



Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation

01.06.2021

GKV–Spitzenverband, Berlin

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e. V., Berlin

Knappschaft, Bochum

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

unter Beteiligung

- der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung und Teilhabe“ (SEG 1)
- des Medizinischen Dienstes des GKV–Spitzenverbandes (MDS)
- des Kompetenzzentrums „Geriatric“ der MDK–Gemeinschaft (KCG)

PRÄAMBEL	6
I. ALLGEMEINER TEIL	7
1. Mobile Rehabilitation	7
2. Kontextbezogene Voraussetzungen für die mobile Rehabilitation	8
3. Indikation und Allokation zur mobilen Rehabilitation	8
4. Ausschlusskriterien	11
5. Anforderungen an die mobile Rehabilitation	11
5.1 Ganzheitlicher Ansatz	11
5.2 Rehabilitationskonzept	12
5.3 (Rehabilitations-) Diagnostik	12
5.4 Rehabilitationsplan	12
6. Rehabilitationsteam und Qualifikation	13
6.1 Arzt/Ärztin	13
6.2 Physiotherapeut / Krankengymnast	15
6.3 Masseur und Medizinischer Bademeister	15
6.4 Ergotherapeut	15
6.5 Logopäde / Stimm- Sprech-, Sprach- und Schlucktherapeut	15
6.6 Klinischer Psychologe	16
6.7 Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	16
6.8 Diätassistent / Ökotrophologe	16
6.9 Gesundheits- und Krankenpfleger	16
6.10 Sportlehrer / Sportwissenschaftler / Sporttherapeut	16
6.11 Psychotherapeuten	16
6.12 Personalbemessung	17
6.13 Aufbau mobiler Rehabilitation	17
7. Räumliche und apparative Ausstattung	17
8. Behandlungselemente	18
9. Leistungsbewilligung	19
10. Leistungsumfang und -dauer	19
11. Verlängerungskriterien	20
12. Dokumentation	20
13. Entlassungsbericht	21
14. Kooperation	21
15. Datenschutz	21

16. Qualitätsmanagement	21
17. Qualitätssicherung	22
17.1 Strukturqualität	22
17.2 Prozessqualität	22
17.3 Ergebnisqualität	22
18. Beendigung der Rehabilitation	22
19. Basisdokumentation	23
II. SPEZIELLER TEIL	24
1. Mobile geriatrische Rehabilitation	24
1.1 Mobile Rehabilitation in der Geriatrie	24
1.2 Kontextbezogene Voraussetzungen für die mobile geriatrische Rehabilitation	24
1.3 Indikation und Allokation zur mobilen geriatrischen Rehabilitation	25
1.3.1 Der geriatrische Rehabilitand und die Indikation für die geriatrische Rehabilitation	25
1.3.2 Allokation für die mobile geriatrische Rehabilitation	26
1.4 Ausschlusskriterien	27
1.5 Anforderungen an die mobile geriatrische Rehabilitation	27
1.5.1 Ganzheitlicher Ansatz	27
1.5.2 Rehabilitationskonzept	27
1.5.3 (Rehabilitations-) Diagnostik	27
1.5.4 Rehabilitationsplan	27
1.6 Rehabilitationsteam und Qualifikation	28
1.6.1 Arzt/Ärztin	28
1.7 Räumliche und apparative Ausstattung	29
1.8 Behandlungselemente	29
1.8.1 Medikamentöse Behandlung	30
1.8.2 Physiotherapie	30
1.8.3 Ergotherapie	30
1.8.4 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	30
1.8.5 Rehabilitative Pflege in der mobilen geriatrischen Rehabilitation	31
1.8.6 Klinische Psychologie/Neuropsychologie	32
1.8.7 Sozialarbeit	32
1.8.8 Ernährungsberatung	33
1.8.9 Personalbemessung	33

1.9	Leistungsbewilligung	33
1.10	Leistungsumfang und –dauer	33
1.11	Verlängerungskriterien	34
1.12	Dokumentation	34
1.13	Entlassungsbericht	34
1.14	Kooperation	34
1.15	Datenschutz	34
1.16	Qualitätsmanagement	34
1.17	Qualitätssicherung	34
1.18	Beendigung der Rehabilitation	34
1.19	Basisdokumentation	34
2.	Mobile indikationsspezifische Rehabilitation	35
2.1	Mobile Rehabilitation in indikationsspezifischen Bereichen	35
2.2	Kontextbezogene Voraussetzungen für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation	35
2.3	Indikation und Allokation zur mobilen indikationsspezifischen Rehabilitation	35
2.4	Ausschlusskriterien	36
2.5	Anforderungen an die mobile indikationsspezifische Rehabilitation	36
2.5.1	Ganzheitlicher Ansatz	36
2.5.2	Rehabilitationskonzept	36
2.5.3	(Rehabilitations-) Diagnostik	36
2.5.4	Rehabilitationsplan	36
2.6	Rehabilitationsteam und Qualifikation	37
2.6.1	Arzt/Ärztin	37
2.7	Räumliche und apparative Ausstattung	37
2.8	Behandlungselemente	37
2.9	Leistungsbewilligung	37
2.10	Leistungsumfang und –dauer	37
2.11	Verlängerungskriterien	38
2.12	Dokumentation	38
2.13	Entlassungsbericht	38
2.14	Kooperation	38
2.15	Datenschutz	38
2.16	Qualitätsmanagement	38
2.17	Qualitätssicherung	38

2.18	Beendigung der Rehabilitation	38
2.19	Basisdokumentation	39
III.	ANLAGEN	40
1.	Link zur BAR Rahmenempfehlungen	40
2.	Link zur AGR	40
3.	Der geriatrische Patient	40
4.	Fragebögen zur Basisdokumentation	41

Präambel

Die Gesellschaft in Deutschland unterliegt nachhaltigen demographischen und sozialen Wandlungsprozessen. Diese haben den Gesetzgeber dazu veranlasst, die mobile Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zum 01.04.2007 sozialrechtlich zu verankern. Mobile Rehabilitation ist hiernach eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation.

Rehabilitationsleistungen müssen so ausgerichtet sein, dass sie die rehabilitationsbedürftigen Menschen tatsächlich erreichen, von ihnen akzeptiert werden und die Kontextfaktoren mit einbeziehen. Die mobile Rehabilitation kommt dabei insbesondere für eine Gruppe rehabilitationsbedürftiger Patienten in Betracht, für die das Erreichen der für sie relevanten Rehabilitationsziele mit größtmöglichem Erfolg im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld anzunehmen ist.

Mit dem vorliegenden Dokument „Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation“ werden die Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007 und die dazugehörigen Umsetzungshinweise/Übergangsregelungen vom 01.05.2010 aktualisiert und mit den Eckpunkten für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation vom 05.04.2016 zusammengeführt. Die in den vergangenen Jahren gewonnenen Erfahrungen in der mobilen Rehabilitation wurden bei der Erarbeitung dieses Dokuments einbezogen. Diese Gemeinsamen Empfehlungen wurden damit nicht auf der Grundlage von §§ 111 Abs. 7, 111c Abs. 5 SGB V abgeschlossen.

Die Gemeinsamen Empfehlungen gliedern sich in zwei Teile:

- einen Allgemeinen Teil, der die indikationsübergreifende Grundlage für die mobile Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und
- einen Speziellen Teil, der die besonderen Anforderungen der jeweiligen Indikationen beschreibt.

Weitere Grundlagen dieser Gemeinsamen Empfehlungen sind die Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vom 01.03.2016 sowie die darauf basierende Rahmenempfehlung zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 02.01.2018. Des Weiteren wurden die seit Implementierung dieser Leistung gewonnenen empirischen Erfahrungen mit der bisherigen Umsetzung mobiler Rehabilitation berücksichtigt. Die Erarbeitung der Gemeinsamen Empfehlungen erfolgte durch den GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, des Medizinischen Dienstes und unter Einbezug der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe).

I. ALLGEMEINER TEIL

1. Mobile Rehabilitation

Mobile Rehabilitation ist den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuzurechnen, wie sie im SGB V, SGB IX und der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses beschrieben sind. Danach umfasst die medizinische Rehabilitation einen ganzheitlichen Ansatz, der den Prinzipien der Finalität, Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität folgt (Reha-RL). Es handelt sich weder um Heilmittelerbringung im Sinne der Heilmittel-Richtlinie, noch um Nachsorge. Der ausschließliche Transfer der Rehabilitationsergebnisse ambulanter oder stationärer Rehabilitation in die Häuslichkeit stellt keine eigene Leistung der mobilen Rehabilitation dar, sondern ist Aufgabe dieser Leistungsformen und gegebenenfalls im Rahmen flexibler Leistungserbringung dieser Settings zu gewährleisten.

Mobile Rehabilitation wird als eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Rehabilitanden erbracht. Dies kann z. B. seine Wohnung, das Pflegeheim oder eine Wohnform der Behindertenhilfe sein. Eine Grundvoraussetzung der ambulanten Rehabilitation ist, dass die häusliche Versorgung und ggf. Pflege sichergestellt ist.

Mobile Rehabilitation unterscheidet sich von anderen Rehabilitationsformen v.a. dadurch, dass sie den Menschen in seinem vertrauten Umfeld rehabilitiert. Relevante Umweltfaktoren können im individuellen Rehabilitationsplan optimal berücksichtigt werden. Der Alltag mit seinen Anforderungen an die alltägliche praktische Lebensführung wird zum Übungs- und Trainingsfeld, ohne dass Transferprozesse für den Rehabilitanden notwendig werden. Hilfsmittel, gewohntes oder ständiges Wohnumfeld und Assistenz der An- und Zugehörigen – einschließlich des Pflegepersonals, wenn der Rehabilitand in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt¹ – können bestmöglich einbezogen werden. Die Therapien werden in den üblichen Tagesablauf eingepasst. Belastende Transporte entfallen und Barrieren im Wohnumfeld können abgebaut werden. An- und Zugehörige können den praktischen Umgang des Rehabilitationsteams mit dem Patienten u.a. in der Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und in kommunikativ schwierigen Situationen kennenlernen. Die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration in den Alltag ist eine besondere Stärke mobiler Rehabilitation. Der Rehabilitationsprozess kann dabei flexibel an das Leistungsvermögen des Patienten im vertrauten Wohnumfeld angepasst werden.

Es kann angezeigt sein, die mobile Rehabilitation in Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu beginnen. Dabei sollte der überwiegende Anteil der Therapieeinheiten im gewohnten oder ständigen

¹ Sobald in den Gemeinsamen Empfehlungen An- und Zugehörige genannt werden, ist auch immer das Pflegepersonal umfasst.

Wohnumfeld des Rehabilitanden² erbracht werden, um die dargelegten Vorteile mobiler Rehabilitation auszuschöpfen und den Transfer der Rehabilitationserfolge in die Häuslichkeit sicherzustellen. Eine komplette Leistungserbringung in der Kurzzeitpflege widerspricht dem Ziel der mobilen Rehabilitation, eine Adaption der Rehabilitationsinhalte an die häuslichen Versorgungsbedingungen zu ermöglichen.

