

Was ist neu an den „Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation“ 2021?

Symposium „Mobile geriatrische
Rehabilitation – Update 2021“
33. DGG-Jahreskongress 2021 - Online

Hamburg, 04.09.2021

Norbert Lübke, Leiter Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst



Erklärung zu potenziellen Interessenskonflikten



Dr. Norbert Lübke hat in seiner Funktion als Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie den GKV-Spitzenverband bei der Erarbeitung der GE MoRe beraten.

Darüber hinausgehende Interessenskonflikte bestehen nicht.

Was bisher geschah ?

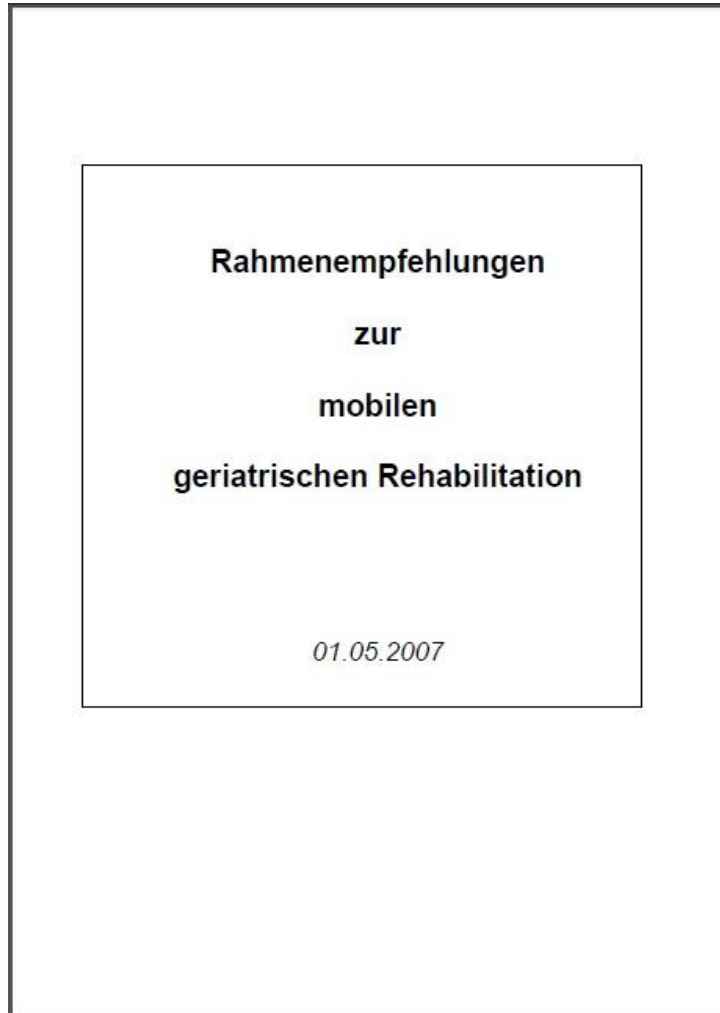
Die RE MoGeRe vom 01.05.2007

Entwicklung der MoGeRe seit 2007

Ergebnisse der Basisdokumentation MoGeRE



Die RE MoGeRe vom 01.05.2007



- Klare Definition der MoRe
- Gute Beschreibung der besonderen Vorzüge und Grenzen

Aber: Exklusivitätsvorbehalt!

MoRe-Indikation bestand nur, wenn die Rehafähigkeit und damit eine positive Rehabilitationsprognose ausschließlich bei Leistungserbringung im gewohnten Lebensumfeld angenommen werden kann.

→ begrenzte die MoGeRe faktisch weitgehend auf mittelgradig an Demenz erkrankte Menschen + wenige Ausnahmen bei besonders adaptierter Wohnung

