen (MSG). Seit 2003 Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Medizinischen Dienste. Aufgabenbereich: Systemberatung zur Weiterentwicklung, Qualitätssicherung,

Evaluation und sozialmedizinischen Begutachtung geriatrischer Versorgung. Schwerpunkt: geriatrische Rehabilitation.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Norbert Lübke

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord
Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg
Deutschland
norbert.luebke@kcgeriatrie.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Dr. med. Norbert Lübke, Hamburg.

Literatur

- [1] Hajek A, Brettschneider C, Ernst A et al. Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. Gesundheitswesen 2017; 79: 73–79
- [2] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKF Spitzenverband, Hrsg. Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation: Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Essen 2018; 1–85
- [3] Ernst F, Lübke N, Meinck M et al. Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie. 4. Aufl. Heidelberg: Springer; 2020

- [4] Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Krankenhäuser. Publikationen. Operationen und Prozeduren. Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (4-Steller) 2018. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html#sprg234206 (Stand: 30.10.2020)
- [5] Kolb G, Breuninger K, Gronemeyer S et al. 10 Jahre geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im DRG-System. *Z Gerontol Geriatr* 2014; 47: 6–12
- [6] AOK-Bundesverband, Hrsg. Blickpunkt Klinik. Krankenhausnewsletter des AOK-Bundesverbandes, November 2018. Im Internet: https://www.blickpunkt-klinik.de/imperia/md/blickpunktklinik/pdf/bp_klinik_ausg_5_nov_2018.pdf (Stand: 26.10.2020)
- [7] Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Hrsg. Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflege – Personenkreis, Situation und Lösungsvorschläge. Positionspapier der DVfR. in Vorbereitung
- [8] MDK Kompetenz-Centrum Geriatrie, Hrsg. Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland. Im Internet: https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Seiten/Versorgungsstrukturen.aspx (Stand: 26.10.2020)
- [9] Lübke N. Mehr als 10 Jahre Mobile Geriatrische Rehabilitation: Nach wie vor zu wenig Angebote und Unterschätzung des Potenzials einer wichtigen Rehabilitationsleistung. *RP Reha – Recht Praxis Reha* 2019; 6: 12–19
- [10] Renz JC, Lübke N. Bestandsaufnahme der aktuellen ambulant geriatrisch-rehabilitativen Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen in Deutschland und deren Evaluationsstand. Gutachten im Auftrag des MDS. Hamburg: KCG; 2019: 1–99
- [11] Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Hrsg. Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007. Im Internet: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/RE_MoGeRe_070501_1_.pdf (Stand 26.10.2020)
- [12] GKV-Spitzenverband, Hrsg. 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. 2017: Berlin: GKV; 2018: 1–10
- [13] Golla A, Richter C, Mau W et al. Abschlussbericht für das Forschungsprojekt „Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung“. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 2019; 1–68. Im Internet: <https://rehaempfehlung.medfak.uni-halle.de/files/2020/01/Abschlussbericht.pdf> (Stand: 26.10.2020)
- [14] MDK Kompetenz-Centrum Geriatrie, Hrsg. Assessments in der Geriatrie. https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Seiten/default.aspx (Stand: 26.10.2020)
- [15] GKV-Spitzenverband, Hrsg.. Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 02.01.2018 2018; 1–32. Im Internet: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/2018_01_15__Re_amb_ger_Reha_02012018.pdf (Stand: 26.10.2020)
- [16] Trögner J, Tümena T, Schramm A et al. Geriatrie in Bayern Datenbank (GIB-DAT) – Patientenstrukturen und Ergebnisse der geriatrischen Rehabilitation. Eine statistische Analyse von Benchmarking-Parametern Teil II. *Z Gerontol Geriatr* 2006; 39: 134–142
- [17] Lübke N. Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. G3-Gutachten im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Hamburg: MDK; 2015: 1–216. Im Internet: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCG.pdf (Stand: 26.10.2020)
- [18] Janßen H. Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege – Abschlussbericht. Hochschule Bremen 2018; 1–123
- [19] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Hrsg. Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG). Veröffentlicht im Bundesanzeiger am 04.11.2020: Bundesgesetzblatt, Teil I, 48: 2220–2228

Bibliografie

Rehabilitation 2020; 59: 376–389
 DOI 10.1055/a-1115-8602
 ISSN 0034-3536
 © 2020. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar.

Den genauen Einsendeschluss finden Sie unter <https://cme.thieme.de>.

Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/CXELXTA> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests.

VNR 2760512020158721155



Frage 1

Welche Aussage zum geriatrischen Patienten ist *nicht* richtig?

- A Geriatrische Patienten zeichnen sich durch erhöhtes Risiko für überraschende Einbrüche ihrer bisherigen Selbstständigkeit aus.
- B Unabdingbares Kriterium für die Einstufung als geriatrischer Patient nach den Kriterien der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist das Vorliegen einer geriatritypischen Multimorbidität.
- C Das Alter stellt einen unabhängigen Risikofaktor für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit dar.
- D Altersphysiologisch bedingte Einschränkungen von Reserven sind zum Teil durch Training und angepasste Lebensweise günstig beeinflussbar, jedoch nicht prinzipiell vermeidbar.
- E Als geriatritypisch gilt Multimorbidität z. B. im Zusammenhang mit Fehl- und Mangelernährung oder Störungen im Flüssigkeits- oder Elektrolythaushalt.

Frage 2

Eines der im Folgenden genannten Kriterien gehört *nicht* zu den Indikationskriterien der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die geriatrische Rehabilitation. Welches?