2. Kontextbezogene Voraussetzungen für die mobile Rehabilitation

Das Wohnumfeld muss für die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen während der Rehabilitationsleistung geeignet sein. Die Versorgung im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld und die ggf. notwendige Grund- und Behandlungspflege müssen sichergestellt sein. Die mobile Rehabilitation soll im Rahmen der Therapieeinheiten die nachhaltige Befähigung der An- und Zugehörigen zur bedarfsgerechten Unterstützung des Rehabilitanden berücksichtigen. In der Regel sind die An- und Zugehörigen während der Therapiezeiten zur Unterstützung verfügbar, damit die mobile Rehabilitation erfolgreich durchgeführt werden kann. In begründeten Einzelfällen können Abweichungen notwendig sein. Darüber hinaus sollten die An- und Zugehörigen auch außerhalb der Therapiezeiten zur Verfügung stehen, damit die in den Therapieeinheiten erreichten Fortschritte durch Anwendung und Training kontinuierlich gefestigt und durch Teilhabe am Alltagsleben ausgebaut werden können. Eine Überforderung der Angehörigen ist zu vermeiden.

Sofern die Rehabilitanden in einem Pflegeheim leben, ist bei der Verordnung und zu Beginn der Rehabilitation u.a. im Rahmen der Rehazielfestlegung zu klären, wie Angehörige und insbesondere das Einrichtungspersonal den Rehabilitationsprozess unterstützen und dessen Ergebnisse in den Pflegealltag übertragen können.

3. Indikation und Allokation zur mobilen Rehabilitation

Bei Vorliegen der Indikationskriterien für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation³:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- Realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und
- Positive Rehabilitationsprognose

zu einer indikationsspezifischen oder indikationsübergreifenden (z. B. geriatrischen) Rehabilitation soll sich die Entscheidung über die Form der Rehabilitation primär an den individuellen,

² Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

³ gemäß Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation

alltagsrelevanten Teilhabezielen und der Frage, in welchem Setting diese am besten erreichbar erscheinen, orientieren.

Die Umsetzung des Ziels größtmöglicher Teilhabe setzt für die ambulante und stationäre Rehabilitation in einer Einrichtung voraus, dass erlernte Prozesse im Sinne der Nachhaltigkeit auch effektiv im konkreten Lebensalltag umgesetzt werden können. Dies stellt für die meist wohnortferne stationäre Rehabilitation eine große Herausforderung dar.

Solche Überlegungen sind insbesondere bei pflegebedürftigen Menschen von Bedeutung, bei denen eine Funktionsverbesserung im Sinne einer Restitution und die Kompensation nur in begrenztem Umfang, jedoch eine Förderung der Aktivitäten und der Teilhabe durchaus in relevantem Umfang durch Adaptation möglich ist. Diese drei grundlegenden Strategien lassen sich wie folgt charakterisieren:

- **Restitution:** Wiederherstellung von geschädigten Strukturen und Funktionen bis zum Normalzustand (ad integrum) oder weitestmöglich (ad optimum). Vielfach schließt dies auch die Erreichung weiterer Rehabilitationsziele im Bereich von Aktivitäten und Teilhabe ein.
- **Kompensation:** Ersatzweise Übernahme verlorener Strukturen, Funktionen und Aktivitäten durch andere, um gleiche Ziele bzw. Aufgaben in der Lebensführung und der Teilhabe zu erreichen.
- **Adaptation:** Anpassung der individuellen praktischen Lebensvollzüge an die individuellen Einschränkungen unter den gegebenen Umständen bei gleichzeitiger Anpassung der Kontextfaktoren, d. h. Reduktion hemmender und 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.

Alle diese Strategien schließen stets die Vermeidung von Verschlechterungen oder Komplikationen und das Erreichen eines möglichst hohen Grades an Selbständigkeit und selbstbestimmter Teilhabe mit ein. Sie sind in der Praxis nicht immer vollständig zu trennen bzw. werden oft gemeinsam und sich ergänzend angewendet. Dennoch können einzelne strategische Zugänge dominieren.

Die restitutive Strategie setzt vorwiegend an der Verbesserung einzelner oder komplexer Funktionen der einzelnen Person an und bedient sich vorwiegend einzel- und gruppentherapeutischer Maßnahmen. Sie ist optimal in einem Setting durchzuführen, das eine hohe Intensität und Vielfalt solcher Anwendungen ggf. auch unter Einsatz aufwändiger Ausstattungen (bspw. Bewegungsbad) oder komplexer Trainingsgeräte (gewichtsentlastende Laufbänder, computergestützte Geräte etc.) sicherstellen kann. Dies erfordert in der Regel ein einrichtungsgebundenes stationäres oder ambulantes Setting.

Kompensatorische Strategien werden in der Regel in jedem Setting der Rehabilitation eingesetzt, beispielsweise in Form einer Übernahme verlorener Strukturen, Funktionen und Aktivitäten durch andere Strukturen und Aktivitäten, um das Ziel einer möglichst umfassenden Teilhabe und selbstbestimmten Lebensführung zu erreichen.

Adaptive Strategien setzen primär durch Modifikation des Kontextes (z. B. Hilfsmittel) am Ausgleich verlorener Funktionen und beeinträchtigter Aktivitäten/Teilhabe an und werden optimal im konkreten Lebensalltag mit dem Patienten erprobt und erarbeitet. Adaptive Strategien gelingen im Setting der mobilen Rehabilitation und damit im eigenen und weiteren dauerhaften Lebensumfeld meist besser und effektiver, z.B. durch die Nutzung der eigenen Küche, des Bades, der vorhandenen Treppe und vor allem auch die Einbeziehung der dauerhaft an Versorgung und ggf. Pflege weiter beteiligten An- und Zugehörigen.

Therapeutische Interventionen in der mobilen Rehabilitation setzen unmittelbar im konkreten Lebensalltag der Betroffenen unter möglichst praxisnahem Einbezug von An- und Zugehörigen an. Dadurch wird das in diesem Setting Erlernte auch außerhalb der unmittelbaren Therapiezeiten unter den realen Alltagsherausforderungen weiter eingefordert und kontinuierlich trainiert.

Die jeweiligen Ansätze der dargelegten Strategien unterstreichen die Bedeutung des Settings (stationär, ambulant und ambulant mobil) zur Erreichung größtmöglicher Teilhabe und Selbstbestimmung und der hierzu am besten geeigneten rehabilitativen Strategien.

Ein nach dem Krankheitsverlauf hohes restitutives Potenzial des Rehabilitanden mit entsprechender Belastbarkeit und Angewiesensein auf höhere Therapieintensitäten und/oder das Angewiesensein auf mobil nicht verfügbare Therapiemittel spricht eher für eine stationäre oder ambulant einrichtungsgebundene Rehabilitation.

Weiterhin kommt mobile Rehabilitation auch für Patienten in Betracht, für die eine positive Rehabilitationsprognose nahezu ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung im ständigen Wohnumfeld angenommen werden kann. Hierunter fallen insbesondere Rehabilitanden,

- die in der Regel auf eine umfassende Anwesenheit von An- und Zugehörigen zur Unterstützung des Rehabilitationsprozesses angewiesen sind (z. B. zur Sicherung kontinuierlicher pflegerischer Versorgung, Gewährleistung der erforderlichen Kommunikation einschließlich migrationsbedingter Sprachbarrieren), die nur in dieser Form sichergestellt werden kann,
- die auf ihr gewohntes/ständiges oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptiertes Wohnumfeld angewiesen sind (z. B. bei schweren Schädigungen von Sinnesfunktionen),
- die den Rehabilitationserfolg schädigungsbedingt nicht aus der ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung in die gewohnte oder ständige Umgebung über-

tragen können (z. B. bei Apraxien, bei denen Rehabilitationserfolge an einen spezifischen Kontextbezug gebunden sind oder wenn Mobilität unter speziellen Besonderheiten des dauerhaften Wohnumfeldes geübt werden muss),

- mit einer Besiedlung durch multiresistente Keime (z.B. 4MRGN), einer damit einhergehenden Isolationspflicht und hierdurch ggf. bestehenden Gefahr des Auftretens oder der Verschlechterung einer psychischen Störung.

4. Ausschlusskriterien

Eine mobile Rehabilitationsleistung kommt nicht in Betracht bei

- unzureichender pflegerischer, medizinischer und sonstiger häuslicher Versorgung,
- fehlender Kooperation der An- und Zugehörigen,
- Angewiesen sein auf nicht transportable therapeutische Geräte,
- die Therapie beeinträchtigenden Abhängigkeitserkrankungen,
- nicht beeinflussbarer Fremd- oder Selbstgefährdung,
- Verwahrlosung.

5. Anforderungen an die mobile Rehabilitation

Die mobile Rehabilitation wird von qualifizierten Anbietern/Einrichtungen nach indikations-spezifischen Konzepten erbracht, die auf dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse die Inhalte und Ziele der Rehabilitation nach den Prinzipien Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität definieren. Rehabilitationseinrichtungen sind zur Erbringung von Leistungen der mobilen Rehabilitation zugelassen, wenn sie einen Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V über die mobile Rehabilitation abgeschlossen haben. Die Regelungen zum Aufbau mobiler Rehabilitationsleistungen, wie in Kapitel 6.13 beschrieben, sind zu berücksichtigen.

5.1 Ganzheitlicher Ansatz

Neben den indikationsbezogenen Therapieansätzen muss die mobile Rehabilitation auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Probleme der Multimorbidität, der Krankheitsverarbeitung sowie auf die positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren eingehen. Sie bietet daneben auch Beratung, Anleitung und Unterstützung zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten sowohl des Rehabilitanden wie seiner An- und Zugehörigen. Dabei soll ein möglichst hohes Maß an selbstbestimmter Teilhabe selbst unter den Bedingungen fortbestehender Abhängigkeit von pflegerischer Unterstützung für den Rehabilitanden wie sein unterstützendes Umfeld angestoßen und vermittelt werden. Die reha-/sozialmedizinische Kompetenz muss über die ärztliche Leitung sichergestellt sein.

5.2 Rehabilitationskonzept

Jeder Erbringer mobiler Rehabilitationsleistungen muss ein strukturiertes, regelmäßig zu überprüfendes und auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells der WHO erstelltes Rehabilitationskonzept vorlegen, das den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Rehabilitandengruppen (Indikationen) entspricht. Aus dem Rehabilitationskonzept muss hervorgehen, mit welcher Zielsetzung für die einzelnen indikationsabhängig vorliegenden Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe die Leistung der mobilen Rehabilitation erbracht werden soll. Darüber hinaus sind die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung, die Festlegung sowie Durchführung der Therapieplanung und die Dokumentation darzulegen und zu beschreiben. Zudem sind die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung, Angaben zu Behandlungsstandards sowie zum Einzugsgebiet darzulegen und Ausführungen zu den eingesetzten Qualitätssicherungsverfahren sowie zur Entwicklung einer auf die mobile Rehabilitation ausgerichteten Teamstruktur vorzunehmen.