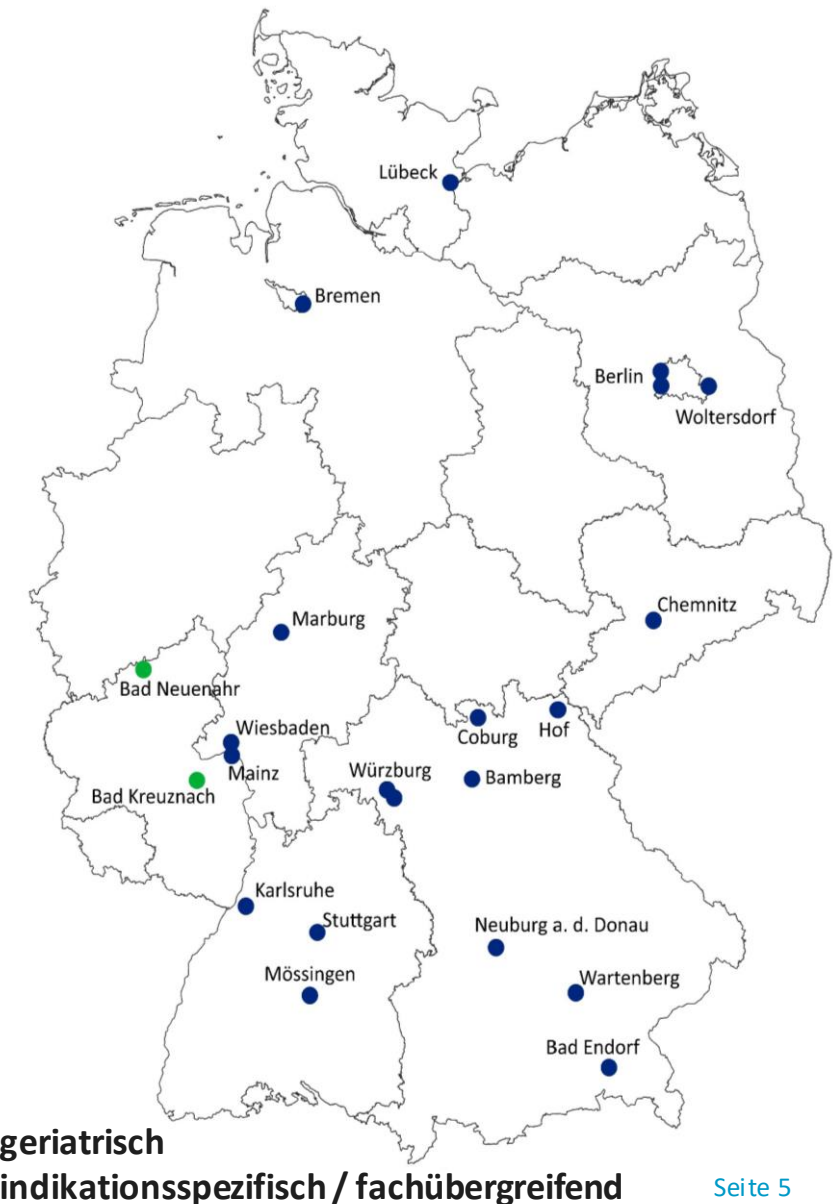
Entwicklung der MoGeRe seit 2007

Stand 12/2020:

- 19 geriatrische und 2 indikationsspez. /fachübergreifende mobile Rehabilitationseinrichtungen
- In den MoGeRe-Einrichtungen Anstieg der jährlichen **Fallzahlen von 97 in 2008 auf 2144 in 2020**
- [bei ca. 78.000 stat. geriatrischen Rehafällen und 363.000 stat. geriatrischen Frührehableistungen !]

Trotz

- Umsetzungshinweisen / Umsetzungsregelungen vom 01.06.10 und
- Eckpunkten der GKV-Spitzenverbandes für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation vom 05.04.16



Ergebnisse der Basisdokumentation MoGeRE

- Deutlicher Bedarf ^für mobile Rehabilitation über die in den RE MoGeRE ausgewiesenen Indikationen hinaus:

Insbesondere bei

- hochbetagten und
- schwerer Pflegebedürftigen
- die ihr Wohnumfeld kaum oder nicht mehr verlassen

- anderweitigen Gründen für ausschließlich im gewohnten Lebensumfeld erwartbare Rehabilitationserfolge

- [MoGeRe ist i.d.R. deutlich kostengünstiger als stationäre geriatrische Rehabilitation]





Die neuen GE zur mobilen Rehabilitation vom 01.06.2021

Ziele

Struktur

Ziele


Rahmenempfehlungen
zur
mobilen
geriatrischen Rehabilitation

01.06.2007



Eckpunkte
des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen
auf Bundesebene
für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation
vom 05.04.2016

Umsetzungshinweise / Übergangsempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation



Umsetzungshinweise / Übergangsempfehlungen
zur mobilen geriatrischen Rehabilitation

01.06.2010

1. Zielsetzung und Anwendungsbereich

Die mobile Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist seit dem 01.04.2007 ausschließlich versichert (§ 40 Abs. 1 Satz 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100).

Bei der Umsetzung der mobilen Rehabilitation haben sich in der Praxis einige Probleme gezeigt, die durch die nachfolgenden Umsetzungshinweise / Übergangsempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (siehe Kapitel 2) zur Leistungserbringung - siehe Kapitel 3 und zur Erbringung / Übergang - siehe Kapitel 4 bis 6 - ausgeräumt werden sollen.

