



Spitzenverband

**Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen
Rehabilitation
des GKV–Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen
auf Bundesebene
vom 02.01.2018**

Inhalt

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Präambel | 5 |
| 2 | Einführung/Begriffsbestimmung | 6 |
| 2.1 | Geriatrische Rehabilitation | 6 |
| 2.2 | Der geriatrische Rehabilitand | 6 |
| 2.3 | Geriatritypische Multimorbidität | 7 |
| 3 | Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation | 8 |
| 3.1 | Rehabilitationsbedürftigkeit | 8 |
| 3.1.1 | Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe | 9 |
| 3.1.2 | Kontextfaktoren | 10 |
| 3.2 | Rehabilitationsfähigkeit | 11 |
| 3.3 | Rehabilitationsziele | 12 |
| 3.4 | Rehabilitationsprognose | 12 |
| 3.5 | Individuelle Voraussetzungen | 13 |
| 3.6 | Ausschlusskriterien | 13 |
| 3.7 | Indikationsstellung | 13 |
| 4 | Medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation | 14 |
| 5 | Leistungsbewilligung | 14 |
| 6 | Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer | 14 |
| 6.1 | Kriterien für die Verlängerung ambulanter geriatrischer Rehabilitation | 15 |
| 7 | Anforderungen an die ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtung | 15 |
| 7.1 | Rehabilitationskonzept | 15 |
| 7.2 | Ärztliche Leitung und Verantwortung | 16 |
| 7.3 | Ärztliche Aufgaben | 17 |
| 7.4 | Rehabilitationsdiagnostik | 18 |
| 7.5 | Rehabilitationsplan | 18 |
| 7.6 | Behandlungselemente | 19 |
| 7.6.1 | Medikamentöse Behandlung | 19 |
| 7.6.2 | Aktivierend therapeutische Pflege | 19 |
| 7.6.3 | Physiotherapie | 20 |
| 7.6.4 | Ergotherapie | 21 |
| 7.6.5 | Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie | 21 |
| 7.6.6 | Neuropsychologie | 22 |
| 7.6.7 | Sozialarbeit | 23 |
| 7.6.8 | Ernährungsberatung | 23 |
| 7.6.9 | Gesundheitsinformation und Schulungen auch für Angehörige | 24 |

| | | |
|--------|--|----|
| 7.7 | Kooperation | 24 |
| 7.8 | Personelle Ausstattung | 24 |
| 7.8.1 | Rehabilitationsteam und Qualifikation | 24 |
| 7.8.2 | Personalbemessung | 26 |
| 7.9 | Räumliche Ausstattung | 27 |
| 7.10 | Apparative Ausstattung | 28 |
| 7.10.1 | Apparativ diagnostische Ausstattung | 28 |
| 7.10.2 | Apparativ therapeutische Ausstattung | 28 |
| 8 | Entlassungsbericht | 29 |
| 9 | Dokumentation | 30 |
| 10 | Qualitätssicherung | 30 |
| 10.1 | Strukturqualität | 30 |
| 10.2 | Prozessqualität | 31 |
| 10.3 | Ergebnisqualität | 31 |
| 11 | Anlage: Definition „Geriatrischer Patient“ | 32 |

Soweit im Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit lediglich die männliche Form Anwendung findet.

1 Präambel

Auch ältere Menschen haben einen Anspruch auf ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben. Die medizinische Rehabilitation ist -neben der Akutversorgung und der Pflege- ein wichtiger Bestandteil der geriatrischen Versorgung. Medizinische Rehabilitation kann auch beim alten Menschen hinsichtlich der Alltagskompetenz erfolgreich sein. Ihr Ziel ist, eine Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Neben der indikationsspezifischen Rehabilitation hat sich in Deutschland die geriatrische Rehabilitation etabliert.

Eine leistungsfähige und auf den individuellen Bedarf des alten Menschen abgestimmte Rehabilitation erfordert eine weitere Flexibilisierung des Versorgungsangebotes. Es ist daher geboten, im Bereich der geriatrischen Rehabilitation neben stationären auch ambulante Rehabilitationsangebote vorzuhalten, die eine effiziente Versorgung unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sichern.

Ebenso wie die stationäre geht die ambulante geriatrische Rehabilitation¹ von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation umfasst. Gleichmaßen gelten die Grundsätze der Finalität², Komplexität, der Interdisziplinarität und der Individualität.

Im Unterschied zur indikationsspezifischen Rehabilitation sind in der Regel Krankenkassen die Rehabilitationsträger für die geriatrische Rehabilitation. Vor diesem Hintergrund geben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung diese nachfolgenden Empfehlungen heraus. Die auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sowie die Verbände und Interessenvertretungen behinderter und älterer Menschen wurden im Rahmen einer schriftlichen Anhörung beteiligt. Die Stellungnahmen wurden berücksichtigt. Die Rahmenempfehlungen wurden auf der Grundlage der "Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation der BAR - Allgemeiner Teil"³ vom 1. März 2016 erarbeitet und bilden die Basis für zielorientierte Leistungen sowie für die Anforderungen an ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen.

Die aktualisierten Rahmenempfehlungen sollen allen am Rehabilitationsprozess Beteiligten (Leistungsträgern, Leistungserbringern einschl. der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Rehabilitationseinrichtungen, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, MDK-Mitarbeiterinnen und MDK-Mitarbeitern) einen Überblick über die Anforderungen an die ambulante geriatrische Rehabilitation in der GKV geben.

¹ Die Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007 sowie die Umsetzungshinweise vom 01.05.2010 sind unverändert gültig.

² Die Rehabilitationsleistungen werden unabhängig von ihren Ursachen erbracht. Sie orientieren sich ausschließlich an der Erreichung der Ziele.

³ <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/REAmbDtpE.pdf>

2 Einführung/Begriffsbestimmung

In der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation indikationsbezogene (z. B. kardiologische Rehabilitation, Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen) und indikationsübergreifende (geriatrische Rehabilitation) bzw. zielgruppenspezifische Leistungen (z. B. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche).

2.1 Geriatrische Rehabilitation

„Geriatric ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention alter Patientinnen und Patienten sowie deren spezieller Situation am Lebensende befasst.“⁴

Für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation muss beachtet werden, dass die gesundheitliche Gesamtsituation alter Menschen häufig durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) und deren Folgen, altersbedingter Veränderungen sowie gesundheitlich relevanter Lebensumstände und Lebensgewohnheiten geprägt ist.

Es ist zu berücksichtigen, dass bei alten Menschen häufig eine allgemein verminderte körperliche Belastungsfähigkeit und eine Abnahme der kognitiven Leistungen bestehen, ggf. zusätzlich mit einer psychischen und sozialen Verunsicherung und einer Antriebsminderung. Für die medizinische Rehabilitation bedeutet dies, dass hieraus eine eingeschränkte Rehabilitationsfähigkeit resultieren kann. Das Rehabilitationsziel ist in der Regel vor allem auf den Ausgleich der Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten auszurichten und an das Lebensalter sowie die Lebenssituation des alten Menschen anzupassen.

Geriatrische Rehabilitation ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass sie diesen besonderen Risiken der Rehabilitanden aufgrund deren eingeschränkter struktureller und funktioneller körperlicher Reserven Rechnung trägt und den Krankheitsauswirkungen indikationsübergreifend mit gezielten Therapien begegnen kann. Gründe für die Einschränkungen von Funktionsreserven finden sich in der Regel in der Kombination von physiologischen Veränderungen im höheren Lebensalter und den vorliegenden Schädigungen auf der Organebene.

Die dieser Konzeption zugrunde liegende Definition des geriatrischen Patienten findet sich in der Anlage im Kapitel 11.

2.2 Der geriatrische Rehabilitand

Grundsätzlich sind zur Klärung der Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch zu prüfen: Die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und die Rehabilitationsprognose (*die Begriffsdefinitionen finden sich unter 3.1 ff.*).

⁴ Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten in der Übersetzung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, www.dggeriatrie.de

Bei der Indikationsprüfung sollte bereits bei der Frage nach der Rehabilitationsfähigkeit zwischen der Beantragung einer indikationsspezifischen (z.B. orthopädische/kardiologische Rehabilitation) bzw. einer geriatrischen Rehabilitation unterschieden werden. Auf einen geriatrischen Rehabilitanden weist hin:

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

Bei im Vordergrund stehender geriatrietypischer Multimorbidität kann diese das Alterskriterium auf unter 70 Jahre absenken. Abweichungen sind bei erheblich ausgeprägter geriatrietypischer Multimorbidität nach unten bis zu einem Alter von 60 Jahren möglich.⁵

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 Rehabilitationseinrichtung haben wird.