5.3 (Rehabilitations-) Diagnostik

Vor Beginn der Rehabilitation ist die erforderliche medizinische Diagnostik (einschließlich Differentialdiagnostik) von den vorgelagerten Versorgungsbereichen durchzuführen, um die Einbuße von Therapiezeiten und erhöhte Kosten zu vermeiden.

Zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme sowie bedarfsweise im Verlauf, insbesondere aber bei Verlängerungsanträgen, sind die rehabilitationsrelevanten Untersuchungen einschließlich nachvollziehbarer Befunderhebungen (bspw. durch Assessments) durchzuführen und deren Ergebnisse zu dokumentieren.

Wird eine diagnostische Klärung weiterer Erkrankungen notwendig, sind erforderlichenfalls entsprechende Vertragsärzte einzuschalten.

5.4 Rehabilitationsplan

Auf Grundlage der vorliegenden Diagnostik und gemeinsam zwischen dem Arzt und Rehabilitanden, möglichst auch unter Einbezug der pflegenden An- und Zugehörigen, abgestimmten individuellen Teilhabeziele ist ein detaillierter Rehabilitationsplan zu erstellen. Dieser orientiert sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit. Er ist vom Arzt auch unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen und im Laufe der Behandlung der aktuellen Situation anzupassen. Wöchentliche Besprechungen des Rehabilitationsteams dienen dabei der gemeinsamen Verlaufsbeurteilung. Relevante Inhalte dieser Besprechungen einschließlich der Änderungen im Bereich der Schädigungen, Aktivitäten und der Teilhabe sind zu dokumentieren. Der Rehabilitand und ggf. seine An- und Zugehörigen sind bei der Erstellung des Rehabilitationsplans bzw. der Anpassung zu beteiligen.

Zur Erstellung eines Rehabilitationsplans gehört auch die Berücksichtigung der im Rehabilitationsverlauf ggf. erkannten Problemlagen und entsprechender Lösungsmöglichkeiten durch weiterführende Maßnahmen, unter anderem:

- die Beratung bei einer notwendigen Wohnungsanpassung,
- bei der Auswahl von Hilfsmitteln und
- bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung und Pflege sowie
- Kontaktherstellung zu relevanten Selbsthilfegruppen.

6. Rehabilitationsteam und Qualifikation

Zur Durchführung der mobilen Rehabilitation muss ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam zur Verfügung stehen.

Dieses setzt sich aus Ärzten und nicht ärztlichem Personal wie z. B. Physiotherapeuten/Krankengymnasten, Masseurinnen und Medizinischen Bademeistern, Ergotherapeuten, Logopäden/Stimm-, Sprech-, Sprachtherapeuten, Klinischen Psychologen/Psychotherapeuten, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Sportlehrern/Sporttherapeuten, Diätassistenten/ Ökotrophologen und Gesundheits- und Krankenpflegern zusammen. Diese müssen entsprechend ihrer Profession interdisziplinär eingesetzt werden. In der Regel wird für alle Therapeuten eine zweijährige Berufserfahrung vorausgesetzt. Ausnahmen sind zu begründen. Der Einsatz von Schülern oder Praktikanten ist nur unter Aufsicht und zur Unterstützung eines qualifizierten Mitarbeiters möglich. In jeder therapeutischen Disziplin muss mindestens ein Mitarbeiter über Erfahrungen von mindestens 1 Jahr Vollzeittätigkeit⁴ in einer im jeweiligen Indikationsgebiet rehabilitativ tätigen Einrichtung verfügen. Für alle Berufsgruppen gilt gemeinsam die Anforderung der regelmäßigen Fort- und Weiterbildung.

Besonderheiten seitens der Qualifikationsanforderungen werden für die jeweilige Berufsgruppe im speziellen Teil aufgelistet.

6.1 Arzt/Ärztin

Die medizinische Rehabilitation muss unter Leitung und Verantwortung eines Arztes mit Gebietsbezeichnung der für die mobile Rehabilitation maßgeblichen Indikation stehen, der über mindestens zweijährige vollzeitige rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügt.

Ergänzend zu den oben genannten fachlichen Qualifikationen verfügt der leitende Arzt außerdem über folgende Voraussetzungen

- Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen oder
- Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin oder
- Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Der Vertreter der ärztlichen Leitung verfügt über eine entsprechende Qualifikation. Sind im Ausnahmefall diese formalen Voraussetzungen nicht erfüllt, beurteilen die Leistungsträger die

⁴ Bei Teilzeittätigkeit verlängert sich dieser Zeitraum dementsprechend.

für die Einrichtung notwendigen fachbereichsspezifischen und rehabilitativen Kompetenzen anhand der nachgewiesenen Weiterbildungszeiten und -inhalte.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Rehabilitationszeiten für die Einrichtung im Einsatz und somit unmittelbar verfügbar sein.

Die reguläre haus- und fachärztliche Versorgung der Patienten wird durch die Vertragsärzte sichergestellt.

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung und kontinuierliche Überwachung des Rehabilitationskonzepts auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells der WHO bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist insbesondere den Kontextfaktoren, d. h. den Gegebenheiten des gewohnten oder ständigen räumlichen und sozialen Wohnumfeldes, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. weiterführenden Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- umfassende individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung im Rahmen von Eingang-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen (im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Patienten – nur aus wichtigem Grund kann hiervon abgewichen werden)
- Durchführung von zusätzlichen Hausbesuchen beim Rehabilitanden bei Bedarf (z. B. bei längerer Behandlungsdauer als sechs Wochen, die Rehabilitation betreffenden Komplikationen, vor Verlängerungsanträgen)
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit der Maßgabe eine Fehlallokation zu vermeiden und ggf. in Absprache mit dem Rehabilitationsträger rückgängig zu machen
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans gemeinsam mit dem Rehabilitationsteam
- Abstimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden, dem Rehabilitationsteam und ggf. mit den An- und Zugehörigen
- Durchführung aller für die mobile Rehabilitation erforderlichen ärztlich therapeutischen Maßnahmen. Der Arzt ist zur Kooperation mit den Vertragsärzten verpflichtet. Deren Aufgaben bleiben unberührt. Sofern für die Durchführung einer mobilen Rehabilitationsmaßnahme Absprachen und Koordinationstätigkeiten mit anderen Behandlern notwendig sind, obliegen diese dem Arzt.
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln soweit sie für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme erforderlich ist. Im Übrigen verbleibt der Versicherte in der vertragsärztlichen Versorgung.
- Beratung der behandelnden Haus- und Fachärzte
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen

- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. 1 x pro Woche)
- Sicherstellung des täglichen Kommunikationsflusses mit dem und im Rehabilitationsteam
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen
- Erstellung von Verlängerungsanträgen
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung
- Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte der nicht-ärztlichen Therapeuten des Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiens-ten und den an der Nachsorge beteiligten Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Sicherstellung der rehabilitativen Kompetenz im Rehabilitationsteam
- Qualitätssicherung

Für eine mobile Rehabilitation kommen die nachfolgend genannten Berufsgruppen in Betracht. Für alle Berufsgruppen außer 6.7 und 6.11 gilt, dass in Abhängigkeit von der Indikation spezifische Zusatzqualifikationen oder Weiterbildungen gefordert werden. Die Zusammensetzung des Reha-Teams ist von der Indikation der mobilen Rehabilitation abhängig.

6.2 Physiotherapeut / Krankengymnast

- Physiotherapeut/Krankengymnast mit staatlicher Anerkennung, ggf. auch mit Abschluss Bachelor (B.Sc., B.A.) oder Master (M.Sc.)

6.3 Masseur und Medizinischer Bademeister

- Staatliche Anerkennung als Masseur und medizinischer Bademeister

Sofern Physiotherapeuten/Krankengymnasten mit abgeschlossener Weiterbildung Manuelle Lymphdrainage zur Verfügung stehen, können diese die Berufsgruppe der Masseur/med. Bademeister ersetzen.

6.4 Ergotherapeut

- Ergotherapeut mit staatlicher Anerkennung, ggf. auch mit Abschluss Bachelor (B.Sc., B.A.) oder Master (M.Sc.)

6.5 Logopäde / Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapeut

- Logopäde
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapeut mit Abschluss Diplom, Bachelor (B.A., B.Sc.) oder Master (M.Sc.)
- alle jeweils mit staatlicher Anerkennung

6.6 Klinischer Psychologe

- Diplom–Psychologe oder Master (M.Sc.) und
- ggf. Anerkennung als klinischer Neuropsychologe durch die Fachgesellschaften bzw. durch die Landespsychotherapeutenkammer

6.7 Sozialarbeiter / Sozialpädagoge

- Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge mit Abschluss Diplom, Bachelor (B.A., B.Sc., B.Ed.) oder Master (M.Sc., M.A.)
- jeweils mit staatlicher Anerkennung
- Erfahrung in der Einzelfallhilfe

6.8 Diätassistent / Ökotrophologe

- Diätassistent oder Ernährungswissenschaftler, Ökotrophologe jeweils mit Abschluss Diplom, Bachelor (B.Sc.) oder Master (M.Sc.)
- jeweils mit staatlicher Anerkennung

6.9 Gesundheits– und Krankenpfleger⁵

- Staatliche Anerkennung als Gesundheits– und Krankenpfleger
- Examierte Altenpfleger (mit 3–jähriger Ausbildung)
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien

6.10 Sportlehrer / Sportwissenschaftler / Sporttherapeut

- Diplom–Sportlehrer oder Diplom–Sportwissenschaftler oder Bachelor (B.Sc.) oder Master (M.Sc.)
- jeweils mit staatlicher Anerkennung

6.11 Psychotherapeuten

Als Psychotherapeuten qualifiziert sind ausschließlich approbierte Ärzte mit psychotherapeutischer Weiterbildung sowie Master und Diplom–Psychologen mit Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten. Ist die psychotherapeutische Ausbildung noch nicht abgeschlossen, aber fortgeschritten, ist eine psychotherapeutische Tätigkeit unter Supervision möglich.

⁵ Ab 1.1.2023 Pflegefachfrau/–fachmann, Gesundheits– und Kinderkrankenpfleger*in oder Altenpfleger*in

6.12 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Sie ist abhängig von den Behandlungsschwerpunkten, von der Anzahl der Rehabilitanden und den Angaben im Rehabilitationskonzept.

Das Rehabilitationskonzept sollte den erforderlichen Aufwand transparent machen. Notwendig sind daher Angaben

- zur Frequenz und dem zeitlichen Umfang aller therapeutischen Leistungen,
- zu den benötigten Rüstzeiten (Vor- und Nachbereiten von Therapieterminen),
- zum zeitlichen Aufwand für Teamkonferenzen,
- zum zeitlichen Aufwand für ärztliche Aufgaben,
- zur Versorgungsregion und zur Fahrzeit.

Zusätzlich sind Verwaltungsaufgaben, Laboranbindung sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretung sicherzustellen.

