

Rahmenempfehlungen
zur
mobilen
geriatrischen Rehabilitation

01.05.2007

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | <i>Präambel</i> | 4 |
| 2. | <i>Begriffsbestimmung</i> | 5 |
| 2.1 | Geriatrische Rehabilitation | 5 |
| 2.2 | Der geriatrische Patient | 5 |
| 2.3 | Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation | 6 |
| 2.4 | Mobile geriatrische Rehabilitation..... | 6 |
| 2.5 | Indikations- und Zuweisungskriterien der mobilen geriatrischen Rehabilitation | 7 |
| 2.6 | Kontextbezogene Voraussetzungen für die mobile geriatrische Rehabilitation | 9 |
| 2.7 | Ausschlusskriterien | 10 |
| 3. | <i>Leistungsbewilligung</i> | 10 |
| 4. | <i>Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer</i> | 10 |
| 5. | <i>Kriterien für die Verlängerung einer mobilen geriatrischen Rehabilitation</i> | 11 |
| 6. | <i>Beendigung der mobilen geriatrischen Rehabilitation</i> | 11 |
| 7. | <i>Anforderungen an die mobile geriatrische Rehabilitation</i> | 12 |
| 7.1 | Rehabilitationskonzept..... | 12 |
| 7.2 | Ärztliche Leitung und Verantwortung | 12 |
| 7.3 | Ärztliche Aufgaben..... | 13 |
| 7.4 | Rehabilitationsdiagnostik | 14 |
| 7.5 | Rehabilitationsplan..... | 15 |
| 7.6 | Behandlungselemente..... | 15 |
| 7.6.1 | Medikamentöse Behandlung | 16 |
| 7.6.2 | Physikalische Therapie..... | 16 |
| 7.6.3 | Ergotherapie..... | 16 |
| 7.6.4 | Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie | 17 |
| 7.6.5 | Rehabilitative Pflege in der mobilen geriatrischen Rehabilitation | 17 |
| 7.6.6 | Klinische Psychologie/Neuropsychologie..... | 17 |
| 7.6.7 | Sozialarbeit..... | 18 |
| 7.6.8 | Ernährungsberatung..... | 18 |
| 7.7 | Kooperation..... | 18 |
| 7.8 | Personelle Ausstattung..... | 19 |
| 7.8.1 | Rehabilitationsteam und Qualifikation | 19 |
| 7.8.2 | Personalbemessung..... | 20 |
| 7.9 | Räumliche Ausstattung | 21 |
| 7.10 | Apparative Ausstattung | 21 |

| | | |
|-------------|----------------------------------|-----------|
| 8. | <i>Entlassungsbericht</i> | 22 |
| 9. | <i>Dokumentation</i> | 23 |
| 10. | <i>Qualitätssicherung</i> | 23 |
| 10.1 | Strukturqualität..... | 23 |
| 10.2 | Prozessqualität..... | 24 |
| 10.3 | Ergebnisqualität..... | 24 |

1. Präambel

Die Gesellschaft in Deutschland unterliegt nachhaltigen demographischen und sozialen Wandlungsprozessen. 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 der Abhängigkeit von fremder Hilfe.

Aus diesem Grund erhält die geriatrische Rehabilitation einen wesentlich höheren Stellenwert als früher. Sie trägt zum Erhalt und Verbesserung der Teilhabe sowie zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit bei.

Rehabilitationsleistungen müssen so ausgerichtet sein, dass sie die rehabilitationsbedürftigen alten Menschen tatsächlich erreichen, von ihnen akzeptiert werden und die Kontextfaktoren mit einbeziehen. Die mobile Rehabilitation kommt dabei insbesondere für eine Gruppe rehabilitationsbedürftiger geriatrischer Patienten in betracht, deren Rehabilitationsprognose nur in der gewohnten oder ständigen Wohnumgebung positiv einzuschätzen ist, z.B. weil sie unter kognitiven Einschränkungen leiden oder in besonderem Maße auf die Mitwirkung und Unterstützung der Angehörigen/Bezugspersonen oder die Bedingungen des gewohnten oder ständigen Wohnungsumfeldes angewiesen sind.

Vor diesem Hintergrund haben die Spitzenverbände der Krankenkassen,

der AOK-Bundesverband,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der IKK-Bundesverband,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
die Knappschaft,
die See-Krankenkasse,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,

gemeinsam unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) die Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation erarbeitet, um somit die Rahmenbedingungen und die Mindeststandards für diese Leistungsform bundesweit einheitlich festzulegen. Sie bilden zukünftig die Grundlage für zielorientierte Leistungen sowie für die Anforderungen an mobile geriatrische Rehabilitationsleistungen.

Grundlage dieser Rahmenempfehlungen sind die Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitation (BAR) vom 22.01.2004 bzw. 08.09.2005 sowie die darauf basierende Rahmenempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004.

2. Begriffsbestimmung

2.1 Geriatrische Rehabilitation

Die gesundheitliche Gesamtsituation alter Menschen wird häufig durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten und deren Folgen, altersbedingter Veränderungen sowie gesundheitlich relevanter Lebensumstände und Lebensgewohnheiten geprägt. Besonders festzustellen sind bei diesen Patienten - neben einer allgemein verminderten körperlichen Belastungsfähigkeit - die Abnahme der kognitiven Leistungen, eine psychische und soziale Verunsicherung und eine Antriebsminderung. Hieraus folgt eine eingeschränkte Rehabilitationsfähigkeit. Zudem ist das Rehabilitationsziel vor allem auf alltagsrelevante Aktivitäten und die Teilhabe abzustellen und an das Lebensalter sowie die Lebenssituation des alten Menschen anzupassen. Diese Besonderheiten erfordern speziell auf die Situation der alten und in besonderem Maße hilfsbedürftigen Menschen abgestimmte komplexe Behandlungs- bzw. Rehabilitationsangebote.