Die Umsetzungshinweise wurden vom GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst und unter Beteiligung der Bundesärztekammer für Mobile Rehabilitation e. V. (BMD) erstellt.

2. Sachverhalte / Umsetzungshinweise

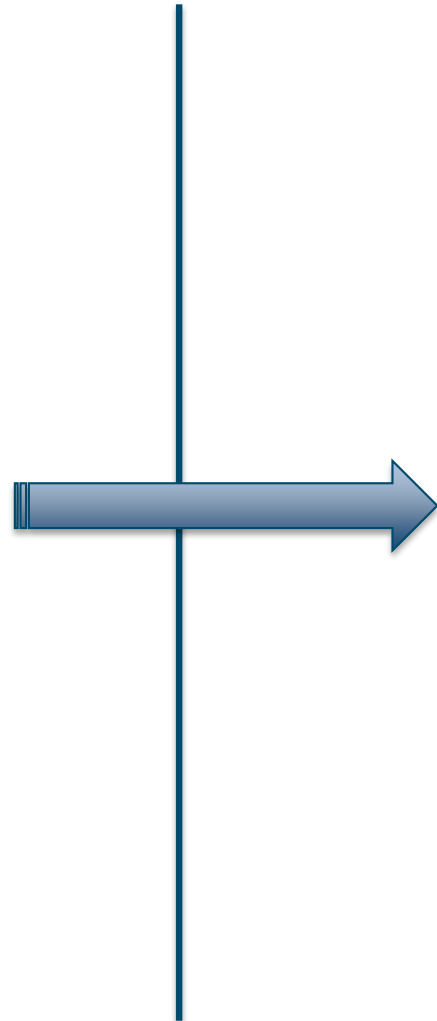
2.1. Mobile geriatrische Rehabilitation (Abschnitt 2.4 der RE MoReVf)

Mobile geriatrische Rehabilitation im Sinne der RE MoReVf ist der Leistungserbringung zur medizinischen Rehabilitation zuzurechnen, wie sie in § 40 Abs. 1 Satz 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100.

2.2. Indikatoren- und Zielvorgaben der mobilen geriatrischen Rehabilitation (Abschnitt 2.5 der RE MoReVf)

Die RE MoReVf beschreibt in Abschnitt 2.5 unter den Nummern 1 a., 1 b., 2 und 3, wie eine Un- oder Fortbewegung der dem gesamten Patientenapparat entsprechen kann. An dieser Stelle sind Unklarheiten aufzuheben, in welcher Anzahl die dem gesamten Patientenapparat entsprechen müssen, damit für

Seite 1 von 3



Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation - 01.06.2021



Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation
01.06.2021

GKV-Spitzenverband, Berlin
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin
AOK-Bundesverband GbR, Berlin
BKK Dachverband e.V., Berlin
IKK e. V., Berlin
Knappschaft, Bochum
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel
unter Beteiligung

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



Auftrag:

Aufgrund von Hinweisen aus der Basisdokumentation zur mobilen geriatrischen Rehabilitation und der (...) gewonnenen Erkenntnissen aus der Antrags- und Bewilligungssituation der Krankenkassen sollen

- die Patientengruppe, die Leistungen zur mobilen (geriatrischen) Rehabilitation erhält bzw. für die diese Maßnahme sinnvoll und bedarfsgerecht erscheint, überprüft und die Kriterien angepasst werden.
- unter Berücksichtigung der teilweise stark beeinträchtigten Patienten ebenfalls die vorgegebenen Behandlungs- und Therapieintensitäten geprüft werden.



I: Allgemeiner Teil (übergreifend gültig)

II: Spezieller Teil (spezifische Besonderheiten)

II 1: Mobile geriatrische Rehabilitation

II 2: Mobile indikationsspezifische Rehabilitation

III: Anlagen (Links, Def. Geri.Pat., Erhebungsbögen Basisdoku)

Wesentliche Neuerungen

Erweiterung der bisherigen Allokationskriterien

Neue Allokationskriterien

„Geriatrieoption“

Präzisierte Erfassung der Therapie- und Leistungseinheiten

Neue Vorgaben zu Therapieumfang und -intensität



Erweiterung der bisherigen „exklusiven“ Indikationskriterien für die mobile Rehabilitation

Unverändert kommt mobile Rehabilitation für Patienten in Betracht, für die eine positive Rehabilitationsprognose nahezu ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung im ständigen Wohnumfeld angenommen werden kann.