6.13 Aufbau mobiler Rehabilitation

Damit der Ausbau mobiler Rehabilitationsangebote nicht an institutionellen Barrieren scheitert, sollte es in der Anfangsphase akzeptiert werden, wenn eine bestehende Rehabilitationseinrichtung das vorhandene Personal für die mobile Leistungserbringung einsetzt. Die personellen Anforderungen an das ambulante und/oder stationäre Leistungsangebot der bestehenden Rehabilitationseinrichtung müssen jedoch weiterhin erfüllt sein. Konkrete Regelungen zur Anfangsphase sind in einer Ergänzungsvereinbarung zum bestehenden Versorgungsvertrag nach §§ 111, 111c SGB V zwischen den Vertragsparteien festzulegen.

7. Räumliche und apparative Ausstattung

Generell muss die räumliche Ausstattung der mobilen Rehabilitation die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Hierzu gehören insbesondere Räumlichkeiten für die Administration und die wöchentlichen Teambesprechungen.

Pkws einschließlich Beförderungsmöglichkeiten für Hilfs- und Therapiemittel stehen entsprechend der Therapieplätze in ausreichender Zahl zur Verfügung.

Die in der mobilen Rehabilitation eingesetzten transportablen Geräte müssen den sicherheitstechnischen Standards (TÜV, MDR) genügen und in geeigneter Ausführung vorhanden sein. Im Rehabilitationskonzept sind die für die einzelnen Therapien entsprechend verwendeten Untersuchungs-, Test- und Therapiemethoden einschließlich der hierfür erforderlichen technischen Ausstattung zu benennen. Zu der speziell für die mobile Rehabilitation geeigneten apparativen Ausstattung gehören z. B.

- transportable Therapieliegen,
- Bodenmatten,

- Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster, Decken und
- transportable Trainingsgeräte wie Therapiebänder, Hanteln, Bälle,
- transportable Hilfsmittel wie Anziehhilfen,
- transportable Materialien/Geräte für Thermo-therapie- (Kryo-, Wärmetherapie),
- Diagnostik- und Therapiematerial (indikationsabhängig),
- Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel zur Erprobung,
- Notfallkoffer,
- Mobiltelefone und
- Telefon/Telefax/Computer in der Einrichtung.

8. Behandlungselemente

Zu den Behandlungselementen der mobilen Rehabilitation zählen insbesondere

- Ärztliche Behandlung und Betreuung, Planung und Überwachung des Therapieprogramms
- Rehabilitationsbezogene Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Physiotherapie einschließlich Physikalischer Therapie und Sporttherapie
- Ergotherapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Psychologische Beratung und Therapie
- Psychotherapie (indikationsabhängig)
- Ernährungsberatung
- Soziale Beratung
- Rehabilitative Pflege (Grund- und Behandlungspflege ist kein Behandlungselement der Mobilen Rehabilitation)
- Beratung und Anleitung von An- und Zugehörigen

Der Einsatz der Behandlungselemente erfolgt in der mobilen Rehabilitation in der unmittelbaren Alltagspraxis und soweit erforderlich bereits unter kontinuierlichem Einbezug der An- und Zugehörigen. Die Behandlungselemente variieren entsprechend der jeweiligen Indikation.

9. Leistungsbewilligung

Die Antragstellung, Verordnung und Leistungsbewilligung bei der mobilen Rehabilitation entsprechen den Grundsätzen zum Reha-/AR-Verfahren der Krankenkassen. Mobile Rehabilitation kann auch als Anschlussrehabilitation erbracht werden. Die Besonderheiten im Antrags- und Ordnungsverfahren zur geriatrischen Rehabilitation sind zu berücksichtigen.

Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls sowie unter Berücksichtigung der berechtigten Wünsche des Patienten Art, Dauer, Umfang und Beginn der Rehabilitationsleistung.

10. Leistungsumfang und -dauer

Ambulante Rehabilitationsleistungen werden längstens für 20 Behandlungstage erbracht, Leistungen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sollen in der Regel für 20 Behandlungstage erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen erforderlich (§ 40 Abs. 3 Sätze 13, 14 SGB V). Ein Behandlungstag in der mobilen Rehabilitation ist definiert durch Erbringung von Therapieeinheiten am Patienten durch das nichtärztliche Rehabilitationsteam.

Je nach Art und Ausmaß der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und in Abhängigkeit von den Rehabilitationszielen sind die individuell erforderliche Dichte und Dauer der Therapie festzulegen und im Verlauf anzupassen. Die Einrichtung zur mobilen Rehabilitation muss grundsätzlich gewährleisten, dass die individuell notwendige Therapieintensität organisatorisch sichergestellt wird.

Da die mobile Rehabilitation in der Versorgungsroutine der Rehabilitanden ansetzt und der Einbezug pflegender An- und Zugehöriger ein wesentlicher Bestandteil des Rehabilitationskonzeptes darstellt, sind die Therapieeinheiten im mobilen Setting länger als im stationären oder ambulanten Setting. Sie dauern mindestens 45 Minuten. Längere Therapiezeiten können zusätzlich als anteilige Therapieeinheiten (bezogen auf die Regeltherapieeinheit von 45 Minuten) dokumentiert werden.

Die Therapiefrequenz (Therapieeinheiten pro Behandlungstag und -woche) unterscheidet sich zwischen der indikationsspezifischen und geriatrischen Indikation. Ausführungen hierzu sind dem speziellen Teil zu entnehmen.

Die mobile Rehabilitation unterscheidet in der Dokumentation Therapie- und Leistungseinheiten. Therapieeinheiten werden vom nichtärztlichen Rehabilitationsteam am Patienten erbracht und kennzeichnen die Behandlungstage. Arzt und Sozialdienst dokumentieren ihre Arbeit am Patienten als Leistungseinheiten à 15 Minuten, wobei ärztlicherseits pro Rehabilitationsleistung mindestens 6 Leistungseinheiten zu erbringen sind. Leistungseinheiten allein generieren keinen Behandlungstag. Abweichungen hinsichtlich der Zusammensetzung des Rehabilitationsteams werden im Speziellen Teil dieser Gemeinsamen Empfehlungen dargelegt.

Sofern innerhalb einer Behandlungswoche kein Behandlungstermin zustande kommt, ist die Rehabilitationsfähigkeit ärztlicherseits (erneut) zu prüfen. Bei weiterhin vorliegender Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose ist dies gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger durch eine schriftliche Mitteilung zu begründen.

11. Verlängerungskriterien

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist auch bei mobiler Leistungserbringung nach vorheriger Genehmigung durch den Rehabilitationsträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich, und zwar bei Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationsziels, bei weiterbestehender Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose.

Verlängerungsanträge sind rechtzeitig zu stellen und medizinisch unter Darlegung des bisherigen Therapieverlaufs zu begründen. Die medizinische Notwendigkeit zur Verlängerung einer mobilen Rehabilitationsleistung ergibt sich aus denselben Kriterien, die für die Einleitung solcher Leistungen maßgebend sind. Aktuelle Ergebnisse sind beizufügen.

Im Verlängerungsantrag ist der bisherige Rehabilitationsverlauf nachvollziehbar zu beschreiben. Es ist zu begründen, warum das primär formulierte alltagsrelevante Rehabilitationsziel bislang durch die genannten Therapien nicht erreicht werden konnte und warum das Rehabilitationsteam davon ausgeht, dass das Rehabilitationsziel im beantragten Zeitraum sehr wahrscheinlich erreicht werden kann. Die weiter notwendigen Therapie- und Leistungseinheiten sind aufzuführen.

12. Dokumentation

Für jeden Rehabilitanden ist eine Behandlungsdokumentation zu führen, aus der alle rehabilitationsrelevanten diagnostischen Angaben und die geplanten/durchgeführten Therapien entnommen werden können, um den Rehabilitationsprozess transparent und nachvollziehbar zu machen. Die Dokumentation muss insbesondere umfassen:

- sämtliche erhobene anamnestische Daten, Assessments, klinische Befunde und deren Interpretation,
- die individuellen, mit dem Rehabilitanden und ggf. den An- und Zugehörigen vereinbarten Rehabilitationsziele
- den Rehabilitationsplan mit Angaben zu Art, Häufigkeit und Dauer sämtlicher Therapien und Leistungseinheiten (von Arzt und Sozialdienst)
- aktuell relevante Befunde
- die gesonderten Anleitungen von An- und Zugehörigen,
- die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch ärztliche Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie die ärztliche Abschlussuntersuchung mit Befund
- die Ergebnisse der Teambesprechungen

13. Entlassungsbericht

Nach Beendigung der mobilen Rehabilitation erhält der Rehabilitand einen Entlassungsbericht innerhalb von zwei Wochen mit folgenden Angaben:

- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der vereinbarten Rehabilitationsziele und der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen bzw. des Rehabilitationsplans
- Ergebnisse der abschließenden Diagnostik, Assessments und der Zielerreichung
- sozialmedizinischen Beurteilung, die Angaben umfasst
 - zum Leistungsvermögen im Alltag
 - zur Selbständigkeit/zum Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens,
 - zur Krankheitsverarbeitung und zur psychosozialen Situation und Betreuung
 - zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit und der Gestaltung des Pflege- und Unterstützungsarrangements,
- Empfehlungen zur Nachsorge und ggf. weiterführende Maßnahmen zur Teilhabesicherung
- Angaben zur Überleitung in andere Versorgungsstrukturen (Selbsthilfegruppen, Angehörigenbetreuung, professionelle Pflege in den verschiedenen Strukturen: ambulante Pflege, Tagespflege, Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege).

Liegt zum Zeitpunkt der Entlassung noch kein endgültiger Entlassungsbericht vor, sind dem Versicherten vorab relevante Informationen insbesondere zur Nachbehandlung mitzugeben.

14. Kooperation

Die mobile Rehabilitationseinrichtung kooperiert mit dem Hausarzt und den anderen an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten (z.B. Akutkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Sozialstationen, Pflegedienste, Selbsthilfegruppen).

Durch zweckmäßige Organisations- und Kooperationsformen ist sicherzustellen, dass die mobile Rehabilitation als integrativer Bestandteil der regionalen Versorgungsstruktur zur möglichst raschen und dauerhaften (Wieder-)Eingliederung der Rehabilitanden in das soziale Umfeld beiträgt.

15. Datenschutz

Für eine sachgerechte Fallsteuerung ist es erforderlich Informationen zwischen Akteuren und Professionen auszutauschen. Bei der Verarbeitung von Daten sind die gesetzlichen Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes zu beachten.

16. Qualitätsmanagement

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen und somit auch mobile Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementverfahren durchzuführen. Die

grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement für Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation sind in § 4b der Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der stationären und ambulanten Rehabilitation nach § 137d Absätze 1, 2 und 4 SGB V vom 01.06.2008 geregelt. Als Nachweis des internen Qualitätsmanagements führen die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen eine schriftliche Selbstbewertung durch oder ersetzen diese Verpflichtung durch ein Qualitätsmanagement-Zertifikat. Der zwischen den Vertragspartnern der vorgenannten Vereinbarung abgestimmte Selbstbewertungsbogen ist u. a. auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter folgendem Link eingestellt:

https://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/rehabilitation_qualitaetsmanagement/rehabilitation_qualitaetsmanagement.jsp

17. Qualitätssicherung

Mobile Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet an dem Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung teilzunehmen. Die Leistungsfälle der mobilen Rehabilitation werden jedoch zurzeit noch nicht in die externe vergleichende Qualitätssicherung der Rehabilitationseinrichtungen durch das QS-Reha[®]-Verfahren einbezogen.