Die Rehabilitation in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen erfolgt nach einer speziellen "Fachphilosophie", an deren Beginn ein multidimensionales geriatrisches Assessment¹ als diagnostischer Prozess steht. Dieses dient dem Ziel, medizinische und psychosoziale Probleme und Ressourcen bei alten Menschen systematisch und umfassend zu objektivieren und zu quantifizieren. Darauf aufbauend wird unter Einbezug von Rehabilitanden und deren Angehörigen/Bezugspersonen ein umfassender Rehabilitationsplan entwickelt. Auch die besondere Art und Weise der Zusammenarbeit der an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen in ärztlich geleiteten interdisziplinären Rehabilitationsteams ist charakteristisch für die geriatrische Rehabilitation.

2.2 Der geriatrische Patient

Nicht jeder ältere Patient ist ein geriatrischer Patient. Im Sinne dieser Rahmenempfehlungen wird von einem geriatrischen Patienten ausgegangen, wenn die beiden nachfolgend genannten (Identifikations-)Kriterien erfüllt sind:

- **geriatrietypische Multimorbidität**

und

- **höheres Lebensalter** (in der Regel 70 Jahre oder älter; Abweichungen von diesem strikten Kriterium sind möglich, bedürfen jedoch einer Begründung).

Hinsichtlich der genaueren Definition von geriatrietypischer Multimorbidität wird auf das Kapitel 4.6.2 der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (Oktober 2005 – Auszug vgl. **Anlage 1²**) des MDS verwiesen.

¹ Assessment: Abschätzung, Bestimmung(en), Zusammentragen von Informationen, „Taxieren“ anhand standardisierter Schemata, um das Ausmaß und die Bedeutung der Schädigungen, Beeinträchtigungen und vorhandener Ressourcen einschätzen zu können (siehe 8.4).

² Komplettfassung unter www.mds-ev.de (unter der Rubrik "Downloads")

2.3 Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation

Nicht jeder geriatrische Patient benötigt eine geriatrische Rehabilitation. Zur Erfassung der gesundheitlichen Gesamtsituation alter Menschen genügt es nicht, lediglich ICD-Diagnosen festzustellen und zu dokumentieren. Notwendig ist vielmehr die Erfassung von Krankheitsauswirkungen, die die Alltagskompetenz des alten Menschen in seinem individuellen psychosozialen Kontext einschränken.

Die ICF ist in ihrer bio-psycho-sozial orientierten Grundstruktur geeignet, als konzeptioneller Rahmen für eine ganzheitliche Beschreibung der Funktionsfähigkeit des alten Menschen in seinem konkreten umwelt- und personbezogenen Kontext zu dienen.

Auch beim alten Menschen hängen Wirksamkeit und Effizienz von Rehabilitationsleistungen wesentlich davon ab, ob deren medizinische Notwendigkeit frühzeitig und fachlich fundiert festgestellt werden kann. Diesem Zweck dient die Prüfung der in Kapitel 4.6.5 der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (Oktober 2005 - Auszug vgl. **Anlage 1**) genannten und genau beschriebenen Indikationskriterien

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit,
- alltagsrelevante realistische Rehabilitationsziele und
- eine positive Rehabilitationsprognose.

Die Rehabilitationsziele sind unter Berücksichtigung der individuellen Wohn- und Lebensbedingungen im Rahmen des Antragsverfahrens zu formulieren und zu dokumentieren.

Hierfür leistet der Einsatz des umfassenden geriatrischen Assessments eine unverzichtbare Grundlage.

2.4 Mobile geriatrische Rehabilitation

Mobile geriatrische Rehabilitation wird als Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Patienten durchgeführt. Sie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Steuerung. Grundlage ist ein individuell zu erstellender Rehabilitationsplan auf Basis eines bio-psycho-sozialen Rehabilitationskonzeptes der Einrichtung. Der komplexe therapeutische Ansatz erfordert die Mitwirkung von Therapeuten unterschiedlicher Berufsgruppen. Eine Heilmittelerbringung, auch in hochfrequenter Form, ist keine Rehabilitation in diesem Sinne.

Mobile geriatrische Rehabilitation zeichnet sich gegenüber anderen Rehabilitationsformen u.a. dadurch aus, dass sie den alten Menschen in seinem vertrauten Umfeld behandelt. Das Rehabilitationsassessment zur Erstellung des individuellen Rehabilitationsplans kann deshalb die person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren optimal erfassen. Es können negative Einflüsse durch die fremde Umgebung oder die Beeinträchtigung der Rehabilitation durch ungewohnte, fremde oder feh-

lende Alltagsroutinen vermieden werden. Der Alltag mit seinen Anforderungen an die alltägliche praktische Lebensführung wird selbst zum Übungs- und Trainingsfeld, ohne dass Transferprozesse für den Rehabilitanden notwendig werden. Hilfsmittel, gewohntes oder ständiges Wohnumfeld und Assistenz der Angehörigen/Bezugspersonen können optimal einbezogen werden und für eine nachhaltige Rehabilitation im Sinne des Kompetenzerwerbs und der Förderung der Teilhabe genutzt werden. Die Behandlungen werden in den normalen Tagesablauf eingepasst. Es entfallen belastende Transporte und Barrieren im Wohnumfeld können abgebaut werden. Das soziale Umfeld lernt den praktischen Umgang des Rehabilitationsteams mit dem Patienten u.a. auch in der Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und in kommunikativ schwierigen Situationen kennen. Das Lernen am Modell wird erleichtert und die Beratung kann handlungsorientiert erfolgen. Die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration in den Alltag ist eine besondere Stärke mobiler geriatrischer Rehabilitation. Der Rehabilitationsprozess kann dabei flexibel an das Leistungsvermögen und die Ressourcen des Patienten angepasst werden.