2.3 Geriatrietypische Multimorbidität

Multimorbidität wird als das Vorliegen von mindestens zwei chronischen Krankheiten mit sozialmedizinischer Relevanz definiert. Die Krankheiten sind chronisch, wenn sie mindestens 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.

Geriatrietypisch 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

⁵ BSG-Urteil B 1 KR 21/14 R vom 23.06.2015

- herabgesetzte Medikamententoleranz
- Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit

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

3. Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation

Grundsätzlich ist die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu prüfen. Dabei reicht es nicht aus, die Erkrankungen mit Diagnoseschlüsseln zu nennen und zu dokumentieren. Notwendig ist vielmehr die Erfassung der Krankheitsauswirkungen mit Blick auf beeinträchtigte Aktivitäten und Teilhabe des alten Menschen in seinem individuellen Kontext.

Die **ambulante** geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn

- Rehabilitationsbedürftigkeit besteht,
- geriatrische Rehabilitationsfähigkeit besteht,
- eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage eines realistischen alltagsrelevanten
- Rehabilitationsziels besteht,
- keine Ausschlusskriterien vorliegen und
- die individuellen Voraussetzungen für diese Art der Rehabilitation erfüllt sind.

Die sozialmedizinische Indikation zu einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation hat also nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der oben beschriebenen Schädigungen, Beeinträchtigungen und Kontextfaktoren sowie der individuellen Voraussetzungen.

Für die jeweiligen Indikationskriterien sind die nachfolgenden Besonderheiten zu beachten.

3.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- diese Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit⁶

In Abgrenzung zur indikationsspezifischen Rehabilitation gilt für die geriatrische Rehabilitation, dass sich der geriatrische Rehabilitand **durch mehr als eine bei der Rehabilitation zu berücksichtigende Erkrankung** auszeichnet.

3.1.1 Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

Die für eine geriatrische Rehabilitation bedeutsamen Krankheitsauswirkungen müssen, unter Beachtung der Kontextfaktoren (z. B. häusliches Wohnumfeld), für den Patienten alltagsrelevant sein, d.h. sie führen zur Beeinträchtigung seiner Selbstständigkeit, Lebensführung und seinen Gestaltungsmöglichkeiten in den Bereichen, die zu den menschlichen Grundbedürfnissen gehören. Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe können gerade bei diesen Patienten sehr schnell zu sozialer Isolation und der Abhängigkeit von fremder Hilfe bis hin zur Pflegebedürftigkeit führen.

Alltagsrelevante Beeinträchtigungen finden sich vorzugsweise in den Bereichen:

- **Mobilität**

Schwierigkeiten z.B.

- beim Ändern und Aufrechterhalten der Körperposition, beispielsweise Bett-Rollstuhl-Transfer oder längerfristiges Sitzen im Rollstuhl, um am familiären/gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können,
- beim Gehen und sich Fortbewegen in der Häuslichkeit, in verschiedenen Umgebungen, im öffentlichen Raum, auch unter Verwendung von Hilfsmitteln (z. B. Rollstuhl), Treppensteigen
- beim Tragen von Geschirr, beim feinmotorischen Handgebrauch (z. B. Öffnen von Gläsern/Medikamentenblister), Nähen oder beim Hand- und Armgebrauch (z. B. Hochstellen von Gegenständen)

- **Selbstversorgung**

Schwierigkeiten z.B.

- bei der Körper-/Intimhygiene incl. Inkontinenzmanagement
- beim Benutzen der Toilette
- beim An- und Ausziehen
- beim Essen/Trinken
- beim Medikamentenmanagement

- **Häusliches Leben**

Schwierigkeiten z.B.

- beim Einkaufen
- beim Kochen
- bei Hausarbeiten (z.B. Wäsche waschen, Putzen, Aufräumen)

- **Kommunikation**

Schwierigkeiten z.B.

- bei der verbalen und nonverbalen Kommunikation (z.B. Telefonieren, Verfassen von Korrespondenz)
- beim Gebrauch von Kommunikationsgeräten (z.B. Hörgerät, Bildschirmlesegerät)

⁶ § 8 Rehabilitations-Richtlinie vom 1.4.2016,

- **Lernen und Wissensanwendung**

Schwierigkeiten z.B.

- beim Lesen, Schreiben, Aufmerksamkeit fokussieren, Probleme lösen, Entscheidungen treffen
- beim Lernen (z.B. Umgang mit technischen Entwicklungen z.B. neue Medien)

- **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**

Schwierigkeiten z.B.

- bei der täglichen Routine (z.B. Strukturierung des Tagesablaufes),
- bei der Durchführung komplexer und koordinierter Handlungen (z.B. Mahlzeiten vorbereiten oder Angehörige pflegen und betreuen),
- beim Umgang mit Stress und anderen psychischen Anforderungen (z. B. Umgang mit Krisensituationen)

- **Bedeutende Lebensbereiche**

Schwierigkeiten z.B.

- bei Geldgeschäften (z. B. Bezahlen, Geld abheben, Überweisungen tätigen) auch in den Bereichen:
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

3.1.2 Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen umwelt- und personbezogene Faktoren. Sie spielen generell eine große Rolle für Erfolg oder Misserfolg von Behandlungs- wie auch Rehabilitationsmaßnahmen.

Mit zunehmendem Alter nehmen aufgrund reduzierter Reserven sowohl die Chancen einer kompletten Rückbildung von Schädigungen auf Körperebene (Restitution) als auch deren Ausgleichsmöglichkeiten über andere Körperfunktionen (Kompensation) ab. Für den Wiedergewinn von Aktivitäten und Teilhabe kommt daher im Alter umso mehr der Ausgestaltung von umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren (Adaptation) Bedeutung zu.

Für die Rehabilitation relevante Kontextfaktoren gilt es deshalb so früh wie möglich zu erkennen. In der Umwelt wie auch in der Person liegende fördernde Faktoren sollten genutzt und Barrieren soweit wie möglich abgebaut werden.

Relevante **Umweltfaktoren** finden sich in der **geriatrischen** Rehabilitation häufig in den Bereichen:

- **Produkte und Technologien**

in Form von Hilfstechnologien/Hilfsmitteln und deren Anpassung zur Unterstützung bei der Ausübung von Aktivitäten z.B.

- Mobilitätshilfen
- Greifhilfen
- Kommunikationshilfen
- Notruf- und andere technische Überwachungs- und Unterstützungssysteme

- **Unterstützung und Beziehung**
als psychosoziale, haushaltsnahe oder pflegerische Ressourcen und Kompetenzen z. B. durch
 - Verwandte, Freunde, Nachbarn
 - professionelle ambulante Dienste
 - ehrenamtliche Unterstützung und Selbsthilfegruppen
- **Einstellungen**
als Einstellungen und Verhaltensweisen des direkten und indirekten sozialen Umfeldes z. B.
 - aktivierende Pflege
 - überfürsorgliches Verhalten
- **Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze**
bezüglich
 - Infrastruktur im Sozialraum
 - Ausgestaltung der regionalen Versorgungs- und Gesundheitsangebote
 - sozialgesetzlicher Leistungsansprüche und –grenzen
 -

Relevante **personbezogene Faktoren** finden sich in der geriatrischen Rehabilitation häufig in den Bereichen:

- **Allgemeine Merkmale und physische Faktoren**
meist mit eingeschränkten Reserven und erhöhter Vulnerabilität z. B. aufgrund von
 - hohem kalendarischem und/oder biologischem Alter
 - reduzierter körperlicher und mentaler Konstitution
- **Mentale Faktoren**
mit Einfluss auf Aktivitäten und Teilhabe z. B. in Form von
 - Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, Techniken oder Verhaltensweisen
 - Selbstvertrauen
 - Optimismus/Zuversicht
- **Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten**
in Form persönlicher Einstellungen und Verhaltensweisen z. B. als
 - Lebenszufriedenheit
 - Selbstkompetenz/Handlungskompetenzen
 - die Rehabilitationsziele beeinflussende Lebensgewohnheiten bspw. hinsichtlich Ernährung, Bewegung, Kommunikation, Hygiene
- **Lebenslage/Sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren**
mit Einfluss auf Aktivitäten und Teilhabe z.B. aufgrund
 - der Wohnsituation
 - der Einbindung in das direkte familiäre und soziale Umfeld
 - der finanziellen Situation
 - des Bildungs- und Sozialstatus
 - des kulturellen Hintergrundes+

3.2 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzen.