17.1 Strukturqualität

Zur qualitätsgesicherten Struktur der mobilen Rehabilitation müssen die in diesen Gemeinsamen Empfehlungen gestellten Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der mobilen Rehabilitationseinrichtungen erfüllt sein. Regelmäßige interne und externe Fort- und Weiterbildungen sind durchzuführen und zu dokumentieren.

17.2 Prozessqualität

Grundlage für den qualitätsgesicherten Ablauf der mobilen Rehabilitation sind das Reha-Ablaufkonzept der Einrichtung und die individuellen Reha-Pläne der Reha-Patienten. Die Einhaltung der Reha-Pläne (Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Maßnahmen) ist anhand einer patientenbezogenen, standardisierten Dokumentation zu gewährleisten.

17.3 Ergebnisqualität

Im Rahmen der Zwischen- und Abschlussuntersuchungen ist zu überprüfen und zu dokumentieren, ob und inwieweit das individuell definierte Reha-Ziel erreicht wurde. Falls aus medizinischen Gründen notwendig, werden Reha-Ziel und/oder Reha-Plan modifiziert.

18. Beendigung der Rehabilitation

Die mobile Rehabilitation ist zu beenden, wenn

- sich während der Maßnahme eines der unter Abschnitt 4 genannten Ausschlusskriterien zeigt,
- das Reha-Ziel erreicht wurde oder nicht erreichbar ist oder

die Indikationskriterien für die Rehabilitation nicht mehr erfüllt sind.

19. Basisdokumentation

Zur Darstellung und fachlichen Bewertung des Leistungsgeschehens im Hinblick auf künftige Versorgungsentscheidungen und die Weiterentwicklung mobiler Rehabilitation wird es als notwendig und zweckmäßig angesehen, für die mobilen Rehabilitationsleistungen eine Basisdokumentation zu erstellen. In den Versorgungsverträgen/Ergänzungsvereinbarungen mit den Rehabilitationseinrichtungen ist die Verpflichtung zur Basisdokumentation zu vereinbaren.

Die Basisdokumentation ist an das

**Kompetenz–Centrum Geriatrie
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg**

zu senden.

Auf der Grundlage der Basisdokumentation werden für die Einrichtungen Berichte erstellt, die eine Zusammenfassung der einrichtungsindividuellen Daten sowie einrichtungsvergleichende Auswertungen zu anderen gleichartigen Einrichtungen enthalten.

II. SPEZIELLER TEIL

1. Mobile geriatrische Rehabilitation

1.1 Mobile Rehabilitation in der Geriatrie

Die Zahl der älteren Menschen nimmt deutlich zu. Alter bedeutet zwar nicht zwangsläufig Krankheit, mit den Lebensjahren steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit zu erkranken und so auch die Gefahr von dauernder Behinderung und Abhängigkeit von fremder Hilfe. Zugleich grenzen im hohen Alter eingeschränkte Reserven die Chancen auf den weitgehenden Wiedererwerb verlorener Funktionen im Sinne einer Restitution ein. Daher treten oft rehabilitative Strategien der Kompensation und Adaptation in den Vordergrund. Insofern stellt die mobile geriatrische Rehabilitation insbesondere für ältere und bereits pflegebedürftige Menschen eine wichtige Form rehabilitativer Versorgung dar. Sie kann trotz verbleibender, oft multipler Beeinträchtigungen zum Erhalt und zur Verbesserung der Teilhabe, zur Minderung von Pflegebedürftigkeit und zu einer selbstbestimmten Ausgestaltung von Pflegearrangements bei gleichzeitiger Entlastung des unterstützenden Umfeldes beitragen.

1.2 Kontextbezogene Voraussetzungen für die mobile geriatrische Rehabilitation

Bei alten Menschen bestehen häufig eine allgemein verminderte körperliche Belastungsfähigkeit und eine Abnahme der kognitiven Leistungen, ggf. zusätzlich mit einer psychischen und sozialen Verunsicherung und einer Antriebsminderung. Gründe für die Einschränkungen von Funktionsreserven finden sich in der Regel in der Kombination von physiologischen Veränderungen im höheren Lebensalter und bereits vorbestehenden Schädigungen auf der Organebene. Es ist zu beachten, dass die gesundheitliche Gesamtsituation alter Menschen häufig durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) und deren Folgen, altersbedingter Veränderungen sowie gesundheitlich relevanter Lebensumstände (Umweltfaktoren) und Lebensgewohnheiten (personbezogene Faktoren) geprägt ist. Für die Rehabilitation kann hieraus eine eingeschränkte Rehabilitationsfähigkeit resultieren. Geriatrische Rehabilitation ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass sie den besonderen Risiken der Rehabilitanden aufgrund deren eingeschränkter struktureller und funktioneller körperlicher Reserven Rechnung trägt und den oft multiplen Krankheitsauswirkungen indikationsübergreifend mit gezielten Therapien begegnen kann.

Auch in der geriatrischen Rehabilitation existieren typische rehabilitationsbegründende Hauptdiagnosen. Grundsätzlich ist das Diagnosespektrum in der Geriatrie indikationsübergreifend, breit gefächert und häufig durch Kombination mehrerer Schädigungen und Beeinträchtigungen durch nebeneinander vorliegende multiple Erkrankungen gekennzeichnet.

Das Rehabilitationsziel der Geriatrie ist in der Regel vor allem auf die Verminderung der Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten in ihrer jeweiligen Lebenssituation, die u.a. durch das Lebensalter geprägt ist, und damit auf eine möglichst selbstbestimmte und umfassende Teilhabe ausgerichtet.

1.3 Indikation und Allokation zur mobilen geriatrischen Rehabilitation

1.3.1 Der geriatrische Rehabilitand und die Indikation für die geriatrische Rehabilitation

Die für den Bereich der GKV entwickelte sektorenübergreifende Definition des geriatrischen Patienten findet sich in der Anlage. Sie beschreibt Personen mit erhöhten Risiken, für die eine geriatrische Rehabilitation indiziert sein kann. Voraussetzung ist das Vorliegen der Indikationskriterien für eine medizinische Rehabilitation.

Bereits bei der Indikationsprüfung sollte hinsichtlich der Rehabilitationsfähigkeit zwischen den Anforderungen für eine indikationsspezifische (z.B. orthopädische/kardiologische) Rehabilitation bzw. den niederschwelligeren Anforderungen für eine geriatrische Rehabilitation unterschieden werden. Letztere beschränkt sich auf die Stabilität der Vitalparameter und die Fähigkeit zur mehrmals täglichen aktiven Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen.

Auf einen geriatrischen Rehabilitanden weist hin:

- Neben der rehabilitationsbegründenden Diagnose liegt eine **geriatritypische Multimorbidität** vor
- und
- das **Alter** des Antragstellers ist **in der Regel 70 Jahre** und älter.

Bei im Vordergrund stehender geriatritypischer Multimorbidität kann diese das Alterskriterium auf unter 70 Jahre absenken. Abweichungen sind bei erheblich ausgeprägter geriatritypischer Multimorbidität nach unten bis zu einem Alter von 60 Jahren möglich.⁶

Bei einem Lebensalter 80 Jahre und älter und nur einer rehabilitationsbegründenden Diagnose sollte sorgfältig auf Hinweise einer alterstypisch erhöhten Vulnerabilität geachtet werden, die für eine geriatrische Rehabilitation sprechen. Solche Hinweise können z.B. sein:

- Vorbestehender Pflegegrad
- Hinweise auf Komplikationen während eines Krankenhausaufenthaltes (wie Delir, Thrombose, Infektion, Stürze)
- Kognitive Beeinträchtigungen
- Erhöhter Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Verrichtungen.

Bei Vorhandensein solcher Hinweise ist in der Regel davon auszugehen, dass der Rehabilitand bessere Erfolgsaussichten in einer geriatrischen Rehabilitation haben wird.

⁶ BSG-Urteil B 1 KR 21/14 R vom 23.06.2015

1.3.2 Allokation für die mobile geriatrische Rehabilitation

Gemäß der im allgemeinen Teil dieser Gemeinsamen Empfehlungen in Kapitel 3 dargelegten Allokationskriterien kommt die mobile geriatrische Rehabilitation insbesondere für solche Rehabilitanden in Betracht, die ihre Teilhabeziele überwiegend durch adaptive Strategien erreichen können.

Hinweise für den überwiegenden Einsatz adaptiver Strategien beim geriatrischen Patienten können z. B. sein:

- fortbestehende erhebliche Schädigungen von Funktionen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten über die akute Krankheitsphase hinaus (geringeres Restitutionspotential geriatrischer Patienten durch eingeschränkte Reservekapazitäten)
- bereits vorbestehende oder aufgrund der Schwere eines Akutereignisses absehbare Begrenzung des weiteren Lebensumfeldes auf ein umschriebenes soziales und räumliches Umfeld (zentrale Bedeutung dieses konkreten Lebensumfelds für Teilhabeverbesserungen)
- relevanter Unterstützungsbedarf im ständigen Wohnumfeld durch An- und Zugehörige (Abhängigkeit der selbstbestimmten Teilhabe am Leben von der konkreten Ausgestaltung dieses Unterstützungsarrangements)
- eine vollstationäre Pflegeeinrichtung als (perspektivisch) dauerhaftes Wohnumfeld

Weiterhin existiert eine spezielle Gruppe geriatrischer Patienten, für die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive –prognose ausschließlich unter mobiler rehabilitativer Leistungserbringung angenommen werden kann. Hierzu gehören neben den in Kapitel 3 des Allgemeinen Teils genannten Rehabilitanden insbesondere auch solche mit:

- erheblichen Schädigungen mentaler Funktionen, deren Ausprägung und Handlungsrelevanz bei Verlust gewohnter räumlicher und sozialer Bezüge derart zuzunehmen drohen, dass rehabilitative Maßnahmen nur unter Erhalt dieser Bezüge erfolgversprechend erscheinen (Hinweise hierauf können z.B. Ängste, Wahnvorstellungen, psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, delirantes Syndrom, schwere Störungen des Schlaf-Wachrhythmus, ggf. mit Bedarf zusätzlicher Pharmakotherapie u. ä. im Rahmen eines vorangehenden Akutkrankenhausaufenthaltes sein)

Geriatrische Patienten können sich trotz bestehender Indikation zu einer geriatrischen Rehabilitation häufig nicht zu dieser entschließen, wenn sie hierzu ihr gewohntes Wohn- und Lebensumfeld verlassen müssen⁷. Das Wohnumfeld geriatrischer Patienten stellt dabei nicht selten den einzigen verbliebenen, räumlichen und sozialen Schutzraum dar, in dem sie sich auskennen und sicher fühlen. Diesen Schutzraum (ggf. erneut bspw. nach einem längeren Krankenhausaufenthalt) mit ungewisser Perspektive zu verlassen, ist für viele alte Menschen

⁷ Hinweise hierauf zeigen sich sowohl in der bisherigen Umsetzungspraxis mobiler geriatrischer Rehabilitation als auch den Umsetzungserfahrungen im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochener Rehabilitationsempfehlungen.

mit Angst besetzt, sodass ihnen ein solcher Entschluss nicht möglich ist. Dies sollte im Einzelfall als Teilaspekt der gesamten Rehabilitationsprognose bei der Allokationsentscheidung Berücksichtigung finden.