2.5 *Indikations- und Zuweisungskriterien der mobilen geriatrischen Rehabilitation*

Nicht jeder geriatrische Rehabilitand benötigt eine mobile geriatrische Rehabilitation. Mobile geriatrische Rehabilitation kommt für solche geriatrischen Rehabilitanden in Betracht, die mit den bestehenden ambulanten und stationären Rehabilitationsangeboten nicht angemessen zu versorgen sind.

Bei dieser potentiell unter- oder fehlversorgten Patientengruppe handelt es sich um rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten im Sinne des Kapitels 4.6.2 i.V.m. 4.6.5 der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (Oktober 2005 - Auszug vgl. **Anlage 1**), bei denen die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld festgestellt werden kann. Ebenso wie in der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation sind die typischen antragsrelevanten Hauptdiagnosen z.B. Zustand nach Schlaganfall oder Zustand nach hüftgelenknahen Frakturen. Ein realistisches alltagsrelevantes Rehabilitationsziel ist die dauerhafte Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung der Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen, z.B. selbständige Nahrungsaufnahme, selbständiges An- und Auskleiden. Eine Unter- oder Fehlversorgung kann bei der oben genannten Gruppe entstehen, wenn:

1. die Rehabilitanden

- a. auf die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson und deren rehabilitationsfördernde Unterstützung während der Rehabilitation angewiesen sind und dies durch die Mitaufnahme bzw. Teilnahme in einer Einrichtung nicht gewährleistet, andererseits im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld sichergestellt ist

und/oder

- b. im gewohnten/ständigen oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben müssen

und/oder

2. die Rehabilitanden den angestrebten Rehabilitationserfolg nicht aus der ambulanten/ stationären geriatrischen Rehabilitation in die gewohnte oder ständige Umgebung übertragen können

und

3. der Grund für eine Annahme nach 1 oder 2 in mindestens einer der nachstehenden Schädigungen der Körperstruktur oder der Körperfunktion liegt:
 - Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen, z.B. der Kognition, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Konzentration, der Orientierung (auch im Sinne eines amnestischen Syndroms), der Planung und Durchführung von Handlungen sowie demenzassoziierten Einschränkungen der Handlungsfähigkeit im Sinne eines Kompetenzverlustes, sofern Krankengeschichte und/oder bisheriger Behandlungsverlauf Anhaltspunkte bieten, dass ihre Ausprägung und Handlungsrelevanz in fremder Umgebung zunehmen, eine vertraute und gewohnte Umgebung dagegen zur Besserung der neuropsychologischen Leistungsfähigkeit und damit zu einer positiven Rehabilitationsprognose führt.
 - Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art wie Angst (incl. sturzassoziierte Angst), Wahnvorstellungen, psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, Zwangssymptomatik, delirantes Syndrom, Hospitalismus, schwere Störungen des Schlaf-Wachrhythmus, Selbstgefährdung u.ä., z.B. als nicht kognitionsbezogene Begleitsymptome der Demenz, die sich in fremder Umgebung verstärken, dort eine zusätzliche Pharmakotherapie notwendig machen oder eine gezielte Behandlung erheblich erschweren, sofern Krankengeschichte und/oder bisheriger Behandlungsverlauf Anhaltspunkte dafür bieten, dass eine Besserung dieser Symptome und die Sicherstellung der notwendigen Kooperationsbereitschaft des Patienten nur in der vertrauten Umgebung, z.B. durch die Wiederaufnahme gewohnter Tätigkeiten und Rückkehr in den vertrauten Alltag, möglich ist.
 - Erhebliche Schädigung der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion, z.B. durch Aphasie, schwere Dysarthrophonie für die im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld und bei Anwesenheit der Angehörigen/Bezugspersonen bereits Kompensations- und/oder Ersatzstrategien bestehen.
 - Erhebliche Schädigung der Seh- und Hörfunktion (z.B. blinde oder taube Patienten), so dass das vertraute und angepasste Wohnumfeld zur Unterstützung und Förderung genutzt werden muss.

Zusätzlich zu den o.g. Indikationskriterien sind die nachfolgenden kontextbezogenen Voraussetzungen und Ausschlussfaktoren zu prüfen.

2.6 *Kontextbezogene Voraussetzungen für die mobile geriatrische Rehabilitation*

(Umweltbezogene Unterstützungs-, Beziehungs- und Einstellungsfaktoren sowie die Verfügbarkeit entsprechender medizinischer Dienstleister)

Die mobile geriatrische Rehabilitation kann nur dann in Betracht kommen, wenn die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind und das gewohnte oder ständige Wohnumfeld dafür geeignet ist:

Die Versorgung im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld und ggf. notwendige Grund- und Behandlungspflege müssen sichergestellt sein. Eine Unterstützung in Notfällen muss auch außerhalb der Therapiezeit durch das soziale Umfeld des Patienten gesichert sein (Angehörige, Nachbarn, Hilfskräfte, Notrufanlage usw.). Die Bezugspersonen, z.B. die Angehörigen, müssen mit der Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld nicht nur einverstanden, sondern sie müssen auch bereit sein, bei der Therapie anwesend zu sein, aktiv mitzuwirken und den Rehabilitationsprozess nach den Anforderungen des mobilen Rehabilitations-teams zu unterstützen. Eine Überforderung der Angehörigen/Bezugspersonen ist zu vermeiden. Die mobile geriatrische Rehabilitation hat auch die nachhaltige Befähigung der Bezugsperson(en) zu berücksichtigen.