Geriatrische Rehabilitanden sind altersphysiologisch und häufig durch weitere vorbestehende Funktionseinschränkungen zusätzlich in ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit eingeschränkt und haben einen höheren Unterstützungsbedarf. Damit auch diese Rehabilitanden die erforderlichen medizinischen Rehabilitationsleistungen erhalten können, werden an die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit **niedrigschwelligere Anforderungen** gestellt,

- Stabilität der Vitalparamete
- sowie die Fähigkeit, mehrmals täglich aktiv an rehabilitativen Maßnahmen teilzunehmen

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit darf aber nicht (mehr) bestehen.

Daneben sind die individuellen Voraussetzungen (Kapitel 3.5) und die Ausschlusskriterien (Kapitel 3.6) für eine ambulante geriatrische Rehabilitation zu berücksichtigen

3.3 Rehabilitationsziele

Übergeordnetes Rehabilitationsziel ist der Erhalt, die Verbesserung und Wiedergewinnung größtmöglicher Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dies umfasst insbesondere die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit.

Möglichst frühzeitig sollen deshalb alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten beseitigt, vermindert, eine Verschlimmerung verhütet oder eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abgewendet bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe beseitigt, vermindert oder deren Verschlimmerung verhütet werden.

Unter Berücksichtigung individuell realistischer Möglichkeiten sind **alltagsrelevante Rehabilitationsziele** zu formulieren, die dem Rehabilitanden ein selbstbestimmtes und möglichst selbstständiges Leben ermöglichen.

Individuelle alltagsrelevante Rehabilitationsziele können beispielsweise sein:

- Verbesserung der Steh-/Gehfähigkeit, um sich in der Wohnung wieder bewegen zu können
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, um Gespräche führen zu können
- Verbesserung der Sitzstabilität und -dauer zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Verbesserung der Tagesstrukturierung zur Gewährleistung zeitgerechter Medikamenten- und Nahrungsaufnahme
- Reduzierung des Bedarfs an Fremdhilfe

3.4 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren, insbesondere der Motivation oder Motivierbarkeit des Versicherten
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels
- durch eine geeignete Leistung der medizinischen Rehabilitation

in einem notwendigen Zeitraum.

Eine positive Rehabilitationsprognose für die geriatrische Rehabilitation ist anzunehmen, wenn **mindestens eines der nachfolgend genannten Kriterien** zutrifft:

- Beseitigung oder Verminderung der alltagsrelevanten Beeinträchtigungen durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit sind erreichbar.
- Strategien zur Alltagsbewältigung (Kompensation) sind mit Aussicht auf nachhaltigen Erfolg anzuwenden (trainierbar).
- Anpassungsmöglichkeiten (Adaptation) sind vorhanden und nutzbar.

Ein wesentliches Kriterium zur Beurteilung der Rehabilitationsprognose ist somit die Klärung der Frage, welche Beeinträchtigungen in welchem Umfang seit wann bestehen und welche Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung bereits durchgeführter ambulanter wie stationärer Maßnahmen, ggf. auch mit rehabilitativer Zielsetzung, angestrebt werden.

3.5 Individuelle Voraussetzungen

Neben den medizinischen Voraussetzungen muss das Aufsuchen der ambulanten Rehabilitationseinrichtung für den Rehabilitanden möglich sein. Die Rehabilitationseinrichtung muss in einer zumutbaren Fahrzeit erreichbar sein. Das Kriterium „zumutbare Fahrzeit“ sollte nicht zu weit ausgelegt werden, da sich eine belastende Anreise ungünstig auf das Reha-Ergebnis auswirkt. In der Regel sollte eine Fahrzeit für den einfachen Weg von 45 Minuten nicht überschritten werden.

Die häusliche sowie sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanden muss während der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme sichergestellt sein.

3.6 Ausschlusskriterien

Eine ambulante geriatrische Rehabilitation kommt **nicht** in Betracht, wenn

- ausschließlich kurative oder pflegerische Maßnahmen angezeigt sind,
- eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist,
- eine stationäre geriatrische Rehabilitation notwendig ist, weil
 - Art oder Ausmaß der Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten eine pflegerische Betreuung oder ärztliche Überwachung in einem Umfang erfordern, der in einer ambulanten Einrichtung nicht zu leisten ist
 - die begründete Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld besteht
- eine indikationsspezifische Rehabilitation angezeigt ist.

Pflegebedürftigkeit stellt kein Ausschlusskriterium dar.

3.7 Indikationsstellung

Die **ambulante** geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn

- die Indikationskriterien erfüllt,
- keine Ausschlusskriterien gegeben und
- die individuellen Voraussetzungen für diese Art der Rehabilitation erfüllt

sind.

Liegen die Voraussetzungen für die Durchführung einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation nicht vor, ist zu prüfen, ob stattdessen eine

- stationäre Maßnahme oder
- ambulant mobile Maßnahme in der gewohnten oder ständigen Wohnumgebung

in Betracht kommt.

4 Medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Vor Beginn der ambulanten Rehabilitation soll die erforderliche Diagnostik (einschließlich Differentialdiagnostik) bereits durchgeführt sein, damit die Indikation für die ärztliche Versorgung und die geeignete Behandlung gestellt werden kann. Aktuelle relevante Befunde einschließlich vorliegender Assessments sind der Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung zu stellen und von dieser bei der Rehabilitationsdiagnostik und Aufstellung des Rehabilitationsplans zu berücksichtigen. Doppeluntersuchungen sind zu vermeiden.

5 Leistungsbewilligung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen vor Beginn durch die zuständige Krankenkasse bewilligt werden. Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalles und unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts des Leistungsberechtigten/Rehabilitanden sowie des Wirtschaftlichkeitsgebotes Art, Dauer, Umfang, Beginn der Maßnahme und die Rehabilitationseinrichtung.

Sofern in einem Leistungsfall Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine realistische Rehabilitationsprognose gegeben sind, stellt sich für die Krankenkasse die Frage der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung. Dabei empfiehlt sich grundsätzlich folgender Entscheidungsalgorithmus:

- Geht aus der ärztlichen Verordnung, aus dem Antrag für eine Anschlussrehabilitation oder dem Pflegegutachten eine schlüssige Zuweisungsempfehlung hervor, kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass der verordnende Arzt bzw. der Medizinische Dienst aufgrund der ihm möglichen unmittelbaren Einschätzung des Patienten eine sachgerechte Empfehlung abgegeben hat.
- Ist aus den Verwaltungs- oder Antragsunterlagen bzw. dem Pflegegutachten nicht zweifelsfrei zu entnehmen, welche Art der Rehabilitation (z. B. eine geriatrische oder eine indikationsspezifische) erforderlich ist, sollte die Krankenkasse Rücksprache mit dem verordnenden Arzt oder dem Medizinischen Dienst nehmen, um eine sachgerechte Entscheidung über die für den

Patienten am besten geeignete Rehabilitationsleistung zu treffen. Führt auch eine entsprechende Rückfrage nicht zu einer hinreichenden Klärung, wird empfohlen eine sozialmedizinische Stellungnahme des MDK einzuholen.

6 Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer

Die tägliche Behandlungsfrequenz und -dauer ist den individuellen Erfordernissen im Verlauf anzupassen. Die Zahl der Behandlungstage beträgt im Regelfall längstens 20 Tage. In der Regel ist neben den ärztlichen Leistungen und aktivierend-therapeutischer Pflege eine Teilnahme des Rehabilitanden an täglich mindestens drei bis vier therapeutischen Maßnahmen von durchschnittlich 30 Minuten an fünf (bis sechs) Tagen in der Woche einzuhalten. Erforderliche Ruhepausen sind zu berücksichtigen.

Angepasst an die individuelle Belastbarkeit des geriatrischen Rehabilitanden können die vorgesehenen Behandlungstage in Abstimmung mit der Krankenkasse über einen längeren Zeitraum verteilt werden. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Maßnahme weiterhin als interdisziplinäre und mehrdimensionale Leistung erforderlich ist und fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung steht.

Ebenso kann, angepasst an individuelle Erfordernisse, im Rahmen der Flexibilisierung die Erbringung einzelner Therapieeinheiten durch Mitglieder des Rehabilitationsteams im Wohnumfeld erfolgen, um den Transfer von Behandlungsergebnissen zu ermöglichen und deren Nachhaltigkeit durch Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren des Rehabilitanden zu unterstützen.