1.4 Ausschlusskriterien

Es gelten die in Kapitel 4 des Allgemeinen Teils aufgeführten Ausschlusskriterien.

1.5 Anforderungen an die mobile geriatrische Rehabilitation

Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Versicherten sollte mobile geriatrische Rehabilitation bevorzugt durch Einrichtungen erbracht werden, die bereits an der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung von Patienten oder mobil-rehabilitativen Versorgung anderer Indikationen beteiligt sind. Die Schaffung neuer, ausschließlich mobiler geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen ist damit aber nicht ausgeschlossen.

1.5.1 Ganzheitlicher Ansatz

Es gelten die in Kapitel 5.1 des Allgemeinen Teils aufgeführten Aussagen.

1.5.2 Rehabilitationskonzept

Ergänzend zu den Ausführungen in Kapitel 5.2 des Allgemeinen Teils muss das Konzept auf die einzusetzenden Maßnahmen und Behandlungselemente für typische geriatrische Behandlungsgruppen eingehen. Es berücksichtigt die in der Regel verminderte Belastbarkeit und die oft begrenzte Fähigkeit der Wiedererlangung körperlicher, geistiger und seelischer Funktionen sowie alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe.

1.5.3 (Rehabilitations-) Diagnostik

Zur (Rehabilitations-) Diagnostik gelten die Ausführungen im allgemeinen Teil (Abschnitt 5.3).

Im Hinblick auf die zu verwendeten Assessments sind ein aktueller Barthel- oder FIM®-Index erforderlich. Es müssen standardisierte geriatrische Assessments aus den Bereichen Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion und soziale Versorgung vorliegen oder durchgeführt werden, z.B. Timed-Up&Go-/Tinetti-Test, MMSE, GDS und Sozialassessments. Bei Bedarf müssen weitere Assessments angewandt werden (z.B. für die Bereiche Ernährung, sprachliche Kommunikation). Wenn ein Teil dieser bzw. dem Ausmaß der Beeinträchtigungen angemessener Tests nicht durchführbar ist, bedarf dies einer medizinischen Begründung und Dokumentation.

1.5.4 Rehabilitationsplan

Es gelten die im allgemeinen Teil unter Abschnitt 5.4 beschriebenen Vorgaben zur Erstellung eines Rehabilitationsplans.

Der Rehabilitationsplan berücksichtigt neben der Art und dem Schweregrad der geriatritypischen Multimorbidität insbesondere die Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe des Rehabilitanden, das soziale Umfeld und die weitere Lebensplanung.

1.6 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Abweichend von den im Allgemeinen Teil in Kapitel 6 aufgeführten Berufsgruppen müssen in der mobilen geriatrischen Rehabilitation der Sporttherapeut und Psychotherapeut nicht regelmäßig vorgehalten werden. Der klinische Psychologe sollte über die Anerkennung als Klinischer Neuropsychologe verfügen.

In jeder therapeutischen Disziplin muss mindestens ein Mitarbeiter auch über Erfahrungen von mindestens 1 Jahr in einer geriatrisch/rehabilitativ tätigen Einrichtung verfügen. Den Professionen Physiotherapie, Ergotherapie und der rehabilitativen Pflege gehören zusätzlich zu den im allgemeinen Teil beschriebenen Qualifikation auch Mitarbeiter mit nachgewiesener Bobath- oder vergleichbarer Qualifikation an.

1.6.1 Arzt/Ärztin

In Spezifizierung der in Kapitel 6 des Allgemeinen Teils aufgelisteten Anforderungen an die ärztliche Leitung und Stellvertretung hinaus steht die mobile geriatrische Rehabilitation unter Leitung und Verantwortung eines Facharztes, der über folgende Qualifikationen verfügt:

→ Facharztbezeichnung für

- Innere Medizin,
- Allgemeinmedizin,
- Neurologie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM)
- Psychiatrie und Psychotherapie

und zusätzlich eine der Bezeichnungen

- Schwerpunkt Geriatrie,
- Zusatz-Weiterbildung Geriatrie,
- Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie

oder

→ Facharztbezeichnung auf dem Gebiet Innere Medizin/Geriatrie.

Der Vertreter der ärztlichen Leitung verfügt über eine der o.g. Facharztbezeichnungen und eine entsprechende geriatrische Qualifikation.

Entweder der ärztliche Leiter oder sein Stellvertreter ist Facharzt für Innere Medizin. Der ärztliche Leiter oder sein Stellvertreter verfügt über eine vollzeitige klinische Berufserfahrung von 12 Monaten in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach §§ 111, 111c SGB V, in einem geriatrischen Fachkrankenhaus oder in einer selbstständigen geriatrischen Fachabteilung unter fachärztlich geriatrischer Leitung in einem Allgemeinkrankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V.

Der ärztliche Leiter oder sein Vertreter verfügt über den Nachweis der Teilnahme am Grund- und Aufbaukurs (je 160 Stunden) im Rahmen der Zusatz-Weiterbildungen Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder über die Gebietsbezeichnung Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Ist weitere fachärztliche Kompetenz notwendig, muss im Bedarfsfall eine konsiliarische Zusammenarbeit mit einem entsprechenden Facharzt durch Kooperationsverträge sichergestellt sein.

Sofern ärztliche Aufgaben delegiert werden, ist sicherzustellen, dass sie durch ausreichend klinisch geriatrisch erfahrene Ärzte durchgeführt werden. Dies bedeutet in der Regel eine mehrjährige geriatrisch-internistische Berufserfahrung.

1.7 Räumliche und apparative Ausstattung

Für die speziellen Gegebenheiten der mobilen geriatrischen Rehabilitation können ergänzend zu den Ausführungen im allgemeinen Teil unter Abschnitt 7 weitere Ausstattungsgegenstände erforderlich sein:

- Spiegel (körperhoch für Maßnahmen der Physiotherapie und Ergotherapie)
- Balance-/Gleichgewichtsgeräte (z.B. Kreisel, instabile Flächen)
- Elektrotherapiegeräte
- Materialien für Alltags- und Haushaltstraining
- Werkzeug und (Spiel-) Materialien für unterschiedliche ergotherapeutische Therapien (z.B. für sensomotorisch-perzeptive Behandlung, Hirnleistungstraining)
- Material zur Herstellung von Schienen
- Diagnostik- und Therapiematerial für Sprach- und Sprechstörungen (u.a. auch für computergestützte Diagnostik und Therapie)
- Materialien zur Schlucktherapie incl. Herstellung verschiedener Nahrungskonsistenzen
- Test- und Trainingsmaterialien (ggf. auch computergestützt) für neuropsychologische Diagnostik und Therapie

1.8 Behandlungselemente

Bezüglich der allgemeinen Ausführungen zu den Zielen und Inhalten der einzelnen Behandlungselemente wird auf die RE zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 02.01.2018 verwiesen. ⁸

⁸ Ggf. Link zu den RE ambulante geriatrische Rehabilitation

An dieser Stelle werden die Besonderheiten bei einer mobilen Leistungserbringung beschrieben.

1.8.1 Medikamentöse Behandlung

Eine wesentliche ärztliche Aufgabe während der mobilen geriatrischen Rehabilitation ist es, die Medikation des geriatrischen Patienten kontinuierlich und in Abstimmung mit dem behandelnden Vertragsarzt zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Dies kann auch die eventuelle Einnahme nicht ärztlich verordneter Medikamente einbeziehen.

Ebenso gehören zur medikamentösen Behandlung auch das Training und die Anleitung der regelmäßigen Einnahme von Arzneimitteln im Rahmen der Tagesstrukturierung, ggf. auch unter Einbezug der An- und Zugehörigen.

1.8.2 Physiotherapie

Schwerpunkte sind die Rückgewinnung, Verbesserung und Erhaltung körperlicher Funktionen einschließlich der Reduktion bzw. Beseitigung von Schmerzen sowie die Behandlung struktureller Schädigungen als Voraussetzungen zur Wiedererlangung alltagsrelevanter Aktivitäten, insbesondere der Selbstständigkeit im Bereich der Mobilität incl. der Sturzvermeidung (unter Berücksichtigung der Möblierung, Zugangswege, Durchgänge, Treppen, ggf. Hilfsmittel). Einzelne physikalische Verfahren – z.B. Thermotherapie (Wärme-, Kältetherapie), Elektrotherapie – dienen der Regulation des Muskeltonus und der Schmerzbekämpfung.

1.8.3 Ergotherapie

Die Ergotherapie hat insbesondere in der geriatrischen Rehabilitation einen direkten Bezug zu alltagsrelevanten Aktivitäten, den ATL⁹. In der mobilen Rehabilitation umfasst dies auch die Nutzung der Haushaltseinrichtung (z.B. von Schränken und Schubladen) und von Haushaltsgeräten (Kühlschrank, Herd etc.). Auch das Training im Umgang mit modernen Kommunikationsmitteln (z.B. Smartphone, Tablet) kann einen wichtigen Beitrag zur Erweiterung selbstbestimmter Teilhabe leisten.

Die Anpassung von und das Training mit Hilfsmitteln und Alltagshilfen gehören zu den Aufgaben der Ergotherapeuten. Die Regelungen der Krankenkasse bzgl. der Versorgung durch die Hilfsmittellieferanten bleiben unberührt (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Neben der Sensomotorik unterstützt die Ergotherapie auch das Training zur Minderung alltagsrelevanter Störungen der Kognition bzw. der neuropsychologischen Störungen.

1.8.4 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Die Aufgaben der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sind Diagnostik und Behandlung der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen. Zu den Aufgaben gehören auch die Wiederherstellung, Besserung und der Erhalt der Kommunikationsfähigkeit einschließlich des

⁹ ATL: Aktivitäten des täglichen Lebens oder ADL: Activities of daily living

Trainings mit Kommunikationshilfen, das Erlernen nonverbaler Kommunikation und der Anwendung von Ersatzstrategien, unter Einbezug ggf. betreuender An- und Zugehöriger. Hierzu kann auch der Einbezug weiterer Kommunikationskanäle und technisch-apparativer Hilfen (bspw. Tablets, Fernbedienungen, Klingelknopf) gehören.

Die Therapie im Gesichts-, Mund- und Schlundbereich, insbesondere das Schlucktraining, ist bei entsprechenden Ausfällen oft von vitaler Indikation wegen der Aspirationsgefahr¹⁰, die beim abwehrgeschwächten und gebrechlichen geriatrischen Rehabilitanden häufiger zu Komplikationen, z.B. Pneumonien, führt. Zur Durchführung der Schlucktherapie können auch speziell ausgebildete Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder Pflegekräfte einbezogen werden. Auch hierbei kommt dem Einbezug und der bedarfsentsprechenden Anleitung der An- und Zugehörigen zur ggf. erforderlichen Unterstützung und Überwachung besondere Bedeutung zu.