Die aktive Mitwirkung des Angehörigen/der Bezugspersonen zeigt sich u.a. in der Anwendung der zu erprobenden oder verordneten Hilfsmittel oder in der Bereitschaft, nach den Inhalten der rehabilitativen Pflege geschult zu werden, diese umzusetzen und dann eigenständig durchzuführen. Aufschluss gibt auch, ob die Angehörigen/Bezugspersonen bei Transfers, bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, bei der Entwicklung von Kommunikationsstrategien etc. den Rehabilitanden zu größtmöglicher Eigenständigkeit motivieren. Die aktive Mitwirkung zeigt sich zudem darin, dass Angehörige/Bezugspersonen den geriatrischen Rehabilitanden aktiv in das Familienleben bzw. das Tagesgeschehen einbeziehen (Mahlzeiten, gemeinsame Aktivitäten in und außer Haus, Gespräche, Planungen etc.) oder seine eigenständige Tagesgestaltung wirksam unterstützen. Die aktive Mitwirkung schließt außerdem die Übernahme des gesundheitsbezogenen Managements ein (Kontrolle der Medikamenteneinnahme, Arztbesuche, BZ-Messung etc.). Zugleich sollen Angehörige/Bezugspersonen befähigt werden, den Betroffenen wieder mehr Eigenaktivität entfalten zu lassen, damit dieser selbständiger wird und eigenverantwortlicher handeln kann (Vermeidung von Überversorgung und Inaktivierung).

Die sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanden (siehe 7.6.1) muss während der mobilen Rehabilitationsmaßnahme sichergestellt sein.

2.7 Ausschlusskriterien

Eine mobile geriatrische Rehabilitation kommt zusätzlich zu den im Kapitel 4.6.5 der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (Oktober 2005 - Auszug vgl. **Anlage 1**) genannten Ausschlusskriterien nicht in Betracht bei

- Verwahrlosung
- die Therapie beeinträchtigenden Abhängigkeitserkrankungen
- nicht beeinflussbarer Fremd- oder Selbstgefährdung
- fehlender oder nicht erreichbarer Motivation/Kooperation des Patienten oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen.

3. Leistungsbewilligung

Mobile geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen müssen vor Beginn durch den zuständigen Rehabilitationsträger bewilligt werden. Dabei bestimmt der Rehabilitationsträger unter Berücksichtigung der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalles sowie berechtigter Wünsche des Patienten Art, Dauer, Umfang, Beginn und die Rehabilitationseinrichtung. Dies schließt die Entscheidung darüber ein, ob eine geriatrische oder indikationsspezifische ambulante oder stationäre Rehabilitation durchgeführt wird. § 12 SGB V ist zu berücksichtigen.

4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer

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

Die Zahl der Behandlungstage beträgt in der Regel bis zu 20, pro Behandlungstag sind über die gesamte Maßnahme gesehen durchschnittlich mindestens 2 Therapieeinheiten am Patienten zu leisten. Dabei darf die Therapiefrequenz 3 Behandlungstage in der Woche nicht unterschreiten. Therapieeinheiten werden vom mobilen geriatrischen Rehabilitationsteam erbracht. Eine Therapieeinheit am Patienten beträgt mindestens 45 Minuten und umfasst alle durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, Klinische Psychologen/ Neuropsychologen, Ernährungsberater erbrachten therapeutischen Interventionen inklusive der rehabilitativen Pflege. Leistungen durch andere Berufsgruppen des Rehabilitationsteams (z.B. Arzt, Sozialdienst) sind bei Bedarf zusätzlich zu erbringen.

Sofern innerhalb einer Behandlungswoche kein Behandlungstermin zustande kommt, ist die Rehabilitationsfähigkeit durch den Rehabilitationsarzt (erneut) zu prüfen. Sollte sich hierbei weiterhin Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose ergeben, ist dies gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger zu begründen (durch schriftliche Mitteilung).

Die beim Rehabilitationsträger zu beantragende Zahl an Behandlungstagen bzw. Therapieeinheiten richtet sich nach den individuellen Rehabilitationszielen und ist aus dem Assessment heraus zu begründen.

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.

5. Kriterien für die Verlängerung einer mobilen geriatrischen Rehabilitation

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 Rehabilitationszieles, bei weiter bestehender Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose.

Die medizinische Notwendigkeit zur *Verlängerung* einer mobilen geriatrischen Rehabilitationsleistung ergibt sich aus denselben Kriterien, die für die *Einleitung* solcher Leistungen maßgebend sind.

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 Behandlungseinheiten sind aufzuführen.

6. Beendigung der mobilen geriatrischen Rehabilitation

Die mobile geriatrische Rehabilitationsmaßnahme ist zu beenden, wenn

- sich während dieser die unter 2.7 und in Kapitel 4.6.5 der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (Oktober 2005 - Auszug vgl. **Anlage 1**) genannten Ausschlusskriterien zeigen,
- das Rehabilitationsziel erreicht wurde oder nicht erreichbar ist oder
- die Indikationskriterien für die Rehabilitation nicht mehr erfüllt sind.