Die Maßnahme ist zu beenden, wenn sich zeigt, dass das Rehabilitationsziel erreicht ist oder die Indikationskriterien für die Rehabilitation nicht mehr erfüllt sind.

6.1 Kriterien für die Verlängerung ambulanter geriatrischer Rehabilitation

Nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse kann in begründeten Fällen eine Verlängerung bei Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationsziels und weiter bestehender positiver Rehabilitationsprognose sowie gegebener Rehabilitationsfähigkeit erfolgen.

Im Verlängerungsantrag ist der bisherige Rehabilitationsverlauf nachvollziehbar zu beschreiben. Es ist zu begründen, warum das angestrebte alltagsrelevante Rehabilitationsziel bislang durch die genannten Therapien nicht erreicht werden konnte und das Rehabilitationsteam davon ausgeht, dass dieses Rehabilitationsziel nur mit komplexen Maßnahmen und im beantragten Zeitraum erreicht werden kann. Die bisher durchgeführten und weiter geplanten Therapieeinheiten sind aufzuführen.

7 Anforderungen an die ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtung

Die ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtung muss über ein strukturiertes, regelmäßig zu aktualisierendes, ICF basiertes Rehabilitationskonzept verfügen, das den Anforderungen an die Besonderheiten des geriatrischen Rehabilitanden und dem aktuellen Stand der Wissenschaft gerecht wird.

Die Behandlung multimorbider, alter und hochaltriger Menschen stellt an das Personal der Rehabilitationseinrichtung hohe Anforderungen. Erforderlich ist die besondere Beachtung ihrer altersphysio-

logischen Veränderungen, ihrer physiologisch eingeschränkten Reserve und der daraus resultierenden begrenzten Belastbarkeit.

7.1 Rehabilitationskonzept

Im Rehabilitationskonzept werden unter Berücksichtigung von evtl. Behandlungsschwerpunkten die rehabilitative Diagnostik insbesondere unter Verwendung standardisierter geriatrischer Assessments und die Behandlung strukturiert dargestellt. Es sind Aussagen zur personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung der Einrichtung sowie Angaben zu Behandlungsstandards (Musterpläne) für verschiedene typische geriatrische Rehabilitandengruppen zu machen. Im Konzept muss klar erkennbar sein, dass die in der Anlage und in Kapitel 2 dargestellten medizinischen Grundlagen bezüglich des geriatrischen Patienten und geriatrischer Syndrome, der Indikationsstellung zur geriatrischen Rehabilitation maßgeblich sind. Es berücksichtigt alterstypische Veränderungen und die eingeschränkte Reservekapazität im Hinblick auf die Wiedererlangung physischer und mentaler Funktionen sowie alltagsrelevanter Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Das Konzept muss auf die einzusetzenden Maßnahmen und Behandlungselemente eingehen.

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

- zur Frequenz und dem zeitlichen Umfang aller therapeutischen Leistungen,
- zum prozentualen Anteil an Einzeltherapien,
- zu den benötigten Rüstzeiten (Vor- und Nachbereiten von Therapieterminen),
- zum zeitlichen Aufwand für Teamkonferenzen,
- zum zeitlichen Aufwand für ärztliche Aufgaben,
- ggf. zur Gruppengröße.

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine andere Einrichtung (z. B. Praxis, Rehabilitationsklinik, Krankenhaus) angebunden, muss eine räumliche, organisatorische und wirtschaftliche Trennung gegeben sein. Dies ist im Konzept darzustellen.

Die gemeinsame Nutzung von Therapieeinrichtungen ist möglich.

7.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtung muss unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes stehen, der über folgende Qualifikationen verfügt:

- Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie und zusätzlich eine der Bezeichnungen
 - Schwerpunkt Geriatrie
 - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie
 - Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie.

oder

- Facharztbezeichnung auf dem Gebiet Innere Medizin/Geriatrie.

Der Stellvertreter führt die

- Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie und zusätzlich eine der Bezeichnungen
 - Schwerpunkt Geriatrie

- Zusatz-Weiterbildung Geriatrie
- Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie.

oder

- Facharztbezeichnung auf dem Gebiet Innere Medizin/Geriatrie.

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 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-Weiterbildung Rehabilitationswesen oder über die Gebietsbezeichnung Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Der ärztliche Leiter oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Rehabilitationszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein.

Ist fachärztliche Kompetenz, z.B. orthopädische nicht verfügbar, muss eine konsiliarische Zusammenarbeit mit einem entsprechenden Facharzt durch Kooperationsverträge sichergestellt sein.

7.3 Ärztliche Aufgaben

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung und kontinuierliche Überwachung und Weiterentwicklung des ICF-basierten Rehabilitationskonzepts unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Entwicklungen verantwortlich.

Zu den weiteren Aufgaben, die durch den leitenden Arzt durchzuführen oder ggf. zu veranlassen sind, gehören:

- Erstuntersuchung am Aufnahmetag
- Zwischen- und Abschlussuntersuchung (frühestens 3 Tage vor Entlassung)
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik einschließlich geriatrischem Assessment mit der Verpflichtung, eine Fehlallokation zu vermeiden und ggf. in Absprache mit der Krankenkasse rückgängig zu machen
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abstimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden, dem Rehabilitationsteam und ggf. mit den Angehörigen
- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen
- Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Hilfsmitteln
- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. 1 x pro Woche)
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Angehörigen

- 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 Konsiliardiensten und den an der Nachsorge beteiligten Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung.

7.4 Rehabilitationsdiagnostik

Die Rehabilitationsdiagnostik erfolgt bei Rehabilitationsbeginn durch klinische Untersuchung einschließlich notwendiger apparativer Untersuchungsverfahren sowie durch individuell erforderliche Elemente des mehrdimensionalen geriatrischen Assessments. Hierbei sind die diagnostischen Vorbefunde zu berücksichtigen.

Unter geriatrischem Assessment versteht man einen multidimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess. Durch das Assessment werden die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Schädigungen und Beeinträchtigungen sowie die Ressourcen des Patienten erfasst. Gleichzeitig wird durch das Assessment die Grundlage für die partizipative Festlegung alltagsrelevanter Rehabilitationsziele und des daraus abgeleiteten Rehabilitationsplans gelegt.

Von Bedeutung ist hierbei das geriatrische Basisassessment, das die Bereiche Mobilität, Selbstversorgungsfähigkeit, Kognition, Emotion und soziale Situation umfasst. Zur Erhebung des geriatrischen Basisassessment stehen zahlreiche standardisierte und validierte geriatrische Assessmentinstrumente zur Verfügung.⁷ Bei Bedarf müssen weitere Assessments angewandt werden.

Im Verlauf und vor Abschluss der Rehabilitation sind die rehabilitationsrelevanten Untersuchungen und Assessment-Verfahren im erforderlichen Umfang durchzuführen und deren Ergebnisse zu dokumentieren.

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

7.5 Rehabilitationsplan

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik und unter Einbeziehung des Rehabilitanden ist ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan zu erstellen, der die Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche einschließt.

Dieser berücksichtigt neben der geriatrietypischen Multimorbidität sowie den alltagsrelevanten Beeinträchtigungen auch die individuellen Kontextfaktoren. Diese sind im Rehabilitationsplan beispielsweise mit Blick auf eine adäquate Hilfsmittelversorgung, die emotionale Bewältigung verbleibender Beeinträchtigungen, Beratung zur sozialen und pflegerischen Unterstützung zu berücksichtigen.

⁷ Die gängigen Assessmentverfahren werden auf der Homepage des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCG) gelistet und erläutert: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Seiten/default.aspx

Die Bezugspersonen des Rehabilitanden sind, sofern erforderlich, bei der Erstellung und Veränderungen des Rehabilitationsplans einzubeziehen.

Mindestens eine Teambesprechung pro Woche unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele dient der Verlaufsbeobachtung und notwendigen Anpassung des Rehabilitationsplans.

7.6 Behandlungselemente

Neben ärztlichen Leistungen und medikamentöser Therapie sind folgende Behandlungselemente vorzuhalten:

- Aktivierend therapeutische Pflege
- Physiotherapie/Krankengymnastik einschließlich Physikalischer Therapie
- Ergotherapie
- Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie einschließlich Schlucktherapie
- (Neuro-) Psychologie
- Sozialarbeit (auch bei Fragen zu Leistungen der Pflegebedürftigkeit)
- Ernährungsberatung
- Gesundheitsinformation und Schulungen auch für Angehörige

Die vorstehenden Behandlungselemente können durch Sporttherapie ergänzt werden.