1.8.5 Rehabilitative Pflege in der mobilen geriatrischen Rehabilitation

Zu den Aufgaben der rehabilitativen Pflege gehört es, die Rehabilitanden in den Alltagsverrichtungen wie z.B. An- Auskleiden, Körperpflege, Toilettengang, Nahrungsaufnahme zu unterstützen, diese mit ihnen zu trainieren und ihnen dadurch ein größtmögliches Maß an Selbstständigkeit zu vermitteln. Ferner gehören die Sicherung und Einübung alltagspraktischer Verrichtungen wie z.B. Medikamenteneinnahme, Umgang mit Seh- und Hörhilfen, Einsatz und Umgang mit Inkontinenzmaterialien, Nutzung von Pflegehilfs- und Lagerungsmitteln und die Vermeidung von Hautschäden zu ihren Aufgaben. Hierbei sind die An- und Zugehörigen einzubinden und gegebenenfalls zur Hilfestellung anzuleiten. Sie sind zur Strukturierung und Durchführung der langfristigen Versorgung zu befähigen. Dabei sind Überforderung und Überversorgung zu vermeiden. Ggf. sollten hierzu auch angemessene Abgrenzungen zwischen der Unterstützung durch An- und Zugehörige und professioneller Pflege getroffen werden. Ziel sollte eine für alle Beteiligten tragbare und zugleich die selbstbestimmte Teilhabe des Rehabilitanden möglichst umfassend berücksichtigende Organisation der pflegerisch notwendigen Versorgung sein.

Aufgabe der rehabilitativen Pflege ist es auch, die anderen Teammitglieder in der Erreichung der Rehabilitationsziele zu unterstützen und den gegebenenfalls bestehenden Bedarf an Grundpflege zu verringern. Dabei sind ambulante Pflegedienste bzw. Pflegekräfte stationärer Einrichtungen einzubeziehen, um ein für den Rehabilitanden optimales Pflegearrangement zu erreichen.

Pflegerische Maßnahmen, die aufgrund der aktiven, therapeutischen Interventionen erforderlich werden, sind im Rahmen der mobilen geriatrischen Rehabilitation zu leisten.

Die Durchführung der Grund- und Behandlungspflege ist nicht Aufgabe der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Erforderliche Grund- und Behandlungspflege ist weiter durch einen

¹⁰ Gefahr des Verschluckens

ambulanten Pflegedienst, eine stationäre Pflegeeinrichtung oder durch die An- und Zugehörigen zu erbringen.

1.8.6 Klinische Psychologie/Neuropsychologie

Mentale globale wie spezifische Funktionsstörungen – wie auch (neuro-) psychiatrische Mit-erkrankungen – sind bei geriatrischen Rehabilitanden häufig. Daher sollte der Klinische Psychologe in der mobilen geriatrischen Rehabilitation über eine fachlich vertiefende Zusatzausbildung in Klinischer Neuropsychologie verfügen. Die neuropsychologische Untersuchung liefert ein differenziertes Profil des kognitiven Leistungsvermögens wie Intelligenz, Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit und Orientierung. Sie ermöglicht – zur Unterstützung der zielgerichteten Behandlungsplanung – z.B.:

- eine Abgrenzung zwischen normaler und pathologischer Hirnalterung,
- eine diagnostische Präzisierung von Hirnleistungsstörungen insbesondere mit psychometrischen Testverfahren (in Abgrenzung zu Demenzen/Depressionen).

Die Neuropsychologie trainiert das verbliebene Leistungsvermögen insbesondere in Zusammenarbeit mit der Ergotherapie, ggf. auch mit der Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie.

Der Neuropsychologe ist Behandler von mentalen globalen wie spezifischen Funktionsstörungen und übernimmt in seiner Basiskompetenz als klinischer Psychologe zugleich Aufgaben der psychologischen Unterstützung (z.B. bei der Krankheitsbewältigung, Psychoedukation bei depressiven und Angststörungen, Beratung von An- und Zugehörigen).

1.8.7 Sozialarbeit

Im Rahmen der Sozialarbeit werden Patienten und An- und Zugehörige beraten und die Rehabilitanden bei der Krankheitsverarbeitung unterstützt. Sozialarbeit beinhaltet:

- Mithilfe bei der Organisation eines rehabilitativ orientierten Versorgungsmanagements zu Hause,
- Beratung und Vermittlung von Hilfen im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld,
- Beratung über ggf. notwendige Anpassungen im Wohnumfeld,
- Beratung über Alternativen zur Versorgung in Pflegeeinrichtungen,
- Beratung über Sozialleistungen,
- Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und sozialen Versorgungssystems.

Die Sozialarbeit hat in der mobilen Rehabilitation über die Beratung hinaus auch die konkrete Umsetzung (z. B. Beantragung von Leistungen, Vermittlung von Hilfeleistungen) notwendiger Maßnahmen zu begleiten.

1.8.8 Ernährungsberatung

Geriatrische Rehabilitanden weisen häufig Zeichen von Fehl- und Mangelernährung auf. Die Ernährungsberatung beinhaltet deshalb neben der Erhebung des Ernährungszustandes auch die Information und Beratung für An- und Zugehörige und Rehabilitanden über Ernährungsfragen sowie die Beratung zu Fehl- und Mangelernährung und zu Sonderkostformen, z.B. bei Schluckstörungen.

1.8.9 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen.

Als Anhalt können die folgenden Zahlen dienen:

→ Ärzte	1:20
→ Pflegekräfte	1:10 – 1:40
→ Physiotherapeuten	1:10 – 1:15
→ Ergotherapeuten	1:10 – 1:15
→ Stimm-, Sprech-, Sprach und Schlucktherapeuten	1:20 – 1:40
→ Sozialarbeiter	1:30 – 1:80
→ Klinische Psychologen/Neuropsychologen	1:40 – 1:100
→ Ernährungsberater (Diätassistent/Diplomökotrophologe)	1:100

1.9 Leistungsbewilligung

Es gelten die in Kapitel 9 des Allgemeinen Teils aufgeführten Vorgaben für die Leistungsbewilligung.

1.10 Leistungsumfang und -dauer

Die Dauer der mobilen geriatrischen Rehabilitation beträgt in der Regel 20 Behandlungstage und beinhaltet mindestens 30 Therapieeinheiten. Pro Behandlungstag sind mindestens eine Therapieeinheit à 45 Minuten und durchschnittlich 5 Therapieeinheiten pro Woche zu erbringen.

Pro Behandlungstag über 45 Minuten hinausgehende Therapiezeiten können zusätzlich als anteilige Therapieeinheiten (bezogen auf die Regeltherapieeinheit von 45 Min.) dokumentiert und den Therapieeinheiten pro Woche zugerechnet werden.

Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der mobilen geriatrischen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden, wenn es die individuelle Situation des Rehabilitanden erfordert.

Darüber hinaus gelten die Vorgaben zum Leistungsumfang und zur Leitungsdauer gemäß Abschnitt 1 des allgemeinen Teils dieser Gemeinsamen Empfehlungen auch für die mobile geriatrische Rehabilitation.

1.11 Verlängerungskriterien

Es gelten die in Kapitel 11 des Allgemeinen Teils aufgeführten Vorgaben für eine Verlängerung.

1.12 Dokumentation

Es gelten die in Kapitel 12 des Allgemeinen Teils aufgeführten Vorgaben für eine Dokumentation.

1.13 Entlassungsbericht

Es gelten die in Kapitel 13 des Allgemeinen Teils aufgeführten Vorgaben für die Erstellung eines Entlassberichtes.

1.14 Kooperation

Es gelten die in Kapitel 14 des Allgemeinen Teils aufgeführten Vorgaben für die Kooperation mit anderen an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten.

1.15 Datenschutz

Es gelten die in Kapitel 15 des Allgemeinen Teils aufgeführten Vorgaben zum Datenschutz und zur Schweigepflicht.

1.16 Qualitätsmanagement

Es gelten die in Kapitel 16 des Allgemeinen Teils aufgeführten Vorgaben zum Qualitätsmanagement.

1.17 Qualitätssicherung

Es gelten die in Kapitel 17 des Allgemeinen Teils aufgeführten Vorgaben zur Qualitätssicherung.

1.18 Beendigung der Rehabilitation

Es gelten die in Kapitel 18 des Allgemeinen Teils aufgeführten Kriterien zur Beendigung der mobilen Rehabilitation.

1.19 Basisdokumentation

Es gelten die Ausführungen in Kapitel 19 des Allgemeinen Teils.

2. Mobile indikationsspezifische Rehabilitation

2.1 Mobile Rehabilitation in indikationsspezifischen Bereichen

Mobile Rehabilitation kann auch in nicht-geriatrischen Indikationsbereichen erforderlich sein. Hinweise dafür ergaben sich beispielsweise aus der Basisdokumentation Mobile Geriatrische Rehabilitation, in der im Einzelfall auch Rehabilitanden außerhalb der Geriatrie behandelt wurden, aber auch aus Erfahrungen und Hinweisen der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe).

2.2 Kontextbezogene Voraussetzungen für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation

Es gelten die in Kapitel 2 des Allgemeinen Teils aufgeführten Ausführungen zum Kontextbezug.

2.3 Indikation und Allokation zur mobilen indikationsspezifischen Rehabilitation

Die mobile Rehabilitation kann prinzipiell für alle somatischen Indikationsbereiche in Frage kommen, sofern die jeweiligen Rehabilitationsziele mit dieser Art der Durchführung erreicht werden können.

Gemäß der im allgemeinen Teil dieser Gemeinsamen Empfehlungen in Kapitel 3 dargelegten Allokationskriterien kommt die mobile indikationsspezifische Rehabilitation insbesondere für solche Rehabilitanden in Betracht, die ihre Teilhabeziele überwiegend durch adaptive Strategien erreichen können.

Weiterhin existieren spezielle Gruppen von Patienten, für die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Prognose ausschließlich unter mobiler rehabilitativen Leistungserbringung angenommen werden kann. Hierzu gehören neben den in Kapitel 3 des Allgemeiner Teil genannten Rehabilitanden insbesondere auch solche mit:

- erheblichen Schädigungen neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose im fortgeschrittenen Stadium, hoher Querschnitt) so dass das bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierte Wohnumfeld und die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson zur aktiven Unterstützung und Förderung der Rehabilitation genutzt werden muss.
- erhebliche Schädigungen kardiovaskulärer und das Atmungssystem betreffender Funktionen, insbesondere der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, sodass auf Grund eines erhöhten pflegerischen Unterstützungsbedarfs die Durchführung in einer stationären indikationsspezifischen Rehabilitation nicht möglich ist und die umfassende Anwesenheit und Unterstützung eines Angehörigen/einer Bezugsperson zur aktiven Unterstützung und Förderung der Rehabilitation genutzt werden muss.
- angeborener oder erworbener Mehrfachbehinderung mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf.