7. Anforderungen an die mobile geriatrische Rehabilitation

Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Versicherten sollte mobile geriatrische Rehabilitation durch Einrichtungen erbracht werden, die bereits an der geriatrisch-rehabilitativen³ Versorgung von Patienten beteiligt sind.

7.1 Rehabilitationskonzept

Jeder Erbringer mobiler geriatrischer Rehabilitationsleistungen muss ein strukturiertes Rehabilitationskonzept evtl. unter Berücksichtigung von Behandlungsschwerpunkten erstellen, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und Angaben zu Behandlungsstandards (Musterpläne) für verschiedene typische geriatrische Rehabilitandengruppen enthält. Im Konzept muss klar erkennbar sein, dass die eingangs dargestellten medizinischen Grundlagen bezüglich geriatrischer Syndrome, geriatrischer Rehabilitation und die ICF-Begrifflichkeiten maßgeblich sind. Das Konzept muss auf die einzusetzenden Maßnahmen und Behandlungselemente eingehen (siehe 7.6). Es berücksichtigt das Lernverhalten des geriatrischen Rehabilitanden, die in der Regel verminderte Belastbarkeit und die *verlangsamte* Wiedererlangung körperlicher, geistiger und seelischer Funktionen sowie alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe.

Ist der Erbringer mobiler geriatrischer Rehabilitation an eine andere Einrichtung (z.B. Arztpraxis, Rehabilitationsklinik, Krankenhaus) angebunden, so muss eine organisatorische und wirtschaftliche Trennung gegeben sein. Dies ist im Konzept darzustellen.

Die gemeinsame Nutzung von Therapieeinrichtungen und der Infrastruktur ist möglich.

7.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die mobile geriatrische Rehabilitation sollte unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Internisten mit einer nach einer Weiterbildungsordnung anerkannten Weiterbildung " Geriatrie" stehen.

In Ausnahmefällen kann die mobile geriatrische Rehabilitationseinrichtung auch unter der ärztlichen Leitung eines Neurologen oder Allgemeinmediziners oder eines anderen Facharztes mit der nach Weiterbildungsordnung anerkannten Weiterbildung " Geriatrie" stehen.

In jedem Fall muss während der Therapiezeiten ein Arzt mit internistischer und geriatrischer Fachkompetenz erreichbar und verfügbar sein.

Der Vertreter des Leiters der Einrichtung muss eine den Anforderungen an die Leitung entsprechende Qualifikation aufweisen.

³ Schließt Einrichtungen nach § 109 SGB V nicht aus, soweit sie geriatrisch rehabilitativ arbeiten.

Der ärztliche Leiter oder sein Stellvertreter müssen während der Therapiezeiten erreichbar und verfügbar sein.

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

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

7.3 *Ärztliche Aufgaben*

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung und kontinuierliche Überwachung des biopsychosozialen Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Trägervorgaben bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den Komponenten der Gesundheit nach der ICF einschließlich der Kontextfaktoren, d.h. den Gegebenheiten des gewohnten oder ständigen Wohnumfeldes, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- Eingangs-, 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 6 Wochen, bei der Rehabilitation betreffenden Komplikationen, vor Verlängerungsanträgen),
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik einschließlich geriatrischem Assessment mit der Verpflichtung, 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 Angehörigen/Bezugspersonen,
- Durchführung aller für die mobile geriatrische Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen einschließlich der Behandlung von kognitiven und depressiven Störungen. Der Arzt ist zur Kooperation mit den Vertragsärzten verpflichtet. Deren Aufgaben bleiben unberührt. Sofern durch die Durchführung einer mobilen geriatrischen 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 Angehörigen/Bezugspersonen,
- 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.

Sofern die o.g. Aufgaben vom ärztlichen Leiter oder seinem Stellvertreter delegiert werden, ist sicherzustellen, dass sie durch ausreichend klinisch geriatrisch erfahrene Ärzte durchgeführt werden. Dies bedeutet in der Regel eine mehrjährige geriatrisch-internistische Berufserfahrung.

7.4 *Rehabilitationsdiagnostik*

Die klinische Diagnostik sollte bei Rehabilitationsbeginn abgeschlossen sein, medizinisch notwendige Befunde sind beizuziehen. Die Rehabilitationsdiagnostik erfolgt bei Rehabilitationsbeginn durch die Anamneseerhebung, die körperliche Untersuchung sowie durch das geriatrische Assessment.

Unter geriatrischem Assessment versteht man einen multi-dimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess. Durch das Assessment werden Gesundheitsprobleme, Schädigungen, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe, Ressourcen und die Kontextfaktoren des Patienten erfasst. Gleichzeitig wird durch das Assessment die Grundlage für die Formulierung alltagsrelevanter Rehabilitationsziele und des daraus abgeleiteten Rehabilitationsplans gelegt.

Unverzichtbar sind ein aktueller Barthel-⁴ oder FIM-Index. Es müssen standardisierte geriatrische Assessments aus den Bereichen Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion und soziale Versorgung vorliegen oder durchgeführt werden, z.B. Timed-up-and-go-/Tinetti-Test, MMSE⁵, GDS⁶ und Sozialassessments. Bei Bedarf müssen weitere Assessments angewandt werden (z.B. für die Bereiche Ernährung, sprachliche Kommunikation). Wenn ein Teil dieser bzw. vergleichbarer Tests nicht durchführbar ist, bedarf dies einer medizinischen Begründung und Dokumentation.