Die einzusetzenden Behandlungselemente werden als Einzeltherapie oder in Gruppen angeboten. Aufgrund der Besonderheit des geriatrischen Rehabilitanden sind diese überwiegend als Einzeltherapie und nur selten als Gruppentherapie durchzuführen. Unter der Zielsetzung der Wiederherstellung bzw. Erhaltung aktiver Teilhabe im Sinne selbstständiger Lebensführung müssen die aktiven Therapieformen deutlich überwiegen. Alle einzusetzenden Behandlungselemente sind so auszugestalten, dass die Besonderheiten geriatrischer Patienten, die sich aus deren spezifischer Multimorbidität ergeben (z.B. Beeinträchtigungen kognitiver und emotionaler Funktionen) umfassend berücksichtigt werden.

7.6.1 Medikamentöse Behandlung

Die Multimorbidität des geriatrischen Rehabilitanden ist in aller Regel mit einer Mehrfachmedikation (Polypharmazie) verbunden. Diese und die veränderte biologische Reaktion auf Medikamente erhöhen die Rate der unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Ergänzend kommen Probleme beim Medikamentenmanagement hinzu.

Eine wesentliche Aufgabe auch während der ambulanten geriatrischen Rehabilitation ist daher, die Medikation des geriatrischen Patienten kontinuierlich und in Abstimmung mit dem behandelnden Vertragsarzt individuell zu überprüfen und ggf. anzupassen. Ebenso gehören zur medikamentösen Behandlung auch das Training und die Anleitung der regelmäßigen Einnahme von Arzneimitteln im Rahmen der Tagesstrukturierung sowie die Vermittlung von Informationen über die Wirkungen der Arzneimittel und die Folgen einer nicht der ärztlichen Verordnung entsprechenden Einnahme der Medikamente.

7.6.2 Aktivierend therapeutische Pflege

Aktivierend therapeutische Pflege in der Geriatrie zielt unter Beachtung der vorhandenen Ressourcen sowie vorliegender Schädigungen und Beeinträchtigungen auf die individuell erreichbare selbständige Durchführung alltagsrelevanter Aktivitäten. Im Rahmen dieser sollen die multimorbiden Rehabilitanden die Möglichkeiten eigenen Handelns erfahren und die Motivation entwickeln, mit pflegerischer Unterstützung alltagsrelevante Aktivitäten wieder zu erlernen und einzuüben. Basis aktivierend therapeutischer Pflegeinterventionen ist damit die Entscheidung, in welchen Situationen der Rehabilitand direkte Hilfestellung bei der Durchführung alltagsrelevanter Aktivitäten benötigt und in welchen Situationen der Patient zur teilweisen bis vollständigen Übernahme befähigt werden soll.

Zielformulierung, Bestimmung geeigneter Interventionen und Anpassungen im Verlauf erfolgen gemeinsam mit dem Rehabilitanden/Angehörigen und dem geriatrischen Team. Die aktivierend therapeutische Pflege erfolgt unter Berücksichtigung spezifischer konzeptioneller Grundlagen (z.B. Bobath, Affolter, validierende Gesprächsführung) und unter Beachtung der vorliegenden geriatritypischen Multimorbidität bei gleichzeitig erhöhten Komplikationsrisiken (z.B. Sturz, Dekubitus, Malnutrition, Delir). Bei vor- und nachbestehenden Unterstützungsbedarfen in alltagsrelevanten Aktivitäten kommt der engen Kooperation mit beruflich Pflegenden ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen und der Einbindung pflegender Angehöriger große Bedeutung zu.

Aktivierend therapeutische Pflege erfolgt durch dafür qualifizierte und in der geriatrisch rehabilitativen Versorgung erfahrene Pflegefachkräfte und geht über die aktivierende Pflege im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege hinaus. Zu den Pflegefachkräften zählen examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Altenpfleger.

7.6.3 Physiotherapie

Dieser Begriff umfasst alle physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie, also Übungsbehandlungen und Krankengymnastik, sowie die physikalische Therapie. Physiotherapie nutzt die passive - z.B. durch den Therapeuten geführte - und die aktive, selbstständig ausgeführte Bewegung des Menschen, bei Bedarf ergänzt durch den Einsatz physikalischer Maßnahmen wie Massage-, Hydro-, Thermo- oder Elektrotherapie.

Die häufigste Form der Physiotherapie ist die Bewegungstherapie. Hierbei werden durch einen systematischen und stufenförmigen Behandlungsaufbau die normalen körperlichen Funktionen verbessert oder wiederhergestellt. Therapeutische Wirkungen erzielt die Bewegungstherapie zum Beispiel durch Funktionsverbesserung gestörter Gelenke (zum Beispiel Lösung von Blockaden), Aktivierung und Kräftigung geschwächter Muskulatur, Dehnung verkürzter Weichteilstrukturen (wie Muskeln, Sehnen, Gelenkkapseln, Haut oder Narben), Wiederherstellung des Muskelgleichgewichts oder Koordination von Bewegungsabläufen.

Bei nicht mehr rückbildungsfähigen funktionellen/ strukturellen Schädigungen werden Ersatzfunktionen geschult.

Einsatz finden physiotherapeutische Leistungen insbesondere bei Funktionsstörungen der Stand- oder Gangmotorik, bei geschädigten mentalen Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewe-

gungshandlungen betreffen, oder bei Schädigungen von Funktionen, die Propriozeption (Wahrnehmung von Körperbewegung und Lage im Raum) betreffen. Aber auch zur Verbesserung von Kraft, Ausdauer und Balance finden physiotherapeutische Therapieformen ihren Einsatz. Physiotherapie kann aber auch durchgeführt werden, wenn Beeinträchtigungen von Aktivitäten bestehen, beispielsweise zur Verbesserung der Fortbewegung in der näheren Umgebung.

In der ambulanten geriatrischen Rehabilitation wird Physiotherapie auf Grund der eingeschränkten Belastbarkeit überwiegend als Einzeltherapie durchgeführt. Übungsbehandlungen oder allgemeine Krankengymnastik im Bewegungsbad können auch als Gruppenbehandlung erfolgen. Dabei ist auf eine angemessene Größe und Homogenität der Gruppe zu achten.

Physikalische Therapien können ergänzend zum Einsatz kommen. Einen hohen Stellenwert haben manuelle Lymphdrainage und Maßnahmen zur Schmerzreduktion (z.B. Narbenbehandlungen, Massagen).

7.6.4 Ergotherapie

Schwerpunkte der Ergotherapie sind das Selbstständigkeitstraining, insbesondere in den Bereichen Körperpflege, Essen und Trinken, An- und Ausziehen und beim Training von Aktivitäten in der Haushaltsführung. Im Weiteren dienen ergotherapeutische Verfahren (motorisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Behandlung) der Verbesserung und dem Erhalt der Mobilität, dem Aufbau und der Stabilisierung von Grob- und Feinmotorik oder der Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Gleichgewichts.

Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere der Kognition, aber auch emotionaler und psychomotorischer Funktionen spielen bei geriatrischen Patienten eine nicht unwesentliche Rolle und führen zu vielfältigen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und ggf. auch der Teilhabe. Durch ergotherapeutisches Hirnleistungstraining sowie psychisch-funktionelle Behandlung können diese gemindert werden.

Die Beratung zu, die Anpassung von und das Training mit Hilfsmitteln, ggf. auch Wohnraumanpassung, gehören ebenfalls zu den Aufgaben der Ergotherapie. Bei Bedarf sollte ein Einbezug der Angehörigen/ Bezugspersonen erfolgen.

7.6.5 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie dienen dazu, Kommunikationsfähigkeit, Stimmgebung, Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

Diese Therapie wird von der Berufsgruppe der Logopäden, aber auch von (akademischen) Sprachtherapeuten erbracht. Akademische Sprachtherapeuten haben fachspezifische Hochschulstudiengänge absolviert.

Stimmtherapie

Stimmtherapie kommt zum Einsatz, wenn organisch, funktionell oder psychogen bedingte Störungen vorliegen, welche die Stimmgebung, den Stimmklang, die Intonation und Belastungsfähigkeit der

Stimme beeinträchtigen.

Die Stimmtherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und Erhaltung der stimmlichen Kommunikationsfähigkeit und des Schluckaktes sowie der Vermittlung von Kompensationsmechanismen (z.B. Üben des Gebrauchs elektronischer Sprechhilfen). Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur Regulation von Atmung, Phonation, Artikulation und Schluckvorgängen.