- erheblichen Schädigungen mentaler Funktionen, deren Ausprägung und Handlungsrelevanz bei Verlust gewohnter räumlicher und sozialer Bezüge derart zuzunehmen drohen, dass rehabilitative Maßnahmen nur unter Erhalt dieser Bezüge erfolgversprechend erscheinen (Hinweise hierauf können z.B. Ängste, Wahnvorstellungen, psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, delirantes Syndrom, schwere Störungen des Schlaf-Wachrhythmus, ggf. mit Bedarf zusätzlicher Pharmakotherapie u. ä. im Rahmen eines vorangehenden Akutkrankenhausaufenthaltes sein)

Bei den zuvor beschriebenen Patientengruppen lässt sich nicht generell festlegen, welche Fachabteilung einer Rehabilitationseinrichtung für die Rehabilitationsleistung am geeignetsten ist. Vielmehr sollte der die Rehabilitationsleistung verordnende Arzt eine Empfehlung geben, welche Fachabteilung(en) für die Behandlung des Patienten in Betracht kommen.

2.4 Ausschlusskriterien

Es gelten die in Kapitel 4 des Allgemeinen Teils aufgeführten Ausschlusskriterien.

2.5 Anforderungen an die mobile indikationsspezifische Rehabilitation

Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Versicherten sollte mobile indikationsspezifische Rehabilitation bevorzugt durch Einrichtungen erbracht werden, die bereits an der indikationsbezogenen-rehabilitativen Versorgung oder mobil-rehabilitativen Versorgung von Patienten beteiligt sind. Die Schaffung neuer, ausschließlich mobiler indikationsspezifischer Rehabilitationseinrichtungen ist damit aber nicht ausgeschlossen.

2.5.1 Ganzheitlicher Ansatz

Es gelten die in Kapitel 5.1 des Allgemeinen Teils aufgeführten Aussagen.

2.5.2 Rehabilitationskonzept

Jeder Leistungserbringer muss ein strukturiertes, auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells der WHO basierendes Rehabilitationskonzept erstellen, in dem dargelegt wird, für welche der unter Kapitel 2.3 genannten Schädigungsmuster die Leistung der mobilen Rehabilitation erbracht werden soll. Weitere Ausführungen hierzu finden sich im Allgemeinen Teil in Kapitel 5.2.

2.5.3 (Rehabilitations-) Diagnostik

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 5.3 des Allgemeinen Teils verwiesen.

2.5.4 Rehabilitationsplan

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 5.4 des Allgemeinen Teils verwiesen.

2.6 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Zur Durchführung der mobilen indikationsspezifischen Rehabilitation muss ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam zur Verfügung stehen. In den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur ambulanten medizinischen Rehabilitation sind für die einzelnen Indikationen für die jeweilige Berufsgruppe Qualifikationsanforderungen beschrieben. Es gelten jeweils die den Schädigungsmustern zugeordneten indikationsspezifischen Rahmenempfehlungen entsprechend.

In dem Rehabilitationskonzept für die mobile Rehabilitation ist auszuweisen, welches Personal die Rehabilitationseinrichtung für die mobile Rehabilitation einsetzt.

2.6.1 Arzt/Ärztin

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 6.1 des Allgemeinen Teils verwiesen. Abhängig von der Indikation sind die Vorgaben aus den RE zur ambulanten Rehabilitation der BAR zur jeweiligen Indikation zu berücksichtigen.

2.7 Räumliche und apparative Ausstattung

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 7 des Allgemeinen Teils verwiesen. Entsprechend der Indikation sind ggf. ergänzende Therapiegeräte und -materialien vorzuhalten.

2.8 Behandlungselemente

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 8 des Allgemeinen Teils verwiesen. In den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur ambulanten med. Rehabilitation sind die für die einzelnen Indikationen erforderlichen Behandlungselemente aufgeführt.

2.8.1 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen.

Als Orientierung können die Personalangaben der mobilen geriatrischen Rehabilitation (Kap. 1.8.9) herangezogen werden.

2.9 Leistungsbewilligung

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 9 des Allgemeinen Teils verwiesen.

2.10 Leistungsumfang und -dauer

Pro Behandlungstag sind dem Patienten 3 Therapieeinheiten à 45 Minuten anzubieten. Dabei darf die Therapiefrequenz durchschnittlich 3 Behandlungstage und 8 Therapieeinheiten in der Woche nicht unterschreiten.

In Absprache mit den Krankenkassen kann in begründeten Einzelfällen (z. B. bei besonderen Einschränkungen der psychischen oder physischen Belastbarkeit) von dieser Regelung abgewichen werden.

Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der mobilen indikationsspezifischen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden, wenn es die individuelle Situation des Rehabilitanden erfordert.

Darüber hinaus gelten die Vorgaben zum Leistungsumfang und zur Leitungsdauer gemäß Abschnitt 1 des allgemeinen Teils dieser Gemeinsamen Empfehlungen auch für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation. Für die Neurologie gelten abweichende Regelungen.⁸

2.11 Verlängerungskriterien

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 11 des Allgemeinen Teils verwiesen.¹¹

2.12 Dokumentation

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 12 des Allgemeinen Teils verwiesen.

2.13 Entlassungsbericht

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 13 des Allgemeinen Teils verwiesen.

2.14 Kooperation

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 14 des Allgemeinen Teils verwiesen.

2.15 Datenschutz

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 15 des Allgemeinen Teils verwiesen.

2.16 Qualitätsmanagement

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 16 des Allgemeinen Teils verwiesen.

2.17 Qualitätssicherung

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 17 des Allgemeinen Teils verwiesen.

2.18 Beendigung der Rehabilitation

Es wird auf die Ausführungen in Kapitel 18 des Allgemeinen Teils verwiesen.

¹¹ Die Verlängerung einer mobilen neurologischen Rehabilitation orientiert sich an den Ausführungen der BAR zur Behandlungsdauer in der Anlage 2 zur neurologischen Rehabilitation in der Phase C.

2.19 Basisdokumentation

Auch die Einrichtungen, die mobile indikationsspezifische Rehabilitation erbringen haben sich an der Basisdokumentation, wie im Allgemeinen Teil unter Kapitel 19 ausgeführt, zu beteiligen. In den Versorgungsverträgen/Ergänzungsvereinbarungen mit den Rehabilitationseinrichtungen ist die Verpflichtung zur Basisdokumentation zu vereinbaren.

Die Basisdokumentation ist an das

Kompetenz-Centrum Geriatrie
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg

zu senden.

Die Sozialmedizinische Expertengruppe Leistungsbeurteilung/Teilhabe (SEG 1) wertet die Basisdokumentationen aus und legt dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene für jedes Kalenderjahr bis zum 31.03. des Folgejahres einen Auswertungsbericht vor

III. ANLAGEN

1. Link zur BAR Rahmenempfehlungen

https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/amb_reha/bar-konzept.html (Stand: 07.05.2020)

2. Link zur AGR

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/2018_01_15__Re_amb_ger_Reha_02012018.pdf (Stand: 07.05.2020)

3. Der geriatrische Patient

Die nachfolgende **Definition des geriatrischen Patienten gemäß der geriatrischen Fachgesellschaften¹² markiert Personen mit erhöhten Risiken**. Diesen Risiken ist im Rahmen jeder medizinischen Behandlung und Begutachtung in angemessener Weise Rechnung zu tragen. Nicht jeder so definierte geriatrische Patient bedarf jedoch zwangsläufig einer spezifischen geriatrischen Versorgung. Diese Definition stellt somit eine notwendige, jedoch **keine hinreichende Bedingung für die Inanspruchnahme spezifisch geriatrischer Versorgungsleistungen** dar. Eine solche Inanspruchnahme setzt die Erfüllung weiterer für die jeweiligen Versorgungsleistungen definierter Kriterien voraus.

Der geriatrische Patient im Sinne dieser Definition zeichnet sich durch ein erhöhtes Risiko aus, im Rahmen zusätzlicher Gesundheitsprobleme nachhaltige Beeinträchtigungen seiner Selbstbestimmung und selbständigen Lebensführung bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu erleiden. Grund hierfür sind eingeschränkte Reservekapazitäten. Diese sind durch altersphysiologische Veränderungen oder durch bereits vorbestehende Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen bedingt. Sie führen häufig zu Behandlungskomplikationen/Folgeerkrankungen (z. B. Delir, Infektion, Stürze, verzögerter Rekonvaleszenz) und zusätzlichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Die Definition der geriatrischen Fachgesellschaften geht von einem geriatrischen Patienten aus, wenn die nachfolgend genannten Charakteristika erfüllt sind:

- geriatritypische Multimorbidität
- und
- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter).

Unter **Multimorbidität** wird das Vorliegen von **mindestens zwei chronischen Krankheiten mit sozialmedizinischer Relevanz** verstanden¹³. Die Krankheiten sind chronisch, wenn sie min-

¹² In Anlehnung an Konsensus der DGG, der DGGG, der BAG Geriatrie, der Sektion Geriatrie des BDI und zugleich Diskussionsgrundlage der Sektion Geriatrie der Europäischen Fachärztervereinigung,

¹³ In Anlehnung an Seger et al. 2016, Gesundheitswesen. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-108440>

destens ½ Jahr bestehen oder voraussichtlich anhalten werden. Sie sind sozialmedizinisch relevant, wenn sie alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten zur Folge haben, die für die Teilhabe bedeutsam sind.

Geriatritypisch ist diese Multimorbidität bei Vorliegen insbesondere nachfolgender **Schädigungen der Körperfunktionen und –strukturen** (in variabler Kombination)

- kognitive Defizite
- starke Sehbehinderung
- ausgeprägte Schwerhörigkeit
- Depression, Angststörung
- Sturzneigung und Schwindel
- chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen
- herabgesetzte Medikamententoleranz
- Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit

Folgen geriatritypischer Multimorbidität betreffen häufig die Bereiche Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation und Haushaltsführung. Geriatritypische Multimorbidität führt nicht selten zu Mehrfachmedikation, häufigen Krankenhausbehandlungen und der Verordnung von Hilfsmitteln.

Bei im Vordergrund stehender geriatritypischer Multimorbidität kann diese das **Alterskriterium** auf **unter 70 Jahre** absenken. (Abweichungen sind bei erheblich ausgeprägter geriatritypischer Multimorbidität nach unten bis zu einem Alter von 60 Jahren möglich¹⁴).

Gemäß der Definition der geriatrischen Fachgesellschaften kann bei einem **Lebensalter 80 Jahre oder älter** auf die Verknüpfung von Alter und geriatritypischer Multimorbidität verzichtet werden, da bei dieser Altersgruppe bereits aufgrund alterstypisch abnehmender körperlicher und geistiger Reserven eine Anpassung an neu aufgetretene Gesundheitsprobleme oder veränderte Kontextfaktoren erschwert ist, typischerweise häufiger Komplikationen und Folgeerkrankungen auftreten und ein erhöhtes Risiko eines Verlustes an Selbstbestimmung und einer selbständigen Lebensführung besteht (Vulnerabilität).

4. Fragebögen zur Basisdokumentation

¹⁴ BSG-Urteil B 12 KR 21/14 R vom 23.06.2015