Im Verlauf sind die rehabilitationsrelevanten Untersuchungen und Assessment-Verfahren zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme sowie in sinnvol-

⁴ erhoben gemäß Hamburger Einstufungsmanual, Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch geriatrische Einrichtungen e.V., 11/2004

⁵ MMSE: Mini Mental State Examination

⁶ GDS: Geriatrische Depressions-Skala

len Abständen durchzuführen und deren Ergebnisse zu dokumentieren, i.d.R. jedoch mindestens 3 mal, insbesondere vor Verlängerungsanträgen. Bei Verlängerungsanträgen sind die aktuellen Ergebnisse beizufügen.

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

7.5 Rehabilitationsplan

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik einschließlich des Assessments ist für jeden Rehabilitanden ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan zu erstellen, der die Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche in eine nachhaltige Umsetzung der Gesamtrehabilitationsziele einbindet. Der Rehabilitationsplan ist vom Arzt unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen. Auf Anfrage ist dem verordnenden/behandelnden Vertragsarzt der aktuelle Rehabilitationsplan zur Verfügung zu stellen (vgl. § 13 Abs.1 Satz 2 der Rehabilitations-Richtlinie).

Zur Erstellung des Rehabilitationsplans gehört auch die Berücksichtigung weiterführender Maßnahmen, d.h. auch die Beratung bei einer notwendigen Wohnungsumgestaltung, bei der Auswahl von Hilfsmitteln und bei der Gestaltung der Versorgung im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld. Darüber hinaus sollte ggf. Kontakt zu einer relevanten Selbsthilfegruppe hergestellt werden.

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. Er entspricht den berechtigten Wünschen und Rehabilitationszielen des Patienten. Daher sind der Rehabilitand und ggf. seine Bezugspersonen bei der Erstellung des Rehabilitationsplans einzubeziehen.

Wöchentliche Besprechungen des geriatrischen Rehabilitationsteams dienen der Verlaufsbeobachtung. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Der relevante Inhalt dieser Besprechungen einschließlich der Änderungen im Bereich der Schädigungen, von Aktivitäten und der Teilhabe sind unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

7.6 Behandlungselemente

Die mobile geriatrische Rehabilitation behandelt Schädigungen und daraus resultierende Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe unter besonderer Berücksichtigung der Kontextfaktoren bei der unter Ziffer 2.5 genannten Personengruppe. Dazu stehen ärztliche Leistungen, medikamentöse Therapie sowie folgende Therapieformen und Leistungen, die vom gesamten Rehabilitationsteam mit unterschiedlicher Schwerpunktbildung durchgeführt werden, zur Verfügung: Heilmittel der Physikalischen Therapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Pflege, Klinische Psychologie/Neuropsychologie, Sozialarbeit und Ernährungsberatung.

Die Inhalte der Therapieformen unterscheiden sich nicht *grundsätzlich* von denen in anderen geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Die Besonderheiten der mobilen geriatrischen Rehabilitation liegen in der Nutzung der Ressourcen des gewohnten oder ständigen Wohnumfeldes einschließlich des Einbezugs der Bezugspersonen insbesondere durch Anleitung und Beratung.

Wesentliche Behandlungselemente der mobilen geriatrischen Rehabilitation sind:

7.6.1 Medikamentöse Behandlung

Die Multimorbidität des geriatrischen Rehabilitanden führt in aller Regel zur Vielfachmedikation. Die veränderte biologische Reaktion auf Medikamente, aber auch die geringe Compliance erhöhen die Raten der Neben-, Wechsel- und Fehlwirkungen. Eine wesentliche Aufgabe auch während der mobilen 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.

7.6.2 Physikalische Therapie

Schwerpunkte der Physikalischen Therapie im Rahmen der mobilen geriatrischen Rehabilitation sind 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. In der mobilen geriatrischen Rehabilitation wird Physikalische Therapie in Einzeltherapien durchgeführt.

Einzelne physikalische Verfahren – z.B. Thermotherapie (Wärme-, Kältetherapie), Elektrotherapie – dienen der Regulation des Muskeltonus und der Schmerzbekämpfung. Sie sind auch effektive Mittel zur Verbesserung von Stimmung, Motivation und Lebensmut. Einen wesentlichen Stellenwert haben Lymphdrainage und Narbenbehandlung. Bei der Schmerzbekämpfung kann die physikalische Therapie die medikamentöse Behandlung reduzieren.

7.6.3 Ergotherapie

Die Ergotherapie hat in der geriatrischen Rehabilitation immer einen direkten Bezug zu alltagsrelevanten Aktivitäten, den ATL⁷, z.B. beim Wasch- und Anziehtraining sowie zum Training der Teilhabe an Lebensbereichen.

Neben der Sensomotorik unterstützt die Ergotherapie auch das Training zur Minderung alltagsrelevanter Störungen der Kognition bzw. der neuropsychologischen Störungen.

⁷ ATL: Aktivitäten des täglichen Lebens oder ADL: Activities of daily living

Auch die Anpassung von und das Training mit Hilfsmitteln gehören zu den Aufgaben der Ergotherapeuten, soweit diese laut Vorgabe der Krankenkasse nicht anderweitig, z.B. vom Hilfsmittellieferanten, zu leisten sind.

7.6.4 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Die Aufgaben der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie 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 Trainings mit Kommunikationshilfen, das Erlernen nonverbaler Kommunikation und der Anwendung von Ersatzstrategien.