Sprechtherapie

Sprechtherapie ist indiziert bei zentral oder peripher bedingten Schädigungen von Körperfunktionen/-strukturen mit Auswirkungen auf Artikulation bzw. den Sprechablauf. Sie dient der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung sowie des Schluckvorganges. Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur gezielten Anbahnung und Förderung der Artikulation, der Sprechgeschwindigkeit und der koordinativen Leistung von motorischer und sensorischer Sprachregion, des Sprechapparates, der Atmung, der Stimme sowie des Schluckvorganges, ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.

Sprachtherapie

Sprachtherapie wird eingesetzt bei zentral bedingten Schädigungen von Körperfunktionen/-strukturen, die lexikalische, semantische, morphologische, syntaktische, phonologische und pragmatische Aspekte betreffen. Sprachstörungen umfassen auch das Verstehen von gesprochenen Äußerungen, ebenso in der Regel das Lesen und Schreiben.

Sprachtherapie dient der Anbahnung/Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten sowie des Schluckvorganges. Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur Anbahnung sprachlicher Äußerungen, zum Aufbau und Wiederherstellung des Sprachverständnisses, des Wortschatzes, der Wortfindung, der Grammatik, der Aussprache und der Schaffung (Wiederherstellung) der Kommunikationsfähigkeit sowie zur Verbesserung und zum Erhalt des Schluckaktes (motorisch und sensorisch).

Eine Stimm-, Sprech- oder Sprachstörung stellt in der Regel eine starke Belastung für den betroffenen Menschen dar, da sie ihn in der Kommunikation mit seinem sozialen Umfeld beeinträchtigt, aber auch Lesen und Schreiben erschwert/unmöglich sein können.

In der Regel erfolgt Stimm-, Sprech- bzw. Sprachtherapie als Einzelbehandlung mit einer Dauer zwischen 30/45 und 60 Minuten.

Der Therapie von **Dysphagien** (Störungen des Schluckaktes unterschiedlicher Genese) kommt in der geriatrischen Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. Die Auswirkungen einer Schluckstörung betreffen die Nahrungsaufnahme, den Ernährungsstatus und das soziale Leben. Bei Aspiration (Eindringen von Lebensmitteln in die Atemwege) kann es zu lebensbedrohlichen Situationen kommen.

7.6.6 Neuropsychologie

Die Neuropsychologie umfasst Diagnostik und Therapie von geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Störungen, Hirnschädigungen (z.B. Schlaganfall) oder Hirnerkrankungen (z.B. Morbus Parkinson).

Ziel ist es, die aus einer Schädigung oder Erkrankung des Gehirns resultierenden kognitiven, emotionalen und motivationalen Störungen sowie die daraus resultierenden Beeinträchtigungen zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Da mit zunehmendem Alter das Demenz-Risiko deutlich zunimmt, ist die Frühdiagnostik demenzieller Entwicklungen von besonderer Bedeutung. Weitere Schwerpunkte liegen auf im Alter häufigen psychischen Erkrankungen wie z.B. Depressionen und Angststörungen sowie der Mitbehandlung von Schmerzen.

Neuropsychologische Therapie setzt eine umfassende klinisch-neuropsychologische Diagnostik voraus. Dabei werden nicht nur Art und Umfang der Störungen, sondern auch die verbliebenen Ressourcen, die Behandlungsmotivation, die Einsicht in die vorhandenen Probleme und das soziale Umfeld der Patienten erfasst.

Unterschiedliche methodische Interventionsansätze basieren auf neuropsychologischen, -physiologischen, -biologischen und funktionell-neuroanatomischen Erkenntnissen über die Organisation und Funktion des Gehirns sowie dessen Fähigkeiten zur Reorganisation. Es kommen überwiegend auf Restitution und Kompensation ausgerichtete Funktionstherapien zur Anwendung. Seltener werden integrative Ansätze (z. B. Psychotherapie, Verhaltenstherapie) verwandt. Die Neuropsychologie umfasst auch die psychologische Unterstützung und Beratung bei der Krankheitsverarbeitung des Rehabilitanden/ Angehörigen. Bedarfsweise wird eng mit der Ergotherapie (ergotherapeutisches Hirnleistungstraining) zusammengearbeitet.

7.6.7 Sozialarbeit

Eine Erkrankung mit bleibenden Krankheitsfolgen unterbricht und verändert häufig den bisher gewohnten Lebensablauf der älteren Menschen. Beim Einstellen auf eine neue Lebenssituation unterstützt der Sozialdienst den Rehabilitanden und seine Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung und ggf. Umstrukturierung des bisherigen Lebens.

Permanente Entwicklungen und Veränderungen im gegliederten Gesundheitswesen überfordern häufig den alten Menschen. Sozialarbeiter/-pädagogen geben Hilfestellung zur und Unterstützung bei einer möglichst selbständigen Lebensführung. Ihnen kommt hierbei eine wichtige Rolle als „Lotse“ im System zu.

Aufgaben sind z. B.:

- Information über und Hilfe bei der Beantragung von Leistungen der Kranken- und Pflegekassen, Renten- / Unfallversicherungsträgern und Sozialämtern
- Beratung über behinderten- oder altengerechte Wohnformen oder erforderliche Umrüstung der vorhandenen Wohnung
- Beratung über Unterstützungsangebote im Alltag (z. B. niedrigschwellige Betreuungsleistungen)
- Hilfestellung bei der Suche nach einem ambulanten Pflegedienst
- Beratung zur häuslichen Krankenpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung
- Unterstützung bei der Suche nach einer stationären Pflegeeinrichtung
- Beratung zur Versorgung hilfebedürftiger Angehöriger
- Mitwirkung bei der Beantragung/Einleitung einer gesetzlichen Betreuung
- Beratung zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
- Beratung über Fahr- und Begleitdienste für behinderte Menschen (z.B. für Besorgungen, Arztbesuche und Behördengänge)

- Beratung über Hilfen zur sozialen Integration durch Seelsorge, caritative Angebote, ehrenamtliche Krankenbesuchsdienste, Selbsthilfegruppen oder Freizeitangebote für Senioren

7.6.8 Ernährungsberatung

Ernährungsberatung beinhaltet Schulungen und Beratungen für Rehabilitanden/Angehörige zu Fehlernährung. Ziel ist dabei die präventive Sicherung und Förderung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung. Sie unterstützt aber auch ärztlich angeordnete ernährungstherapeutische Maßnahmen (z.B. mit Trinknahrung oder bei Sondenernährung).

Das Ernährungsverhalten und der Ernährungszustand im Alter, insbesondere auch bei pflegebedürftigen Menschen, werden durch verschiedenen altersphysiologische Veränderungen und weitere Faktoren beeinflusst. Zu den altersphysiologischen Veränderungen zählen z.B. nachlassender Appetit, nachlassende Sinneswahrnehmung wie Geschmack, Geruch, Sehen. Weitere Einflussfaktoren sind das Ernährungsverhalten (z.B. einseitige Ernährung, Weglassen von Mahlzeiten), der Gesundheitszustand (z. B. Multimedikation, chronische Schmerzen), körperliche Beeinträchtigungen (wie Schluckbeschwerden, Kaubeschwerden durch Zahnverlust oder schlecht sitzende Prothesen), geistige und psychische Verfassung (z.B. Depression, Demenz) aber auch die soziale und finanzielle Situation. Das Risiko für Fehlernährung (Unterernährung, Mangelernährung oder Übergewicht) im Alter steigt.

7.6.9 Gesundheitsinformation und Schulungen auch für Angehörige

Edukative Informations- und Schulungsangebote sollen den Erfolg der Rehabilitationsleistung und deren Nachhaltigkeit unterstützen.

Edukative Einzelangebote informieren die Rehabilitanden/Angehörigen insbesondere über ihre Risiken und wesentliche Strategien zu ihrer Vermeidung. Edukative Gruppenangebote sollen auf typische Gesundheitsprobleme (z.B. Diabetes mellitus) und Problemlagen (z.B. Sturzneigung) ausgerichtet sein. Aufgrund der bestehenden geriatricspezifischen Multimorbidität der Rehabilitanden sind die Einsatzmöglichkeiten von edukativen Gruppenangeboten jedoch begrenzt.