- A voraussichtlich anhaltende Beeinträchtigungen von Aktivitäten oder Teilhabe
- B der Ausschluss vorrangig kurativer Behandlungsbedürftigkeit
- C die Fähigkeit zur mehrmals täglichen aktiven Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen
- D die Motivation des Rehabilitanden
- E eine medizinisch begründete positive Prognose für das Erreichen des Rehabilitationsziels

Frage 3

Welche der folgenden Aussagen zur Vergütung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFK) ist richtig?

- A Die Vergütung erfolgt kontinuierlich abgestuft nach erbrachten Therapieeinheiten und Behandlungsdauer.
- B Die Vergütung setzt die Erbringung der Leistung im individuell notwendigen Umfang voraus
- C Die Vergütung setzt die Erbringung der Leistung über den gesamten Krankenhausaufenthalt voraus.

- D Leistungen unter 20 Therapieeinheiten und unter 14 Behandlungstagen werden nicht gesondert vergütet.
- E Erst ab einem Leistungsumfang von mindestens 20 Therapieeinheiten und 14 Behandlungstagen setzt eine schrittweise Erhöhung der Vergütung bei weiteren Therapieeinheiten ein.

Frage 4

Welches der folgenden Ziele wird durch die geriatrische Frührehabilitation *nicht* verfolgt?

- A die funktionale Verschlechterung eines Patienten im Rahmen einer akutstationär behandlungspflichtigen Erkrankung zu vermeiden
- B die Rehabilitationsfähigkeit eines Patienten für eine Anschlussrehabilitation herzustellen
- C das gesamte Rehabilitationspotenzial während des Aufenthalts im Krankenhaus auszuschöpfen
- D die Notwendigkeit einer Anschlussrehabilitation abzuwenden
- E die Erhöhung eines vorbestehenden Pflegegrades zu vermeiden

Frage 5

Welche der folgenden Aussagen zu geriatrisch-rehabilitativen Versorgungsangeboten ist *falsch*?

- A Stationäre Frührehabilitation hat sich unter den pauschalierten Vergütungen des DRG-Systems nach Dauer und Umfang der Leistungen weitgehend standardisiert.
- B In geriatrischen Tageskliniken können auch Patienten mit noch bestehendem diagnostischem Abklärungsbedarf rehabilitativ behandelt werden.
- C Stationäre Rehabilitation ist erforderlich, wenn bei gegebener Rehabilitationsindikation die medizinische und pflegerische Versorgung zu Hause (noch) nicht gewährleistet werden kann.
- D Ambulante geriatrische Rehabilitation kommt ohne Transportangebot aus.
- E Mobile Rehabilitation kann besonders gut das individuelle Unterstützungs- und Pflegearrangement der Patienten in die Rehabilitation einbeziehen.

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 6

Welches der folgenden Merkmale stellt ein weitgehendes Spezifikum geriatrischer Rehabilitation dar?

- A die Kombination multipler Beeinträchtigungen und Erkrankungen
- B das Ziel einer Restitution ad integrum oder zumindest ad optimum
- C die Wiedererlangung weitest möglicher Teilhabe
- D der Einsatz von Hilfsmitteln
- E der hohe Anteil als Anschlussrehabilitation erbrachter Leistungen

Frage 7

Was ist in Deutschland die häufigste Zugangsform in eine geriatrisch-rehabilitative Versorgung?

- A Die vertragsärztliche Verordnung einer stationären geriatrischen Rehabilitation
- B Die vertragsärztliche Verordnung einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation
- C Die stationäre Krankenhausaufnahme geriatrischer Patienten
- D Die Anschlussrehabilitation geriatrischer Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt
- E Die Rehabilitationsempfehlung im Rahmen einer MDK-Pflegebegutachtung

Frage 8

Worin unterscheidet sich mobile wesentlich von ambulanter geriatrischer Rehabilitation?

- A in den Zugangsverfahren
- B in der Notwendigkeit, die häusliche Versorgung des Rehabilitanden außerhalb der Therapiezeiten sicherzustellen
- C in der Zusammensetzung des geriatrischen Rehabilitationsteams
- D in der Konkretheit und dem unmittelbaren Kontextbezug der Rehabilitationsziele
- E in der Prognose für das Erreichen des Rehabilitationsziels

Frage 9

Welcher der folgenden Aspekte spielt in der geriatrischen Rehabilitation für die Beurteilung der Rehabilitationsprognose *keine* wesentliche Rolle?

- A das individuelle Rehabilitationsziel
- B der letzte stabile Funktionszustand vor einem Akutereignis
- C die Dauer des Bestehens der vorliegenden Beeinträchtigungen
- D die den Beeinträchtigungen zugrunde liegenden Krankheitsbilder
- E das kalendarische Alter

Frage 10

Eine der folgenden Aussagen zu rehabilitativen Strategien in der geriatrischen Rehabilitation ist *falsch*. Welche?

- A Restitution ist auch im Alter oft eine erfolgversprechende Rehabilitationsstrategie.
- B Restitution ist nur im stationären Setting effizient möglich.
- C Kompensation trägt beim geriatrischen Rehabilitanden häufig zum Erhalt oder Wiedergewinn von Selbstständigkeit bei.
- D Je länger und je stärker ein geriatrischer Rehabilitand beeinträchtigt ist, umso wichtiger werden adaptive Strategien.
- E Je wichtiger Adaptation für die individuelle Reha-zielumsetzung ist, umso größer sind die Vorteile eines mobilen Erbringungssettings.