Die Therapie im Gesichts-, Mund- und Schlundbereich, insbesondere das Schlucktraining (orofaziale Therapie), ist bei entsprechenden Ausfällen oft von vitaler Indikation wegen der Aspirationsgefahr⁸, die beim abwehrgeschwächten und gebrechlichen geriatrischen Rehabilitanden häufiger zu Komplikationen, z.B. Pneumonien, führt. Zur Durchführung der orofazialen Therapie können auch speziell ausgebildete Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder Pflegekräfte einbezogen werden.

7.6.5 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 Selbständigkeit zu vermitteln. Hierbei sind die Angehörigen/Bezugspersonen einzubinden und gegebenenfalls zur Hilfestellung anzuleiten. Sie sind zur Strukturierung und Durchführung der langfristigen Versorgung zu befähigen. Dabei sind Überforderung und Überversorgung zu vermeiden.

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. 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 (vgl. 2.6). Erforderliche Grund- und Behandlungspflege ist weiter durch einen ambulanten Pflegedienst, eine stationäre Pflegeeinrichtung oder durch die Angehörigen/Bezugspersonen zu erbringen.

7.6.6 Klinische Psychologie/Neuropsychologie

Untersuchung und Behandlung psychischer und neuropsychologischer Störungen, im Rahmen somatischer Störungen und Krankheiten sowie auch durch Erkrankungen und Schädigungen des Gehirns, soweit diese für die Rehabilitation bedeutsam sind, sind Aufgabe des klinischen Psychologen/Neuropsychologen. Die neuropsychologische Untersuchung liefert ein differenziertes Profil des kognitiven

⁸ Gefahr des Verschluckens

Leistungsvermögens im Bereich Intelligenz, Gedächtnis, Konzentration, Raumverarbeitung und Planungsvermögen. Sie ermöglicht z.B.:

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

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

Der Neuropsychologe ist auch Behandler bzw. Mitbehandler von kognitiven sowie depressiven Störungen und übernimmt Aufgaben der psychologischen Unterstützung (z.B. bei der Krankheitsbewältigung).

7.6.7 Sozialarbeit

Im Rahmen der Sozialarbeit werden Patienten und Angehörige/Bezugspersonen 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.

7.6.8 Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung beinhaltet eine Erhebung des Ernährungszustandes, Information und Beratung über Ernährungsfragen für Angehörige/Bezugsperson und Rehabilitanden sowie Beratungen bei Fehl- und Mangelernährung, ggf. im Sinne von Prävention und bei Sonderkostformen, z.B. auch bei Schluckstörungen.

7.7 Kooperation

Die mobile geriatrische 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 geriatrische Rehabilitation als integrativer Bestandteil der regiona-

len Versorgungsstruktur zur möglichst raschen und dauerhaften (Wieder-)Eingliederung der Rehabilitanden in das soziale Umfeld beiträgt.

7.8 Personelle Ausstattung

7.8.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

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

Zu den Aufgaben im Rahmen der *Teamarbeit* zählen insbesondere:

- Durchführung des geriatrischen Assessments,
- Festlegung der individuellen Rehabilitationsziele und deren Anpassung,
- Erstellung des Rehabilitationsplans und dessen Anpassung,
- Koordination und Überwachung der Therapie,
- Fallbesprechungen (mindestens wöchentlich),
- Versorgung, Beratung und Anpassung sowie Training bezüglich der Hilfsmittel und technischen Hilfen unter Berücksichtigung des gewohnten oder ständigen Wohnumfelds,
- Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen/Bezugspersonen,
- Organisation der Weiterversorgung/Nachsorge (insbesondere durch Sozialarbeiter),
- Dokumentation des Rehabilitationsprozesses,
- Erstellung eines umfassenden Abschlussberichts.

Diesem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören neben dem Arzt die im Folgenden aufgeführten Berufsgruppen mit den genannten erforderlichen Qualifikationen und staatlichen Anerkennungen an. Im Team sind Therapeuten mit nachgewiesener Bobath- oder vergleichbarer Qualifikation vorzuhalten. In der Regel wird für alle Therapeuten eine zweijährige Berufserfahrung vorausgesetzt. Ausnahmen sind zu begründen. Der selbstständige Einsatz von Schülern oder Praktikanten ist nicht möglich. In jeder therapeutischen Disziplin muss mindestens ein Mitarbeiter über Erfahrungen von mindestens 1 Jahr in einer geriatrisch/rehabilitativ tätigen Einrichtung verfügen. Für alle Berufsgruppen gilt gemeinsam die Anforderung der regelmäßigen Fort- und Weiterbildung.

- Pflegefachkraft
 - Erfahrung in fachlicher Beratung, Anleitung und Unterstützung von Angehörigen und Bezugspersonen.
- Ergotherapeut
- Physiotherapeut
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeut einschließlich nachgewiesener Erfahrung in Diagnostik und Therapie von Kau- und Schluckstörungen

- Sozialarbeiter (Sozialpädagoge)
 - Diplom als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge,
 - Erfahrung in der Einzelfallhilfe mit Kenntnissen/Erfahrungen der regionalen Versorgungs-/Hilfestrukturen

- Klinischer Psychologe/NeuroPsychologe (kann über Kooperationsvertrag sichergestellt werden⁹)
 - Diplom als Psychologe und
 - Anerkennung als Klinischer Neuropsychologe oder
 - Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Klinischen Neuropsychologie durch mindestens 1 Jahr vollzeitige Berufserfahrung im Bereich der neurologischen oder geriatrischen Rehabilitation und Kenntnisse und Erfahrung in psychologischer und neuropsychologischer Diagnostik und Psychotherapie;
 - Erfahrungen in Entspannungstechniken

- Ernährungsberater (Diätassistent, Diplomökotrophologe) (kann über Kooperationsvertrag sichergestellt werden¹⁰)

7.8.2 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.