Aufgrund fortbestehender Beeinträchtigungen mit häufig fortbestehendem Hilfebedarf kommt dem Einbezug pflegender Angehöriger eine besondere Rolle zu. Pflegende Angehörige können durch Informationen und individuelle Anleitungen z.B. das Erlernen von sicheren und rückschonenden Transfertechniken und die Handhabung von Hilfsmitteln zeitlich begrenzt einbezogen werden. In Abgrenzung davon werden von den Pflegekassen umfangreiche Beratungsangebote für pflegende Angehörige vorgehalten. Beruflich Pflegende erhalten die relevanten Informationen i.d.R. im Rahmen des Entlass- und Überleitungsmanagements unmittelbar zum Ende der Rehabilitation.

7.7 Kooperation

Die ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtung kooperiert mit den Vertragsärzten und den anderen an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten (z.B. Selbsthilfegruppen, Pflegedienste/-stützpunkte, stationäre Pflegeeinrichtungen, Akutkrankenhäuser). Erkennt die Rehabilitationseinrichtung während der Leistungserbringung weiteren Rehabilitations- bzw. Teilhabebedarf des Rehabilitanden, informiert sie in Abstimmung mit dem Rehabilitanden die Krankenkasse darüber unverzüglich.

Durch zweckmäßige Organisations- und Kooperationsformen ist sicherzustellen, dass die ambulante Rehabilitation als integrativer Bestandteil der regionalen Versorgungsstruktur zur Rückkehr in das Lebensumfeld beiträgt.

7.8 Personelle Ausstattung

7.8.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Der ganzheitliche Ansatz ambulanter geriatrischer Rehabilitation setzt ein interdisziplinäres Team rehabilitativ geschulter Therapeuten und Fachkräfte unter ärztlicher Leitung und Verantwortung voraus.

Diesem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören neben dem Leitenden Arzt/Stellvertreter (Ziffer 7.2), entsprechend der Behandlungsplätze ggf. weitere Ärzte und die im Folgenden aufgeführten Berufsgruppen mit den genannten erforderlichen Qualifikationen und staatlichen Anerkennungen an:

- **Fachlicher Leiter Pflege (staatliche Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpfleger)⁸**
Fachlicher Leiter Pflege verfügt über eine mindestens 2-jährige vollzeitige Berufserfahrung als examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger in einer geriatrischen Einrichtung oder eine vollzeitige Berufserfahrung von mindestens 12 Monaten in einer geriatrischen Einrichtung und 12 Monate in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung.
- **Fachlicher Leiter Physiotherapie**
Fachlicher Leiter Physiotherapie verfügt über mindestens 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer geriatrischen Einrichtung oder eine vollzeitige Berufserfahrung von mindestens 12 Monaten in einer geriatrischen Einrichtung und 12 Monate in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung.
Physiotherapeut oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Bachelor of Arts (B. A.) oder Master of Science (M. Sc.) Physiotherapie bzw. Krankengymnast mit neurophysiologischer Zusatzqualifikation jeweils mit staatlicher Anerkennung.
- **Fachlicher Leiter Ergotherapie**
Fachlicher Leiter Ergotherapie verfügt über mindestens 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Ergotherapeut/in in einer geriatrischen Einrichtung oder eine vollzeitige Berufserfahrung von mind. 12 Monaten in einer geriatrischen Einrichtung und 12 Monate in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung.
Ergotherapeut/in oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science Ergotherapie verfügt über spezielle Kenntnisse in der neurophysiologischen Behandlung jeweils mit staatlicher Anerkennung.
- **Masseur bzw. medizinischer Bademeister**
Staatlich anerkannter Masseur bzw. medizinischer Bademeister mit Zusatzqualifikation manuelle Lymphdrainage.

⁸ Sofern Studienabschlüsse mit den Abschlusstiteln Bachelor of Science/Arts oder Master of Science/Arts den Abschluss des Berufes eines Gesundheits- und Krankenpflegers beinhalten, sind diese entsprechend anzuerkennen.

- **Logopäde/ Sprachheiltherapeut/Klinischer Linguist**
 Fachlicher Leiter Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopäde, staatlich anerkannter Sprachtherapeut etc.) verfügt über mindestens 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Logopäde in einer geriatrischen Einrichtung oder eine vollzeitige Berufserfahrung von mindestens 12 Monaten in einer geriatrischen Einrichtung und 12 Monate in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung.
 Logopäde/Neurolinguist/Sprachheilpädagogin oder Bachelor of Arts (B. A.) oder Master of Arts (M. A.) verfügt über spezielle Kenntnisse in Diagnostik und Therapie von Kau-Schluckstörungen

- **(Neuro-) Psychologe**
 (Neuro-) Psychologie wird erbracht durch:
 - Diplom-Psychologe / Psychologe Master of Arts (M. A.) oder Master of Science (M. Sc.) mit
 - Anerkennung als klinischer Neuropsychologe durch Fachgesellschaften oder
 - Kenntnissen und Erfahrungen im Bereich der klinischen Neuropsychologie durch mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung im Bereich neurologischer Rehabilitation und Kenntnissen und Erfahrungen in psychologischer und neuropsychologischer Diagnostik und Psychotherapie
 oder
 - Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation

 Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und Erfahrung in der Leitung von Gruppen.

- **Sozialarbeiter/Sozialpädagoge**
 Fachlicher Leiter oder mindestens 1 Mitarbeiter im Sozialdienst verfügt über einen akademischen Abschluss/staatliche Anerkennung als Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, oder Master of Arts (M. A.), Master of Science (M. Sc.), Bachelor of Arts (B. A.), Bachelor of Science (B. Sc.) oder Bachelor of Education (B. Ed.) oder Gerontologe/in jeweils mit staatlicher Anerkennung und mindestens 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in sozialdienstlicher Tätigkeit im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.

- **Diätassistent / Ökotrophologe**
 Fachlicher Leiter oder mindestens 1 Mitarbeiter verfügt über mindestens 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung im Krankenhaus oder in Rehabilitations-/ Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen.
 Diätassistent oder Diplom-Ökotrophologe oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science (M. Sc.) jeweils mit staatlicher Anerkennung

Für alle Berufsgruppen gilt die Anforderung der regelmäßigen Fort- und Weiterbildung.

7.8.2 Personalbemessung

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

Das Rehabilitationskonzept sollte den erforderlichen Aufwand transparent machen.

Die Einrichtung stellt sicher, dass sich während der Rehabilitationszeiten der Einrichtung eine Mindestanzahl von examinierten Gesundheits- und Krankenpflegern präsent und verfügbar ist.

Als Anhaltspunkt der Personalschlüssel (Verhältnis zwischen Fachkräften und Rehabilitanden) für die Berufsgruppen können die folgenden Zahlen dienen:

Berufsgruppen

| | |
|---|-------------|
| Ärzte | 1:20 |
| Pflegefachkräfte (der Anteil der Altenpflegekräfte soll 50 v.H. nicht überschreiten); Leitungskräfte sollten eine geriatrische Fachpflegequalifikation besitzen | 1:10 - 1:20 |
| Physiotherapeuten | 1:10 - 1:15 |
| Ergotherapeuten | 1:10 - 1:15 |
| Neuropsychologen | 1:40 - 1:80 |
| Masseure und medizinische Bademeister(innen) | 1:40 |
| Stimm-, Sprech-, Sprachtherapeuten/Logopäden | 1:20 - 1:40 |
| Sozialarbeiter | 1:50 - 1:80 |
| Ernährungsberater (Diätassistent/Ökotrophologe) | 1:100 |

Die personelle Ausstattung hat ferner Verwaltungsaufgaben sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretungen sicherzustellen.

7.9 Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Für die speziellen Gegebenheiten der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Barrierefreie Zugänge zu den patientengebundenen Räumlichkeiten
- Automatische Türen im Haupteingangsbereich
- Systematisches, regelmäßig aktualisiertes und verständliches Wegeleitsystem
- Möglichkeit der Notfallversorgung/-überwachung (Mindestausstattung: Defibrillator, Monitor, Infusionsmöglichkeit, O₂-Versorgung und Absaugmöglichkeit)
- Terrain für Geh- und Laufschulung
- Raum für Teambesprechungen

- Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit oder getrenntem Untersuchungsraum
- Aufenthalts-/Speiseraum
- Geräteräume/Abstellraum
- Dienstzimmer (ausreichend groß) auf jeder Ebene
- Raum für Einzeltherapien
- Mindestens 1 Raum ist ausgestattet mit stufenlos höhenverstellbaren Therapietischen
- Die Ergotherapie verfügt über einen ATL/Werkraum
- Räumlichkeiten zur Durchführung von:
 - Massage/Lymphdrainage)
 - Thermotherapie
 - Elektrotherapie
 - Bewegungs-/Schwimmbad (oder Kooperation)
- Arbeitsraum für Psychologe/Psychologin
- Arbeitsraum für Sozialdienst
- Multifunktionaler Gruppentherapieraum
- Gymnastikraum
- Ruheräume mit einer im Hinblick auf den Adressatenkreis ausreichenden Anzahl von Sitz- und Liegeplätzen
- Behindertengerechte Patientenumkleideräume mit Duschen, WC, abschließbares Schrankfach für jeden Rehabilitanden
- Barrierefreie WC in ausreichender Nähe zu den Therapieräumen
- Raum für Angehörigengespräche und Seelsorger
- Personalaufenthaltsraum

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein und sollten Orientierungshilfen bieten.