Hinzugekommen sind aber bspw. Versicherte,

- die zur Gewährleistung der erforderlichen Kommunikation einschließlich migrationsbedingter Sprachbarrieren auf eine umfassende Anwesenheit von An- und Zugehörigen angewiesen sind
- mit einer Besiedlung durch multiresistente Keime (z.B. 4MRGN), einer damit einhergehenden Isolationspflicht und Hinweisen auf eine hierdurch auftretende oder sich verschlechternde psychische Störung

Wichtig und neu: Die Aufzählung bleibt explizit beispielhaft!

Neue Allokationskriterien

Bei Vorliegen der Indikationskriterien für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation (...) soll sich die Entscheidung über die Form der Rehabilitation primär an den individuellen, alltagsrelevanten Teilhabezielen und der Frage, in welchem Setting diese am besten erreichbar erscheinen, orientieren.

Hierbei spielen die zur Erreichung der Rehaziele voraussichtlich *entscheidenden Rehabilitationsstrategien* eine wichtige Rolle.

- Restitution: Wiedergewinn oder zumindest relevante Verbesserungen verlorener Funktionen und Aktivitäten
- Kompensation: Ersatzweise Übernahme verlorener Strukturen, Funktionen und Aktivitäten durch andere Strukturen, Funktionen und Aktivitäten
- Adaptation: Aktivitäts- und Teilhabeverbesserungen durch Modifikation von Kontextfaktoren (vom Einsatz von Hilfsmitteln, über Maßnahmen zur Wohnumfeldanpassung bis hin zur Optimierung von Unterstützungs- und Pflegearrangements)

Neue Allokationskriterien



„Geriatricoption“

(...) Geriatrische Patienten können sich trotz bestehender Indikation zu einer geriatrischen Rehabilitation häufig nicht zu dieser entschließen, wenn sie hierzu ihr gewohntes Wohn- und Lebensumfeld verlassen müssen. Das Wohnumfeld geriatrischer Patienten stellt dabei nicht selten den einzigen verbliebenen, räumlichen und sozialen Schutzraum dar, in dem sie sich auskennen und sicher fühlen. Diesen Schutzraum (ggf. erneut bspw. nach einem längeren Krankenhausaufenthalt) mit ungewisser Perspektive zu verlassen, ist für viele alte Menschen mit Angst besetzt, sodass ihnen ein solcher Entschluss nicht möglich ist. Dies sollte im Einzelfall als Teilaspekt der gesamten Rehabilitationsprognose bei der Allokationsentscheidung Berücksichtigung finden.

Präzisierte Erfassung der Therapie- und Leistungseinheiten

- Die mobile Rehabilitation unterscheidet in der Dokumentation Therapie- und Leistungseinheiten. Therapieeinheiten werden vom nichtärztlichen Rehabilitationsteam am Patienten erbracht und kennzeichnen die Behandlungstage.
- Sie dauern mindestens 45 Minuten. Längere Therapiezeiten können zusätzlich als anteilige Therapieeinheiten (bezogen auf die Regeltherapieeinheit von 45 Minuten) dokumentiert werden.
- Arzt und Sozialdienst dokumentieren ihre Arbeit am Patienten als Leistungseinheiten à 15 Minuten, wobei ärztlicherseits pro Rehabilitationsleistung mindestens 6 Leistungseinheiten zu erbringen sind. Leistungseinheiten allein generieren keinen Behandlungstag.

Neue Vorgaben zu Therapieumfang und -intensität

- Die Dauer der mobilen geriatrischen Rehabilitation beträgt in der Regel 20 Behandlungstage und beinhaltet mindestens 30 Therapieeinheiten. Pro Behandlungstag sind mindestens eine Therapieeinheit á 45 Minuten und durchschnittlich 5 Therapieeinheiten pro Woche zu erbringen. ●
- Pro Behandlungstag über 45 Minuten hinausgehende Therapiezeiten können zusätzlich als anteilige Therapieeinheiten (bezogen auf die Regeltherapieeinheit von 45 Min.) dokumentiert und den Therapieeinheiten pro Woche zugerechnet werden. ●

Alte RE MoGeRe:
 $3 \times 2 \times 45 = \underline{270 \text{ Min/Wo}}$

Neue GE MoRe:
 $5 \times 45 = \underline{225 \text{ Min/Wo}}$

Entscheidungshilfe zum geriatrischen Allokationsbedarf





Medizinischer
Dienst



Kompetenz-Centrum
Geriatric

Fazit:

GE MoRe als große Chance für
die geriatrische Rehabilitation
– insb. in Verbindung mit dem
IPReG!

... noch Fragen ?

Hamburg, 04.09.2021

Norbert Lübke, Leiter Kompetenz-Centrum Geriatric beim Medizinischen Dienst Nord