⁹ Der AOK-Bundesverband empfiehlt die Festanstellung von Klinischen (Neuro)Psychologen

¹⁰ Der AOK-Bundesverband empfiehlt die Festanstellung von Ernährungsberatern

Als Anhalt können die folgenden Zahlen dienen:¹¹

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

Bei der Zahl der Patienten ist die jeweils notwendige Behandlungsintensität zu berücksichtigen.

7.9 Räumliche Ausstattung

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

- Arzt-Raum,
- Büroräume,
- Team- und Besprechungsraum,
- Sekretariat,
- Abstellraum, Geräteraum,
- Personalumkleideraum mit Dusche, WC und abschließbarem Schrankraum.

7.10 Apparative Ausstattung

Größere Apparate und Geräte können in der mobilen geriatrischen Rehabilitation oft nur eingeschränkt eingesetzt werden. Das gewohnte oder ständige Wohnumfeld bietet jedoch vielfältige Möglichkeiten, dies zu kompensieren.

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

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

¹¹ Der AOK-Bundesverband empfiehlt die Anhaltzahlen der Rahmenempfehlung zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004.

Dazu können u.a. zählen:

- transportable Therapieliegen (für Maßnahmen der physikalischen Therapie und Ergotherapie nutzbar),
- Bodenmatten,
- transportable Gehbarren,
- Spiegel (körperhoch für Maßnahmen der physikalischen Therapie und Ergotherapie)
- Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster und Decken,
- Geräte für Therapie und Diagnostik in der physikalischen Therapie,
- transportable Trainingsgeräte (z.B. Therabänder, Hanteln, Bälle, Expander),
- Balance-/Gleichgewichtsgeräte (z.B. Kreisel, instabile Flächen); Gehschulmöglichkeit auf unterschiedlichen Oberflächen,
- Thermotherapie- (Kryo-, Wärmetherapie) Geräte,
- Elektro- und Elektromechano-Therapiegeräte,
- Materialien für Alltags- und Haushaltstraining,
- Diagnostik- und Therapiematerial für mental/kognitive, psychische und/oder zerebral bedingte Sprach- und Sprechstörungen (u.a. auch für computergestützte und apparative Diagnostik und Therapie),
- Werkzeug und Materialien für unterschiedliche Therapien (z.B. für sensomotorische, mental/kognitive Therapie),
- Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel zur Erprobung,
- Artikulationsspiegel,
- Sehtrainingstherapiemöglichkeiten,
- Spiele und Spielmaterial,
- Material zur Herstellung von Schienenmaterial oder Hilfen für den Alltag,
- Videoaufzeichnungs- und Wiedergabemöglichkeit,
- Projektionsmöglichkeiten,
- Tonband/Kassettenrecorder,
- Notfallkoffer,
- Mobiltelefone,
- Telefon/Telefax/Computer in der Einrichtung,
- Pkws einschließlich Beförderungsmöglichkeiten für Hilfs- und Therapiemittel.

8. Entlassungsbericht

Nach Beendigung der mobilen geriatrischen Rehabilitation müssen der behandelnde Arzt und der zuständige Rehabilitationsträger einen Entlassungsbericht innerhalb von zwei Wochen mit folgenden Angaben erhalten:

- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen bzw. des Rehabilitationsplans,
- Ergebnisse der abschließenden Diagnostik, des Assessments und der sozialmedizinischen Beurteilung, die ggf. Angaben umfasst
 - zum Leistungsvermögen im Alltag,
 - zur Selbständigkeit/zum Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Leben,

- o insbesondere zur psychosozialen Situation und/oder zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit,
- o zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschließlich Risikofaktorenkonstellation und ggf. Motivation zur Lebensstilveränderung,
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. ggf. zur psychosozialen Betreuung und
- Angaben zur Überleitung in andere Versorgungsstrukturen (Selbsthilfegruppen, Angehörigenbetreuung, professionelle Pflege in den verschiedenen Strukturen: ambulante Pflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Dauerpflege).

9. Dokumentation

Für jeden Rehabilitanden ist eine Krankenakte anzulegen, aus der alle rehabilitationsrelevanten diagnostischen Angaben und die 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,
- die definierten Rehabilitationsziele, bezogen auf die Komponenten der Gesundheit nach der ICF,
- den Rehabilitationsplan mit Angaben zu Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente,
- sämtliche Therapieeinheiten am Patienten mit Dokumentation aktuell relevanter Befunde,
- die gesonderten Anleitungen von Angehörigen/Bezugspersonen,
- die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie die Abschlussuntersuchung/-befundung,
- die Ergebnisse der Teambesprechungen,
- den Entlassungsbericht.

10. Qualitätssicherung

Mobile geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, an dem Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen teilzunehmen.

10.1 Strukturqualität

Zur qualitätsgesicherten Struktur der mobilen geriatrischen Rehabilitation müssen die in diesen Rahmenempfehlungen 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.

10.2 Prozessqualität

Grundlage für den qualitätsgesicherten Verlauf der mobilen geriatrischen 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.

Anlage: Auszug (Kapitel 4.6 – Geriatrische Rehabilitation) aus der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (Oktober 2005) des MDS