Allen therapeutischen Professionen muss außer der typischen Einrichtung und dem berufüblichen Arbeitsmaterial die sich aus dem Rehabilitationskonzept ergebende räumliche und gerätetechnische Ausstattung zur Verfügung stehen.

7.10 Apparative Ausstattung

7.10.1 Apparativ diagnostische Ausstattung

Bezüglich der Anforderungen an die diagnostische Ausstattung der Einrichtung wird auf die Bewertungskriterien der Strukturqualität ambulanter geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen im QS-Reha[®]-Verfahren vom 13.02.2015 verwiesen.⁹

7.10.2 Apparativ therapeutische Ausstattung

Die Geräte müssen in geeigneter Ausführung (sicherheitstechnische Standards, TÜV/S MedGV) vorhanden sein. Über die vorhandenen Geräte ist eine aktuelle Geräteliste zu führen. Je nach Schwerpunktbildung der Rehabilitationskonzepte verändern sich die Anforderungen an die Art und Anzahl der Apparate.

⁹ <http://www.qs-reha.de>

Im Rehabilitationskonzept sind die für die einzelnen Therapien (z.B. Physiotherapie, Logopädie/Sprachtherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie) entsprechend verwendeten Untersuchungs-, Test- und Therapiemethoden einschließlich der hierfür erforderlichen technischen Ausstattung zu benennen.

Dazu zählen insbesondere

- Therapeutische (mindestens einer höhenverstellbar/variabel)
- Schlingentisch
- Gehbarren
- Muskeltrainingsgeräte
- Bewegungsgeräte mit Spastikschtaltung
- Übungsküche
- Übungsbad
- Armlabor (ZW)
- Laufband mit Gewichtsentlastung (ZW)
- Massageliegen
- Elektrotherapiegeräte
- Thermoherapiegeräte (Kryo-, Wärmetherapie)
- Diagnostik- und Therapiematerial für Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen verschiedener Genese
- Absaugmöglichkeiten
- Diagnostik- und Therapiematerial für neuropsychologische Defizite

8 Entlassungsbericht

Die Rehabilitationseinrichtung erstellt für jeden Rehabilitanden einen an der ICF orientierten Entlassungsbericht.

Der Entlassungsbericht umfasst neben den Diagnosen folgende Angaben:

A Allgemeine und Klinische Anamnese

- Aktuelle alltagsrelevante Beschwerden und reharelevante Beeinträchtigungen
- Allgemeine Anamnese
- Ggf. Biographische Anamnese bei psychischen Störungen
- Vegetative Anamnese

B Sozialanamnese

C Aufnahmebefund einschließlich reharelevanter Vorbefunde, ergänzende Diagnostik während der Rehabilitation

- Aufnahmebefund
- Allgemeiner körperlicher Befund
- Allgemeiner psychischer Befund
- Fachspezifischer Befund
- Rehabilitationsrelevante Vorbefunde
- Ergänzende Diagnostik während der Rehabilitation

D Rehabilitationsprozess und –ergebnis

- Rehabilitationsziele
- Besonderheiten im Rehabilitationsverlauf
- Abschlussbefundung und Rehabilitationsergebnis

E Zusammenfassende Bewertung (Epikrise) auf der Grundlage des positiven/negativen Leistungsvermögens (bei Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter auch bezogen auf den Arbeitsmarkt)

F Empfehlung für nachgehende/weiterzuführende Maßnahmen

Die Angaben im Entlassungsbericht folgen der vorgegebenen Struktur. Sofern einzelne Bereiche nicht relevant sind, ist dies entsprechend zu vermerken.

Der Entlassungsbericht wird dem Rehabilitanden bei seiner Entlassung ausgehändigt, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen und/oder mit dessen Einwilligung an den Hausarzt und ggf. den weiterbehandelnden Arzt gesendet. Sind zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Ergebnisse der Rehabilitation weitergehende Maßnahmen durch die Krankenkasse einzuleiten, informiert der Leistungserbringer hierüber die Krankenkasse mit entsprechender Begründung.

Soweit zum Zeitpunkt der Entlassung der Entlassungsbericht noch nicht fertig gestellt ist, ist ein vorläufiger Entlassungsbericht zu erstellen. Dieser muss mindestens folgende Angaben enthalten:

- Aufnahmebefund
- Abschlussbefundung und Rehabilitationsergebnis
- Empfehlung für nachgehende/weiterzuführende Maßnahmen

Spätestens 14 Tage nach der Entlassung ist der vollständige Entlassungsbericht zu erstellen und dem Rehabilitanden –soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen- zuzusenden. Der Entlassungsbericht und ggf. auch der vorläufige Entlassungsbericht sind, sofern der Rehabilitand eine diesbezügliche Einwilligungserklärung abgegeben hat, an den Hausarzt und ggf. den weiterbehandelnden Arzt zu übermitteln.

9 Dokumentation

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

- sämtliche erhobenen anamnestischen Daten, Assessments, klinischen Befunde und deren Interpretation,
- das individuell vereinbarte Rehabilitationsziel,
- den Rehabilitationsplan mit Angaben zu Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente einschließlich Dokumentation des Rehabilitanden,
- die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie die Abschlussuntersuchung/-befundung,
- die Ergebnisse der Visiten und Teambesprechungen,
- den Entlassungsbericht.

10 Qualitätssicherung

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, an dem gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsprogramm der GKV dem QS-Reha®-Verfahren teilzunehmen.¹⁰ Zudem ist ein internes Qualitätsmanagement nachzuweisen.

10.1 Strukturqualität

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

10.2 Prozessqualität

Grundlage für den qualitätsgesicherten Verlauf der ambulanten Rehabilitation sind das Rehabilitationskonzept der Einrichtung und die individuellen Rehabilitationspläne der Rehabilitanden. Die Einhaltung der Rehabilitationspläne (Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Maßnahmen) ist anhand einer patientenbezogenen standardisierten Dokumentation zu gewährleisten.

10.3 Ergebnisqualität

Im Rahmen der Zwischen- und Abschlussuntersuchungen ist zu überprüfen und zu dokumentieren, ob und inwieweit das im individuellen Rehabilitationsplan definierte Rehabilitationsziel erreicht wurde. Falls aus medizinischen Gründen notwendig, werden Rehabilitationsziel und/oder Rehabilitationsplan modifiziert.

¹⁰ Ausführliche Informationen zum QS-Reha®-Verfahren finden sich unter folgender Homepage:

<http://www.qs-reha.de/>

11 Anlage

Definition „Geriatrischer Patient“

Die nachfolgende **Definition des geriatrischen Patienten gemäß der geriatrischen Fachgesellschaften¹¹ 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** verstanden¹². Die Krankheiten sind chronisch, wenn sie mindestens 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

¹¹ In Anlehnung an Konsensus der DGG, der DGGG, der BAG Geriatrie, der Sektion Geriatrie des BDI und zugleich Diskussionsgrundlage der Sektion Geriatrie der Europäischen Fachärztereinigung,

¹² In Anlehnung an Seger et al. 2016, Gesundheitswesen. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-108440>

- Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit

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

Bei im Vordergrund stehender geriatrischer Multimorbidität kann diese das **Alterskriterium** auf **unter 70 Jahre** absenken. (Abweichungen sind bei erheblich ausgeprägter geriatrischer Multimorbidität nach unten bis zu einem Alter von 60 Jahren möglich¹³).

Gemäß der Definition der geriatrischen Fachgesellschaften kann bei einem **Lebensalter 80 Jahre oder älter** auf die Verknüpfung von Alter und geriatrischer 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).

¹³ BSG-Urteil B 1 KR 21/14 R vom 23.06.2015